

Masterarbeit

Gesundheit von Frauen mit Migrationshintergrund am Arbeitsplatz – Berücksichtigung der sozialen Vielfalt in Unternehmen bei der Entwicklung von Projekten zur Betrieblichen Gesundheitsförderung

The health of women with a migration background at work – the development of occupational health promotion projects considering social diversity

eingereicht von

Dr. med. univ. Stefan Buchegger
Mat. Nr.: 9811203

zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science
(MSc)

an der

Medizinischen Universität Graz

im Rahmen des Universitätslehrganges
MSc in Arbeits- und Organisationsmedizin

Begutachterin:

Dr.ⁱⁿ med. univ. Ingrid Novotna-Krabbe, MSc

Graz, Juni 2016

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die angegebenen Quellen nicht benutzt und die den Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder in ähnlicher Form keiner anderen inländischen oder ausländischen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Graz, Juni 2016

Dr. Stefan Buchegger

„Wir sind alle sterblich. Ebenso sind wir alle, solange noch ein Hauch von Leben in uns ist, in einem gewissen Ausmaß gesund.“

Aaron Antonovsky

Mein Dank gilt meiner Frau Viktoria, die stets alle meine Projekte unterstützt und mir in kritischer Diskussion oft die Augen öffnet.

| | | |
|--------|---|----|
| I | Abstract | 1 |
| II | Zusammenfassung | 3 |
| III | Einführung | 5 |
| IV | Hauptteil | 8 |
| 1. | Vielfalt – Diversität – Diversity | 8 |
| 1.1. | Diversität – junger Begriff, alte Trennlinien | 8 |
| 1.2. | Aktuelle Diskussion des Begriffes | 9 |
| 1.3. | Gleichbehandlung und Bevorzugung | 13 |
| 1.4. | Diversity und die Arbeitswelt | 14 |
| 1.5. | Diversity und Gender | 17 |
| 1.6. | Diversity und Migration | 19 |
| 1.6.1. | Integration | 21 |
| 1.6.2. | Migration und Gender | 23 |
| 1.6.3. | Migration und Arbeit in Österreich | 24 |
| 2. | Gesundheit | 28 |
| 2.1. | Der Begriff „Gesundheit“ im Wandel der Zeit | 28 |
| 2.2. | Gesundheit und Migration | 31 |
| 2.2.1. | Hürden beim Zugang zum Gesundheitssystem | 32 |
| 2.2.2. | Symptome bei Migrantinnen und Migranten | 33 |
| 2.2.3. | Gesundheitsrisiken und Krankheiten bei Migration | 35 |
| 2.2.4. | Gesundheit von Frauen mit Migrationshintergrund | 38 |
| 2.2.5. | Interkulturalität als Chance | 42 |
| 2.3. | Arbeits(un)fähigkeit | 44 |
| 2.4. | Gesundheit und Arbeit | 46 |
| 2.5. | BGF – Betriebliche Gesundheitsförderung | 47 |
| 2.5.1. | Entwicklung von BGF | 48 |
| 2.5.2. | Win-win-Situation durch BGF | 51 |
| 2.5.3. | Resilienz und Kohärenzgefühl | 52 |
| 2.5.4. | Psychische Belastungen am Arbeitsplatz | 55 |
| 2.5.5. | Konzepte der BGF | 57 |
| 2.5.6. | BGF-Projektablauf | 60 |
| 2.5.7. | Instrumente der BGF | 64 |
| 2.5.8. | Verknüpfung von BGF mit der Evaluierung Psychischer Belastungen | 67 |
| 2.5.9. | BGF und Diversity | 69 |
| 3. | Anknüpfungspunkte mit der betrieblichen Praxis | 70 |
| 3.1. | Betrieblicher Hintergrund – ISS Facility Services | 70 |
| 3.1.1. | Kennzahlen | 70 |

| | | |
|--------|---|-----|
| 3.1.2. | ISS und Diversity | 72 |
| 3.1.3. | ISS, Gender und Migration | 73 |
| 3.1.4. | ISS und Gesundheit | 76 |
| 3.2. | Umfeld der Mitarbeiterinnenbefragung | 77 |
| 4. | Methode | 78 |
| 4.1. | Fragebögen | 78 |
| 4.1.1. | Kurzfragebogen zur Arbeitsanalyse (KFZA) | 78 |
| 4.1.2. | BGF-Kompass | 80 |
| 4.1.3. | Resilienzskala | 82 |
| 4.1.4. | Gründe für die Auswahl der Methode | 82 |
| 4.2. | „Angaben zur Person“ – demografische Daten | 84 |
| 5. | Ergebnisse – Interpretation – Diskussion | 87 |
| 5.1. | Arbeitshypothese und Forschungsfragen | 87 |
| 5.2. | Demografie der Stichprobe | 87 |
| 5.2.1. | Beschreibung der Stichprobe | 87 |
| 5.2.2. | Diskussion der personenbezogenen Daten | 90 |
| 5.3. | Gesundheit | 92 |
| 5.3.1. | Körperliche Gesundheit, Selbsteinschätzung, Lifestyle | 92 |
| 5.3.2. | Psychische Gesundheit | 96 |
| 5.3.3. | Folgerungen aus den Gesundheitsdaten | 101 |
| 5.4. | Arbeitsplatzfaktoren | 106 |
| 5.4.1. | Sozial- und Organisationsklima | 108 |
| 5.4.2. | Aufgabenanforderung und Tätigkeit | 111 |
| 5.4.3. | Arbeitsumgebung | 112 |
| 5.4.4. | Arbeitsorganisation | 112 |
| 5.4.5. | Diskussion der erhobenen Arbeitsplatzfaktoren | 113 |
| 5.5. | Resümee und Ausblick | 116 |
| V | Literaturverzeichnis | 118 |
| VI | Abbildungsverzeichnis | 132 |
| VII | Anhang | 134 |

I Abstract

Although it was men of Austrian origin in their forties in full-time employment who made up the dominant group of employees at companies for a long time, this picture is now transforming rapidly. Equal rights, part-time work and migration – all are important keywords in today's modern world of work, and the reality in companies is changing. The mega trends of the new millennium are making diversity clearly noticeable in everyday life. These processes of social transformation are having a profound effect on organisations, one that is reflected in the structure of human resources. And organisations need to react accordingly. The attempt to transform the diversity of employees into a useful factor is referred to as diversity management, the goal of which is to preserve the ability to act in an increasingly accelerated business environment.

Closely linked to this change in demographics is a reinterpretation of the concept of health. In order to take account of the increasing number of people with chronic ailments, a departure has been made from "health" as an idealised goal to be achieved. Rather, health and sickness have now become part and parcel of life, and self-realisation within one's own limitations has now become the goal. Socio-economic conditions should not be allowed to represent a hurdle to this. This nuanced definition makes it possible for people with ailments to participate in all walks of life, in particular the workplace.

Since work takes up a lot of space in the lives of most people, it also represents a perfect setting for promoting health coupled with measures for preventing sickness. The promotion of health in the workplace has clearly shown its value as a tool, and groups of people whose health is disadvantaged should be made the focus of this.

This scientific paper looks at one of these disadvantaged groups. In comparison to the dominant group in the population, women with an immigrant background have inadequate access to health services in their everyday lives, maintain a lifestyle that is detrimental to their health and suffer more frequently from overall physical ailments.

Whether migrants represent a disadvantaged group in terms of health in the workplace and the extent to which they perceive workplace factors differently from their Austrian colleagues makes up the subject of this paper. A quantitative survey of the

employees at an international company with several sites in Austria was used as a method here.

The results of the statistical survey offer a differentiated view on the health of migrants and how they experience stress in the workplace. It was also possible to identify different problem areas, but also the resources the two comparative groups have, although no confirmation of a general disadvantage in health for migrant women in the working environment could be ascertained.

II Zusammenfassung

Waren lange Zeit Männer mit österreichischer Herkunft, um die vierzig und mit Vollzeitanstellung die dominante Gruppe in Unternehmen, wandelt sich dieses Bild zusehends. Gleichberechtigung, Teilzeitarbeit oder Migration sind wichtige Schlagworte in der Arbeitswelt von heute, die betriebliche Realitäten verändern. Die Megatrends des neuen Jahrtausends machen Vielfalt im Alltag spürbar. Diese gesellschaftlichen Transformationsprozesse wirken weit in Organisationen hinein und spiegeln sich in deren personeller Zusammensetzung wider. Organisationen müssen hierauf reagieren. Der Versuch, die Vielfalt der Beschäftigten nutzbar zu machen, wird als *Diversity Management* bezeichnet und hat die Aufrechterhaltung der Handlungsfähigkeit in einem zunehmend beschleunigten unternehmerischen Umfeld zum Ziel.

Eng verknüpft mit dem demografischen Wandel ist die Umdeutung des Gesundheitsbegriffes. Der zunehmenden Zahl von Menschen mit chronischen Erkrankungen Rechnung tragend, wurde von „Gesundheit“ als idealisiertem Ziel, das es zu erreichen gilt, abgegangen. Vielmehr sind Gesundheit und Krankheit Teile des Lebens und eine Verwirklichung innerhalb der eigenen Grenzen ist das Ziel. Sozioökonomische Bedingungen sollen dabei keine Hindernisse darstellen. Eine Teilhabe von Menschen mit Erkrankungen in allen Lebensbereichen, insbesondere auch am Arbeitsplatz, wird durch diese nuancierte Definition möglich.

Da Arbeit viel Raum im Leben der meisten Menschen einnimmt, stellt sie auch das optimale Setting für die Förderung von Gesundheit und für präventive Maßnahmen dar. Betriebliche Gesundheitsförderung hat sich dabei als Instrument bewährt, gesundheitlich benachteiligte Personenkreise sollen im Fokus stehen.

Eine dieser benachteiligten Gruppen rückt die vorliegende wissenschaftliche Arbeit in den Mittelpunkt. Frauen mit Migrationshintergrund haben im Alltag nur unzureichend Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen, pflegen einen der Gesundheit abträglicheren Lebensstil und leiden häufiger an ganzkörperlichen Beschwerden als die dominante Bevölkerungsgruppe.

Ob Migrantinnen auch am Arbeitsplatz die gesundheitlich benachteiligte Gruppe darstellen und inwieweit Arbeitsplatzfaktoren von ihnen anders wahrgenommen werden als von ihren österreichischen Kolleginnen, ist Thema dieser Arbeit. Die

Frage nach der Notwendigkeit von unterschiedlichen Zugängen bei der Entwicklung von Projekten zur Betrieblichen Gesundheitsförderung für beide Gruppen ergibt sich daraus und soll beantwortet werden. Als Methode wird hierfür eine quantitative Mitarbeiterinnenbefragung in einem international tätigen Unternehmen mit mehreren Standorten in Österreich durchgeführt.

Die Ergebnisse der statistischen Erhebung bieten einen differenzierten Blick auf die Gesundheit von Migrantinnen und deren Erleben von Belastungen am Arbeitsplatz. Unterschiedliche Problemfelder aber auch Ressourcen der beiden verglichenen Gruppen lassen sich feststellen, eine generelle gesundheitliche Benachteiligung der Migrantinnen im betrieblichen Umfeld bestätigt sich allerdings nicht.

III Einführung

Das Setting Arbeitsplatz beeinflusst Gesundheit und Krankheit von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern auf vielfältige Art und Weise. Das betriebliche Umfeld kann daher auch einen geeigneten Rahmen für Gesundheitsförderung bieten. Deren Vision ist es, Krankheiten vorzubeugen, die Gesundheit der Beschäftigten zu stärken und das Wohlbefinden aller im Unternehmen zu verbessern. Bereits 1986 wurde in Ottawa im Rahmen einer WHO Konferenz eine Charta verabschiedet, die Gesundheitsförderung als Prozess sieht, der Individuen mehr Selbstbestimmung über die eigene Gesundheit ermöglicht und so zu deren Stärkung beiträgt. Schon in diesem Konzept ist die Beachtung der persönlichen und sozialen Fähigkeiten des einzelnen Menschen ein Teilaspekt (vgl. WHO Regionalbüro für Europa 1986: 1-3).

Auch abseits der Strategien zur Gesundheitsförderung in Organisationen wird zunehmend die personelle Vielfalt erkannt und deren Wert für die unternehmerische Zielerreichung gesehen. Vielfaltsmanagement als Teil des Personalwesens wird immer wichtiger: gesellschaftliche Vorgänge wie Gleichberechtigung, Zuwanderung, Überalterung oder Inklusion von Menschen mit Behinderung sind Realität und verändern die Struktur und Kultur österreichischer Unternehmen (vgl. Vedder 2009: 121-123).

Eine Branche, die eine hohe Diversität aufweist, ist die der Reinigung. Im Gegensatz zum „Norm(al)arbeitnehmer“, der österreichischer Staatsbürger, männlich, um die vierzig Jahre alt und vollzeitbeschäftigt ist (vgl. Berninghausen/Hecht-El Minshawi 2011: 214; Krell 2008: 66f.), findet sich in diesem Gewerbe vor allem ein hoher Anteil an Mitarbeitern mit Migrationshintergrund und weiblichen Geschlechts wieder (vgl. Statistik Austria 2015a: 35-37; 46).

Mit diesen beiden Kerndimensionen von *Diversity* eng verknüpft ist die Gesundheit. Wie Daten belegen, wird von Frauen mit Migrationshintergrund sowohl der eigene Gesundheitszustand, als auch das Wohlbefinden schlechter eingeschätzt als von Frauen ohne Migrationshintergrund. Auch Unterschiede dieser beiden Gruppen im Gesundheitsverhalten und den daraus resultierenden Erkrankungen, lassen sich nachweisen: Frauen mit Migrationshintergrund sind seltener körperlich aktiv und häufiger adipös. Diese Ungleichstellung setzt sich auch im Bereich der Krankheits-

prävention fort. Der Zugang zu Maßnahmen wie Vorsorgeuntersuchung, Mammographie oder Krebsabstrich sowie zu Schutzimpfungen, wird deutlich seltener von dieser Gruppe genutzt (vgl. Akbal 1998: 115f.; Baldaszti et al. 2015: 12f.; Karl-Trummer et al. 2012: 3f.; Statistik Austria 2008: 90f., 92f.).

Diese Ergebnisse führen zu der Annahme, dass sich auch das Erleben von physischen und psychischen Belastungen am Arbeitsplatz bei beiden Gruppen unterscheidet und die Anforderungen an die Gestaltung von Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung für beide Gruppen andere sind. Für ein effektives Gesundheitsmanagement in Betrieben könnte es in weiterer Folge also sinnvoll sein, Aspekte von *Diversity* mehr zu betonen, um zielgruppenspezifischere gesundheitsfördernde Maßnahmen abzuleiten. Aus diesen Überlegungen heraus, lassen sich folgende Forschungsfragen formulieren:

Schätzen Frauen mit Migrationshintergrund Ihre Gesundheit im Kontext mit der beruflichen Tätigkeit anders ein als Frauen ohne Migrationshintergrund?

Haben diese beiden Gruppen ein divergierendes Verständnis von gesundheitsfördernden und -schädigenden Faktoren am Arbeitsplatz?

Die Zielgruppe dieser Arbeit sind somit Frauen mit Migrationshintergrund, die im Berufsleben stehen. Der Vergleich soll mit Mitarbeiterinnen ohne Migrationshintergrund gezogen werden. Mit dieser Arbeit möchte ich den Fragen nachgehen, ob die Zielgruppe eine andere Selbsteinschätzung ihres Gesundheitszustandes hat, ob sich das Gesundheitsverhalten unterscheidet und ob es Verschiedenheiten bei der Bewertung der Belastungen am Arbeitsplatz gibt.

Zu diesem Zweck wird eine quantitative Datenerhebung bei ISS Facility Services in der Steiermark durchgeführt. Da in dieser Organisation mehr als zwei Drittel der Beschäftigten Frauen sind und davon wiederum knapp die Hälfte eine ausländische Staatsbürgerschaft hat, ist in diesem Unternehmen die Zielgruppe dieser Arbeit stark vertreten und ein statistisches Herangehen möglich. Ein vorrangiges Ziel von Projekten zur Betrieblichen Gesundheitsförderung soll laut Fonds Gesundes Österreich (2015: 1) die Ermöglichung von Chancengleichheit für diesen benachteiligten Personenkreis sein. Dass es bisher kaum Daten dazu gibt, wie gut diese Gruppe am Arbeitsplatz erreicht werden kann und ob gruppenspezifische Maßnahmen sinnvoll sind (vgl. Anzenberger et al. 2015: 80), zeigt die Relevanz dieser Arbeit.

Die Ergebnisse der Arbeit sollen anschließend in ein Projekt zur Betrieblichen Gesundheitsförderung integriert werden, das allen Beschäftigten in der Steiermark offensteht und die Grundlage für eine zielgenaue Entwicklung von Maßnahmen ist. Eine österreichweite Ausrollung der erarbeiteten Konzepte ist bei erfolgreicher lokaler Umsetzung ebenfalls geplant.

IV Hauptteil

Es folgt nun die Erarbeitung relevanter Grundbegriffe sowie eine Verknüpfung der Themen „Vielfalt“, „Gender“, „Migration“, „Gesundheit“ und „Arbeit“. Dieses einheitliche Verständnis für wichtige theoretische Aspekte der Arbeit, wird danach auf die praktische Bedeutung in einem global agierenden Unternehmen untersucht. Mit Hilfe einer Mitarbeiterinnenbefragung, sollen neue Informationen über die Gesundheit von Frauen mit Migrationshintergrund am Arbeitsplatz gewonnen und schließlich neue Ansätze zur zielgerichteten Förderung dieser Gruppe umrissen werden.

1. Vielfalt – Diversität – Diversity

Der Versuch, die Vielfalt der äußerlichen Merkmale und inneren Gesinnungen von Menschen unter einem hierarchiefreien Blick und integrativ zu betrachten, ist eine wissenschaftliche Disziplin des zwanzigsten Jahrhunderts. Mittlerweile ist das Bekenntnis zu dieser Sichtweise in staatlichen Institutionen weit verbreitet und gesetzlich verankert. Politisch und zwischenmenschlich bietet Diversität aber nach wie vor Raum für Kontroversen: wo alte Ordnungen und Machtstrukturen hinterfragt werden, wo Gegenpole wie die Rolle von Frau und Mann als gesellschaftliches Konstrukt in Frage gestellt werden, gilt es weiterhin, ideologische Gräben zu überwinden (vgl. Allemann-Ghionda 2011: 16f.).

1.1. Diversität – junger Begriff, alte Trennlinien

Der Blick auf das Andere und die Reflexion des Eigenen waren schon in früheren Jahrhunderten geübte Praxis. Die Ziele waren zwar oft an Machterhalt orientiert, wie bei der Besiedelung Amerikas. Aber bereits hier kam es zu einer Beschäftigung mit den Eigenheiten der Menschen der neuen Welt und einem Aufzeigen der Verschiedenheiten der beiden Kulturen durch christliche Missionare. Mit der Kolonialisierung begann in Europa die Auseinandersetzung mit dem Anderen in der Wissenschaft und der Politik. Literarisch wurde diese beispielsweise in der Aufklärung mit dem Blick des Fremden auf die europäische Kultur in Form von Reiseromanen abgearbeitet. Aber auch brisantere Ergebnisse lieferte ein analytischer Blick auf Gesellschaft und Religion. So stellten Voltaire und Rousseau geltende Normen in Frage und sahen Ungleichheit als menschengemacht an. Das Argument der Unnatürlichkeit

von Ungleichheit treibt auch heute noch die *Diversity*-Debatte an (vgl. Allemann-Ghionda 2011: 17-21).

Wie nun mit festgestellten Unterschieden umzugehen ist, kann ebenfalls diskutiert werden und führt zu zwei entgegengesetzten Sichtweisen. Betont man, dass es bei der großen Zahl an Merkmalen neben Unterschieden immer auch Gemeinsamkeiten gibt, entsteht Offenheit gegenüber dem Anderen. Streicht man nur die Verschiedenheiten hervor, kann es zu einer Abgrenzung gegeneinander kommen und stigmatisierte Identitäten entstehen (vgl. Krell 2008: 65). Im Extremfall kommt es dabei zu einem Zusammenfassen von Menschen mit gleichen Merkmalen zu Gruppen, was zu Sonderbehandlung oder Ausgrenzung führen kann (vgl. Allemann-Ghionda 2011: 22f.). Interessant ist in diesem Zusammenhang auch, dass die Zuschreibungen entsprechend vorhandener Merkmale von außen nicht unbedingt die Innensicht der Individuen widerspiegeln. So sahen laut einer Studie von Cox nicht-weiße Frauen sowohl Ethnie als auch Geschlecht als gleichermaßen identitätsstiftend an, wohingegen weiße Frauen sich eher über die Geschlechtszugehörigkeit definierten (vgl. Cox 1991 zit. n. Krell 2008: 65). Max Weber folgend, ist hier somit das subjektive Empfinden, einer Gruppe anzugehören, bestimmend und schafft Realität im Sinne einer „geglaubten Gemeinschaft“ (vgl. Weber 1922 zit. n. Müller 2011: 146).

1.2. Aktuelle Diskussion des Begriffes

Seit den 1970er Jahren kann in Europa zunehmend eine verbindende Betrachtungsweise von zuvor getrennt diskutierten Themen wie Geschlecht, Behinderung, Ethnie oder sexueller Orientierung festgestellt werden. Das verbindende Element dieser Konfliktfelder ist ein Machtgefälle zwischen den jeweiligen Gegenpolen. Daneben wurde auch klar, dass Merkmale niemals alleine, sondern in veränderten Konstellationen gemeinsam auftreten und somit ebenfalls eine gemeinsame Diskussion bedingen (vgl. Allemann-Ghionda 2011: 24-26).

Auch in den Megatrends des neuen Jahrtausends spiegeln sich zahlreiche Dimensionen von *Diversity* wider, was als weitere Erklärung für den Aufstieg dieses Begriffes herangezogen werden kann. Im Alltag spürbare, massive Transformationsprozesse machen Vielfalt erlebbar. So ist der demografische Wandel als ein Megatrend eng mit Lebensalter und Migration verbunden. Mit dem Trend zur Individualisierung kommt es zu einem soziokulturellen Wertewandel, wodurch Themen wie

sexuelle Orientierung oder Geschlechterrollen zunehmend öffentlich diskutiert werden. Diese Tendenz verstärkt sich noch durch den technologischen Wandel und die Digitalisierung, eine Selbstverständlichkeit für die Generationen nach 1980. Nicht zuletzt zwingt das Phänomen der Globalisierung gleichsam zu einer Auseinandersetzung mit dem Fremden und der gesamten Palette menschlicher Vielfalt (vgl. Andrlik 2015a: 36-38, 42; Seidler 2015: 148).

Merkmale, die den Begriff *Diversity* formen, können Charakteristika des Individuums oder aber auch Gemeinsamkeiten von Gruppen darstellen. Sie können angeboren sein, im Laufe des Lebens vom Einzelnen entwickelt werden, oder durch die Verortung des Individuums in übergeordneten Strukturen entstehen. Die Zugehörigkeit zu einem Betrieb oder ein ausgeübtes Amt sind Beispiele für Letzteres (vgl. Allemann-Ghionda 2011: 24-26; Vedder 2006: 11).

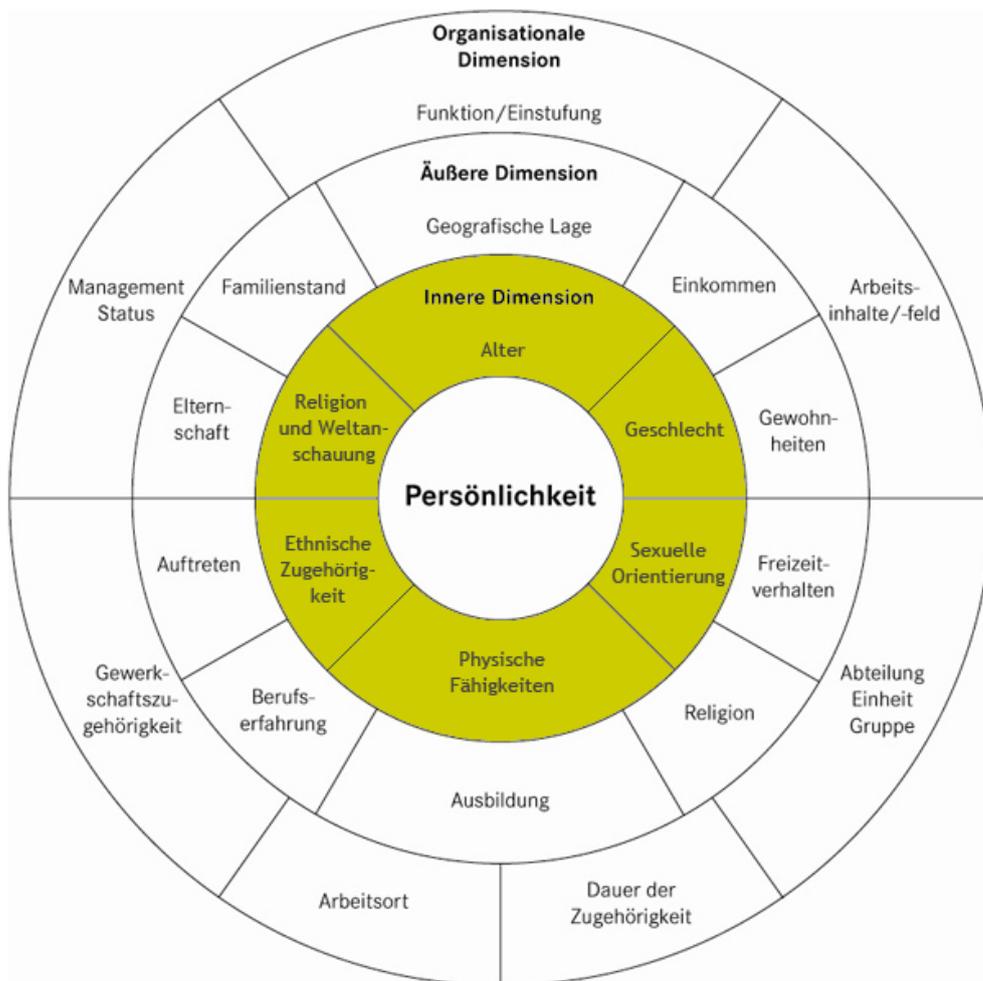


Abbildung 1: Dimensionen von Diversity (Charta der Vielfalt e.V. 2011: o.S.)

Als wichtige Dimensionen von Vielfalt werden in der wissenschaftlichen Diskussion folgende Merkmale gesehen (vgl. Allemann-Ghionda 2011: 25; Berninghausen/Hecht-El Minshawi 2011: 216; Brožek 2015: 120; Vedder 2006: 12):

- Das Geschlecht
- Die sexuelle Orientierung
- Das Lebensalter
- Nach außen sichtbare körperliche Merkmale wie die Hautfarbe
- Der ethnische Hintergrund und die oft verbundenen kulturellen Merkmale
- Die Nationalität und somit Herkunft
- Die religiöse Orientierung
- Die soziale Stellung, welche eng mit Bildung und Einkommen verknüpft ist
- Gesundheit aus der ganzheitlichen Sicht unter Einbeziehung von Behinderung

Die Begriffe „Diversität“ und „Vielfalt“ beziehen sich ebenso auf diese Grundlage, wie das englischsprachige *Diversity*. Erstere werden allerdings im Sprachgebrauch oft für Alltagsbegegnungen mit diesem Thema herangezogen, letzterer ist oft im betrieblichen Kontext im Sinne eines managen von Vielfalt (*managing diversity*) anzutreffen (vgl. Bukow 2011: 35).

Einige der oben genannten Aspekte können nicht auf den ersten Blick erkannt werden. Ob chronische Erkrankungen bestehen, welche sexuelle Orientierung eine Person hat, oder welcher Religion jemand angehört, ist nicht augenfällig. Insbesondere diese nicht sichtbaren Kerndimensionen bieten Raum für Stigmatisierung. Vorurteile, Ängste oder Wissenslücken können diese befördern. Ein gezieltes Ansprechen, vor allem auch im betrieblichen Kontext, macht Sinn, um Konfliktpotentiale zu reduzieren (vgl. Andrlik 2015b: 110f., 114).

In diesem Zusammenhang ist auf die Wichtigkeit der Sprache hinzuweisen. In vielen Redewendungen finden sich versteckte „Diversitätsfallen“, Machtgefälle werden oft über Ausdrücke sichtbar. Über die Wirkung der Worte sollte man sich bei Beschäftigung mit dem Thema *Diversity* bewusst sein. *Political Correctness* ist nicht

nur eine Formübung, sondern vermittelt Wertehaltungen. Gezielte Wortwahl kann dabei helfen, Themen der Vielfalt positiv zu besetzen (vgl. Brožek 2015: 120-124).

Sieht man sich die Häufigkeit an, mit der die einzelnen Kerndimensionen im wissenschaftlichen Diskurs gewürdigt werden, fallen große Unterschiede auf. Krell et al. fanden mithilfe einer Befragung unter Lehrenden der Betriebswirtschaft heraus, dass in Publikationen am häufigsten das Thema „Geschlecht“ aufgegriffen wird. Hier kam es in den ersten Jahren des neuen Jahrtausends zu einer intensiven Beforschung, wobei der Fokus nur ausnahmsweise auf Männern lag. Auf Platz zwei folgt der Themenkomplex „Kultur“, der zwar oft genannt, aber nicht so strukturiert abgearbeitet wurde, wie die Geschlechterthematik. Dem Alter wird noch ein gewisser Raum gegeben, Behinderung und Religion sind kaum Thema und die sexuelle Orientierung fand laut Studie keinen Platz in wissenschaftlichen Arbeiten mit *Diversity*-Bezug. Spannend ist, dass wenig Forschung entsprechend dem ganzheitlichen Verständnis von Vielfalt erfolgt und meist spezialisiert, einzelnen Kerndimensionen Raum gegeben wird (vgl. Krell et al. 2006: 26-45).

Ein umfassendes Verständnis von Vielfalt würdigt die unterschiedlichen Konstellationen und Überschneidungen, in denen Merkmale gemeinsam auftreten. Aus diesem intersektionalen Blick heraus, kann ein Streben nach Gleichberechtigung und Nivellierung des Hierarchiegefälles bei gleichzeitigem Akzeptieren der Unterschiede gelingen. Durch die Integration verschiedener Zugänge in ein neues Konzept entsteht ein eindeutiger Mehrwert, Vielfaltsmanagement ist also mehr als die Summe der einzelnen Teile (vgl. Czollek/Perko 2008: 7f. [Abschnitt 07]). Wenn es nun auch noch gelänge, den stark westlich geprägten wissenschaftlichen Zugang zum Thema um den Blick aus der Perspektive nicht europäischer und indigener Gruppen zu erweitern, wäre das ein neuer Meilenstein am Weg zur Anerkennung von Vielfalt (vgl. Thomas 2011: 238).

In diesem Sinne ist auch eine Diskussion des Begriffs der Normalität angebracht. Der scheinbar fixe Bezugspunkt mit dem alles andere verglichen wird, ist kaum noch fassbar und verliert sich in der Pluralität der heutigen Lebensrealitäten (vgl. Schildmann 1999: 13f.). Auch das Land Steiermark hat die Zeichen der Zeit erkannt und im Jahr 2010 die „Charta des Zusammenlebens in Vielfalt“ erarbeitet. Sie soll eine Handlungsanleitung für die Integrationsbemühungen der nächsten Jahre geben und

würdigt die Vielfalt der Menschen in der Steiermark in all ihren Facetten. Dabei verabschiedet sich das Land Steiermark von der Vorstellung einer einheitlichen Gesellschaft und anerkennt hingegen bestehende Gemeinsamkeiten, die im Streben nach Sicherheit, Gesundheit und Selbstverwirklichung gesehen werden. Diese Grundprinzipien sollen für alle Menschen verwirklicht sein (vgl. Land Steiermark 2011: 3, 9f.). Antidiskriminierung ist ein Mittel, um dieses Ziel zu erreichen. Eine Abgrenzung des Begriffs folgt im nächsten Kapitel.

1.3. Gleichbehandlung und Bevorzugung

Besonders kulturelle Merkmale wurden in der *Diversity*-Debatte der letzten Jahrzehnte in den Vordergrund gestellt. Das führte zum Beispiel an nordamerikanischen Universitäten zur institutionell beförderten Segregation, beziehungsweise gezielten Bevorzugung von ethnischen Gruppen bei der Studienplatzbesetzung. Quotenregelung und positive Diskriminierung sind Begriffe, die aus diesem Kontext hervorgegangen sind (vgl. Allemann-Ghionda 2011: 24-26).

Affirmative Action beziehungsweise *positive action* sind die Bezeichnungen für positive Diskriminierung im englischen Sprachgebrauch. Diese Bevorzugung wird mehrheitlich als notwendig erachtet, obwohl auch verschiedene Nachteile bestehen: Dass die anderen, außerhalb der Zielgruppe stehenden Personen, dadurch aktiv benachteiligt werden, ist ein Punkt. Ein weiterer ist die Frage, wie zielgenau die Maßnahmen sind und ob es nicht innerhalb dieses Systems wieder zu Bevorzugungen der besser gestellten Minderheiten kommt. Auch die Reethnisierung durch die Verknüpfung von beruflichem Erfolg und Minderheitenzugehörigkeit ist Teil der Diskussion (vgl. Gestring et al. 2006: 208; Kozanek 2011: o.S.; Zeit Online 2014: o.S.).

Nicht zuletzt kommt es in der Geschlechterdiskussion durch eine Maskulinisierung zu einem differenzierteren Blick und das vormals postulierte steile Gewinner-Verlierer Gefälle zwischen Mann und Frau wurde als tatsächlich welliges Terrain erkannt. Auch Männer können Benachteiligung erleben und bedürfen somit einer Berücksichtigung um Geschlechtergerechtigkeit zu erreichen (vgl. Schröter 2009: 87).

Auch in der Popkultur spiegelt sich die Diskussion zum Umgang mit *Diversity* und deren Kerndimensionen wider. So nimmt Funny van Dannen in seinem Lied „Lesbische, schwarze Behinderte“ positive Diskriminierung humorvoll ins Visier:

An allem sind die Männer schuld, Machos, meistens Weiße. Sie sind voll verantwortlich für die ganze Scheiße. Sie regieren diese Welt, sie haben zu viel Macht. Sie haben unseren Planeten auf den Hund gebracht. Gibt es größere Schurken? Die Antwort lautet „Nein“ Doch auch lesbische, schwarze Behinderte können ätzend sein. (Funny van Dannen 1999: Album Uruguay)

Trotz allem ist positive Diskriminierung heute noch immer ein wichtiges Instrument um benachteiligte Gruppen, insbesondere auch im betrieblichen Kontext, zu fördern und Gleichstellung zu erreichen. Beispielsweise gibt es noch immer deutlich weniger Frauen in Führungspositionen als Männer und das sowohl in der Privatwirtschaft als auch in der öffentlichen Verwaltung. Bei gleichen Fähigkeiten wird Bewerberinnen aufgrund ihres Geschlechts der Vorzug bei offenen Stellen gegeben, um in das Geschlechterverhältnis aktiv einzugreifen. Dass die daraus folgende Diskriminierung der Männer zeitlich begrenzt sein muss, ist auch den Befürworterinnen und Befürwortern dieser Maßnahme klar (vgl. Land Steiermark 2011: 20). Auch bei Projekten zur Betrieblichen Gesundheitsförderung können Maßnahmen, die einzelne Gruppen bevorzugen, Sinn machen. Eine gezielte Förderung entsprechend Geschlecht oder ethnischer Zugehörigkeit ist zur Zielerreichung legitim (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2009a: 20). Aber nicht nur Gesundheitsförderung bietet Anknüpfungspunkte zwischen *Diversity* und der Arbeitswelt. Weitere Zusammenhänge werden im Folgenden aufgezeigt.

1.4. Diversity und die Arbeitswelt

Wie bereits weiter oben erwähnt, ist der englische Begriff für Vielfalt, meist als *Diversity Management* verwendet, eng mit der Arbeitswelt verknüpft. Alleine schon durch das Zusammenführen mit dem Ausdruck des Managens, welcher der Unternehmenssprache entlehnt ist, wird eine entsprechende Assoziation geweckt. Es geht hier in erster Linie um den Versuch, unterschiedliches Verhalten, das auf unterschiedlichen Kerndimensionen von *Diversity* beruht, systematisch zu nutzen. Als Managementinstrument verwendet, liegt der Fokus nicht nur auf den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, sondern beispielsweise auch auf den Kundinnen und Kunden. In diesem Bereich findet auch der Begriff des *Diversity Marketing* Anwendung (vgl. Berninghausen/Hecht-EI Minshawi 2011: 217; Krell 2008: 63; Vedder 2006: 13). Von der Werbung über die Beratung bis hin zum Produkt, wird auf die Bedürfnisse der

Zielgruppe eingegangen. Als Spielarten sind *Gender Marketing* und *Ethno Marketing* zu nennen. Bereits häufig eingesetzt wird letzteres Modell zum Beispiel bei Lebensmitteln oder Bankprodukten (vgl. Gregorits 2015: 78f.).

Verschiedene Einflussfaktoren begünstigen die Entwicklung von Konzepten im Bereich *Diversity Management* in Organisationen. Eine wichtige Voraussetzung sind Gesetze zur Antidiskriminierung, die den legalen Rahmen für das Handeln in Unternehmen vorgeben. Daneben spielt die Knappheit an Arbeitskräften unter Berücksichtigung der ethnischen Vielfalt der vorhandenen Arbeitskräfte eine Rolle. Veränderungen der Bevölkerungsstruktur können ebenso Handlungsnotwendigkeiten bedingen, wie veränderte gesellschaftliche Vorstellungen oder politische Interventionen. Diese Aspekte interagieren miteinander und sind in verschiedenen Ländern unterschiedlich ausgeprägt. So fällt in den USA eine starke ethnische Vielfalt auf und ein intensives Lobbying für Gruppen wie Frauen oder Menschen mit Beeinträchtigung wird betrieben. Vergleicht man europäische Verhältnisse mit den amerikanischen, sieht man, dass bei ersteren bis vor kurzem lediglich der demografische Wandel als Anreiz für vielfaltsbezogene Maßnahmen festmachbar war und sich hierdurch eine unterschiedliche Gewichtung und zeitliche Ausprägung dieses Themenkomplexes ergab (vgl. Vedder 2009: 121-123).

Als betriebswirtschaftliches Instrument angewandt, stellt sich zwangsläufig auch die Frage nach der Messbarkeit eines gelungenen *Diversity Managements* und nach dessen Zielen in Unternehmen. Klassischer Parameter zur Objektivierung von positiven Auswirkungen einer Maßnahme auf eine Organisation ist die Produktivität. Zusammenhänge zu etabliertem *Diversity Management* konnten in Studien entsprechend auch hergestellt werden. Zu beachten ist hierbei allerdings, dass es durch die notwendige Koordination und die möglichen Konflikte im Rahmen der Einbindung von Vielfalt ins Unternehmen zur Bindung von Ressourcen kommt und somit auch Kosten entstehen können (vgl. Voigt/Wagner 2006: 111f.). Diese mögen ein Grund dafür sein, dass Klein- und Mittelbetriebe dem Thema bislang wenig Aufmerksamkeit gewidmet haben und die Umsetzung von ihnen als zu aufwändig erachtet wurde. Dieses Thema anzugehen setzt voraus, dass eine Reflexion über den bisherigen Umgang mit Vielfalt im Unternehmen stattfindet und eine weitere strukturierte Annäherung folgt. Eine einfache, internetbasierte und kostenlose Unterstüt-

zung bei der Bearbeitung dieser komplexen Materie bietet die Sozialforschungsstelle der Technischen Universität Dortmund (vgl. Sozialforschungsstelle Dortmund o.J.: o.S.). Der wachsenden Aufmerksamkeit vieler Organisationen, die durch die eigene innerbetriebliche Vielfalt – Stichworte Alter, Gender und Migration – entsteht, wird somit von staatlichen Institutionen ein klares Konzept als Hilfe zur Verfügung gestellt (vgl. Richter 2015: 256).

Auch weitere Ziele neben der Produktivitätssteigerung werden im betrieblichen Kontext häufig für ein gelungenes *Diversity Management* formuliert. Einerseits sind das moralische Ansprüche im Sinne der Antidiskriminierung, andererseits die Aufrechterhaltung der Wettbewerbsfähigkeit durch eine hohe Vielfalt bei unklarerer Zukunft (vgl. Voigt/Wagner 2006: 111). Diese Zukunft ist bestimmt durch immer komplexer werdende Anforderungen des Marktes. Eine hohe organisationale Diversität bietet hier gute Chancen zu reüssieren, „[w]eil es eben schon zehntausend „Löffel“ am Arbeitsmarkt gibt und wir gut beraten sind, schnell und kostengünstig das gesuchte „Messer“ liefern zu können.“ (Wiegele 2015: 97)

Betrachtet man die „Löffel“, so erkennt man rasch, dass es sich hierbei um gut ausgebildete Männer mittleren Alters mit Vollzeitbeschäftigung handelt, die häusliche Pflichten meist an ihre Partnerin delegieren und somit den Fokus auf die Arbeit legen können. Diese „Norm(al)arbeitnehmer“ bestimmen die Abläufe und Werte in einer Organisation und sind oftmals sehr kritisch gegenüber Minderheiten, was sich auch in einer Ungleichstellung, die Tätigkeit betreffend, manifestiert (vgl. Berninghausen/Hecht-EI Minshawi 2011: 214; Krell 2008: 66f.). In den USA wurde hierfür das Akronym SWAMP erdacht. *Straight, White, Anglosaxon, Male, Protestant* sind fünf Merkmalsausprägungen, die Kerndimensionen von *Diversity* entsprechen und berufliche Karrierechancen befeuern (vgl. Berninghausen/Hecht-EI Minshawi 2011: 214).

Diese verhärteten Strukturen aufzubrechen setzt sich unter anderem die Charta der Vielfalt zum Ziel. Als europaweite Initiative, die in Österreich seit 2010 von der Wirtschaftskammer vorangetrieben wird, anerkennt sie die Chancen, die durch Vielfalt in Organisationen entstehen. Eine offene Unternehmenskultur sowie ein klares Commitment der Führungsebene wird als Schlüssel zum Erfolg gesehen (vgl. Wirtschaftskammer Österreich 2015: o.S.).

Dass auch in den nächsten Jahren solche Initiativen noch Sinn machen werden, zeigt sich in den Gegenbewegungen, die konsequent an Vereinfachungen und Kategorisierungen festhalten. Alexander Thomas (2011: 224f.) zeigt auf, dass vor allem im beruflichen Kontext der drohende Orientierungsverlust ein starker Motivator dafür ist, an alten Mustern festzuhalten. Um selbstsicher und handlungsfähig zu bleiben, benötigt man feste Bezugssysteme, die in einer Welt der Vielfalt so nicht festzumachen sind. Aus diesem Grund ist es für Führungskräfte in einem internationalen oder globalisierten Umfeld verlockend, die facettenreiche Vielfalt in heutigen Unternehmen gegen vermeintlich universell gültige Kategorien einzutauschen.

Eine mögliche Antwort sind Konzepte, welche die Individuen in den Fokus stellen und Gruppenzugehörigkeiten als Konstrukt identifizieren. Die konkreten Lebensbedingungen sollen hier in den Mittelpunkt gerückt und die Maßnahmen auf Einzelpersonen zugeschnitten werden (vgl. Land Steiermark 2011: 19f.).

Auch die vorliegende Arbeit benötigt Kategorisierungen, da diese die Voraussetzungen für eine statistische Auswertung sind. Dass die Realität, wie eben beschrieben, dadurch verkürzt wiedergegeben und der Komplexität der Individuen nicht uneingeschränkt entsprochen wird, muss in Kauf genommen, aber ebenso bewusst mitgedacht werden. Der kritischen Diskussion solcher Kategorisierungen widmen sich nun die nächsten beiden Kapitel.

1.5. Diversity und Gender

Im zwanzigsten Jahrhundert wurde der Begriff „Gender“ als Bezeichnung des Gegensatzpaares „Mann“ und „Frau“ im Verständnis der Mehrheit etabliert. Die Frauenbewegungen des letzten Jahrhunderts nutzten dieses duale Konzept um ihre Forderungen leicht verständlich zu vermitteln. Es galt, die gleichen Möglichkeiten in Ausbildung, Beruf und Familie zu erreichen. Hierbei half die universelle Kategorie „Frau“. Die emanzipatorischen Bewegungen sprachen mit einer Stimme für diese Ungleichheiten aufzuzeigen und Gleichberechtigung zu forcieren gelang hierdurch (vgl. Kosnick 2011: 163).

Mit dem erweiterten Blick der Kulturanthropologie lässt sich diese vereinfachende Sichtweise allerdings nicht halten. Welche Attribute Mann und Frau zugeschrieben werden, variiert je nach Gesellschaft teilweise stark und das Verständnis von Geschlecht ist somit nichts Natürliches, sondern ein soziales und kulturelles Konstrukt

(vgl. Reiter 1975 zit. n. Kosnick 2011: 162). Dadurch öffnete sich der Blick auf das Konstrukt „Mann“ und die Einbeziehung des weiblichen Gegenpols in die Beforschung wurde somit möglich (vgl. Schröter 2009: 86).

Zusätzlich kam es zu einer Aufsplitterung der zuvor als homogen postulierten Gruppe der Frauen, da sich viele im ursprünglichen Konzept nicht wiederfanden. Beispielhaft seien jene mit schwarzer Haut, Vertreterinnen der Arbeiterklasse oder auch lesbische Frauen genannt. Gemein ist ihnen ein weiteres Merkmal entsprechend den Dimensionen von *Diversity*, das für sie stark identitätsstiftend ist (vgl. Kosnick 2011: 163).

Generell ist in den letzten Jahrzehnten eine Pluralisierung der Genderidentitäten auszumachen. Teilweise werden diese spielerisch verändert und damit geltende männliche Idealtypen ironisch überzeichnet beziehungsweise Geschlechtergrenzen aufgeweicht, wie dies bei Auftritten von *Dragkings* häufig der Fall ist. Auch Transsexualität wurde in den letzten Jahren erst zum Thema und ist ein Ausdruck dieser neuen Vielfalt (vgl. Schröter 2009: 82f.). Die Dualität der Geschlechter ist somit kein zeitgemäßer Zugang zur Vielfalt und exkludiert alles, was dazwischenliegt. Neue Forderungen, wie zum Beispiel nach einer geschlechtsneutralen anstelle der geschlechtergerechten Sprache, überholen somit alte Forderungen der Frauenbewegungen (vgl. Simon 2014: o.S.).

Hierbei handelt es sich allerdings um einen überwiegend theoretischen Diskurs. Die Betroffenen selbst suchen eher nach Konstanz und einem fixen Platz im Kontinuum zwischen Mann und Frau und haben somit wenig Wunsch nach einem kompletten Verschwimmen der Geschlechtergrenzen, da dadurch eine Identitätsfindung für sie noch schwieriger wird (vgl. Schröter 2009: 82f.).

Der Umgang mit Sprache und dessen realitätsstiftende Wirkung für die Identitäten von Menschen ist trotzdem hervorzuheben und findet auch in dieser Arbeit mehrfach Beachtung. Die Wahl der Formulierungen trägt dieser Auseinandersetzung mit der normativen Kraft der Sprache ebenfalls Rechnung. Da die Zielgruppe dieser Arbeit Frauen sind, verbietet sich die Verwendung einer Generalklausel mit ausschließlicher Nennung der männlichen Form von vorneherein. Für die Verwendung des generischen Femininums spricht die Möglichkeit, Frauen auch sprachlich deut-

licher in den Mittelpunkt zu rücken. Hier besteht allerdings die Gefahr, dass relevante Geschlechterunterschiede, beispielsweise bei den Daten zur Gesundheit, unzureichend differenziert darstellbar sind. Letztendlich entschloss ich mich dazu, vollständige Paarformen zu verwenden, um einer geschlechtergerechten Sprache nahe zu kommen. Auch das Nennen des kompletten Vornamens im Literaturverzeichnis trägt dem Gedanken des Sichtbarmachens von Gender Rechnung (vgl. Bundesministerium für Bildung und Frauen, Abt. IV/3 2015: 2f.; Hilbert et al. 2006: o.S. [Punkte 1.1. bis 1.3.]).

1.6. Diversity und Migration

In der Steiermark findet Zuwanderung statt. Die dadurch gewachsene, wachsende und sich verändernde Pluralität ist keine vorübergehende Sondersituation, sondern dauerhafte Normalität. Die Steiermark will und kann damit umgehen. (Land Steiermark 2015: 10)

So heißt es in der „Charta der Vielfalt des Zusammenlebens in der Steiermark“, die hier beispielhaft für die aktuelle Auseinandersetzung mit dem allgegenwärtigen Phänomen der Migration steht. Doch wer sind die Zuwandernden, die für Pluralität sorgen?

Beschäftigt man sich näher mit dem Thema, fällt auf, dass der Begriff der Migration von Fachleuten und Medien zwar gleichermaßen intensiv genutzt wird, aber auch eine deutliche begriffliche Unschärfe besteht (vgl. David/Borde 1998: 7f.). Dem Bundesamt für Migration und Flüchtlinge folgend, handelt es sich bei Migrantinnen und Migranten um Personen, die den Ort ihres Lebensmittelpunktes verlegen. Passiert dies über Ländergrenzen hinweg, spricht man von internationaler Migration (2014: 10). Statistik Austria (2015a: 31) bezieht dabei in ihrer Begriffsdefinition neben den ausländischen Staatsbürgerinnen und Staatsbürgern auch im Ausland geborene Menschen, sowie die Kinder zweier im Ausland geborener Eltern mit ein. In der allgemeinen Rezeption wird der Begriff Migration hingegen lediglich synonym für ausländische Zuwanderinnen und Zuwanderer verwendet (vgl. David/Borde 1998: 7).

Das Wort selbst hat lateinische Wurzeln und kommt von *migratio*, was „Wanderung“ bedeutet (vgl. PONS: o.J.: o.S.). Den auf diese Weise adressierten Menschen ist also ein Wanderungsprozess gemein. Bewegung und damit auch die mögliche Rückkehr in das Heimatland werden mitgedacht. Sie haben ihre Wurzeln in anderen kulturellen Welten und werden somit als die fremden Anderen gesehen. Diese

Gruppe selbst ist jedoch sehr heterogen und umfasst Arbeitsmigrantinnen und -migranten, politisch Verfolgte, Kriegsflüchtlinge, Asylwerbende, Illegale und zum Beispiel auch Remigrantinnen und Remigranten (vgl. Berg 1998b: 550; Machleidt 2013: 13). Diese Heterogenität macht eine Präzisierung nötig, wenn man sich diesem Thema nähert.

In vorliegender Arbeit wird der Fokus auf Migrantinnen gelegt, die bereits am Arbeitsmarkt integriert sind. Hierbei handelt es sich um die am besten untersuchte Gruppe, für Illegale oder die wachsende Gruppe der Asylsuchenden – rund 89.000 im Jahr 2015 in Österreich – gibt es weniger Daten (vgl. Berg 1998b: 550; Bundesministerium für Inneres 2016: 3).

Zur weiteren Differenzierung des Migrationsbegriffs können zusätzliche Parameter Beachtung finden. Die Dauer der Niederlassung am neuen Ort ist ein wichtiger. So werden bis zu drei Generationen zur Definition des Migrationshintergrundes herangezogen, wobei die Frage legitim ist, ob Enkelkinder von Eingewanderten, die im Zielland geboren wurden und die Staatsbürgerschaft dieses Landes von Geburt an innehaben, diesen Titel zu Recht tragen (vgl. David/Borde 1998: 8; Machleidt 2013: 13).

Teilweise kann zumindest aus medizinischer Sicht eine Einbeziehung der zweiten Generation sinnvoll sein, da für einzelne Erkrankungen wie Depressionen ein erhöhtes Risiko besteht. Diese Generation erweist sich bei schlechter Integration der Eltern als besonders vulnerabel für mentale Erkrankungen (vgl. Machleidt 2013: 63f.).

Neben dieser theoretischen Diskussion über die Differenzierung innerhalb des Kreises der Zuwandernden, zeigt sich häufig auch das praktische Problem, dass vorhandenes Datenmaterial nicht immer klare Schlüsse zulässt. So ist eine Aussage über die Generationenfolge beispielsweise nicht möglich, wenn ein Elternteil bereits in der zweiten Generation im neuen Heimatland lebt, der andere Elternteil aber neu zuzieht. Aus diesem Grund ist es ein pragmatischer Zugang, nur zwischen Personen mit eigener Migrationserfahrung (im Ausland geboren) und Personen ohne eigene Migrationserfahrung (im Zielland geboren), zu unterscheiden (vgl. Statistisches Bundesamt 2015: 574f.).

Diese Vereinfachung führt allerdings zu einer gewissen Unschärfe in den verfügbaren Gesundheitsberichten, die insbesondere bei der Entwicklung gezielter Maßnahmen zur Gesundheitsförderung problematisch sein können. Bei der Datengewinnung sollte somit in Zukunft hierauf mehr Bedacht genommen werden, um den Gesundheitswissenschaften die entsprechenden Werkzeuge an die Hand zu geben (vgl. Geiger/Razum 2016: 632). Eine weitere Variable ist der unterschiedliche Grad der Integration von Zuwandernden, die zahlreichen Einflussfaktoren unterliegt. Diesem Themenkomplex ist das nächste Kapitel gewidmet.

1.6.1. Integration

Der Begriff Integration ist ein vieldeutiger und wird politisch oft den jeweiligen Interessen entsprechend verwendet. Auch in der Wissenschaft gibt es unterschiedliche Auslegungen. Ein wichtiger Punkt in dieser Diskussion ist die Gesellschaft, in die integriert werden soll. Ist diese sehr homogen, wie im Deutschland der fünfziger Jahre, ist ein Integrationsmodell denkbar, in dem sich die Zuwandernden komplett in ihrer Lebensweise angleichen. Dabei spricht man von Assimilation. Diese Einheitlichkeit besteht heute nicht mehr. Durch die unterschiedliche Betonung der verschiedenen Merkmale von Diversität in den letzten Jahrzehnten, kam es zu einer starken Pluralisierung unserer Gesellschaft. Unter diesem Gesichtspunkt bietet sich eine andere Lesart von Integration an: Chancengleichheit kann als Hauptindikator für das Gelingen gesehen werden. Ziel ist es, beruflichen und gesellschaftlichen Erfolg von Ethnie zu entkoppeln. Diese kulturelle Dimension von Vielfalt kann weiter ein Teil der Identität sein, ist aber nicht mehr der über Erfolg entscheidende (vgl. Gestring et al. 2006: 11-14).

Ein Ausdruck gesellschaftlichen Erfolges ist in unserer westlichen Gesellschaft die Teilhabe am Arbeitsmarkt, sowie eine gute Schulbildung. Aus einem anderen Blickwinkel betrachtet, kann man diese beiden Faktoren auch als treibende Kraft bei der Integration von Menschen erkennen (vgl. Baldaszi et al. 2015: 11).

Das Gegenteil von Integration ist Ausgrenzung. Wo liegt nun die Grenze zwischen diesen beiden Polen? Man kann hier mehrere, unterschiedlich komplexe Modelle anwenden, um sich dieser Frage zu nähern. Ein Zugang ist, die sozioökonomischen Gegebenheiten der Minderheit in Verhältnis zu den Standards der Mehrheitsbevölkerung zu setzen. Werden diese Vergleichswerte erreicht, ist Integration gelungen.

Wird Integration nuancierter betrachtet und beachtet man verschiedene Dimensionen wie berufliche Stellung, Einbindung in soziale Netze, kulturelle Teilhabe, bestehende Wohnverhältnisse aber auch die subjektive Komponente, fallen zahlreiche Wechselwirkungen auf und ein differenzierteres Bild von Integration entsteht. Richtet man den Fokus auf das Entstehen von Ausgrenzung oder dessen Gegenteil, werden Prozessbeschreibungen bei der Beantwortung der Frage helfen.

Zuletzt ist es auch noch möglich, den personenbezogenen Aspekt von Integration zu betonen. Im Rahmen der vorhandenen Strukturen kann man selbst dazu beitragen, in der Mitte oder am Rand der Gesellschaft anzukommen (vgl. Gestring et al. 2006: 16-18). Sichtbar wird diese Bewegung auf die Gesellschaft zu, in alltäglichen Situationen. Beispielhaft für diese Akkulturation sei die Begleitung von kreißenden Türkinnen durch ihre Männer bei der Geburt genannt. Im Heimatland kaum gelebte Praxis, stehen in Deutschland immerhin 38 Prozent der Türken ihren Frauen als einzige Bezugsperson bei der Entbindung zur Seite. Die Anzahl von 60 Prozent wie bei deutschen Paaren wird zwar nicht erreicht, als Indikator für das Hineinwachsen von Migrantinnen und Migranten in die neue kulturelle Umgebung ist dieser Prozentsatz dennoch ein starkes Zeichen (vgl. Kentenich et al. 1998: 133f.).

„Akkulturation“ und „Hineinwachsen“ sind Begriffe die auch Assoziationen mit der Adoleszenz wecken. Tatsächlich haben Migration und Heranwachsen einiges gemein. Beide Prozesse markieren essentielle Veränderungsvorgänge, die mit Abgrenzung und Identitätsfindung einhergehen. Mit beiden Vorgängen sind Chancen wie Selbstreflexion und ein möglicher Neubeginn verbunden. Sie bergen aber auch Gefahren. Psychische Labilität, Versagensängste oder das Verhärten von Ideologien können in dieser sensiblen Phase zu aggressiven Handlungen und der Ablehnung des Anderen führen (vgl. Machleidt 2013: 28-30).

Wichtig ist, dass der Großteil der Migrantinnen und Migranten diesen Prozess schlussendlich positiv besetzt und die Gefühlskategorien Neugierde, Angst, Trauer und Freude im Rahmen des Migrationsprozesses phasenhaft durchlaufen werden. Nach einer anfänglichen Euphorie kommt es zur intensiveren Auseinandersetzung mit der neuen Umgebung, die mit Verunsicherung und Trauer über die erlebten Verluste einhergeht. Nach Abschluss dieser kritischen Episode kann aber ein befriedigendes Erleben von Bi- oder Multikulturalität folgen. Frauen und Männer sind hier

gleichermaßen betroffen, wenngleich auch lange Zeit der Fokus auf dem männlichen Geschlecht lag (vgl. ebd.: 35f.).

1.6.2. Migration und Gender

Bis in die siebziger Jahre wurde Frauen mit Migrationshintergrund wenig Raum in der wissenschaftlichen Diskussion eingeräumt. Der Zeit entsprechend, wurden sie hinter ihren Männern kaum wahrgenommen. Erst später wurde die wichtige Rolle, die Frauen im Migrationsprozess innehaben, erkannt und thematisiert. Aspekte der Genderdebatte wurden hierbei in Bezug zu Themen der Migration gesetzt (vgl. Knörr/Meier 2000: 9).

So zeigt sich zum Beispiel, dass die Akzeptanz der Selbstbestimmung von Frauen mittlerweile in der westlichen Welt im Verständnis der Europäer verankert ist. Kompliziert wird es aber, wenn das Selbstverständnis der Migrantinnen eben gar nicht dem westlichen entspricht. Vor allem muslimische Frauen haben teilweise eine stark divergierende Vorstellung von einem gelungenen „Frau sein“. Das Kopftuch kann in diesem Fall nach außen hin der Ausdruck einer selbstbestimmten weiblichen Lebensführung sein, die sich von jeglicher Sexualisierung abwendet und den Koran als Handlungsgrundlage heranzieht. Ob nun dieses Selbstbild als Ausdruck von Vielfalt von der Mehrheit akzeptiert wird, oder mit einem westlich-ethnozentrierten Blick als Unterdrückung der Frau abgelehnt wird, ist derzeit eine heiße politische Diskussion. Diese Lebenseinstellung spiegelt aber die Realität eines Teiles der muslimischen Migrantinnen wider (vgl. Schröter 2009: 87-90).

Dieser Aspekt von zugewanderten Menschen sollte aber nicht überbewertet werden. Kritisch gesehen werden muss immer die Singularität dieses Merkmales, das alle anderen Eigenschaften überstrahlt. Eine Reduktion auf die Religion und den nur vage eingrenzbaeren Kulturbegriff greift also zu kurz und dient eher der Bestätigung von Vorurteilen, als dass sie dabei hilft, Gleichberechtigung herzustellen. Die Folge davon kann eine Verknüpfung von Sexismus mit Rassismus unter dem Deckmantel der Kulturbewahrung sein (vgl. Hausbichler, 2016: 2). Wo nun Migrantinnen in diesem kulturellen Spannungsfeld einen Platz in der österreichischen Arbeitswelt finden, wird nun dargelegt.

1.6.3. Migration und Arbeit in Österreich

Jeder fünfte Mensch in Österreich hat einen Migrationshintergrund. Insgesamt sind es über 1,7 Millionen Menschen, die entweder selbst oder deren Eltern in einem anderen Land geboren wurden. Hierbei ist ein Überwiegen von Frauen um etwa achtzigtausend Personen festzustellen (vgl. Statistik Austria 2015a: 31).

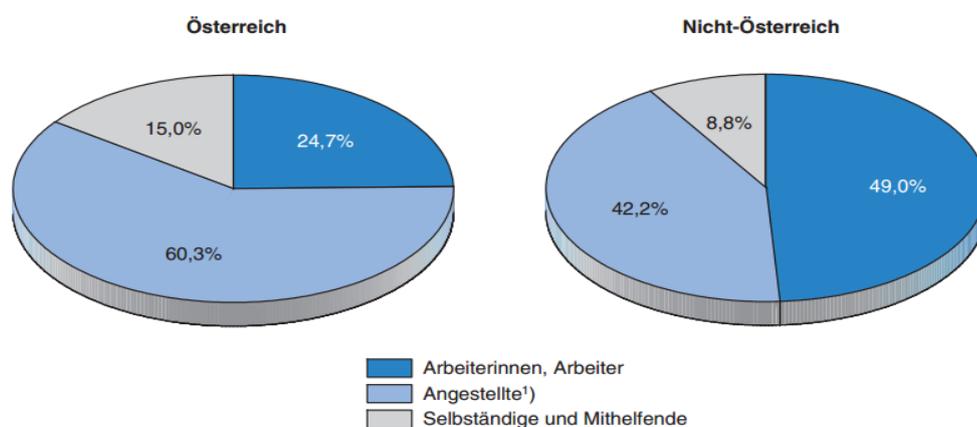
Die ersten Versuche, Migration zu steuern und dadurch einem Arbeitskräftemangel zu begegnen, fanden in den sechziger Jahren statt. Auch heute ist wieder ein erhöhter Bedarf an – diesmal gut ausgebildeten – Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern gegeben. Migration könnte dabei der Überalterung der österreichischen Bevölkerung entgegenwirken und die Transformation der Gesellschaft in eine wissensbasierte beschleunigen (vgl. Biffi 2011: 11f.).

Abhängig davon, wann die Migration nach Österreich stattfand und wie die globalen Rahmenbedingungen und Anforderungen des österreichischen Arbeitsmarktes waren, unterschied sich die ethnische Zusammensetzung der Zugewanderten. Waren die (größtenteils männlichen) Zuwandernden der achtziger Jahre oft als Gastarbeiter aus der Türkei oder Jugoslawien gekommen, kamen die Jugoslawinnen und Jugoslawen im folgenden Jahrzehnt vermehrt im Rahmen des Zerfalls ihres Heimatlandes.

Ab 1995 waren vermehrt außereuropäische Migrantinnen und Migranten mit den Herkunftsländern Afghanistan und Tschetschenien zu zählen und seit 2004 kann eine deutliche Wanderungsbewegung innerhalb der Europäischen Union festgestellt werden (vgl. ebd.: 33f.). Die rezente Flüchtlingsbewegung ist zwar von der Anzahl der migrierenden Personen von gesellschaftlicher Bedeutung, wegen des derzeit noch sehr geringen Einflusses auf die Beschäftigungsverhältnisse in Österreich, findet diese Gruppe allerdings keine weitere Beachtung in dieser Arbeit.

Betrachtet man Zuwanderung unter dem Aspekt der Erwerbstätigkeit fällt auf, dass insbesondere Frauen mit Migrationshintergrund deutlich seltener berufstätig sind. Beträgt der Geschlechterunterschied bei der einheimischen Bevölkerung 7,3 Prozent, so arbeiten um knapp zwölf Prozent weniger Frauen als Männer mit Migrationshintergrund. Türkischstämmige bilden in diesem Zusammenhang die auffälligste Gruppe: dreißig Prozent weniger Frauen als türkische Männer sind in der Arbeitswelt verankert.

Anzumerken ist hierbei, dass die zweite Generation einen deutlich besseren Zugang zur Arbeitswelt findet. Dies könnte durch eine Aufweichung der traditionellen Rollenbilder, die als Ursache für den deutlichen Unterschied gesehen werden, erklärbar sein. Fragt man daneben nach den Tätigkeiten von Migrantinnen und Migranten, imponiert als erstes die hohe Anzahl von Arbeiterinnen und Arbeitern, sowie die geringe Anzahl von Angestellten mit mittleren und höheren Tätigkeiten. Auffällig viele türkischstämmige Personen und solche aus dem ehemaligen Jugoslawien leisten niedrigqualifizierte Arbeiten (vgl. Statistik Austria 2015a: 35f.; Statistik Austria 2009: 42f.):



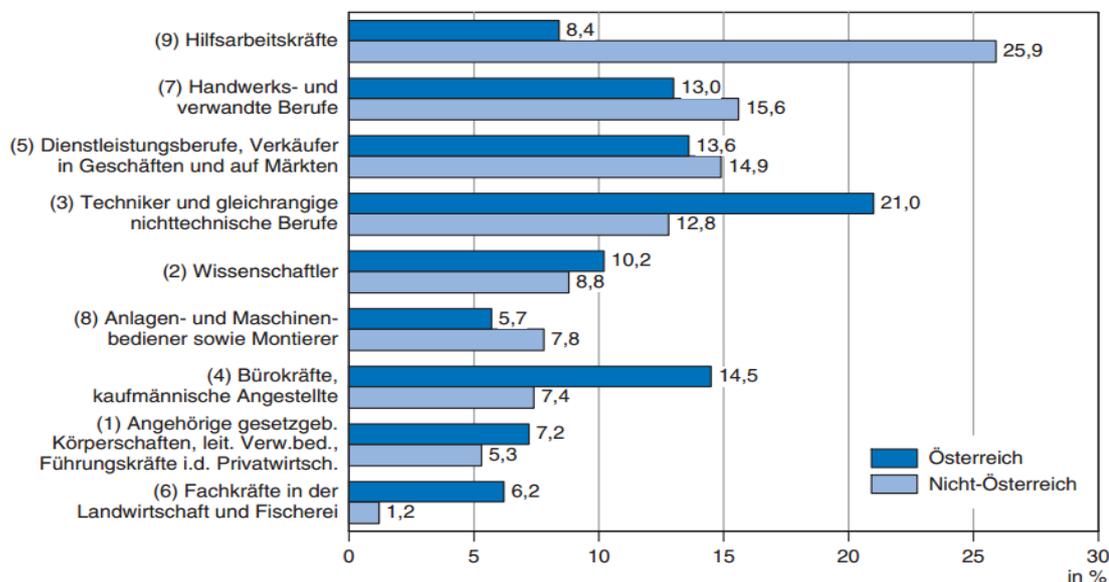
Q: STATISTIK AUSTRIA, MZ-Arbeitskräfteerhebung 2. Quartal 2008. - Bezogen auf die jeweilige Gesamtgruppe der Erwerbstätigen. -
 ¹) Einschließlich Freie Dienstnehmerinnen und Dienstnehmer, Beamtinnen, Beamte und Vertragsbedienstete.

Abbildung 2: Anteil Erwerbstätiger nach beruflicher Stellung und Geburtsland (Statistik Austria 2009: 43)

Insbesondere mit niedrigqualifizierten Tätigkeiten werden Migrantinnen und Migranten deutlich häufiger beschäftigt. So werden, verglichen mit Österreicherinnen und Österreichern, dreimal so viele im Ausland Geborene als Hilfsarbeitskräfte eingesetzt (vgl. Statistik Austria 2009: 44).

Ein Blick auf die statistischen Daten aus dem Jahr 2009 zeigt folgende Verteilung von geringqualifizierten, ausländischen Frauen am österreichischen Arbeitsmarkt: Serbien und Montenegro sowie Bosnien und Herzegowina führen mit 14.500 beziehungsweise 13.300 Arbeitnehmerinnen. Kroatien folgt mit etwa 6600 und dann kommt die Türkei mit rund 1000 Frauen weniger. Rumänien und Polen stellen 4700 beziehungsweise 3300 Beschäftigte. Erst dann folgt Deutschland mit 1800 niedrigqualifizierten Arbeitnehmerinnen. Erwähnenswert ist, dass bei den ersten Gruppen

dabei um die fünfzig Prozent der insgesamt dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehenden Frauen niedrig qualifiziert sind, wohingegen nur fünf Prozent deutscher Frauen zu dieser Gruppe gehören (vgl. Biffl 2011: 76f.).



Q: STATISTIK AUSTRIA, MZ-Arbeitskräfteerhebung 2. Quartal 2008. - (0) Berufssoldaten nicht gesondert dargestellt. - Bezogen auf die jeweilige Gesamtgruppe der Erwerbstätigen.

Abbildung 3: Anteil Erwerbstätiger nach Berufen und Geburtsland (Statistik Austria 2009: 44)

Differenziert man nach Tätigkeitsfeldern, zeigen sich Sparten wie industrielle Fertigung, Bau und Reinigung als wichtige Einsatzorte für Migrantinnen und Migranten mit niedriger Qualifikation. Die erstgenannten Felder weisen ein Überwiegen männlicher Beschäftigter auf und letzteres wird von Frauen dominiert (vgl. Statistik Austria 2015a: 36, 43).

Nach dem bisher Erläuterten verwundert es wenig, dass es auch die türkischen Frauen und jene aus Ex-Jugoslawien sind, welche die niedrigste Schulbildung aufweisen und somit den Weg in niedrigqualifizierte Tätigkeiten vorgezeichnet finden. Dabei sind Türkinnen auch noch durch besonders schlechte Deutschkenntnisse belastet (vgl. Statistik Austria 2015a: 46, 60).

Die Wichtigkeit der Sprache zeigt sich generell beim Blick auf die Teilhabe von Migrantinnen und Migranten am Arbeitsprozess: je höher die Sprachkompetenz in Deutsch ist, desto größer ist die Wahrscheinlichkeit der Integration am Arbeitsmarkt. 71 Prozent der Personen mit Migrationshintergrund im erwerbsfähigen Alter sind tatsächlich in Beschäftigung, Menschen mit geringen Deutschkenntnissen hingegen

nur in 44 Prozent der Fälle. Für diese Arbeit besonders interessant ist die Tatsache, dass in der Reinigung viele dieser wenig sprachkompetenten Personen tätig sind (vgl. Statistik Austria 2015a: 61).

Neben der fehlenden Anerkennung von ausländischen Ausbildungen, stellt die Sprachbarriere den Hauptgrund dafür dar, dass Migrantinnen und Migranten nicht entsprechend ihrer Qualifikation eingesetzt werden (vgl. Statistik Austria 2015a: 74).

Die Sprache mag auch ein Grund dafür sein, dass relativ wenige außereuropäische Migrantinnen und Migranten auf Stellenanzeigen zurückgreifen oder Initiativbewerbungen an Unternehmen richten. Soziale Netzwerke und somit Kontakte von Freundinnen, Freunden und Familie bilden für sie den Hauptzugang zum Arbeitsmarkt. Insbesondere bei Dienstleistungen wie der Reinigung mit niedrigqualifizierten Arbeiterinnen und Arbeitern wird überdurchschnittlich oft auf diese Kanäle zurückgegriffen (vgl. Statistik Austria 2015a: 67-69). Im Bereich der Sprache setzt auch die einzige speziell auf die Zielgruppe dieser Arbeit zugeschnittene Arbeitsplatzmaßnahme in Österreich an. Sprachkurse werden für Personen mit nichtdeutscher Muttersprache angeboten. Der Großteil der Arbeitsmarktmaßnahmen adressiert hingegen nicht alleine an Migrantinnen und Migranten, sondern beispielsweise an Arbeitswillige mit geringer Schulbildung (vgl. Biffl 2011: 36).

Dass spezifische Maßnahmen zur besseren Integration am Arbeitsmarkt jedenfalls notwendig sind, legt auch ein Blick auf die Beschäftigungsdauer von Migrantinnen und Migranten im jeweiligen Betrieb nahe. Deutlich kürzere Verweilzeiten in Unternehmen im Vergleich zu einheimischen Beschäftigten können als Zeichen einer schlechteren Einbindung am Arbeitsmarkt gelesen werden (vgl. Statistik Austria 2015a: 49).

2. Gesundheit

Mögliche Herangehensweisen an das Thema Gesundheit im Allgemeinen sowie im betrieblichen Kontext werden in diesem Abschnitt dargestellt. Neben der Klärung von Begriffen erfolgt die Vorstellung verschiedener Konzepte und die Verknüpfung mit Aspekten von *Diversity*.

2.1. Der Begriff „Gesundheit“ im Wandel der Zeit

Betrachtet man die Bedeutung des Begriffs „Gesundheit“ über die Zeit, fällt auf, dass dieser einen deutlichen Wandel erlebte. Zu Zeiten Paracelsus' wurde Gesundheit als Geschenk Gottes verstanden, mit dem sorgsam umzugehen war (vgl. Ickert 2001: 40). Gesundheit wie Krankheit waren Teil des Schöpfungsplanes und die Möglichkeiten der Einflussnahme waren gering (vgl. Keupp 2013: 160).

400 Jahre später erwähnt Pschyrembel diesen Begriff in seinem Klinischen Wörterbuch von 1942 noch nicht einmal und auch Krankheit wird lediglich als „Störung der normalen Vorgänge im Körper oder in seinen einzelnen Teilen [...]“ (Pschyrembel 1942: 392) sehr technisch beschrieben.

Mit der Unterzeichnung der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation im Juli 1946 kommt es dann allerdings zu einem Paradigmenwechsel im Verständnis von Gesundheit: „*Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.*“ (WHO 2014: 1) Der negativen Definition über die Abwesenheit von Krankheit (vgl. Der neue Brockhaus 1937: 220) wurde hier ein positives Gesundheitskonzept mit der Betonung des körperlichen, geistigen und sozialen Wohlergehens gegenübergestellt.

In der Verfassung der Weltgesundheitsorganisation wird daneben auch festgehalten, dass es sich bei Gesundheit um ein Grundrecht handelt, das jedem Menschen gleichermaßen zusteht, egal woher er kommt, wie seine politischen oder religiösen Ansichten sind oder wie er sozial eingebettet ist (vgl. WHO 2014: 1). Der Vielfalt im Gesundheitskontext wird somit bereits zu diesem Zeitpunkt Beachtung geschenkt.

Aber auch die Definition der WHO ist nicht unumstritten. So stellen Huber et al. (2011: 235f.) fest, dass einerseits der Anspruch auf vollständiges Wohlergehen in einer Zeit des demographischen Wandels von vielen älteren Menschen, die mit chronischen Erkrankungen leben, nicht erhoben werden kann. Als die Verfassung

der WHO unterzeichnet wurde, waren akute Erkrankungen wie Infektionen oder kurze Verläufe chronischer Erkrankungen vorherrschend, die dann häufig rasch zum Tode führten. Durch Verbesserungen im Bereich der Hygiene und der Behandlungsmethoden leben nun immer mehr Menschen mit chronischen Erkrankungen, die durch die WHO Definition vom Gesundheitsbegriff ausgeschlossen werden. Sie haben eine Erkrankung, ohne deshalb per se krank zu sein. Andererseits wird durch bessere diagnostische Möglichkeiten in Anbetracht des Strebens nach vollständigem Wohlergehen die Schwelle für Eingriffe oder Therapieeinleitungen immer weiter herabgesetzt, was ebenfalls hinterfragenswert ist.

Eine ähnliche Kritik übt Ongaro Basaglia (1985: 8): „Wenn die Gesundheit als Projekt die Stelle des Lebens einnimmt, ja dessen Namen annimmt, dann verliert das Leben an Bedeutung gegenüber einer abstrakten Norm.“ Dieser absolute Richtwert führt zu einer Verlagerung von Begrifflichkeiten. Anstelle von Leben und Tod werden nun Gesundheit und Krankheit zu den zentralen Themen. Es kommt zu einer Abspaltung dieser von den Lebensrealitäten der Menschen und Gesundheit wird einerseits als kollektives Ziel gesehen, einerseits wird Krankheit als individuell durch die Medizin zu bekämpfender Gegenpol postuliert. Diese Sichtweise verunmöglicht ein Leben mit Krankheit und beraubt die Individuen ihrer Selbstbestimmung im Umgang mit dieser (vgl. Ongaro Basaglia 1985: 7-15).

Auch Aaron Antonovsky (1997: 22-25 [Originalausgabe 1987]) wehrt sich gegen eine Spaltung des Lebens in die beiden Gegenpole Gesundheit und Krankheit. Die schulmedizinische Dichotomie in eine pathogenetische auf der einen, sowie eine rein präventive oder gesundheitsorientierte Herangehensweise auf der anderen Seite, beantwortet er mit seinem Konzept eines „Gesundheits-Krankheits-Kontinuums“. Jeder Mensch befindet sich zu unterschiedlichen Zeiten an unterschiedlichen Punkten dieses Raumes, wo es ihn zu verorten gilt. Im salutogenetischen Konzept geht es Antonovsky darum festzustellen, wo sich jemand in diesem Raum befindet und welche Faktoren ihn an diesem Punkt gesund halten, oder näher an den gesunden Pol bringen: „Wir sind alle sterblich. Ebenso sind wir alle, solange noch ein Hauch von Leben in uns ist, in einem gewissen Ausmaß gesund.“ (Antonovsky 1997: 23).

Einen differenzierten Zugang zum Thema bietet auch die Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung, welche die Kritik an der Institutionalisierung von Gesundheit

ebenfalls aufnimmt. Gesundheit wird hier nicht als Ziel definiert, das es zu erreichen gilt, sondern als Teil des alltäglichen Lebens. Durch Selbstbestimmung sollen Bedürfnisse befriedigt und die Umwelt gemeistert werden. Staatliche Institutionen haben weiter eine wichtige Rolle. Ihre Aufgabe verschiebt sich aber hin zu einer unterstützenden und koordinierenden Funktion. Dem Individuum soll ein, den eigenen Wünschen entsprechendes, gesünderes Leben innerhalb der jeweiligen Lebenswelt ermöglicht werden (WHO Regionalbüro für Europa 1986: 1-3).

Dieser ressourcenorientierte Ansatz spielt auch im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung eine wichtige Rolle. Der Fokus wird hier auf die konkreten Umweltbedingungen am Arbeitsplatz gelegt, die entweder selbst eine Ressource darstellen können, oder die es durch Stärkung anderer zur Verfügung stehender Ressourcen zu bewältigen gilt (vgl. Blattner/Elsigan 2015: 7).

Eine moderne Lesart von Gesundheit stellt die Fähigkeit zur Anpassung in den Vordergrund. Badura et al. (2010: 32) schlagen diesen adaptiven Ansatz zur Definition von Gesundheit vor. Sie wird als Lösungskompetenz bei Problemen, sowie als Fähigkeit, Gefühle zu regulieren, beschrieben. Ein positives Selbstwertgefühl, sowie physisches und psychisches Wohlbefinden resultieren daraus. Die drei Dimensionen der WHO-Definition von 1946 finden sich hier in einem dynamischen Kontext wieder.

So laufen auf körperlicher Ebene ständig Anpassungsprozesse ab, um auf veränderte Umgebungsbedingungen und externe Stressoren zu reagieren und ein Gleichgewicht aufrecht zu erhalten (vgl. Huber et al. 2011: 236). Auf psychischer Ebene findet diese Anpassung ebenfalls statt, wobei entsprechend dem Konzept der Salutogenese von Antonovsky die Verstehbarkeit, die Bedeutsamkeit und die Handhabbarkeit – zusammengefasst unter dem Begriff „Kohärenzgefühl“ – zu einer erfolgreichen Anpassung beitragen (vgl. Antonovsky 1997: 34f.).

Auf sozialer Ebene gesteht dieser Zugang auch Menschen mit chronischen Erkrankungen zu, sich gesund zu fühlen, wenn sie eine Anpassung an die bestehenden Einschränkungen schaffen. Insbesondere auch für den Arbeitsplatz hat laut Huber et al. (2011: 236) diese Definition Bedeutung, da bei ausreichender Anpassung an gesundheitliche Einschränkungen eine Teilhabe am Berufsleben möglich ist:

Health in this domain can be regarded as a dynamic balance between opportunities and limitations, shifting through life and affected by external conditions such as social and environmental challenges. By successfully adapting to an illness, people are able to work or to participate in social activities and feel healthy despite limitations. (Huber et al. 2011: 236)

2.2. Gesundheit und Migration

Zwischen Migration und Gesundheit besteht ein enger Zusammenhang. Einerseits ist Gesundheit oftmals eine Voraussetzung für eine erfolgreiche Migration. Für diese Tatsache wird auch der Begriff des *Healthy Migrant Effect* bemüht, der besagt, dass vor allem gesunde und junge Menschen als (Arbeits-)Migrantinnen und Migranten ins Land kommen (vgl. Allemann-Ghionda/Hallal 2011: 173f.; Pollack 2016: 32). Nicht nur individuelle Entscheidungen spielen hier eine Rolle, sondern diese vermeintlich „natürliche“ Selektion wird auch durch politische Entscheidungen, wie zur Zeit der Gastarbeiteranwerbung der sechziger und siebziger Jahre, verstärkt. Hier suchten Anwerbekommissionen gezielt nach gesunden, überwiegend männlichen, Arbeitern für den deutschen und österreichischen Arbeitsmarkt (vgl. Berg 1998b: 552; Initiative Minderheiten 2004: o.S.).

Andererseits ist es für Migrantinnen und Migranten schwieriger, ihre Gesundheit in der neuen Umgebung aufrecht zu erhalten. Ressourcen der alten Heimat gehen verloren, neue Strukturen sind unbekannt und die physischen und psychischen Belastungen im Rahmen der Arbeitsmigration stellen bedeutende Belastungsfaktoren dar (vgl. Reinprecht 2012: 33). So leisten Migrantinnen und Migranten häufig schmutzigere, schwierigere und gefährlichere Arbeiten als die einheimische Bevölkerung (vgl. Grondlin 2005 zit. n. Geiger/Razum 2016: 618; Statistik Austria 2008: 81). Die Bewältigung des Alltages und finanzielle Zwänge bestimmen oft die Lebensführung und ein selbstbestimmtes, gesundheitsorientiertes Handeln tritt in den Hintergrund (vgl. Reinprecht 2012: 33).

Diese Wechselwirkungen von Gesundheit und Migration sollen im Folgenden näher beleuchtet werden. Angemerkt werden muss noch, dass der Schwerpunkt der bisherigen Forschung klar die Gesundheit von Arbeitsmigrantinnen und -migranten war und auch hier wieder einzelne Gruppen verstärkt im Fokus standen. So gibt es seit langem Daten zum Gesundheitszustand von Zuwandernden aus den ehemaligen Anwerbeländern wie Türkei und Jugoslawien, andere Herkunftsnationen und

insbesondere auch die Gesundheit von Flüchtlingen sind hingegen wenig erforscht (vgl. Berg 1998b: 550f.).

2.2.1. Hürden beim Zugang zum Gesundheitssystem

Die Hürde steht hier wortwörtlich in der Mitte zwischen Patientin oder Patient auf der einen und der Ärztin oder dem Arzt auf der anderen. Von beiden Seiten ist sie nicht leicht zu nehmen. Der Aspekt des „Fremden“ erschwert den Zugang zur jeweils anderen. Diese Fremdheit entsteht durch Unterschiede in Sprache, Tradition, Religion und Herkunft (vgl. Allemann-Ghionda/Hallal 2011: 175f.). Daneben haben Migrantinnen und Migranten eine geringere Schulbildung und somit auch schlechteren Zugang zu Informationen, insbesondere auch Gesundheitsthemen betreffend. Verstärkt wird diese Situation noch durch ein Gesundheitsverhalten, das sich von dem der Einheimischen unterscheidet. Da viele Migrantinnen und Migranten nur wenige Kontakte zur Mehrheitsgesellschaft haben, kann ein Angleichen an diese und somit ein Abbau der Hindernisse im Gesundheitsbereich erst nach Jahren erwartet werden (vgl. Akbal 1998: 116f.).

Gibt es Unterschiede in mehreren der oben genannten Merkmale, wird eine kulturelle Distanz erlebt, die durch teilweise unbegründete Erwartungshaltungen noch verstärkt wird. Im Extremfall kann das entweder zu einem Ausblenden des Anderen führen oder die Interaktion mit dem Fremden wird als Störung der Alltagsroutine erlebt. Die Folge kann neben Fehlbehandlungen, häufigem Arztwechsel mit langwieriger Abklärung auch eine stillschweigende Verständigung auf gegenseitiges Missverstehen sein (vgl. Allemann-Ghionda/Hallal 2011: 175f.). Somit ist auch der ärztlichen Seite Beachtung zu schenken. Reagiert medizinisches Personal mit Überforderung, kommt es entweder zu einem Überfluss an Diagnostik und Therapie, oder zum Verweigern von Behandlung (vgl. Kantenich et al. 1998: 137).

Insbesondere die Sprache ist bei diesen Vorgängen eine nicht zu unterschätzende Barriere. Viele Migrantinnen und Migranten verfügen nicht über ausreichende Sprachkenntnisse, um sich im Alltagsleben zu verständigen. Die Fachsprache der Mediziner stellt entsprechend noch höhere Anforderungen an das Sprachverständnis, woraus Verständigungsprobleme zwischen den Behandelnden und den Behandelten folgen können. Auch werden durch die zunehmende Vielfalt der Migrantinnen und Migranten die gesprochenen Idiome zahlreicher und somit die Anforderungen

an Übersetzer immer größer (vgl. Collatz 1998: 39f.). In Städten wie München sind bereits Übersetzerdienste im Gesundheitssystem etabliert, welche das Schweigen von Migrantinnen und Migranten in Bezug auf das eigene körperliche Empfinden brechen (vgl. Geiger/Razum 2016: 623f.). Zu berücksichtigen ist bei Übersetzungen neben der linguistischen Kompetenz immer auch die persönliche Komponente und somit die Interaktion zwischen den betroffenen Personen. Die Spannbreite ist hier weit: von Landsleuten mit demselben kulturellen Hintergrund, bis hin zu Vertreterinnen und Vertretern konflikthaft gegenüberstehender Volksgruppen reicht diese. So kann die Zugehörigkeit zur türkischen beziehungsweise kurdischen Ethnie bei sensiblen Themen ebenso problematisch sein, wie das Aufeinandertreffen von russischen und tschetschenischen Staatsangehörigen. Die Dolmetscherin oder der Dolmetscher kann im Sinne eines Verbündens gesellschaftliche Tabus überdecken helfen, aber auch als Feindbild wahrgenommen und abgelehnt werden (vgl. Machleidt 2013: 86-88). Um die komplexen Zusammenhänge zwischen Krankheit, soziokulturellem Hintergrund und den persönlichen Lebensumständen zu kommunizieren, ist somit neben Zeit, die Sprache von essentieller Bedeutung (vgl. Collatz 1998: 35). Sie ist nicht der wichtigste Unterschied, aber sie verunmöglicht häufig die konstruktive Annäherung an die anderen Trennlinien, die in erster Linie auf einem divergierenden Verständnis von Gesundheit beruhen. Welches Verhalten, welche therapeutischen Maßnahmen aber auch welche Institutionen als gesundheitsförderlich erlebt werden, unterliegt kulturell bedingten Unterschieden. Im besten Fall kann durch ein gelungenes ärztliches Gespräch ein Konsens über Krankheitsverständnis und Behandlung hergestellt werden (vgl. Allemann-Ghionda/Hallal 2011: 178). Wichtig für den Erfolg ist hierbei auch, dass religiöse Vorstellungen der Patientinnen und Patienten nicht von vorne herein von therapeutischen Überlegungen ausgeklammert werden. Erleichtern sie die Verstehbarkeit des eigenen Krankheitsbildes sowie der nötigen Therapie, können sie ein salutogenes Potential entfalten, das es zu nutzen gilt (vgl. Machleidt 2013: 98-100). Überwiegen pathogene Einflüsse, kommt es zur Ausbildung von Beschwerden, auf die im nächsten Kapitel eingegangen wird.

2.2.2. Symptome bei Migrantinnen und Migranten

Stellt man sich die Frage nach den häufigsten Beschwerden, sowie den Gründen für ärztliche Konsultationen von Migrantinnen und Migranten, fällt auf, dass das Leitsymptom „Schmerz“ vorherrscht (vgl. Anzenberger et al. 2014: 10; Glier/Erim 2004:

227f.). Diese erhöhte Schmerzempfindlichkeit findet sich laut Machleidt (2013: 60f.) besonders bei Menschen, die soziale Ausschließung selbst erlebt haben. So klagen etwa Frauen aus der Türkei und Ex-Jugoslawien doppelt so häufig über Kopf- oder Schulterschmerzen wie Frauen ohne Migrationshintergrund und auch Männer dieser Migrantengruppe berichten häufiger über Schmerzen in den Beinen, den Schultern oder dem Rücken (vgl. Statistik Austria 2008: 86).

Gesundheitsstörungen äußern sich auch insofern anders, als sie häufiger ganzkörperlich auftreten und als sehr schwerwiegend eingeschätzt werden (vgl. Berg 1998a: 86-89; Leyer 1991 zit. n. Collatz 1998: 49). Nicht selten stehen hinter den präsentierten körperlichen Beschwerden psychische Erkrankungen, die über Somatisierung einen Ausdruck finden. Die präsentierten Symptome zu deuten, stellt eine Herausforderung für die Behandelnden dar, zumal für diese der Zugang zu den Lebenswelten der Patientinnen und Patienten ein schwieriger ist und ethnozentrische Betrachtungsweisen erst überwunden werden müssen (vgl. Collatz 1998: 53). Eine allgemeinverbindliche Medizin gibt es nicht, die Vorstellungen über Krankheiten sind immer im kulturellen Kontext zu sehen (vgl. Machleidt 2013: 54). Das Verständnis von Gesundheit und die Ausrichtung der medizinischen Institutionen sind in Europa eher technikorientiert und geben somit Menschen aus bäuerlichen, religiös geprägten Einflussbereichen wenig Halt (vgl. Pollack 2016: 32).

Aber auch die Betroffenen selbst haben Probleme in der Vermittlung ihrer Symptome. Komplexe Beschwerden sowie die eigene Deutung dieser, können auf Grund der häufigen sprachlichen Barrieren nicht ausreichend kommuniziert werden. Deswegen werden oft nur die einfacher fassbaren körperlichen Probleme in den Fokus genommen (vgl. Berg 1998a: 87f.). Psychische Erkrankungen zählen nicht dazu, zumal deren Projektion in den Körper stark kulturell konnotiert ist. Der Körper ist die Bühne für die Austragung von psychischen Konflikten und arbeitet je nach Sozialisationsumgebung mit anderen Bildern. So ist das Herz als Zentrum der Gefühle ab der Romantik im deutschsprachigen Kulturkreis fest verankert und findet sich in spezifischen Symptomausprägungen wieder. Durch die zunehmende transnationale Migration kommt es zwar zu einem Verwischen der Körperorganbezogenheit, aber ihre Wirkung ist im kulturübergreifenden Kontext weiter zu beachten (vgl. Machleidt 2013: 57). So gibt es kulturabhängige Syndrome, sogenannte *Culture bound syn-*

droms, die Belastungen auf individueller oder sozialer Ebene in gesellschaftlich verstehbare Symptome verwandeln (vgl. ebd.: 74f.). Auch sind die auftretenden Beschwerden abhängig von den geltenden gesellschaftlichen Normen. So manifestieren sich in einer leistungsorientierten, westlichen Gesellschaft häufig Schuld und Verarmungsideen im Rahmen einer depressiven Erkrankung. Hingegen zeigen sich bei außereuropäischen Kulturen vermehrt körperliche Beschwerden als Ausdruck der Depression, da in einigen Kulturkreisen die Angabe von psychischen Problemen als Kritik am familiären Gefüge verstanden wird. Der depressive Affekt ist zwar transkulturell vorhanden, die Wahrnehmung des Individuums, sowie dessen Deutung der Erkrankung, ist aber kulturell sehr unterschiedlich (vgl. ebd.: 63f.). Spannend ist, dass zuletzt auch von den Neurowissenschaften kulturelle Aspekte Berücksichtigung finden. So wird bei der Erforschung der Xenomelie, dem Wunsch von gesunden Personen nach Amputation einer voll funktionsfähigen Extremität, neuerdings gewürdigt, dass kulturgebundene Normen und deren Wahrnehmung ebenso Einfluss auf die Entstehung haben können, wie Gehirn und Psyche. Zur neurologisch-psychologischen Deutung von Krankheitsursachen kommt somit noch eine anthropologische, Überschneidungen und Wechselwirkungen bestehen (vgl. Brugger et al. 2013: 5).

2.2.3. Gesundheitsrisiken und Krankheiten bei Migration

Neben einer andersartigen Präsentation von Symptomen, finden sich bei Migrantinnen und Migranten auch differente Risikokonstellationen. So ist der Body-Mass-Index bei Kindern mit Migrationshintergrund deutlich höher als bei Gleichaltrigen der einheimischen Bevölkerung. In einer Studie aus Nordrhein-Westfalen zeigt sich, dass Kinder mit einer anderen als der deutschen Muttersprache, doppelt so oft adipös sind, wie deutschsprachige Kinder. Migration kann hier als wichtige Ursache für Übergewicht festgemacht werden. Auch hat eine bessere Schulbildung der Eltern bei Migrantenkindern, im Gegensatz zu deutschen Kindern, keine protektive Wirkung gegenüber Fettleibigkeit (vgl. Eissing 2015: 333). Vergleicht man diese Daten mit jenen aus Österreich, stellt sich die Situation ähnlich dar. Laut Statistik Austria (2008: 87f.) sind Frauen aus der Türkei oder Ex-Jugoslawien sogar doppelt so oft fettleibig wie Österreicherinnen. Dieser Unterschied lässt sich, etwas geringer ausgeprägt, auch beim männlichen Geschlecht zeigen:

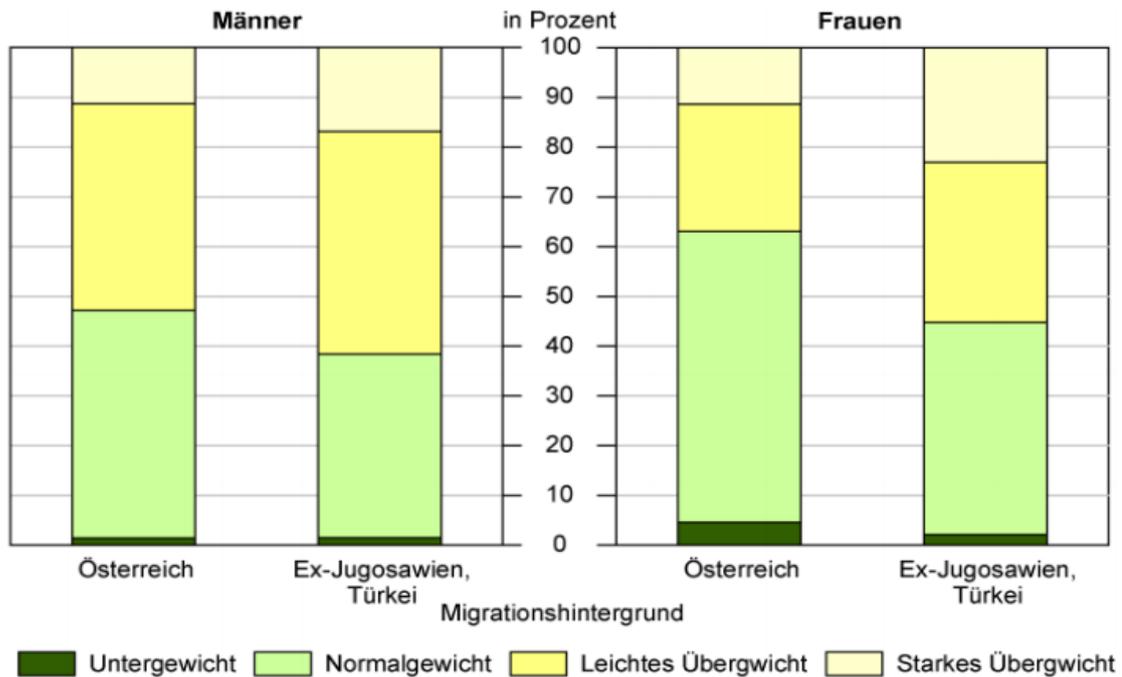


Abbildung 4: BMI nach Migrationshintergrund und Geschlecht. Altersstandardisiert in Prozent (Statistik Austria 2008: 88)

Legt man den Fokus auf das Risiko für Karies unter ethnischen Aspekten, zeigt sich ebenfalls eine Korrelation mit dem Migrationshintergrund. Türkische Kinder in Berlin weisen zu 60 Prozent behandlungsbedürftige Zähne auf, Kinder mit deutschem Ursprung nur zu knapp 43 Prozent. Eine niedrige soziale Schicht ist hier ebenfalls ein zusätzlicher, negativer Einflussfaktor. Ursachen für die Zahnschäden liegen in schlechter Mundhygiene, selteneren Zahnarztbesuchen und geringer Fluoridprophylaxe, die bei Kindern der Zugewanderten nachgewiesen werden konnten (vgl. Uhlig/Butler 2009: 128f.). Auch Daten aus Österreich belegen für Kinder und Erwachsene sowohl einen objektiv schlechteren Zahnstatus, als auch insgesamt eine schlechtere Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes (Anzenberger et al. 2014 11f.).

Beleuchtet man den Umgang mit Rauschmitteln, fällt beispielsweise beim Thema Alkohol auf, dass die zweite Generation der Menschen mit Migrationshintergrund aus den Ländern der ehemaligen Sowjetunion gehäuft Suchtverhalten an den Tag legt (vgl. Knipper/Bilgin 2009: 43). Anpassungsvorgänge haben hier bereits stattgefunden, gesellschaftlich akzeptierte und der Gesundheit abträgliche Verhaltensweisen, wie hoher Alkoholkonsum, können ebenfalls als solche gesehen werden (vgl. Geiger/Razum 2016: 618).

Beim Rauchverhalten fällt eine ähnliche Konstellation wie beim Übergewicht auf, mit dem Unterschied, dass Männer deutlich häufiger zu diesem Suchtmittel greifen als Frauen. Männer aus der Türkei und Ex-Jugoslawien greifen beinahe doppelt so oft zur Zigarette wie Österreicher, Frauen dieser Gruppe immerhin acht Prozent häufiger (vgl. Statistik Austria 2008: 88f.):

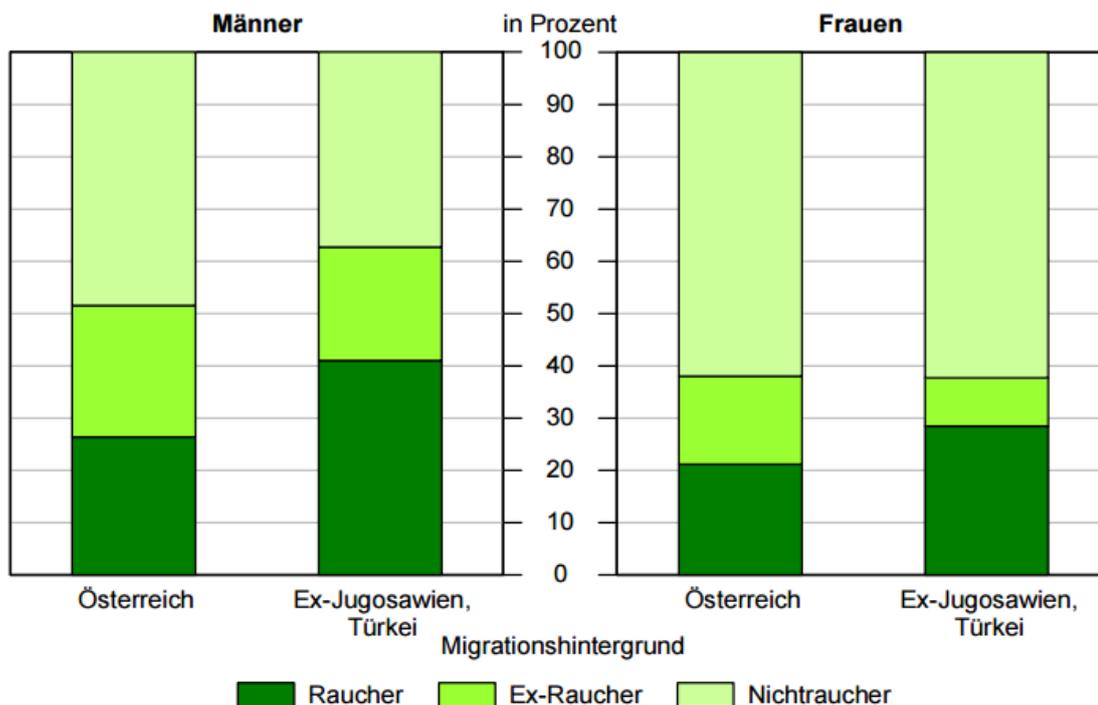


Abbildung 5: Raucherstatus nach Migrationshintergrund und Geschlecht. Altersstandardisiert in Prozent (Statistik Austria 2008: 89)

Lebensqualität und Wohlbefinden werden laut Statistik Austria (2008: 97) von Zuwandernden aus der Türkei und Ex-Jugoslawien schlechter bewertet als von österreichischen Staatsbürgerinnen und Staatsbürgern und folgt man Knipper und Bilgin (2009: 44), finden sich insbesondere auch in der zweiten Generation ausgeprägte psychische Belastungen.

Der Sinn von Prävention wird von Migrantinnen und Migranten ebenfalls häufig nicht erkannt. Österreicherinnen und Österreicher impfen deutlich häufiger als diese Gruppe und egal ob klassische Vorsorgeuntersuchung, Krebsabstrich oder PSA-Test: es zeigt sich auch hier ein deutlicher Unterschied je nach ethnischer Zugehörigkeit (vgl. Statistik Austria 2008: 92f.).

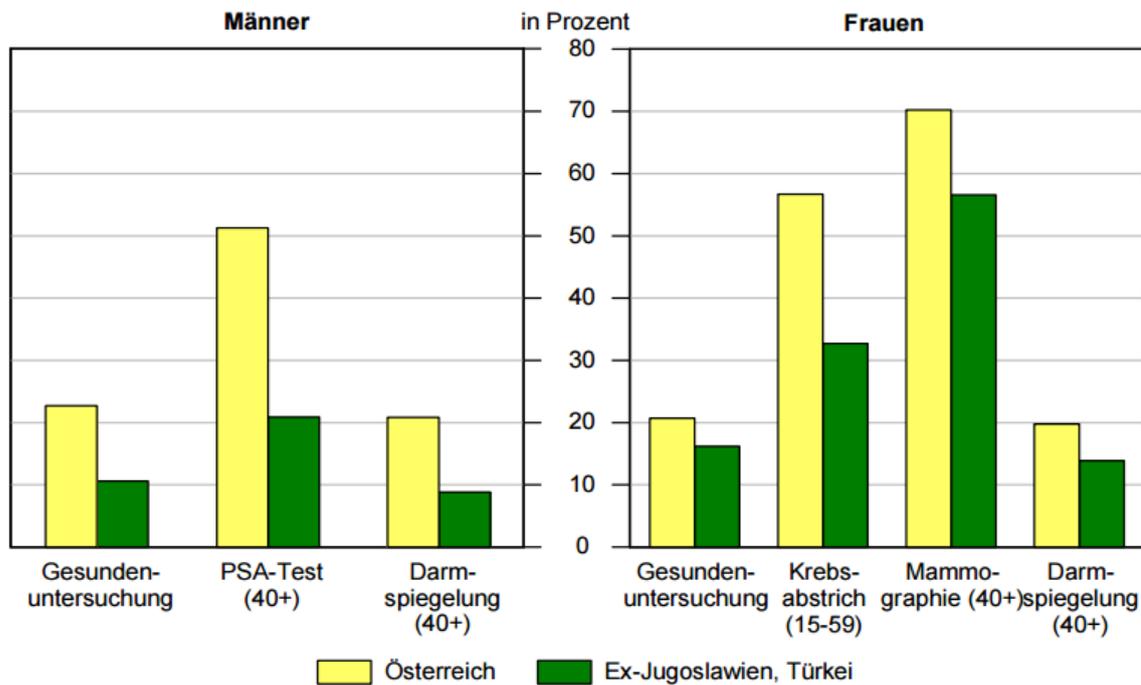


Abbildung 6: Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen nach Migrationshintergrund. In Prozent (Statistik Austria 2008: 93)

Der Großteil der vorhandenen Literatur zeichnet eindeutig ein defizitäres Bild, was die Gesundheit von Migrantinnen und Migranten angeht. Erwähnenswert ist aber, dass Migration und das dabei entstehende soziokulturelle Setting auch zu einer Reduktion von Gesundheitsrisiken führen kann. So finden sich beispielsweise weniger Haut- und allergische Erkrankungen bei Kindern von migrierten Eltern. Diese teils inkongruenten Ergebnisse sind mit der Komplexität der Lebenssituationen der Menschen erklärbar (vgl. Borde/Blümel 2015: o.S. [Abs. 8-13]).

2.2.4. Gesundheit von Frauen mit Migrationshintergrund

Laut Rásky ist der wichtigste sozioökonomische Einflussfaktor für die Gesundheit das Geschlecht (1999: 96). Betrachtet man Erkrankungen und deren Verbreitung sowie Therapieansätze, erkennt man Unterschiede bei Männern und Frauen. So ist bei Herzerkrankungen eine deutliche Zurückhaltung bei invasiven Maßnahmen an Patientinnen feststellbar. Sowohl Koronarangiographien als auch Bypass-Operationen finden bei Frauen seltener statt und Maßnahmen der Rehabilitation folgen ebenfalls dieser ungleichen Verteilung (vgl. Hochleitner 1999: 52f.). Frauengesundheitszentren greifen diese Differenzen auf und streben nach gleichen Chancen bei der Erreichung von Gesundheitszielen. Frauen sollen unter Berücksichtigung ihrer

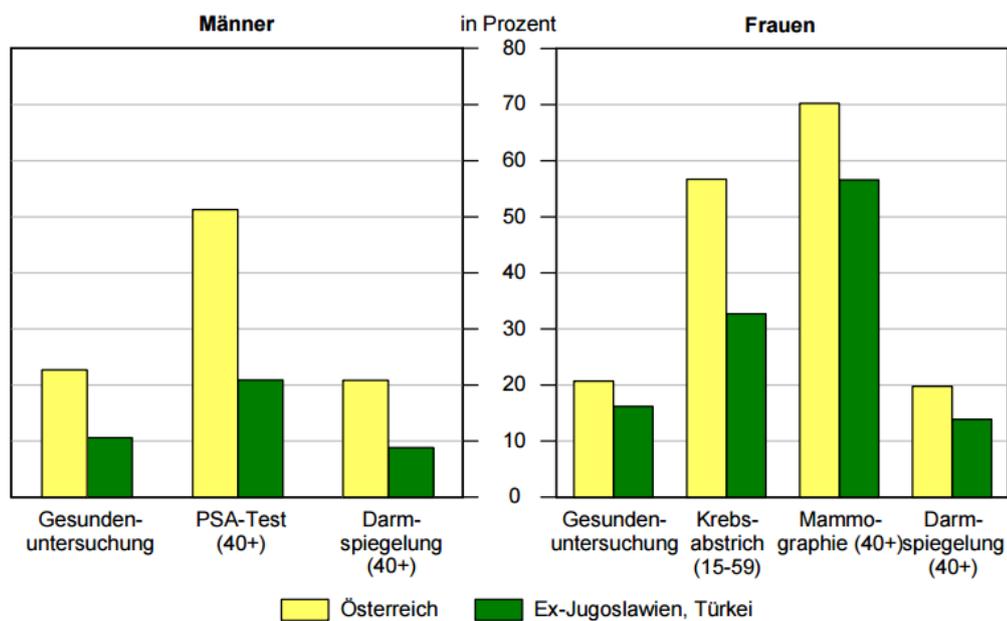
Lebensumstände selbstermächtigt werden und Gesundheitsprozesse die sie selbst betreffen mitgestalten können (vgl. Groth 1999: 87f.).

Kommt zum weiblichen Geschlecht nun noch der Migrationshintergrund hinzu, werden die Voraussetzungen für ein Leben in Gesundheit weiter erschwert und ein gesonderter Blick macht Sinn. Einerseits haben diese Frauen oft Mehrfachbelastungen zu Hause, wie die Versorgung der Kinder oder die Haushaltsführung. Andererseits sind häufig sie es, die mit niedrig qualifizierten Jobs auch einen nicht unbeachtlichen Teil zum Familieneinkommen beisteuern. Diese Arbeiten weisen nicht selten deutliche physische Belastungsmomente auf und sind somit besonders anstrengend. Zusätzlich erschwert auch die kulturelle Andersartigkeit, als Beispiel sei der Umgang mit Scham genannt, die Einbindung in die vorhandenen Strukturen des Gesundheitswesens (vgl. Kentenich 1998: 13). Neben den Belastungen am Arbeitsplatz werden Einsamkeit, soziale Isolation oder gesellschaftlicher Abstieg von den Frauen selbst, häufig als Auslöser für Krankheiten genannt (vgl. Berg 1998a: 89f.). Auffällig ist das besonders häufige Auftreten von psychosomatischen Erkrankungen bei dieser Gruppe (vgl. Güney 1993 zit. n. Collatz 1998: 48) und auch Multimorbidität, also das gleichzeitige Vorhandensein von Beschwerden in verschiedenen Organsystemen, findet sich oft (vgl. Berg 1998a: 89).

Eine Auseinandersetzung mit der Gesundheit von Migrantinnen ist für Einrichtungen des Gesundheitswesens jedenfalls notwendig, da in manchen Spitälern ein großer Teil der Patientinnen zu dieser Gruppe zu zählen ist. So sind vor allem im gynäkologischen Bereich ausländische Staatsbürgerinnen eine starke Gruppe, die in einzelnen Kliniken in Berlin bereits bis zu 45 Prozent der Gebärenden ausmachen (vgl. Kentenich et al. 1998: 121f.).

In einer Wiener Studie zum Thema Migration und Gesundheit lassen sich klare Aussagen zur Gesundheit von Frauen mit Migrationshintergrund treffen. Im Ballungsraum dieser Großstadt haben zirka 38 Prozent der Bevölkerung ausländische Wurzeln. In der Selbsteinschätzung zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang von Gesundheitsempfinden und bestehendem Migrationshintergrund. Es kann nachgewiesen werden, dass bei gleichem Einkommen und identischem Bildungsniveau, Frauen mit Migrationshintergrund schlechtere Gesundheitschancen haben. Der stärkste Zusammenhang besteht bei Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien und

Türkinnen. Bei EU-Bürgerinnen und bei Männern ist dieser Zusammenhang geringer ausgeprägt (vgl. Karl-Trummer et al. 2012: 3f.). Spannend ist, dass sich über die letzten fünfzehn Jahre in diesem Bereich wenig geändert hat. Eine ältere Untersuchung zum selben Thema, ebenfalls in Wien erhoben, brachte ähnliche Ergebnisse (vgl. Akbal 1998: 115f.). So litten schwangere Migrantinnen häufiger an Kopfschmerzen, Harnwegsinfekten oder rheumatischen Erkrankungen, als Frauen ohne Migrationshintergrund in der Gravidität. Auch psychisch waren sie belasteter und sogar Fehlgeburten traten deutlich häufiger auf. Akbal zeigte auch auf, dass seltener Brustuntersuchungen (42,2 Prozent gegen 77,5 Prozent), sowie Krebsabstriche (46,1 Prozent gegen 89,8 Prozent) durchgeführt wurden, was wiederum neuere Daten bestätigen (vgl. Baldaszi et al. 2015: 12f.; Statistik Austria 2008: 92f.). Akbal führte dies auf eine unzureichende Informationslage sowie Hürden in der Verständigung zurück.



Q: STATISTIK AUSTRIA, Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/2007.

Abbildung 7: Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen nach Migrationshintergrund. In Prozent (Statistik Austria 2008: 93)

Eben auch in sprachlichen Belangen unterscheiden sich Frauen mit Migrationshintergrund von männlichen Migranten: Ihre Sprachkompetenz ist unterdurchschnittlich, die Gesundheitsrisiken hingegen sind überdurchschnittlich (vgl. Collatz 1998: 44).

Die mangelnden Sprachkenntnisse erschweren auch die Auflösung von Gewaltkonflikten, in die Migrantinnen geraten können. Sie sind niedrig qualifiziert, haben einen geringen Aktionsradius und stehen in starker Abhängigkeit zu Ehepartnern oder Arbeitgebern. Widerfährt ihnen in diesen Bereichen Gewalt, fehlt den behandelnden Ärztinnen und Ärzten häufig die Sensibilität im Umgang mit dieser Gruppe. Das verhindert dann einen adäquaten Zugang zur medizinischen Versorgung. Daneben haben diese Frauen auch in die Exekutive wenig Vertrauen, was ein Publik werden von Übergriffen häufig verhindert (vgl. Bundesministerium für Bildung und Frauen 2014: 7). Trotz all der genannten Belastungsmomente liegt dennoch die Lebenserwartung von Frauen mit persönlicher Migrationserfahrung nur geringfügig unter der von Frauen mit österreichischem Geburtsort (vgl. Baldaszi et al. 2015: 12). Ob möglicherweise eine stärkere Resilienz dieser Gruppe vorliegt, die wiederum als Ausdruck des beschriebenen *Healthy Migrant Effect* gedeutet werden könnte, soll im empirischen Teil dieser Arbeit noch näher beleuchtet werden.

Richtet man den Fokus auf den Lebensstil und assoziierte Erkrankungen, springt neben der besonders auffälligen Häufung von Adipositas bei Frauen, die in Kapitel 2.6.3. schon dargestellt wurde, der wohl auch damit zusammenhängende Bewegungsmangel ins Auge. Egal welche Altersgruppe man betrachtet: Türkinnen und Frauen aus dem ehemaligen Jugoslawien sind seltener körperlich aktiv und profitieren somit weniger von diesem protektiven Faktor (vgl. Statistik Austria 2008: 90f.):

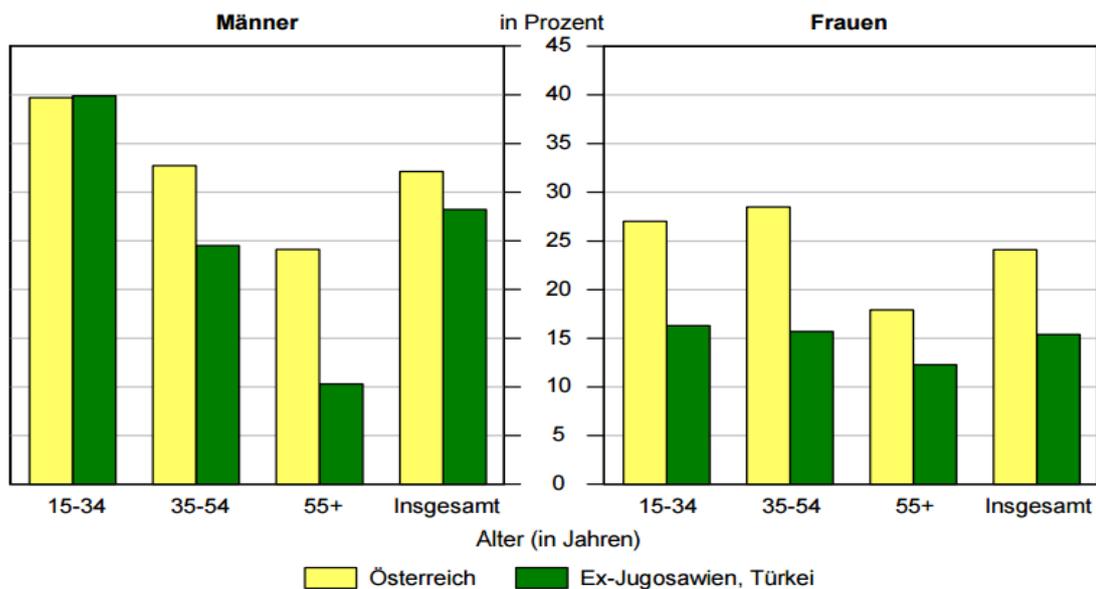


Abbildung 8: Sportlich aktive Bevölkerung nach Migrationshintergrund, Alter und Geschlecht. In Prozent (Statistik Austria 2008: 91)

Nicht alle Studien bestätigen diesen nachteiligen Eindruck, der von der Gesundheit von Migrantinnen entsteht. So fanden David et al. 2014 im Vergleich von türkischstämmigen Frauen mit der einheimischen Bevölkerung kaum Unterschiede in Bezug auf die präpartalen Vorsorgeuntersuchungen, die Zahl der Kaiserschnitte war eine geringere als bei Deutschen und seltener wurde eine Periduralanästhesie durchgeführt (vgl. David et al. 2014: 447). Borde und Blümel weisen in diesem Zusammenhang auf die mit Migration verknüpften Dimensionen, wie soziale Stellung und Geburtsland hin, die eine pauschale Beantwortung von Fragen nach Gesundheit verunmöglichen. Auf die Unschärfen durch die unterschiedliche Auslegung des Begriffs der Migration, sowie die statistischen Fehlerquellen, wurde weiter oben bereits eingegangen und auch sie könnten zur Erklärung divergierender Ergebnisse bemüht werden (vgl. Borde/Blümel 2015: o.S. [Abs. 8-13]). Die kulturelle Komplexität der beschriebenen Beschwerden macht ein strukturiertes Herangehen an Gesundheit im Kontext mit Migration nötig. Ein geeignetes Instrument hierfür wird im nächsten Kapitel vorgestellt.

2.2.5. Interkulturalität als Chance

Die medizinische Sprache ist für viele Patientinnen und Patienten eine Fremdsprache. Finden Expertinnen und Experten keine Kommunikationsebene mit den Laien, kann auch ohne Migrationshintergrund ein ärztliches Gespräch misslingen (vgl. Pollack 2016: 32). Die Grundkompetenz, die jede Medizinerin und jeder Mediziner mitbringen soll, um dies zu vermeiden, ist eine kultursensible Haltung. Intrakulturell gelingt dies leichter als interkulturell. Auf Grund von sich stark unterscheidenden Lebenswelten, sowie von Verständigungsproblemen sind hier erprobte Kommunikationsstrategien oft nicht von Erfolg gekrönt (vgl. Grützmann et al. 2012: 327, 329). Die moderne westliche Medizin klammert Kultur aus wissenschaftlichen Gründen gerne aus. „Kulturfreiheit“ behindert jedoch eine Weiterentwicklung und Auseinandersetzung mit dem Anderen. Auch „kulturspezifisches“ Herangehen greift oft zu kurz, da der Differenzierungsgrad teilweise zu gering ist und ein statischer Kulturbegriff forciert wird (vgl. Geiger/Razum 2016: 626-628).

Eine Lösung liefert hier die interkulturelle Kompetenz. Man versteht darunter die Fähigkeit, kulturelle Ursachen für Handlungen, Wahrnehmungen und Gefühle bei sich selbst und auch bei anderen zu erkennen, bestehende Unterschiede zu respektieren und aufeinander zuzugehen, um gemeinsam Ziele zu erreichen (vgl.

Thomas 2003 zit. n. Allemann-Ghionda/Hallal 2011: 183f.). Die Reflexion der Ursachen des eigenen Handelns ermöglicht ein Offensein für neue Gedanken und führt zu einem kritischen Überprüfen bestehender Prozesse und Verhaltensweisen (vgl. Geiger/Razum 2016: 620). Im Kontext der Medizin bedeutet dies, dass vorhandene Kompetenzen, wie die soziale oder fachliche, um den Blickwinkel der Interkulturalität ergänzt werden. Eine Ärztin oder ein Arzt kann somit, auch in nicht „normalen“ Situationen außerhalb der eigenen kulturellen Erfahrungen, seine Fähigkeiten an die Anforderungen angepasst einsetzen. Diese Kompetenz zu vermitteln, ist die Aufgabe zukünftiger medizinischer Curricula. Ein Lernen in und aus der Praxis, sowie didaktische Konzepte, die soziale Kompetenz unter Rücksicht auf kulturelle Aspekte vermitteln, sind gefordert. Rollenspiele können hier eine Möglichkeit der Reflexion sein und helfen, Schubladendenken zu vermeiden (vgl. Allemann-Ghionda/Hallal 2011: 184). Im deutschsprachigen Raum gibt es bisher dezentrale Initiativen in einzelnen Fachdisziplinen zur Förderung von interkultureller Kompetenz in Medizin- und Pflegeberufen, die außerdem unterschiedliche Zielgruppen adressieren. So finden sich Kurse für Studierende die Auslandsaufenthalte planen, ebenso wie Fortbildungen für angehende Medizinerinnen und Mediziner, die selbst einen Migrationshintergrund haben. Eine Einbettung von interkulturellem Verständnis in die gesamte ärztliche und pflegerische Ausbildung sollte angestrebt werden. Neben dem Faktenwissen helfen hier, wie bereits angemerkt, insbesondere Fallbeispiele und Rollenspiele, die zur Sensibilisierung beitragen können (vgl. Grützmann et al. 2012: 329f.).

Die Kunst ist es hierbei, das beiderseitige Gefühl, missverstanden zu werden aufzugreifen und in einer Situationsanalyse Ursachen in Kommunikation und Interaktion festzumachen, die ein Entwickeln von Lösungen ermöglichen. Gelingt einem diese wertschätzende Haltung nicht, sind die beiden Handlungsalternativen entweder die Anpassung beziehungsweise Gewöhnung an die unverstandene Situation, oder deren Abwehr (vgl. Thomas 2011: 235f.). Insbesondere in der Psychotherapie ist ein interkultureller Zugang für das Verständnis von Migrantinnen und Migranten unerlässlich. So werden weniger westlich geprägte Patientinnen und Patienten eher eine väterliche Autoritätsperson als Therapeuten erwarten und mit einem betont gleichberechtigten Zugang nur schwer Orientierung finden. Außerdem ist die Einbeziehung der Familie in die Therapie deutlich wichtiger, damit aber die Bereitschaft,

sein Inneres auszubreiten, in diesem Setting entsprechend geringer ausgeprägt. Um innerfamiliäre Tabus nicht zu brechen, werden somit Symbole und Andeutungen entsprechenden Raum einnehmen (vgl. Machleidt 2013: 84-86).

Aber nicht nur das Fachpersonal soll eigene Kompetenzen erweitern. Eine weitere Möglichkeit ist es, Migrantinnen und Migranten selbst Orientierung im Gesundheitssystem zu geben und sie somit zu befähigen, Entscheidungen ihre Gesundheit betreffend, selbst zu fällen. Der Verein MiMi (Mit MigrantInnen für MigrantInnen) ist eine Initiative in diese Richtung. In Deutschland initiiert, gibt es seit 2012 einen Ableger in Wien. Migrantinnen und Migranten mit guten Deutschkenntnissen werden von Expertinnen und Experten des Gesundheitssystems zu Gesundheitslotsen ausgebildet und geben das erworbene Wissen an ihre Landsleute weiter. Dieser partizipative Ansatz ermöglicht einen kultursensiblen Informationsaustausch in der Muttersprache der Betroffenen. Neben den Gegebenheiten des österreichischen Gesundheitssystems sind Lebensstil, Älterwerden und psychische Gesundheit Themen (vgl. Ethno Medizinisches Zentrum e.V. o.J.: o.S.). Ethnische Netzwerke wie MiMi, können somit einen wichtigen Beitrag zur Integration in das bestehende Gesundheitssystem leisten. Es geht hier nicht um das „unter sich bleiben wollen“, sondern darum, bestehende Ressourcen zu nutzen und mittels bekannter Kommunikationsmuster, Informationen über medizinische Themen zu vermitteln (vgl. Geiger/Razum 2016: 617f.). Somit stellen die unterschiedlichen gesprochenen Sprachen für die Gesellschaft einen Mehrwert dar, den es zu nutzen gilt und auch im betrieblichen Kontext sollte dies mehr Beachtung finden.

Daneben ist aber ein klares Bekenntnis zu Deutsch als gemeinsame Sprache wichtig. Sie legt den Grundstein für einen Konsens über die Art des Zusammenlebens und hilft, allgemein gültige Regeln zu formulieren (vgl. Land Steiermark 2011: 9).

2.3. Arbeits(un)fähigkeit

Eine andere Möglichkeit Gesundheit zu definieren, ist es, diese mit dem Berufsleben zu verquicken und mit Arbeitsfähigkeit gleichzusetzen. Mit dem Beginn der Industrialisierung und der fortschreitenden Aufklärung wird Gesundheit zunehmend als Ausdruck eines gezügelten und gottgefälligen Lebens gesehen. Arbeitsam zu

sein ist eine Pflicht und seine Energie für ein nützliches Ziel aufzuwenden, wird gefordert. Insofern entspricht diejenige Person, die gesund und somit arbeitsfähig ist, diesem Ideal (vgl. Keupp 2013: 160).

In den letzten beiden Jahrzehnten des neunzehnten Jahrhunderts wird mit zunehmender Industrialisierung und der Etablierung der ersten Krankenkassen diese Verknüpfung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit weiter verstärkt. Regelwidrige Körperzustände haben laut Reichsversicherungsordnung nur dann Krankheitswert, wenn sie behandlungsbedürftig sind oder zu einer Arbeitsunfähigkeit führen. Alle anderen, auch dauerhaften körperlichen Gebrechen, die keine ärztliche Behandlung benötigen, sind in diesem Sinne nicht als Krankheit zu werten. Dieser Krankheitsbegriff erschwert den ganzheitlichen Blick auf die arbeitenden Menschen und auch Versicherungsleistungen sind streng an ihn gekoppelt. Der Großteil der Ärzte dieser Epoche teilte ihn, für die Frage nach krankmachenden Lebensumständen blieb kein Platz (vgl. Österreichische Gesellschaft für Arbeitsmedizin 2013: 25f.).

Heute ist die Sichtweise eine differenziertere. Nicht jeder Krankheit folgt notwendigerweise eine Arbeitsunfähigkeit, denn diese ist immer im Kontext mit der zu erbringenden Tätigkeit zu sehen, die unter Umständen auch für einen Kranken ausübbar ist. Im Umkehrschluss ist aber Gesundheit ebenso wenig mit Arbeitsfähigkeit gleichzusetzen, da letztere lediglich bedeutet, dass die vertraglich begründete Tätigkeit ohne Gesundheitsrisiken und mit adäquater Leistung erbracht werden kann (vgl. Weber 2015: 353f., 359).

Dieser begrifflichen Komplexität entsprechend, ist auch der Aufgabenbereich moderner, gesetzlicher Krankenversicherungen weiter gefasst. Zwar hat oben angeführte technische Definition über regelwidrige Krankheitszustände weiterhin Gültigkeit, der Verantwortungsbereich beinhaltet aber laut §11 und §20 des fünften deutschen Sozialgesetzbuches sehr wohl auch Maßnahmen zur Krankheitsverhütung, frühzeitigen Risikoerkennung sowie Gesundheitsförderung (vgl. May-Schmidt 2015: 303; Steinmeyer 2015: 21). Deutliche Parallelen hierzu finden sich auch im österreichischen Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz: hier werden neben Krankheit und der dadurch verursachten Arbeitsunfähigkeit in §116 die Früherkennung von Erkrankungen, aber eben auch die Prävention und Gesundheitsförderung aus salutogenetischer Perspektive zu den Aufgaben der Krankenversicherung gezählt. Somit lässt sich auch auf legislativer Seite ein ganzheitlicher Blick auf das Kontinuum

von Gesundheit und Krankheit erkennen, der den Weg für gesundheitsfördernde Aktionen auf institutioneller Ebene bereitet. Im beruflichen Kontext bedeutet dies, dass beispielsweise die Steiermärkische Gebietskrankenkasse als Teil des Österreichischen Netzwerkes für Betriebliche Gesundheitsförderung Firmen bei der Realisierung von BGF-Projekten berät und auch als Projektpartner zur Verfügung steht (vgl. Steiermärkische Gebietskrankenkasse 2015: 2, 19).

2.4. Gesundheit und Arbeit

Unternehmern war es über lange Zeit fremd, gesundheitliche Aspekte bei der Arbeit zu betonen. So beschreibt Victor Adler (1888: 118-123) die prekären Arbeitsbedingungen am Ende des 19. Jahrhunderts eindrucksvoll. Die Ziegelarbeiter der Wienerberger Ziegelgesellschaft waren in allen Lebensbereichen von ihrem Arbeitgeber abhängig. Sie lebten unter miserablen hygienischen Bedingungen am Betriebsgelände: „Der Hunger und das Elend, zu dem sie verdammt sind, wird noch entsetzlicher durch die Wohnungen, in welche sie von der Fabrik oder ihren Beamten zwangsweise eingepfercht werden.“ (Adler 1888: 118) Aus der Sicht des Arztes Adler, sind sie „[...] die ärmsten Sklaven, welche die Sonne bescheint.“ (ebd.)

Dass durch ein ungesundes Arbeitsumfeld nicht nur ein persönlicher, sondern auch ein hoher volkswirtschaftlicher Schaden entsteht, war zu Zeiten Victor Adlers noch nicht bekannt. Kosten durch Krankheit wurden zwar durch die Krankenkassen erfasst, längere Krankenstände aber häufig als Faulheit ausgelegt und keine Schritte in Richtung Prävention gesetzt (vgl. Österreichische Gesellschaft für Arbeitsmedizin 2013: 24f.).

Die Bezifferung dieses Schadens auf bis zu fünf Prozent des Bruttosozialproduktes (vgl. WHO Regionalbüro für Europa 1999: 119), verleiht dem Thema Gesundheit am Arbeitsplatz, neben der individuellen Komponente, noch eine bedeutende volkswirtschaftliche Dimension. Die Folgerung ist zulässig, dass durch gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz und somit gesündere Beschäftigte, auch die Produktivität steigt. Daneben bietet die Tatsache, dass Erwachsene ein Drittel ihrer Lebenszeit mit beruflichen Dingen beschäftigt sind, einen kräftigen Hebel. Dadurch besteht die Möglichkeit, im Setting Arbeitswelt kontinuierlich und über lange Zeiträume mit maßgeschneiderten gesundheitsförderlichen Maßnahmen zu

operieren. Auch die sozialen Netze im beruflichen Umfeld tragen viel zur Entfaltung von Konzepten zur Gesundheitsförderung bei (vgl. ebd.).

Nicht nur das Verständnis von den Auswirkungen der Arbeitsbedingungen auf die Gesundheit der Beschäftigten hat sich im letzten Jahrhundert massiv gewandelt, sondern auch die Belastung selbst. Durch automatisierte Arbeitsabläufe und den Einsatz neuer Informationstechnologien kommt es seit den neunziger Jahren zu einer Veränderung der vorherrschenden Belastungsart. Psychische Belastungen, wie Termindruck, treten in den Vordergrund, körperliche Belastungen sind weniger präsent, bleiben jedoch nach wie vor bestehen. Der Wandel der Arbeitswelt führt somit zu keiner Verringerung der Gesamtbelastung, sondern lediglich zu einer Verschiebung (vgl. Elkeles 1998: 517). Dem tragen moderne Unternehmen Rechnung und setzen auf Betriebliche Gesundheitsförderung, die im nächsten Abschnitt thematisiert wird.

2.5. BGF – Betriebliche Gesundheitsförderung

Betriebliches Gesundheitsmanagement ist ein Instrument zur Unternehmensführung, das gesetzliche Aufgaben des Arbeitnehmerinnen- und Arbeitnehmerschutzes, sowie freiwillige Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung integriert. Es weiß um den steigenden „Wert“ von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und erkennt den Wettbewerbsvorteil durch gesunde und leistungsbereite Beschäftigte. Der Wille, über die gesetzlichen Anforderungen hinauszugehen, gründet gleichermaßen auf dem wirtschaftlichen Aspekt, wie auf dem Wahrnehmen von sozialer Verantwortung (vgl. Kentner 2011: 687-689). Betriebliche Gesundheitsförderung, als Teil des Betrieblichen Gesundheitsmanagements, zielt auf zwei Bereiche ab. Einerseits sollen gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz geschaffen werden, andererseits sollen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter selbst zu gesundheitsförderndem Verhalten angeregt werden. Erreichen kann man dies durch das Etablieren von firmeninternen Strukturen und Abläufen, welche die oben genannten Ziele nicht aus dem Auge verlieren (vgl. Badura et al. 2010: 33). Nun folgt die Auseinandersetzung der Zugangsmöglichkeiten zu diesem Thema.

2.5.1. Entwicklung von BGF

Der Begriff der Gesundheitsförderung findet sich in der ersten Hälfte des zwanzigsten Jahrhunderts kaum in der alltäglichen Diskussion. Nur wenige Treffer sind bei der Suche danach im Zeitschriftenarchiv der Österreichischen Nationalbibliothek zu verzeichnen. Lediglich in Arbeiterzeitungen wird dieses Thema auch im beruflichen Kontext behandelt.

Hier wird allerdings schon früh die Verantwortung der Unternehmen, nicht nur zur Verhütung von Arbeitsunfällen, sondern auch zur Schaffung von gesundheitsfördernden Arbeitsbedingungen, eingefordert (vgl. Christlichsoziale Arbeiter-Zeitung 1928: 5). Zu dieser Zeit ist das überwiegende Verständnis allerdings ein anderes: noch nach dem Zweiten Weltkrieg wird die Veränderung von gesundheitsschädlichem Verhalten als erzieherische Aufgabe gesehen. Expertinnen- und Expertenwissen soll auf diese Weise die Lebenswelten der Betroffenen verändern.

Mit dem veränderten Blickwinkel auf das Thema Gesundheit nach der WHO Gründung, ändert sich auch die Vorstellung davon, was Gesundheitserziehung sein soll. Von dem defizitbetonenden Fokussieren auf Krankheit, wird auf die Förderung von gesundheitszuträglichem Verhalten umgeschwenkt. Ressourcenorientierte Konzepte, wie das der Salutogenese, liefern das Leitmotiv für diese Veränderung. Sprachlich abgebildet wird diese Transformation durch die Verwendung des Begriffes Gesundheitsförderung, der den der Gesundheitserziehung weitgehend ablöst. In der Schule oder in der Behindertenpädagogik wird dieser, um Ressourcenorientierung erweiterte Begriff, auch heute noch synonym verwendet. Im Kontext mit der Arbeitswelt kommt er aber wegen der mitschwingenden Passivität, sowie seines hierarchischen Gefälles, kaum vor (vgl. Singer 2010: 25f.; Stöppler 2013: 162-164).

Ein Gesundheitsunterricht in den Schulen, insbesondere auch für die Kinder der Zugewanderten, macht aber jedenfalls Sinn. Dieses Setting ist mit dem Arbeitsplatz der Erwachsenen vergleichbar und stellt somit eine Lebenswelt dar, auf die gut Einfluss zu nehmen ist (vgl. Pollack 2016: 32). Daneben fand auch auf anderer Ebene ein Fokuswechsel statt: Den Umweltbedingungen wurde mehr Raum bei der Entstehung von Gesundheit gegeben und somit der aktiven Gestaltung von Lebensumständen mehr Augenmerk geschenkt (vgl. Rebscher/Winterstein 2015: 310).

Einen weiteren Aufschwung erlebte der Gedanke der Gesundheitsförderung durch bisher acht Konferenzen der Weltgesundheitsorganisation zu diesem Thema. Eine besonders wegweisende, die auch das heutige Verständnis von Gesundheit mitgeprägt hat, ist jene von Ottawa von 1986. Selbstbestimmtes Handeln, Ausleben der Bedürfnisse, sowie Mitgestaltung der Vorgänge in der Umwelt, ermöglichen Gesundheit. Von der Mikroebene des Individuums bis zur Makroebene der Gesundheitssysteme und der politischen Institutionen, sind alle mit in die Verantwortung für gelungene Gesundheitsförderung zu nehmen. Da auch das berufliche Umfeld in dieser Charta Erwähnung findet, wird diese Konferenz als Grundsteinlegung der Betrieblichen Gesundheitsförderung gesehen. Auch ein Bezug zu *Diversity*, dem zweiten großen Thema dieser Arbeit, kann hergestellt werden, da in den rezenten Gipfeltreffen die soziale Ungleichheit in den Mittelpunkt gerückt und Gesundheit als Recht für alle postuliert wird (vgl. Singer 2010: 26f.; WHO Regionalbüro für Europa 2013: o.S.; WHO 1986: 1f.).

Auch die Europäische Union ist mit der Förderung von Gesundheit in Unternehmen befasst und hat mit der „Luxemburger Deklaration“ einen Standard in diesem Bereich etabliert:

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) umfasst alle gemeinsamen Massnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz. (ENWHP 1997: 2)

Drei Instrumente stellt sie hierfür zur Verfügung: von der Verhältnisprävention, über die aktive Einbeziehung von Beschäftigten, bis hin zur individuellen Förderung von Fähigkeiten der einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter reicht die Palette (vgl. ebd.).

Eine wichtige Schnittstelle zwischen den verschiedenen Lebenswelten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind Arbeitsmedizinerinnen und Arbeitsmediziner. Seit jeher sind diese nah an den Beschäftigten. Beispielsweise können sie über gesetzlich vorgeschriebene Untersuchungen Personen erreichen, die sonst nur selten ärztlichen Kontakt haben und hierbei auf deren Gesundheitsverhalten einwirken. Die Einbindung der arbeitsmedizinischen Expertise in das moderne Konzept der Betrieblichen Gesundheitsförderung liegt nahe, da durch die Bekanntheit und regelmäßige Anwesenheit der Ärzteschaft im Betrieb, ein niederschwelliger Zugang für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter möglich wird (vgl. Schmid/Weber 2011: 51f.).

Die Ambition, aktiv Projekte zur Betrieblichen Gesundheitsförderung mitzugestalten, entspricht auch dem Selbstverständnis, das die „Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin“ pflegt. Sie versteht die arbeitsmedizinische Tätigkeit als eine Ganzheitliche, die alle Lebensbereiche, sowie das Kontinuum zwischen Gesundheit und Krankheit im Auge hat. Insbesondere der Prävention und Gesundheitsförderung wird in diesem Selbstbild breiter Raum gegeben (vgl. Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V. 2015: o.S.).

Zeitgleich mit dem zuvor beschriebenen EU-Konzept, wurde um die Jahrtausendwende der Weg für diese moderne Definition von arbeitsmedizinischer Tätigkeit und Gesundheitsförderung durch die WHO bereitet. Mit ihrem Konzept „Gesundheit für alle“, entwickelte sie Strategien zur Erreichung des jeweils besten, individuell möglichen Gesundheitszustandes (vgl. WHO Regionalbüro für Europa 1999: 3, 123). Der Wert des Umfeldes, in dem Gesundheit entsteht, wurde bei der Ausformulierung der Ziele ebenfalls gewürdigt und somit auch der Arbeitsplatz in den Fokus gerückt (vgl. ebd.: 236f.).

Um das Bild abzurunden soll noch erwähnt werden, dass betriebliche Gesundheitsförderung kein alleinstehendes Konzept ist, vielmehr stellt sie eine Teildisziplin der Gesundheitswissenschaften dar. Als Hauptanliegen formulieren beide einen salutogenetischen Zugang, wobei das Spielfeld von *Public Health*, von der Prävention bis zur Entwicklung von Versorgungskonzepten oder rehabilitativen Maßnahmen, weiter gefasst werden kann. *Public Health* bildet somit die Klammer, die Konzepte des Betrieblichen Gesundheitsmanagements zusammenhält. *Public Health* hat in den letzten Jahren einen Schwerpunktwechsel erlebt, der sich auch in der Berufswelt widerspiegelt. Die hygienischen Bedingungen haben sich deutlich verbessert, chronische Leiden traten in den Vordergrund und auch psychische Erkrankungen nehmen heute mehr Raum ein (vgl. Hurrelmann et al. 2016a: 18, 20, 40). Insbesondere letztere sind ein Hemmschuh für Innovation. Vor allem aus dem Blickwinkel der Dienstleistungsunternehmen, die für die europäische Wirtschaft besonders wichtig sind, bedeutet dies einen Wettbewerbsnachteil. Gesunde Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind die Grundlage von erfolgreichen Unternehmen und in dieser Feststellung findet sich bereits das erste, betriebswirtschaftlich gestützte Argument, gesundheitsförderliche Maßnahmen (auch) am Arbeitsplatz umzusetzen (vgl. Singer 2010: 33). Auf weitere Gründe wird im nächsten Kapitel eingegangen.

2.5.2. Win-win-Situation durch BGF

Organisationen können nicht entkoppelt von den Gesellschaften, in denen sie bestehen, existieren. Dies bedingt eine Wechselwirkung von beiden Bereichen, die in den letzten Jahrzehnten zu deutlichen Veränderungen, eben auch im betrieblichen Kontext geführt hat. Beim Kapitel *Diversity* wurde bereits auf die Megatrends des neuen Jahrtausends eingegangen. Diese stellen auch Anreize für Unternehmen dar, Betriebliche Gesundheitsförderung anzugehen. Als quantitative Komponente ist dabei der demografische Wandel zu nennen, bei dem die steigende Anzahl älterer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, sowie die Migration besonders herauszustreichen sind. Qualitativ imponiert ein deutlicher Wertewandel, der durch veränderte Einstellungen zu Beruf und Familie ein Reagieren der Unternehmen verlangt (vgl. Neumann/Singer 2010: 49f.).

Gesellschaftliche Veränderungen bewirken organisationale Reaktionen. Auf die Vielzahl physischer Belastungsreaktionen bei Überwiegen der industriellen Betriebe, wurde mit Maßnahmen zur Bekämpfung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten erfolgreich reagiert. Die Abwesenheit vom Arbeitsplatz wurde dabei als Indikator für den Gesundheitszustand der Beschäftigten herangezogen. Konsequenterweise ist der nächste Schritt nun, sich nicht nur um den vergleichsweise kleinen Teil der vom Arbeitsplatz Abwesenden zu kümmern, sondern insbesondere auch um die Mehrheit der Anwesenden. Bei dieser Gruppe kann nicht selbstverständlich davon ausgegangen werden, dass sie mit maximaler Produktivität arbeitet. In Anlehnung an Absentismus, als Begriff für die Fehlzeiten durch Arbeitsunfähigkeit, wurde hierfür der Begriff Präsentismus geprägt. Er meint geringere Produktivität von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern am Arbeitsplatz durch physische oder psychische Belastungen (vgl. Badura et al. 2010: 3f.).

Dass der Produktivitätsverlust durch Krankenstände nur der Gipfel des Eisberges ist, zeigen Studien zum Thema. Beispielsweise werden lediglich 16 Prozent der Krankheitskosten auf Absentismus zurückgeführt und ganze 84 Prozent auf Präsentismus (vgl. Hemp 2004 zit. n. Badura et al. 2010: 4).

Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an ihrem Arbeitsplatz so zu fördern, dass sie sich voll entfalten können und somit ein hohes Maß an Wertschöpfung entsteht, ist also die aktuelle Zielsetzung einer Betrieblichen Gesundheitspolitik und gleichzeitig das

erste Argument für die Durchführung eines BGF-Projektes. Neben diesem Wettbewerbsvorteil gegenüber konkurrierenden Unternehmen, wurde das zweite Argument, die Kostenreduktion durch weniger Krankenstände, ebenfalls schon genannt. Nicht vergessen soll jedoch auch das ehrliche Bemühen des Managements werden, die Gesundheit von Beschäftigten aus sozialer Verantwortung heraus zu fördern (vgl. Badura et al. 2010: 1; Neumann/Singer 2010: 52).

Auch Badura et al. fordern in diesem Zusammenhang die Rückübernahme von sozialer Verantwortung durch die Unternehmen in deren eigenem Interesse. Durch gesundheitsbezogene Maßnahmen bleiben die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als wichtigstes Kapital leistungsfähig und es fallen weniger Kosten für Rehabilitation, Krankheit oder Pension an (vgl. Badura et al. 2010: 24f.). Da Einsparungen und Nutzen von präventiven Maßnahmen oft erst verzögert greifen, die Kosten aber zeitnah anfallen, verwundert es allerdings nicht, dass von Unternehmensseite der kurzfristigen Kostenersparnis gegenüber längerfristigen Vorteilen gelegentlich Vorrang gegeben wird (vgl. Schwartz/Walter 1998:155).

Erweitert man seinen Blick über betriebliche Grenzen hinweg, erkennt man zusätzliche Profiteure von Betrieblicher Gesundheitsförderung: Neben Unfall- und Krankenversicherungen mit entsprechend positiven Auswirkungen auf die Volkswirtschaft, sind das natürlich die Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer selbst, sowie deren Familien (vgl. Neumann/Singer 2010: 54). Wichtige Persönlichkeitsmerkmale, welche die Wirksamkeit Betrieblicher Gesundheitsförderung steigern, werden nun vorgestellt.

2.5.3. Resilienz und Kohärenzgefühl

In der heutigen Arbeitswelt herrscht ein hohes Maß an Komplexität vor. Verschiedene Faktoren erleichtern es Menschen, mit dieser gestiegenen Anforderung umzugehen. Ein solcher Faktor ist die Resilienz. In Teilen ist diese erworben, in Teilen bei Geburt angelegt. Der Kern dieser Kompetenz ist die Fähigkeit, sich an veränderte Bedingungen anzupassen. Das beinhaltet ein Festhalten an Zielen, bei gleichzeitigem Mut zur Veränderung und Lernwilligkeit. Herausfordernde Ereignisse werden als Chance zur Weiterentwicklung erlebt. Eine positive Einstellung sich selbst gegenüber, Lösungsorientierung und der Wunsch zur Gestaltung, sind wichtige Persönlichkeitsmerkmale, die eine resiliente Person ausmachen (vgl. Seidler 2015:

150f., 155f.; Wustmann 2006: 365-367). Mit diesen Charakterzügen ausgestattet, gelingt es Menschen auch unter schwierigsten äußeren Bedingungen das Leben zu meistern. Georg Fraberger, Psychologe und Autor, ist in diesem Sinn ein gutes Beispiel, um Resilienz erfahrbar zu machen. Der Zweiundvierzigjährige steht voll im Berufsleben, hat vier Kinder – aber weder Arme noch Beine. Er selbst sagt im Interview:

Ja, sicher. Ich bin Optimist, aber Pessimist genauso. Das Glück war, dass ich meine Behinderung nicht für meine Situation verantwortlich gemacht habe. Dadurch bin ich weitergegangen, das hat mich dazu gebracht, an Problemen aktiv zu arbeiten. (Kuhn 2013: o.S.)

Es geht beim Konzept der Resilienz um schützende Faktoren, die trotz widriger Umgebungsbedingungen eine Persönlichkeitsentfaltung ermöglichen. Vom Wortstamm eng mit Begriffen wie „abprallen“, „Strapazierfähigkeit“ aber auch „Elastizität“ verbunden, geht es klar um eine Ressourcenorientierung. Maßgeblich befeuert durch die Kauai-Studie entstand dieses Konzept zeitgleich mit der Umdeutung des Gesundheitsbegriffes, weg von der Defizitorientierung. Diese versuchte zu erklären, warum es einem Teil der Kinder aus einem prekären Umfeld auf Hawaii trotzdem gelang, sich positiv zu entwickeln (vgl. Opp 2013: 311f.; Wustmann 2006: 365).

Nicht nur auf individueller Ebene funktioniert dieses Modell, sondern auch auf Organisationen ist es anwendbar und dabei auch ein Bezug zum *Diversity Management* möglich. Die Elastizität und Widerstandsfähigkeit wird hier durch ein Streben nach Vielfalt erreicht, das die Organisation handlungsfähig erhält (vgl. Seidler 2015: 151). Analog zu Ökosystemen geht es um den Erhalt der „Artenvielfalt“ und der „Artenkonstellation“ die das System aufrecht halten (vgl. Voigt/Wagner 2006: 111).

Ein weiteres positives und ressourcenorientiertes Konzept bezeichnet Antonovsky mit dem Begriff der „Salutogenese“. Im Gegensatz zu den Studien zur Resilienz, die soziale Faktoren zur entwicklungspsychologischen Bemessung einer erfolgreichen Lebensführung heranziehen, liegt der Fokus beim Medizinsoziologen Antonovsky auf Gesundheit und dem Aufzeigen von Wegen dorthin (vgl. Wustmann 2006: 365f.). Dieses Konzept wird immer wieder in Bezug zu Arbeitswelt und Projekten zur betrieblichen Gesundheitsförderung genannt und hat auch im empirischen Teil dieser Arbeit seinen Stellenwert.

Antonovsky setzte sich mit der Wahrnehmung der Umwelt auseinander und fand drei wichtige Dimensionen, die es Individuen ermöglichen, auch aus schwierigen Lebenssituationen erfolgreich hervorzugehen (vgl. Antonovsky 1997: 34-36 [englische Originalausgabe 1987]):

- Die Verstehbarkeit von Ereignissen sieht er als Kernelement seines Konzeptes. Wenn äußere Ereignisse im eigenen Koordinatensystem der Welt-erklärung verortet werden können und man auch bei zukünftigen Ereignissen Kausalität herstellen kann und sie damit vorhersagbar werden, gelingt die Lebensbewältigung leichter. Nicht im Chaos externer Stimuli unterzugehen, sondern darin einen Sinn zu erkennen, ist der Kern dieser Dimension.
- Mit Ereignissen umgehen zu können, nennt er als zweite wichtige Fähigkeit. Es ist ein Vorteil, wenn man sicher ist, Situationen die auf einen zukommen, bewältigen zu können. Bei schweren Schicksalsschlägen entspricht dies der Zuversicht, sie zu ertragen. Dieses Erleben der Handhabbarkeit von äußeren Reizen, gründet auf einer positiven Weltsicht und dem Vertrauen in die eigenen Ressourcen oder die der sozialen Bezugssysteme.
- Der dritte Teil des Konzeptes ist stark emotional besetzt. Egal, ob positive oder negative Lebensereignisse, wenn man ihnen Bedeutung zumisst und sie es wert sind anzugehen, fällt die Bewältigung leichter. Die Bedeutsamkeit von Lebensbereichen ist somit eine wichtige Triebfeder, sich Herausforderungen zu stellen.

Das übergeordnete Konzept nennt Antonovsky „Kohärenzgefühl“, im englischen Original *sense of coherence* (SOC). Es entspricht somit einem generellen Vertrauen darin, die Welt zu verstehen, auf Veränderungen eine Antwort zu finden und diesen auch Wichtigkeit beizumessen (vgl. Antonovsky 1997: 36).

Nahe liegt, dass ein wichtiger Teil des Kohärenzgefühls, aus positiven intrafamiliären Erfahrungen im Rahmen der Persönlichkeitsentwicklung stammt. Für diese Arbeit jedoch noch interessanter, ist das zweite Fundament des SOC, das Antonovsky in der ethnischen, sowie sozialen Zugehörigkeit sieht. Er konstatiert dabei unterschiedliche Widerstandsressourcen, die von Geschlecht, Herkunft oder Hautfarbe

abhängig sind. Moderner gesprochen: Dimensionen von *Diversity* beeinflussen maßgeblich die Entwicklung eines *sense of coherence* (vgl. ebd.: 92-95).

Sucht man nun nach salutogenen Bedingungen in Organisationen, lassen sich drei für Unternehmen und Beschäftigte essentielle Faktoren identifizieren: Vertrauen in Personen oder Gruppen, mit dem einhergehendes Gefühl, diesen verbunden zu sein, ist der erste Faktor. Konstruktives Feedback, Lob und erlebte Unterstützung gehören zum zweiten. An letzter – aber aus meiner Sicht wichtigster – Stelle, stehen gemeinsame Werte und Normen, die Abläufe in Unternehmen kalkulierbar, verstehbar und im besten Fall beeinflussbar machen. Antonovskys Forderung nach einem Kohärenzgefühl wird hierin entsprochen (vgl. Badura et al. 2010: 37). Dieses Kohärenzgefühl ermöglicht es Beschäftigten auch, mit den gestiegenen psychischen Belastungen am Arbeitsplatz umzugehen.

2.5.4. Psychische Belastungen am Arbeitsplatz

Die Vermutung, dass Arbeit nicht generell schädlich und somit Auslöser für (psychische) Erkrankungen ist, lässt sich durch statistische Auswertungen stärken: Arbeitslose leiden deutlich häufiger an mentalen Beschwerden, als die arbeitende Bevölkerung. Badura et. al. (2010: 14) ziehen entsprechend den Umkehrschluss und postulieren einen gesundheitsförderlichen Effekt von Arbeit. Und auch die Beschäftigten erkennen für sich selbst den Wert der Arbeit. 68 Prozent der Befragten in einer rezenten Umfrage mit mehr als eintausend Teilnehmerinnen und Teilnehmern erklärten, dass das Leben ohne Arbeit langweilig sei. Die Hälfte der Befragten würde auch weiterarbeiten, wenn das finanzielle Auskommen ohne diese Tätigkeit gesichert wäre. Interessante Arbeitsinhalte und ein positives Organisationsklima sind neben dem Gehalt wichtige Motivatoren hierbei (vgl. FAZ.NET 2016: o.S.).

Dass Arbeitsplatzfaktoren aber auch ungünstige Effekte haben können und zu langen Krankenständen und somit hohen Kosten führen, ist ebenfalls bekannt. Durch die Veränderung der Wirtschaftszweige, weg von der Produktion, hin zu Dienstleistungen, wurden physische Belastungen zurückgedrängt. Im Zusammenhang mit den gestiegenen Anforderungen an Qualität und Leistungsumfang, stieg jedoch im Gegenzug die Häufigkeit psychischer Erkrankungen (vgl. Badura et al. 2010: 11, 15-16). Dies ist auch mit konkreten Zahlen zu belegen. In der deutschen Statistik

der Arbeitsunfähigkeitstage zwischen 2001 und 2010 fällt auf, dass der Anteil psychischer Erkrankungen an der Gesamtheit der Ausfallstage von 6,6 auf 13,1 Prozent gestiegen ist (vgl. Ulich/Wülser 2012: 6f.). Depressionen, Verhaltensstörungen und Suchterkrankungen sind häufige Diagnosen, die mit den längsten Ausfallzeiten aller Erkrankungen einhergehen. Auch was die Ursache für Pensionsantritte angeht, finden sie sich ganz vorne in der Statistik (vgl. Prümper 2015: 1). Weitere Faktoren, wie die häufigere Thematisierung durch Patientinnen und Patienten, mögen daneben ebenfalls von Einfluss sein und den hohen Anstieg mitverursachen (vgl. Ulich/Wülser 2012: 8).

Diese Verlagerung der Hauptbeschwerdebilder führte schließlich auch zu Konsequenzen in der Legislative. Mittlerweile ist die Erfassung von mentalen Belastungen eine (europaweite) gesetzliche Anforderung und wird seit der Novelle des Arbeitnehmerinnen- und Arbeitnehmerschutzgesetzes von Jänner 2013 in diesem österreichischen Gesetz explizit erwähnt. In §2 wird ausgeführt, dass unter Gefahren nicht nur physische, sondern auch psychische Belastungen, die zu Fehlbeanspruchungen führen, zu verstehen sind. Rechtskonformität kann somit nur mittels Durchführung der Evaluierung der Psychischen Belastungen am Arbeitsplatz erreicht werden (vgl. Blattner/Elsigan 2015: 6; Prümper 2015: 2).

Die Inhalte, die abzufragen sind, werden ebenfalls im Arbeitnehmerinnen- und Arbeitnehmerschutzgesetz festgehalten und können auf vier Dimensionen herabgebrochen werden (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Zentral-Arbeitsinspektorat 2013: 11, 13f.):

- Die Tätigkeit selbst kann für die Beschäftigten belastend sein. Die Palette reicht hier von der Überforderung durch komplexe Arbeitsaufgaben bis hin zu schwierigen Kundinnen und Kunden, mit denen es umzugehen gilt.
- Das Organisationsklima spielt ebenfalls eine wichtige Rolle. Gibt es häufige Rückmeldungen zur geleisteten Arbeit und erfährt man Unterstützung durch Kolleginnen und Kollegen oder Vorgesetzte, können psychischen Belastungen reduziert werden.

- Auch die Umgebung, in der die Arbeit stattfindet, kann als Belastungsfaktor erlebt werden. So hat Lärm beispielsweise nicht nur einen physikalischen Effekt auf die Gesundheit von Menschen, sondern kann auch die Konzentration bei geistig anspruchsvollen Tätigkeiten stören.
- Zuletzt sind noch die firmeninternen Abläufe in den Fokus zu nehmen. Wenn die Arbeit schlecht planbar ist, die Anweisungen unklar sind oder es häufig zu Unterbrechungen kommt, sind Fehlbeanspruchungen absehbar.

Welche Anforderungen Fragebögen zur Erhebung von psychischen Belastungen erfüllen müssen, wird in der ÖNORM EN ISO 10075 beschrieben. Hier gilt es, drei verschiedene Aspekte zu berücksichtigen. Zuerst ist zu klären, wo im Verlauf des „Belastungs- Beanspruchungsmodells“ gemessen werden soll. Entweder kann man die einwirkende Noxe analysieren, oder man legt den Fokus auf die Reaktion des Individuums. Daneben unterscheiden sich die Messtechniken und reichen von subjektiven Beurteilungen bis hin zu objektiven Messungen. Zuletzt geht es noch darum, den Grad der Analysetiefe zu bestimmen. Vom orientierenden Verfahren, über das Screeninginstrument, bis hin zur Feinanalyse reicht hier das Spektrum (vgl. Österreichisches Normungsinstitut 2004: 7f.).

Neben der eben beschriebenen gesetzlichen Pflicht, widmet sich der folgende Abschnitt dem zweiten Teil des Betrieblichen Gesundheitsmanagements: der Betrieblichen Gesundheitsförderung.

2.5.5. Konzepte der BGF

Zwei grundlegende Mechanismen stehen zur Einflussnahme auf den Gesundheitszustand von Beschäftigten zur Verfügung: die Gesundheitsförderung und die Krankheitsprävention. Bei erstgenanntem Mechanismus ist salutogenetisches Konzeptverständnis, in Beziehung gesetzt zur betroffenen Gruppe, notwendig. Die Sozialwissenschaften und die Psychologie beleuchten diesen Teil. Bei zweitem geht es darum, krankmachende Einflussfaktoren zu erkennen und einzugreifen. Dies ist eine Domäne der Medizin. Badura et al. (2010: 42) stellen diese verschiedenen, historisch bedingten Konzepte wie folgt dar:



Abbildung 9: Problemstellungen (Badura et al. 2010: 42)

Betrachtet man das Ziel, unterscheiden sich beide Zugänge nicht voneinander. Es geht darum, das größtmögliche Maß an Gesundheit zu erreichen. Der Weg zum Ziel unterscheidet jedoch beide Interventionsmodelle. Auf der einen Seite steht ein defizitorientierter Zugang, auf der anderen ein ressourcenorientierter. Aus holistischer Sicht, sind beide Zugänge Teil eines Ganzen und ergänzen sich positiv (vgl. Hurrelmann et al. 2016b: 662-664).

Betrachtet man die Zeitachse, auf der Maßnahmen erfolgen, ist die erste Möglichkeit der Intervention bei Gesunden gegeben. Hierbei handelt es sich um Gesundheitsförderung durch Einflussnahme auf die Lebenssituation der Menschen, die als primordiale Intervention bezeichnet werden kann. Sind bereits Risikofaktoren vorhanden und ist der Ausbruch einer Erkrankung möglich, greifen primärpräventive Maßnahmen. Auf der nächsten Ebene können im Rahmen der sekundären Intervention, bereits bestehende Erkrankungen angegangen werden. Nach schweren Krankheitsereignissen greift dann die Tertiärprävention, die eine Wiedereingliederung und die Vermeidung von Folgeerkrankungen bezweckt (vgl. Hurrelmann et al. 2016b: 665f.).

Differenziert man nach Zielgruppe, sind Strategien, die alle Personen eines Kollektivs betreffen, von solchen zu unterscheiden, die sich gezielt an Untergruppen wenden (vgl. Hurrelmann et al. 2016b: 670).

In meiner wissenschaftlichen Arbeit wird nach zweitem Prinzip gehandelt und Frauen mit Migrationshintergrund werden in den Fokus gerückt.

Letztendlich kann man sich auch noch fragen, wie die Veränderung zum Guten bewirkt werden kann. Wird eine Verhaltensänderung der Betroffenen zum Ziel führen, oder geht es um eine Anpassung der Rahmenbedingungen, also der Verhältnisse am Arbeitsplatz (vgl. Blattner/Elsigan 2015: 7).

Um verhaltenspräventiv zu arbeiten, bietet sich einerseits das rationale *Health Belief* Modell an, das einen Zusammenhang zwischen der eigenen Person und der Gefährlichkeit einer Gesundheitsgefahr herstellt. Andererseits gibt es psychologische und erzieherische Strategien, die die emotionale Komponente mehr betonen. Auch pekuniäre Anreize sollten in Betracht gezogen werden, um Menschen zu gesundheitsrelevantem Verhalten zu animieren (vgl. Hurrelmann et al. 2016b: 672-674). Die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft beschreitet seit wenigen Jahren diesen Weg und ermäßigt bei gesunder Lebensführung den Selbstbehalt auf ärztliche Leistungen (vgl. SVA o.J.: o.S.). Um Rahmenbedingungen zu verändern, bieten sich daneben Gebote und Vorschriften an. Nichtraucherinnen- und Nichtraucherschutz mittels Rauchverbot ist ein Beispiel hierfür (vgl. Hurrelmann et al. 2016b: 672-674).

Um erfolgreich Projekte für die Betriebliche Gesundheitsförderung umzusetzen, ist daneben auch noch das Wissen um Wechselwirkungen der Maßnahmen mit dem bestehenden Setting nötig. BGF-Projekte haben beispielsweise nur dann langfristig Sinn, wenn sie in die Unternehmenskultur integriert und von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gelebt werden (vgl. Hurrelmann et al. 2016b: 682). Die Selbstentwicklung der Beschäftigten ist das Ziel, wobei nicht gegen den vorherrschenden Geist im Unternehmen angekämpft werden soll (vgl. Brösskamp-Stone et al. 1998: 148). Beide Seiten, also Betrieb und Individuum sind gefordert, aktiv am Entstehen von Gesundheit zu arbeiten. Entgegen dem Trend zur Individualisierung, sollte hier laut Badura et al. der Fokus auf kollektiv wirksame Maßnahmen gelegt werden. Ins-

besondere die Einflüsse von Betriebsklima, Personalentscheidungen und Führungsverhalten dürfen nicht unterschätzt werden, haben sie doch eine deutlich größere Nachhaltigkeit als verhaltensorientierte Handlungsoptionen (vgl. Badura et al. 2010: 34, 47).

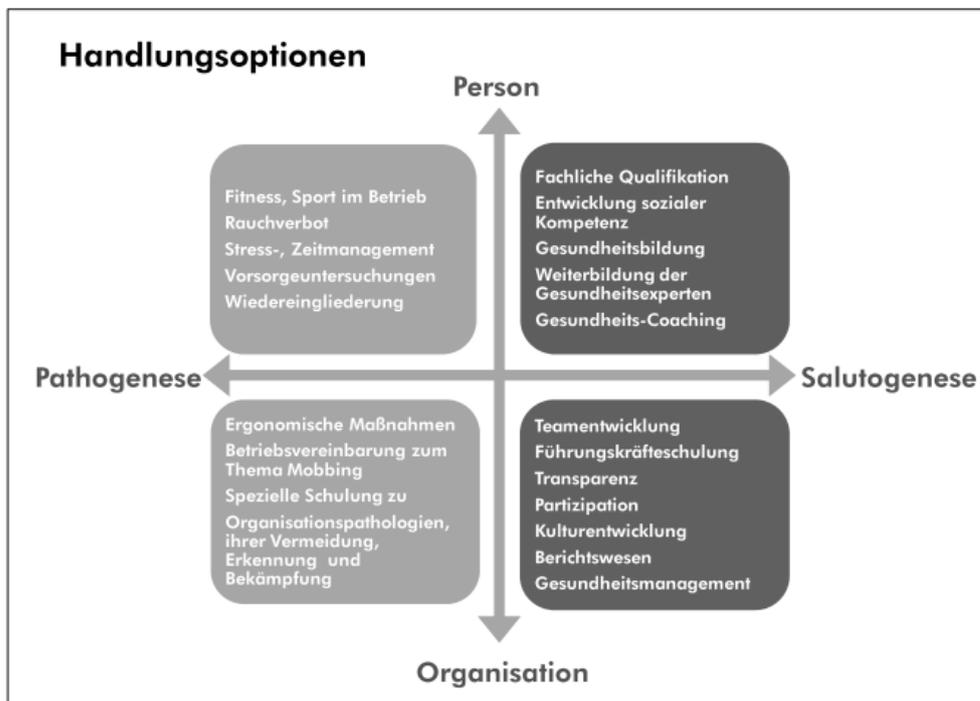


Abbildung 10: Handlungsoptionen (Badura et al. 2010: 46)

Die soeben genannten Organisationsbedingungen sind eng mit den Aufgaben von modernem Personalmanagement verknüpft, weswegen HR-Abteilungen bei der Durchführung von Projekten zur Betrieblichen Gesundheitsförderung eine wichtige Rolle zukommt. HR-Managerinnen und HR-Manager begleiten die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von der Einstellung bis zur Freisetzung, wobei zu allen Zeitpunkten einer Karriere Aspekte der Betrieblichen Gesundheitsförderung eingebracht werden können. Selbst bei der Trennung von Arbeitnehmerinnen oder Arbeitnehmern, kann diesen im Sinne eines *Outplacements* Unterstützung bei der Jobsuche und auftretenden psychosozialen Problemen gewährt werden (vgl. Huber, 2010: 69, 83f.).

2.5.6. BGF-Projekttablauf

Um Betriebliche Gesundheitsförderung in einer Organisation einzuführen, ist die Umsetzung eines entsprechenden Projektes sinnvoll. Projekte sind zeitlich begrenzte, komplexe, fachübergreifende Aufgaben, die neu und von Wichtigkeit für das Unternehmen sind. Bei der Abwicklung sind besonders die Faktoren Qualität,

Termine und Ressourcen zu beachten, da sie sich wechselseitig beeinflussen und für das Gelingen des Vorhabens wichtig sind (vgl. Münch 2010: 289f.). Bei Durchführung von Projekten zur Betrieblichen Gesundheitsförderung, orientiert man sich in Österreich an einem fünfstufigen Modell, das bereits seit den neunziger Jahren des vorigen Jahrhunderts verwendet wird (vgl. Österreichisches Netzwerk BGF o.J.: o.S.). Folgende Stadien lassen sich unterscheiden:

| | |
|----------|---|
| Phase 0: | Aufbau interner Strukturen (Steuerungsgruppe, Projektteam) Sensibilisierung von Schlüsselpersonen (im Besonderen Führungskräfte) Definition von Grobzielen Gemeinsame Projektplanung im Unternehmen Abklärung möglicher Förderungen und externer Unterstützung |
| Phase 1: | Erhebung des gesundheitsbezogenen Ist-Standes im Unternehmen mittels wissenschaftlich fundiertem Analyseinstrument ggf. Altersstrukturanalyse ggf. anonyme Krankenstandsauswertung |
| Phase 2: | Vertiefende Analyse von Ressourcen und Belastungen im Alltag unter Beteiligung der MitarbeiterInnen (z.B. Gesundheitszirkel, Workshops) Erarbeitung gemeinsamer konkreter Lösungsvorschläge für bestehende Probleme bzw. zur Ressourcenstärkung Erstellung eines ganzheitlichen Maßnahmenplanes |
| Phase 3: | Vorbereitung und Umsetzung der in der Steuerungsgruppe beschlossenen und in Phase 2 erarbeiteten Maßnahmen auf Verhältnis- und Verhaltensebene |
| Phase 4: | Evaluierung des Projektes zur Erfolgskontrolle (wiederholter Einsatz des Analyseinstrumentes aus Phase 1) Reflexion der BGF-Projekterfahrungen im Unternehmen |
| Phase 5: | Überführung der BGF in ein betriebliches Gesundheitsmanagementsystem (BGM-System) Festlegung von fixen Strukturen und Verantwortlichkeiten Integration der BGF in die Unternehmensstrategie |

Abbildung 11: Phasen von BGF-Projekten (Steiermärkische Gebietskrankenkasse 2015: 11)

- In der Vorprojektphase ist gestalterisch noch alles möglich und die Kosten sind noch minimal. Alleine aus diesem Grund, lohnt eine intensive Auseinandersetzung mit diesem Projektteil (vgl. Münch 2010: 291). Es geht darum, Beteiligte festzulegen und Konzepte zu erstellen. Innerbetriebliche Strukturen, die eine wichtige Rolle in der Umsetzung des BGF-Projektes spielen sollen, werden geschaffen, oder bestehende in die Verantwortung genommen. Insbesondere Führungskräfte können die Pläne zur Gesundheitsförderung forcieren, oder aber auch einen Misserfolg bedingen, weswegen ihre Einbindung von besonderer Wichtigkeit ist. Im Rahmen einer Projektumfeldanalyse können diese Widerstände bereits frühzeitig erkannt und im Rahmen eines Beziehungsmanagements im Projekt berücksichtigt werden (vgl. Münch 2010: 296; Österreichisches Netzwerk BGF o.J.: o.S.). Klare Verantwortungen bereits in dieser Phase, erleichtern den gesamten weiteren Ablauf, wobei auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ohne Füh-

rungsaufgaben eingebunden werden sollen. Eine möglichst breite Beteiligung verhindert auch, dass das Vorhaben als alleinige Aufgabe der projektleitenden Personen gesehen und die Mitgestaltungsmöglichkeit aller anderen unerkannt bleibt. Aus diesem Grund sollen Geschäftsführung, Projektleitung und Belegschaftsorgane, gemeinsam mit externen Fachleuten der Arbeitsmedizin und Sicherheitstechnik, die Koordination des Projektes übernehmen. Von der Festlegung der Abläufe, bis hin zur Entscheidungsfällung und Ergebniskommunikation sind sie dafür verantwortlich, einen klar strukturierten und nachvollziehbaren Plan zu entwickeln (vgl. Österreichisches Netzwerk BGF o.J.: o.S.). Auch Ziele zu definieren, gehört in diese Phase. Diese sollen möglichst konkret sein, denn gut messbare Indikatoren erleichtern die Kontrolle der Zielerreichung (vgl. May-Schmidt 2015: 304). Die in dieser Phase erarbeiteten Konzepte können in einer zentralen Informationsveranstaltung, auch als Start- oder Kick-off Veranstaltung bezeichnet, präsentiert werden und auf die gemeinsamen Ziele einstimmen, sowie Vorbehalte entkräften (vgl. Münch 2010: 298).

- In der Diagnosephase findet eine Ist-Stand-Analyse statt. Dies bedeutet, dass man sich darüber klar wird, wo die Schwächen aber auch die Stärken des Unternehmens und der Beschäftigten liegen. Hierfür stehen quantitative Instrumente wie Fragebögen zur Verfügung, aber auch qualitative Tools, wie Arbeitsgruppen können für dieses Thema verwendet werden. Inhalt der Ist-Stand-Analyse sollen gesundheitsrelevante Themen, wie Arbeitsorganisation, die Tätigkeit selbst, Betriebsklima beziehungsweise Kommunikation im Team sein. In diesen Punkten findet sich eine starke Übereinstimmung mit den Dimensionen, die bei der Evaluierung der psychischen Belastungen abzufragen sind. Bei der Betrieblichen Gesundheitsförderung liegt ein Fokus aber ganz klar auch auf personenbezogenen Maßnahmen, weswegen zusätzlich Themen wie Ernährung, Sport und Rauchen thematisiert werden (vgl. Blattner/Elsigan 2015: 24f.; Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Zentral-Arbeitsinspektorat 2013: 13f.; Österreichisches Netzwerk BGF o.J.: o.S.).

- Wurden die Belastungen und Ressourcen erhoben, kann man im nächsten Schritt, der Planungsphase, mit dem Ableiten konkreter Maßnahmen beginnen. Ein geeigneter Rahmen hierfür sind Gesundheitszirkel. Es werden dabei von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern selbst Vorschläge zur Reduktion der Belastungsmomente beziehungsweise zur Förderung der Gesundheit diskutiert. Eine Gesundheitsmoderatorin oder ein Gesundheitsmoderator ist in diesem Konzept ebenfalls vorgesehen und dient der strukturierten Gesprächsführung. Um Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter am Laufenden zu halten und weiter aktiv einzubinden, darf in dieser Phase auch nicht auf die Kommunikation der Ergebnisse vergessen werden (vgl. Österreichisches Netzwerk BGF o.J.: o.S.).
- Es folgt die konsequente Umsetzung der zuvor gefundenen Verbesserungsvorschläge in der Durchführungsphase. Die Themen können sehr unterschiedlich sein und hängen von den betrieblichen Gegebenheiten ab. So spielen neben den Ergebnissen der Ist-Stand-Analyse auch die wirtschaftlichen Möglichkeiten des Unternehmens eine Rolle. Gefordert wird vom Konzept der Betrieblichen Gesundheitsförderung allerdings ein Gleichgewicht zwischen personenbezogenen Maßnahmen und den Verbesserungen der Rahmenbedingungen. Das Beispiel von arbeitsüberlasteten Beschäftigten zeigt: sowohl können Stressmanagementseminare die eigene Kompetenz erweitern, als auch die Veränderung der Arbeitsorganisation verhältnisorientiert der Fehlbelastung entgegenwirken (vgl. Blattner/Elsigan 2015: 27; Österreichisches Netzwerk BGF o.J.: o.S.).
- Mit der Evaluations- und Nachhaltigkeitsphase schließt sich der Kreis. Nach dem Durchlaufen des Projektzyklus steht am Ende die Überprüfung der Wirksamkeit von gesetzten Maßnahmen. Ob anfangs definierte Ziele erreicht wurden, soll hier festgestellt werden. Dabei kann der Fokus auf bisher nicht bearbeitete Felder gelenkt und eine langfristige Implementierung von Gesundheitsförderung in die Organisation erwirkt werden (vgl. Österreichisches Netzwerk BGF o.J.: o.S.). Ein klares Commitment der Unternehmensführung zur Fortsetzung von Projekten zur Gesundheitsförderung, wird oft ebenfalls von der Evaluation und insbesondere der bestätigten Zielerreichung abhängen (vgl. May-Schmidt 2015: 304). Am besten lässt sich

die Zielerreichung durch die neuerliche Anwendung der bereits in der Anfangsphase verwendeten Verfahren objektivieren, da die Ergebnisse einfach miteinander verglichen werden können (vgl. Walter 2006: 160). Der Projektabschluss kann im Rahmen eines „Kick-out-Meetings“ erfolgen, in dem nochmals alle Ziele mit den erreichten Ergebnissen verglichen werden und somit eine Reflexion über den Erfolg stattfindet (vgl. Münch 2010: 301).

Folgende grafische Darstellung gibt nochmals einen guten Überblick und stellt den zirkulären, phasenhaften BGF-Prozess dar:

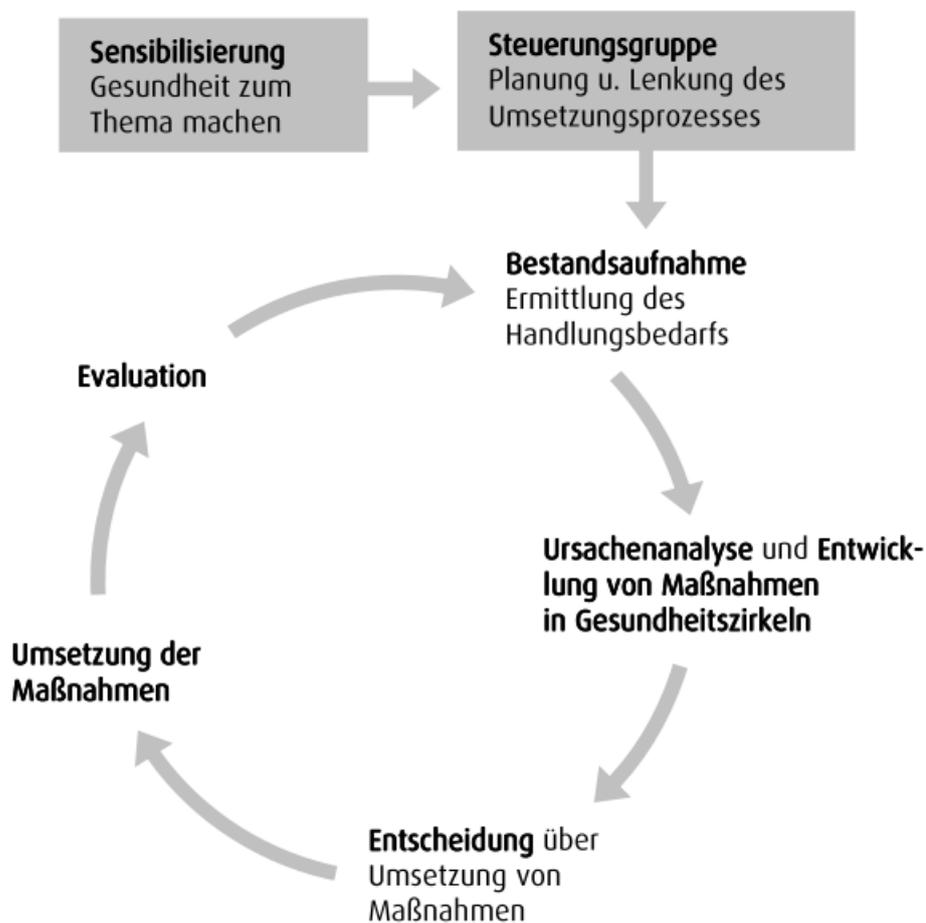


Abbildung 12: Gesundheitsmanagement als kontinuierlicher Lernprozess (Altgeld 2006: 401)

2.5.7. Instrumente der BGF

Nachdem der Ablauf von BGF-Projekten vorgestellt wurde, soll nun noch explizit auf wichtige Werkzeuge eingegangen werden, die sich bei der Projektabwicklung bewährt haben:

- Die Steuerungsgruppe ist das zentrale Gremium, welches in der Vorprojektphase konstituiert wird und in dem alle projektrelevanten Entscheidungen getroffen werden. Da Partizipation ein wichtiger Aspekt von BGF-Projekten ist, sind Belegschafts- und Unternehmensseite einzubinden und der Expertise von externen Fachleuten ist Gehör zu schenken. Arbeitsmedizinerinnen oder Arbeitsmediziner sind ebenso beizuziehen, wie Sicherheitsfachkräfte. Es werden in diesem Gesundheitsausschuss nicht nur Entscheidungen getroffen, sondern auch Informationen zusammengetragen, Arbeitsaufträge definiert und eine aktive Informationspolitik betrieben. Es handelt sich hierbei auch um eine erste Plattform für Gesundheitsthemen, die in weiterer Folge in ein nachhaltiges Gesundheitsmanagement überführt werden kann (vgl. Österreichisches Netzwerk BGF o.J.: o.S.). Somit verantwortet die Steuerungsgruppe den Inhalt, die gesamte Organisation, sowie den Ablauf. Sie soll entsprechend auch über die notwendigen finanziellen Ressourcen verfügen, um das Projekt in die Tat umzusetzen (vgl. Tempel 2010: 235).
- „Ohne Diagnose keine Therapie“ (Gregersen 2006: 440) könnte, angelehnt an die Medizin, das Motto dieser Phase sein. Die Ist-Analyse will die vorhandenen Arbeitsbedingungen erheben und Belastungen aufzeigen. Hierfür gibt es verschiedene Instrumente, auf die teilweise bereits in der Beschreibung der Diagnosephase eingegangen wurde. Zusätzlich zu den oben genannten Fragebögen, deren Ergebnisse in Arbeitsgruppen weiterbearbeitet werden können, stehen noch andere Datenquellen zur Verfügung. Neben den firmeninternen Statistiken über Arbeitsunfälle, Fluktuation oder Arbeitsunfähigkeit, ermöglichen auch die Krankenkassen Auswertungen über Krankenstände. Aussagen über Dauer, Altersverteilung oder Diagnosen sind dadurch möglich (vgl. Lempert-Horstkotte 2010: 187; Österreichisches Netzwerk BGF o.J.: o.S.).
- Aus den erhobenen Daten wird unter Beteiligung aller involvierten Gruppen ein Gesundheitsbericht erstellt. Dieser dient einerseits der Reflexion des Gesundheitszustandes von Belegschaft und Betrieb und stellt Belastungen übersichtlich dar. Andererseits hat er eine wichtige Informationsfunktion für

das Projekt und kommuniziert die strategischen Gesundheitsziele des Unternehmens. Dieser Bericht soll von möglichst vielen Beschäftigten gelesen, verstanden und in Beziehung zur eigenen Gesundheit gesetzt werden (vgl. Österreichisches Netzwerk BGF o.J.: o.S.; Walter 2006: 154). Auch die unterschiedlichen, Beitrag leistenden Stellen, werden durch den Gesundheitsbericht gefordert und dadurch deren Koordination sowie ein gemeinsames Gesundheitsverständnis gefördert (vgl. Blume 2010: 277).

- In Gesundheitszirkeln werden die erhobenen Daten diskutiert, mit eigenen Erlebnissen verglichen und aus dem Erfahrungsschatz der Beschäftigten Lösungsvorschläge erarbeitet. Die unterschiedlichen Interessen und Standpunkte der Teilnehmenden, ermöglichen innovative Zugänge zu Problemen. Damit beteiligte Personen nicht enttäuscht werden, ist eine rasche Umsetzung der gefundenen Maßnahmen zu fordern. Wo dies nicht möglich ist, soll eine nachvollziehbare Begründung der Verzögerung, beziehungsweise der Ablehnung erfolgen (vgl. Österreichisches Netzwerk BGF o.J.: o.S.). Es gibt zwei grundlegend unterschiedliche Möglichkeiten der Zusammensetzung von Problemlösungsgruppen. Im Berliner Modell findet keine Durchmischung von unterschiedlichen Führungsebenen statt. Dadurch lassen sich Themen sehr offen diskutieren und auch Führungsverhalten wird diskutiert. Der Zugang dieses, auch Hannoveraner Modell genannten Konzeptes, konzentriert sich auf die Sicht der Betroffenen. Im Düsseldorfer Modell findet eine Durchmischung der Personengruppen statt. Hier werden gesundheitsrelevante Themen aus verschiedenen Perspektiven beleuchtet und strukturiert angegangen (vgl. Österreichisches Netzwerk BGF o.J.: o.S.; Vogt 2010: 249). Hierin liegt auch der Vorteil dieser Methode. Nachteilig können sich Ressentiments der einzelnen Gruppen gegenüber der jeweils anderen auswirken, die zum Aussparen von konfliktträchtigen Handlungsfeldern führen. Auch die Sprache kann hier eine Barriere sein. Sowohl Fachausdrücke, als auch Ausdrucksweise, können sich in den unterschiedlichen Hierarchieebenen unterscheiden. Zu den Voraussetzungen eines gelungenen Gesundheitszirkels, gehören eine ruhige Atmosphäre, eine Teilnahme von fünf bis zehn Personen, sowie ein zeitlicher Rahmen von fünf bis acht Sitzungen mit je zwei Stunden Dauer.

Auf einen möglichst geringen Wechsel der Teilnehmenden ist ebenfalls zu achten. Um den Treffen Struktur zu geben, werden Moderatorinnen oder Moderatoren eingesetzt, die sowohl der Belegschaft angehören, als auch externe Expertinnen oder Experten sein können. Sie sorgen dafür, dass eine Priorisierung von bestehenden Problemfeldern erfolgt und diese nacheinander abgearbeitet werden. Abschließend werden die Ergebnisse der Steuerungsgruppe präsentiert und auch im Gesundheitsbericht kommuniziert (vgl. Österreichisches Netzwerk BGF o.J.: o.S.). Es stehen noch weitere Instrumente zur Verfügung, um in Kleingruppen Gesundheitsthemen zu bearbeiten. Eine Möglichkeit sind Gesundheitsworkshops, die seltener stattfinden, aber ebenfalls auf konkrete Maßnahmen abzielen. Um problemzentriert zu arbeiten, bieten sich daneben Fokusgruppen an, deren Ergebnisse in schriftliche Berichte münden (vgl. Vogt 2010: 249).

2.5.8. Verknüpfung von BGF mit der Evaluierung Psychischer Belastungen

Projekte zur Betrieblichen Gesundheitsförderung und die Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen haben nicht nur inhaltliche, sondern auch strukturelle Gemeinsamkeiten.

Beide streben danach, die Gesundheit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern zu stärken und Fehlbelastungen zu reduzieren. Eine gleichzeitige Durchführung, die auch in der vorliegenden Arbeit zur Anwendung kommt, macht ein gemeinsames Nutzen von Ressourcen möglich und reduziert somit die Gesamtkosten von Gesundheitsprojekten. Wissen zu gesundheitsrelevanten Themen kann nach einmaliger Erarbeitung für beide Projekte genutzt werden, da die handelnden Personen größtenteils identisch sind. Aufwändige Fragebogenaktionen werden nur einmal durchgeführt und neben Papier, wird auch die Zeit der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter geschont. Durch die gemeinsame Abwicklung gibt die Geschäftsführung außerdem ein Statement über die Wichtigkeit des Gesundheitsthemas ab und ein ganzheitliches Gesundheitsmanagement in der Organisation wird möglich (vgl. Blattner/Elsigan 2015: 9).

Vergleicht man die Maßnahmenableitung, so gehen aus den Ist-Analysen beider Konzepte ähnliche verhältnisorientierte Verbesserungen hervor. Auf diese beschränkt sich allerdings die Evaluierung der psychischen Belastungen, da in §7 Ziffer 8 des Arbeitnehmerinnen- und Arbeitnehmerschutzgesetzes der Vorrang von kollektiven, gegenüber personenbezogenen Maßnahmen, gefordert wird. Der Anspruch der Betrieblichen Gesundheitsförderung geht darüber hinaus. Hier sollen verhältnis- und verhaltensorientierte Maßnahmen gefunden und zueinander in Beziehung gesetzt werden (Blattner/Elsigan 2015: 27; Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Zentral-Arbeitsinspektorat 2013: 12).

Eine übersichtliche Verknüpfung der Abläufe von Betrieblicher Gesundheitsförderung mit der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen, findet sich in folgender Abbildung:

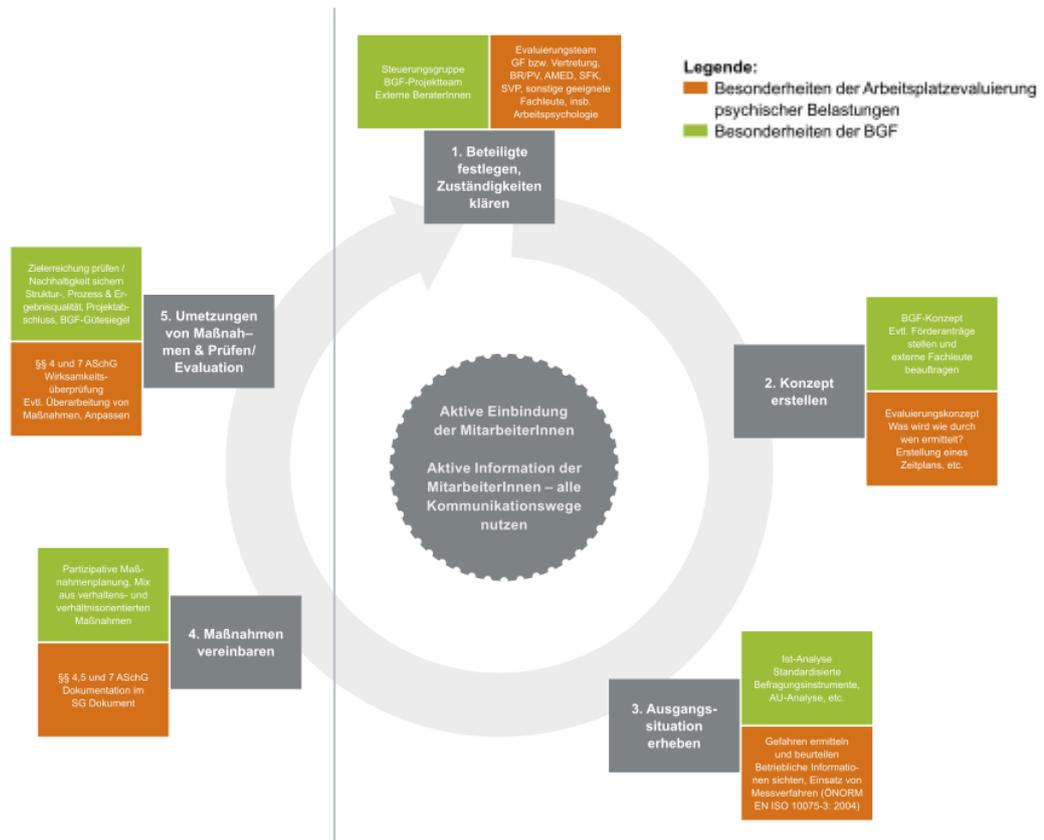


Abbildung 13: Ablaufschema einer Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen, eines BGF-Projekts sowie einer kombinierten Umsetzung (Blattner/Elsigan 2015: 16f.)

2.5.9. BGF und Diversity

Bereits weiter oben wurden Überlegungen zu Konzepten des *Diversity Managements* angestellt und interkulturelle Kompetenz als Zugangsmöglichkeit zu Migrantinnen und Migranten aufgezeigt. Diese Konzepte lassen sich auf Einrichtungen des Gesundheitswesens sowie Organisationen im Zusammenhang mit Gesundheitsfragen anwenden. Kultursensibles Handeln und der Erwerb von interkultureller Kompetenz, ermöglichen einerseits eine leichtere Zusammenarbeit in multikulturellen Teams, andererseits wird dadurch der Fokus auch auf die unterschiedlichen gesundheitlichen Bedürfnisse einer vielfältigen Bevölkerung, respektive Belegschaft, gelenkt. In interkulturell lernenden Organisationen, also solchen, die auf den Reiz der kulturellen Vielfalt mit Anpassung reagieren, kann es eine Vision geben, die kulturelle Unterschiede bewusst mitdenkt und kulturell bedingte Annahmen hinterfragt. Ziel ist es, in multikulturellen Teams von den unterschiedlichen Herangehensweisen zu profitieren (vgl. Geiger/Razum 2016: 630f.).

Um insbesondere Betrieben mit einer großen Anzahl von niedrig qualifizierten Beschäftigten mit vielfältiger Herkunft, sowie hohem Frauenanteil und Teilzeitarbeit, das Entwickeln dieser Kompetenz zu erleichtern, gewährt der Fonds Gesundes Österreich Förderungen. Die Chancen auf gesundheitliche Entfaltung sollen auch diese benachteiligten Gruppen haben. Dieses vorrangige Ziel kann am Setting Arbeitsplatz durch Projekte zur Betrieblichen Gesundheitsförderung erreicht werden (vgl. Fonds Gesundes Österreich 2015: 1). Dass Migration häufig mit gesundheitlich prekären Arbeitsplatzsituationen einhergeht, wurde bereits geschildert. Dass aus diesem Grund Zuwanderinnen und Zuwanderer bei den bevorzugten Zielgruppen von BGF-Projekten sind ebenso. Umso mehr überrascht es, dass es bisher kaum Informationen dazu gibt, ob diese Gruppe überhaupt erreicht und ob abgeleitete Maßnahmen auch wirksam sind (vgl. Anzenberger et al. 2015: 80). Genau hier setzt die vorliegende Arbeit an: ob zugewanderte Frauen grundlegend andere Wahrnehmungen der Belastungen am Arbeitsplatz haben, als Frauen ohne Migrationshintergrund, wird im Folgenden am Beispiel von ISS Facility Services in der Steiermark beleuchtet. Bestätigt sich diese Hypothese, sind auch andere Reaktionsweisen der verglichenen Gruppen auf Einflüsse von außen wahrscheinlich und eine Berücksichtigung bei der Maßnahmenableitung wäre notwendig, um erfolgreich Betriebliche Gesundheitsförderung durchzuführen.

3. Anknüpfungspunkte mit der betrieblichen Praxis

Bereits vorgestellte Konzepte wie *Diversity*, Migration und Gesundheit, werden im Folgenden auf organisationale Ebene herabgebrochen und auf ihre praktische Bedeutung bei ISS, einem global wirkenden Unternehmen, geprüft.

3.1. Betrieblicher Hintergrund – ISS Facility Services

Das Unternehmen ISS wird anhand seiner Kennzahlen vorgestellt und der Umgang der Organisation mit den Kernthemen dieser Arbeit untersucht. Die Firmenbezeichnung „ISS“ wird dabei synonym für die verschiedenen, zugehörigen Rechtsträger verwendet, um die Lesbarkeit zu erleichtern. Eine Differenzierung in „ISS Global A/S“, die „ISS Austria Holding“ oder „ISS Services“ als deren Töchter, erfolgt nicht. Wichtiger für diese wissenschaftliche Arbeit ist die Zuordnung zu Regionen und insbesondere die Darstellung der steirischen Datenlage.

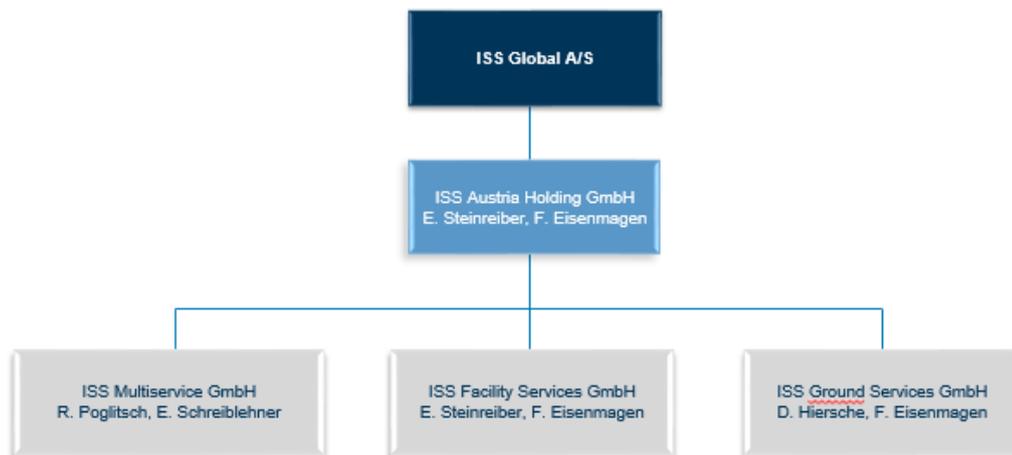


Abbildung 14: ISS Österreich – Rechtliche Einheiten (ISS Austria Holding GmbH 2016b:16)

3.1.1. Kennzahlen

ISS ist ein weltweit agierendes Unternehmen mit Firmensitz in Dänemark und über hundertjähriger Firmengeschichte. ISS versteht sich als Dienstleistungsunternehmen, das alle Aufgaben im Zusammenhang mit Facility Management übernimmt. Durch „Integrierte Facility Services“, versucht ISS als Komplettanbieter für alle auslagerungsfähigen Tätigkeiten aufzutreten, um den Kundinnen und Kunden das Fokussieren auf das Kerngeschäft zu ermöglichen. Folgende Sparten werden von ISS

abgedeckt und sowohl einzeln, als auch in Kombination angeboten (vgl. ISS Austria Holding GmbH 2013: 2, 4f.):

- *Cleaning Services*. Dieser Bereich umfasst die klassische Reinigung (als tägliche Unterhaltsreinigung bezeichnet), aber auch spezielle Dienstleistungen, wie die Reinraumreinigung.
- *Property Services*. Hierunter fallen Gebäudetechnik, Grünraumpflege, Schneeräumung oder beispielsweise auch die Wartung von Belüftungsanlagen.
- *Security Services*. Von der Bewachung, bis hin zur Betriebsfeuerwehr reicht hier das Portfolio.
- *Support Services*. Von der Übernahme der Rezeptionstätigkeiten, über Sekretariatsdienste, bis hin zur Postverteilung, werden dabei Hintergrundarbeiten übernommen.
- *Catering Services*. In diesem Bereich werden Dienstleistungen von der Kantine, bis hin zu Eventcatering angeboten.

Die weltweite Beschäftigtenzahl belief sich im Jahr 2015 auf 504.816 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und der Umsatz betrug rund 10,7 Milliarden Euro (vgl. ISS World Services A/S 2016b: 12). 38 Prozent aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden in Europa beschäftigt, wobei hier 51 Prozent des gesamten Umsatzes gemacht werden (vgl. ISS World Services A/S 2016a: 49). Wiederum 50 Prozent davon, werden alleine durch die *Cleaning Services* umgesetzt. In Österreich sind rund 7.100 Menschen bei diesem Unternehmen beschäftigt, die dabei 221 Millionen Euro erwirtschaften (vgl. ISS World Services A/S 2016b: 21, 131).

In der Steiermark waren es im Februar 2016 insgesamt 958 Personen, wobei die 741 Frauen deutlich in der Überzahl waren. Hier überwiegt die Reinigung als Haupttätigkeitsfeld noch mehr. Gut 90 Prozent aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von ISS Steiermark sind in diesem Bereich tätig, wobei das Spektrum von der täglichen Unterhaltsreinigung, über die Sonderreinigung, bis hin zur Industriereinigung breit gestreut ist (vgl. ISS Austria Holding GmbH: 2016a: o.S.).

Die globale Fluktuationsrate wird über beide Geschlechter gemittelt, mit 44 Prozent im gewerblichen Bereich angegeben, (vgl. ISS World Services A/S 2016a: 12).

Im Vergleich dazu war der Jahresdurchschnitt der Fluktuation bei ISS in der Steiermark mit 52 Prozent höher (vgl. ISS Austria Holding GmbH: 2016c: 6).

3.1.2. ISS und Diversity

In einem internationalen Konzern mit Niederlassungen in rund fünfzig Staaten, sowie gut einer halben Million Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, stellt sich unweigerlich die Frage nach dem Umgang mit Vielfalt. Die Firmenleitung von ISS in Dänemark betrachtet *Diversity* als Wettbewerbsvorteil, den es zu fördern gilt. Im *Corporate Social Responsibility Report* von 2015 heißt es dazu:

[...] ISS embraces and encourages diversity in its broadest sense. We recognise that our diverse workforce gives us a key competitive advantage, and we consider our employees to be our most valuable asset. Diversity makes ISS creative, productive and an attractive place to work. (ISS World Services A/S 2016a: 23)

Insbesondere im Bereich der Managementebene forciert ISS eine aktive *Diversity*-Politik. Der Schwerpunkt, den ISS mit *gender diversity* benennt, liegt hier auf einer Erhöhung der Frauenrate in der Führungsebene. Daneben strebt die Firmenzentrale auch bewusst nach einer Internationalisierung in allen Managementbereichen. Ein gestärktes interkulturelles Verständnis bei den Entscheidungsträgerinnen und -trägern eines weltumspannenden Konzerns, kann Produktivität und Kreativität fördern und ISS als Arbeitgeber(in) attraktiver machen. Daneben sind es auch die Kundinnen und Kunden, die soziale Verantwortung einfordern und Vertragsvergaben ebenfalls davon abhängig machen (vgl. ISS World Services A/S 2016a: 4, 23f.).

Auch auf nationaler Ebene gibt es ein klares Bekenntnis zu Vielfalt im Unternehmen und der integrative Aspekt der Beschäftigung von Menschen mit Migrationshintergrund wird betont (vgl. ISS Austria Holding GmbH 2013: 8).

Bemüht man die Unternehmensstatistik zu Fragen der personellen Vielfalt unter globalem Blickwinkel, erkennt man, dass das Verhältnis von Männern zu Frauen nahezu ausgeglichen ist. Ebenso bemerkenswert ist unter Kenntnis der österreichischen Gegebenheiten, dass 75 Prozent der Beschäftigten einer Vollzeittätigkeit mit einem Stundenausmaß über 30 Wochenstunden nachgehen (vgl. ISS World Services A/S 2016a: 12).

Vergleicht man diese Erkenntnis mit den Unternehmensdaten von Österreich und insbesondere mit den steirischen, erkennt man deutliche Unterschiede. Von den

958 Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern, die im Februar 2016 beschäftigt wurden, waren 741 Frauen, was 77,3 Prozent entspricht. 721 davon waren in der Reinigung tätig, die restlichen 20 teilten sich auf Abwäsche, Wachdienst und Service auf. Im Bereich der Feuerwehr fand sich keine einzige Frau – bei insgesamt 40 Mitarbeitern in diesem Bereich. Betrachtet man den Aspekt der Teilzeitarbeit und zieht man hier, wie in der internationalen ISS Statistik, die Grenze bei 30 Stunden pro Woche ein, ergibt sich folgendes: Bild: Insgesamt arbeiten 42,2 Prozent der Beschäftigten Vollzeit, wobei dies nur auf 35,2 Prozent der Frauen, aber immerhin auf 65,9 Prozent der Männer zutrifft (vgl. ISS Austria Holding GmbH: 2016a: o.S.).

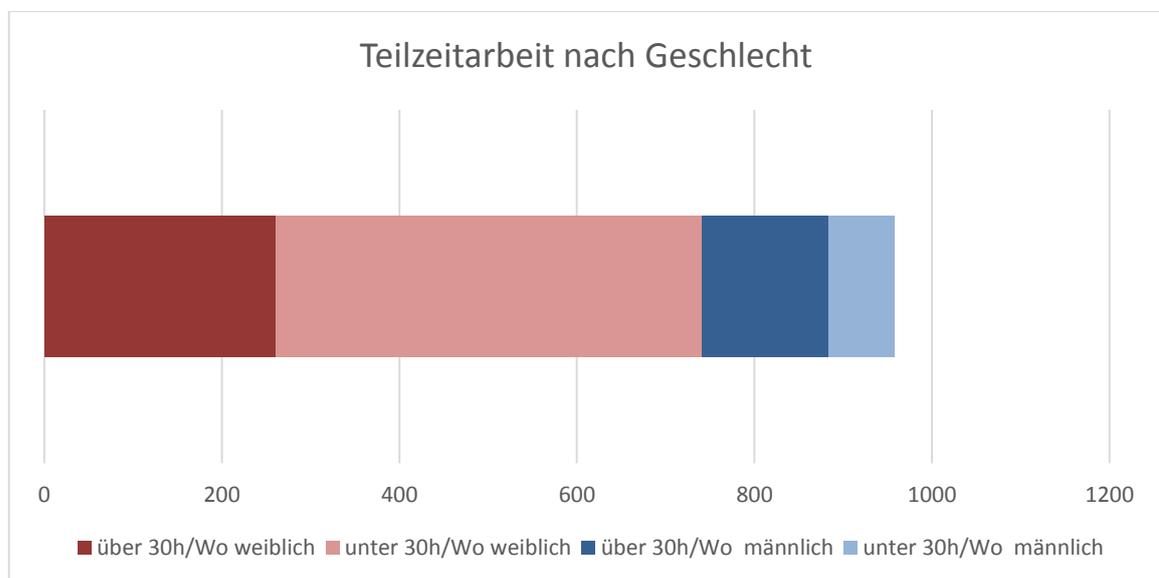


Abbildung 15: Teilzeitarbeit nach Geschlecht in der Steiermark. In absoluten Zahlen (eigene Darstellung)

3.1.3. ISS, Gender und Migration

Von den 741 Frauen, die mit Jahresbeginn in der Steiermark beschäftigt wurden, hatten 50,7 Prozent die österreichische Staatsbürgerschaft. Weitere 28 Nationen konnten als Herkunftsländer der Frauen gezählt werden. Schlüsselt man die Zahlen entsprechend auf, ergibt sich folgendes Bild bei ausländischen Mitarbeiterinnen (Angabe in Prozent vom Gesamtstand aller Mitarbeiterinnen): aus Rumänien kommen 89 Frauen (12 Prozent), danach sind Slowenien und Bosnien-Herzegowina mit je etwa 50 Personen (6,5 Prozent) die häufigsten Herkunftsländer. Auf Rang vier folgt die Türkei mit 5,5 Prozent und somit 41 Mitarbeiterinnen, auf Rang fünf sind kroatische Staatsbürgerinnen mit 4,9 Prozent (36 Personen) anzutreffen. Knapp vier Prozent der Arbeitnehmerinnen sind ungarischer Herkunft und vom afrikanischen

Kontinent waren in erster Linie Frauen aus Nigeria (13 Personen) zu zählen, was auch der Anzahl der Beschäftigten aus Serbien entspricht (vgl. ISS Austria Holding GmbH: 2016a: o.S.).

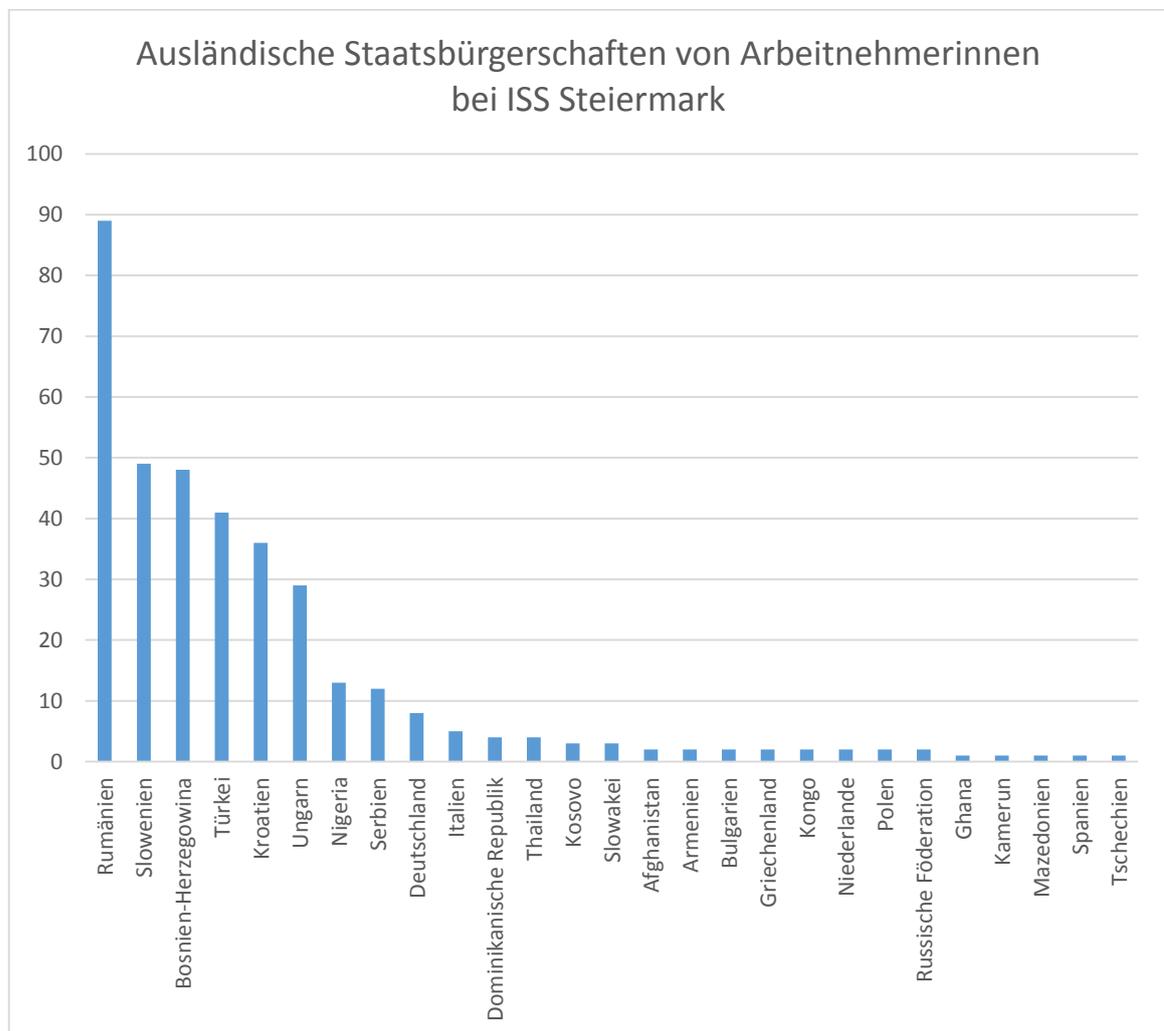


Abbildung 16: Ausländische Staatsbürgerschaften von Arbeitnehmerinnen bei ISS Steiermark. In absoluten Zahlen (eigene Darstellung)

Vergleicht man diese Unternehmensdaten mit den verfügbaren Statistiken zu geringqualifizierten Arbeitnehmerinnen in Österreich, fällt die hohe Anzahl von rumänischen Staatsbürgerinnen bei ISS Steiermark ebenso auf, wie das seltene Vorkommen von Polinnen im Beschäftigungsverhältnis (vgl. Biffi 2011: 76f.). Fragt man nach ausländischen Staatsbürgerinnen und -bürgern, die in der Steiermark leben, ohne auf die Qualifikation zu achten, ergibt sich ein ähnliches Bild. Auch im Vergleich damit ist eine überproportionale Häufung der Nationen Rumänien und Slowenien

bei ISS feststellbar (vgl. Statistik Austria 2013: 51). Dass Deutsche unterrepräsentiert sind, passt zu deren, größtenteils höheren, Berufsausbildung. Weitere Details wurden bereits im Kapitel „Migration und Arbeit in Österreich“ angeführt.

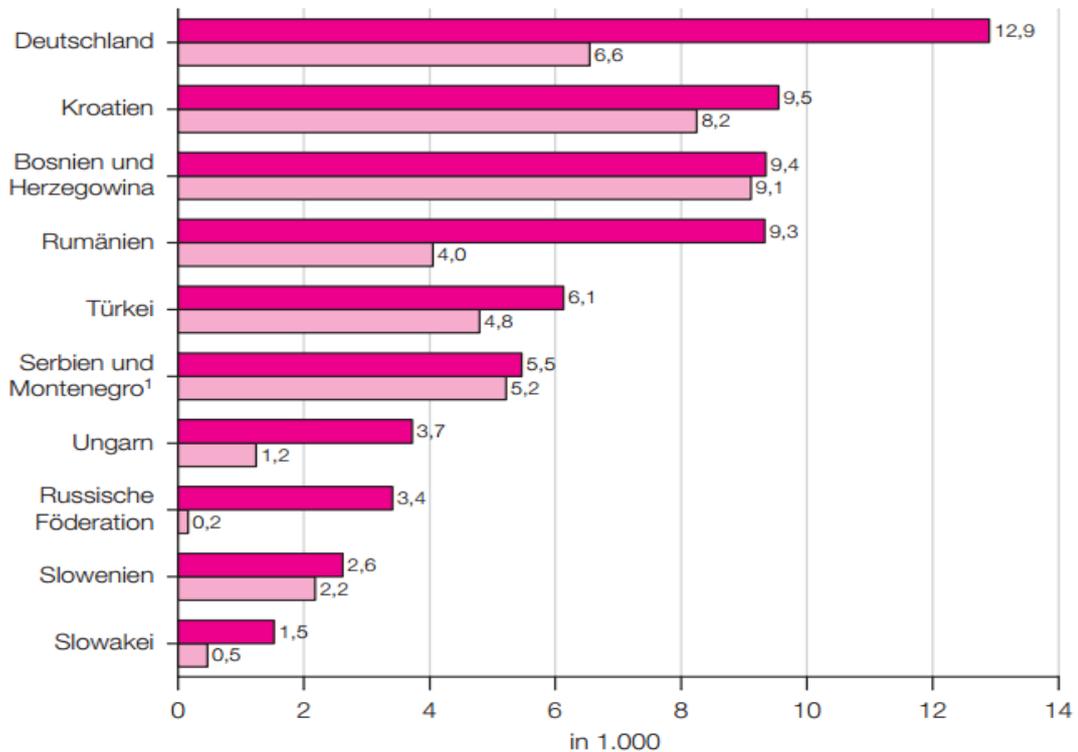


Abbildung 17: Die häufigsten Herkunftsstaaten in der Steiermark. 2011 lila, 2001 rosa dargestellt (Statistik Austria 2013: 51)

Wie bereits weiter oben ausgeführt, leisten Frauen deutlich seltener Vollzeitarbeit als Männer, Österreicherinnen haben in diesem Punkt aber keinen Vorteil gegenüber Frauen mit anderer Staatsbürgerschaft. Betrachtet man das Dienstalder, fallen hingegen deutliche Unterschiede auf. Nur rund 13 Prozent der Mitarbeiterinnen mit ausländischer Staatsbürgerschaft sind länger als vier Jahre im Betrieb, wohingegen das auf 41 Prozent der Österreicherinnen zutrifft.

Eine gewisse Unschärfe ist hier durch die unklare Anzahl von Mitarbeiterinnen gegeben, die im Laufe ihres Arbeitslebens bei ISS ihre Staatsbürgerschaft gewechselt haben und somit das Ergebnis verzerren können (vgl. ISS Austria Holding GmbH: 2016a: o.S.).

3.1.4. ISS und Gesundheit

Bei ISS besteht ein konzernweit gültiges Gesundheits- und Sicherheitskonzept, das auch den Bereich Umwelt einschließt. Der Begriff „HSE“ steht in diesem Zusammenhang für *Health, Safety* und *Environment*. Als Dienstleistungsunternehmen hat ISS dabei neben der Gesundheit und Sicherheit der eigenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, auch die der Kundinnen und Kunden im Auge. Insbesondere Arbeitsplatzsicherheit hat Priorität und Unfallverhütung ist ein Teil der sechs Leistungskennzahlen, die konzernweit als Indikatoren für die unternehmerische Zielerreichung herangezogen werden (vgl. ISS World Services A/S 2016b: 2f., 43).

Dass auch Gesundheit ein hoher Stellenwert beigemessen wird, zeigt sich in regelmäßig durchgeführten Bewertungen von unternehmensrelevanten Variablen. Gesundheit findet sich hier sowohl für die operative Tätigkeit als auch für die Stakeholder an oberster Stelle. Dies ist in der nachstehenden Grafik übersichtlich dargestellt, die Befragungsergebnisse von Kundinnen und Kunden, Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, sowie Investorinnen und Investoren zum Thema sind abgebildet (ISS World Services A/S 2016a: 6).

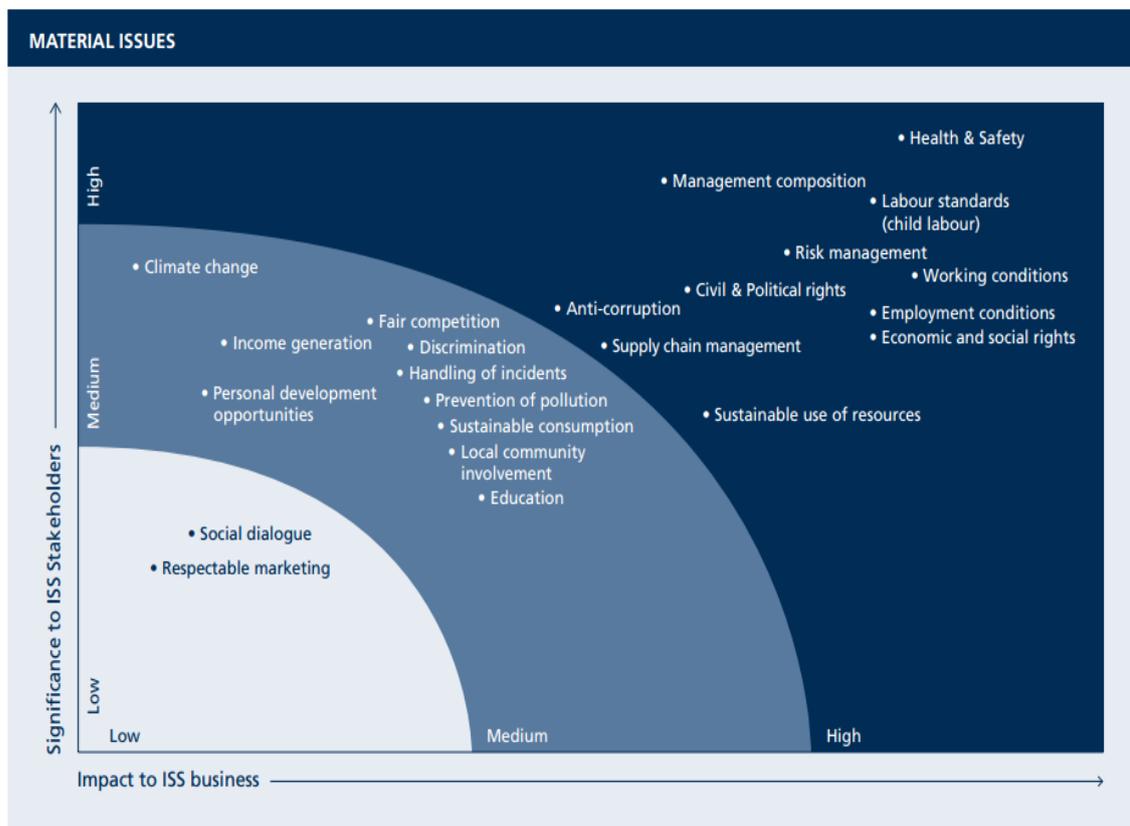


Abbildung 18: Material Issues (ISS World Services A/S 2016a: 6)

3.2. Umfeld der Mitarbeiterinnenbefragung

Nach einem zweiwöchigen Praktikum von sechs Ergotherapie-Studentinnen der Fachhochschule Joanneum in Bad Gleichenberg im Jänner 2014, das durch mich vermittelt wurde, wuchs das Interesse der Regionalleitung für präventive und salutogene Maßnahmen. Die Idee, gesundheitsförderliche Maßnahmen, wie sie im Praktikum in einzelnen Objekten umgesetzt wurden, in der gesamten Steiermark auszurollen, war geboren. Eine Diskussion über die Möglichkeiten dazu fand statt und die Entscheidung, ein Projekt zur Betrieblichen Gesundheitsförderung durchzuführen, wurde konkreter. Zeitnah mit der Entscheidung zur Durchführung, fand im Mai 2014 eine Begehung der Niederlassung in Graz durch die zuständige Arbeitsinspektionsärztin und den Arbeitsinspektor statt. Im Rahmen des dreistündigen Beratungsgespräches war die Evaluierung der psychischen Belastungen am Arbeitsplatz ein Schwerpunkt. Zentral definierte Maßnahmen waren bereits gesetzt, Befragungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gab es. Diese konzernweite Zufriedenheitsanalyse enthielt zwar Fragen zur psychischen Belastung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, diese entsprachen allerdings nicht den Anforderungen der Norm ISO 10075-3:2004 an Objektivität, Zuverlässigkeit und Validität (vgl. Österreichisches Normungsinstitut 2004: 13-15).

Trotz kontroverser Meinungen über die Möglichkeit der Kombinierbarkeit von BGF-Projekten und der Arbeitsplatzevaluierung Psychischer Belastungen, wurde auf meine Empfehlung hin, eine kombinierte Erhebung ins Auge gefasst. Initial war von Unternehmensseite eine Befragung ohne detaillierte demografische Datenerhebung intendiert, um einen groben Überblick zu Gesundheitsthemen zu gewinnen. Die Grundthesen dieser wissenschaftlichen Arbeit fanden allerdings bei den Verantwortlichen Gehör und eine umfangreichere Datenerhebung wurde möglich. Auch die Rahmenbedingungen der Befragung wurden optimal gestaltet: die Fragebögen wurden persönlich von den Vorgesetzten an ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter übergeben und es wurde darauf geachtet, dass ein entsprechendes Fenster während der Arbeitszeit für die Teilnahme zur Verfügung stand. Dadurch wurde eine hohe Beteiligung, trotz sprachlicher Barrieren und Verstreuung der Beschäftigten über hunderte Objekte in der gesamten Steiermark, möglich.

4. Methode

Die Gründe für die Auswahl der Methode werden genannt und die verwendeten Testverfahren näher beschrieben. Überlegungen zur Abfrage der demografischen Daten werden formuliert.

4.1. Fragebögen

Um die Forschungsfragen zu beantworten, wurde eine quantitative Forschungsmethode verwendet. Durch das Interesse der Firma ISS an einer Zusammenarbeit und an der Entwicklung eines Projektes zur Betrieblichen Gesundheitsförderung, war eine große Stichprobe möglich.

Die verwendeten Testitems stammen aus drei verschiedenen, bereits bestehenden und breit angewendeten Tests. Der „Kurzfragebogen zur Arbeitsanalyse“ (KFZA), entwickelt von Jochen Prümper, bildet die psychischen und physischen Belastungen am Arbeitsplatz ab. Der „BGF-Kompass“, entwickelt von der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse, fragt neben diesem Themenkomplex auch nach Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. In der „Resilienzskala“, entwickelt von Jörg Schumacher, wird abschließend noch die psychische Widerstandsfähigkeit der Probandinnen und Probanden verglichen.

4.1.1. Kurzfragebogen zur Arbeitsanalyse (KFZA)

Ob Frauen mit Migrationshintergrund gesundheitsfördernde beziehungsweise der Gesundheit abträgliche Rahmenbedingungen anders erleben und einschätzen als Österreicherinnen, ist Teil der Forschungsfrage dieser Arbeit. Ein Verfahren, das diese Verhältnisebene von Belastungen am Arbeitsplatz überprüft, ist der Kurzfragebogen zur Arbeitsanalyse (vgl. Friesenbichler/Prümper 2015: 24f.). Dieser, von Jochen Prümper, Klaus Hartmannsgruber und Michael Freese entwickelte Fragebogen, der im Jahr 1995 in der „Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie“ erstmals veröffentlicht wurde, findet heute breite Anwendung. Er entspricht der ÖNORM EN ISO 10075 und ist für alle Branchen offen. Er wird gerne als Screeningverfahren zur Evaluierung Psychischer Belastungen am Arbeitsplatz herangezogen und von öffentlichen Stellen in Österreich und Deutschland empfohlen. Zur

einfacheren Anwendung und Auswertung stellt die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt seit 2014 ein Onlinetool zur Verfügung. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter werden mit 26 Fragen zu ihrer subjektiven Einschätzung der jeweiligen Arbeitsbedingungen befragt und haben die Möglichkeit einer fünfteiligen Antwort. Mehrere Fragen werden zu elf Skalen und weiter zu vier Hauptkategorien zusammengefasst (vgl. Prümper 2015: 2f.). Folgende Haupt- und Untergruppen lassen sich bilden (vgl. Freese et al. 1995: 127-129; Prümper 2015: 3):

- **Arbeitsinhalte.** Diese können vielseitig sein und somit einer Unterforderung vorbeugen. Daneben hat auch das Erleben von Ganzheitlichkeit einen positiven Effekt auf das psychische Befinden der Beschäftigten.
- **Ressourcen.** Durch einen großen Handlungsspielraum ist Stressreduktion möglich, da Entscheidungen über Abläufe und Gestaltung der Arbeit selbst getroffen werden können. Daneben wirkt sich auch die soziale Rückendeckung durch Kolleginnen, Kollegen und Vorgesetzte positiv aus. Eng damit verbunden ist die Zusammenarbeit, die bei guter Kommunikation ebenfalls psychischen Druck nehmen kann.
- **Stressoren.** Quantitative und qualitative Arbeitsbelastungen, wie komplizierte Aufgaben oder Zeitdruck, wirken sich negativ aus. Ebenso können Arbeitsunterbrechungen Belastungen darstellen, oder die Arbeitsumgebung kritisch wahrgenommen werden.
- **Organisationsklima.** In Unternehmensentscheidungen eingebunden zu werden, oder zumindest zeitnah Informationen zu erhalten, ist von der Wichtigkeit her nicht zu unterschätzen. Daneben spielen über das Gehalt hinausgehende betriebliche Leistungen, wie Weiterbildungen oder Aufstiegschancen, eine Rolle.

Ob die Auswertung über die Untergruppen oder die Einzelitems erfolgt, stellen die Autoren frei, hier ist die Übersichtlichkeit gegen einen möglichen Informationsverlust abzuwiegen. Ob Handlungsbedarf besteht, lässt sich anhand des Abweichens von der Skalenmitte, die bei 3,0 liegt, beurteilen. Eine anschließende Feinanalyse mittels Workshops zur Maßnahmenkonkretisierung, wird dennoch ergänzend empfohlen. Das Ziel der Autoren dieses Fragebogens war es, ein kurzes Screeninginstru-

ment zu entwickeln, das wichtige Strukturen und Abläufe in Organisationen beleuchtet und damit bereits Handlungsfelder für Verbesserungsmaßnahmen aufzeigt (vgl. Freese et al. 1995: 129; Prümper 2015: 4).

Genau in diesem Verständnis findet dieses Instrument auch Platz in der gegenständlichen Arbeit und im organisationalen Kontext von ISS: Der Fragebogen gibt in Kürze wichtige Hinweise auf die Wahrnehmung von Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz, ergänzt somit die Fragen zum Gesundheitsverhalten durch den BGF-Kompass, der im Folgenden näher beschrieben wird und überfordert dabei auch die sprachlich weniger kompetenten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht.

4.1.2. BGF-Kompass

Gesundheitsverhalten und Beschwerdebilder von Migrantinnen zu erfassen, ist ein Fokus dieser Arbeit. Da im KFZA lediglich die subjektive Beurteilung der vorherrschenden Verhältnisse am Arbeitsplatz abgefragt wird, war die Suche nach einem Tool notwendig, das auch die Verhaltensebene und salutogenetische Ansätze betont. Anfangs wurde die „Salutogenetische Subjektive Arbeitsanalyse“ (SALSA) von Rimann und Udris ins Auge gefasst. Da aber ein in Österreich entwickeltes, eng an den genannten SALSA-Fragebogen angelehntes, ausführlicheres und zudem in einzelnen Punkten reliableres Instrument zur Verfügung stand, wurde diesem der Vorzug gegeben. Der von der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse entwickelte BGF-Kompass ist zudem kostenlos, was bei knapp tausend benötigten Fragebögen finanzielle Ressourcen für die Maßnahmenumsetzung aus dem BGF-Projekt freihält (vgl. Oberösterreichische Gebietskrankenkasse o.J.: 5f.).

Mit diesem Fragebogen bietet die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse Unternehmen eine Hilfestellung bei der Umsetzung von Projekten zur Betrieblichen Gesundheitsförderung. Ein ganzheitliches Konzept von Gesundheit liegt diesem Instrument zugrunde. Die Items sind nicht auf die Rahmenbedingungen am Arbeitsplatz beschränkt, sondern beziehen auch gesundheitsrelevantes Verhalten ein. Die Auswirkungen der Tätigkeit und der sozialen Interaktion auf Körper und Seele stehen im Fokus, sowohl Belastungen als auch Ressourcen werden abgefragt (vgl. ÖAAB Oberösterreich/Wirtschaftsbund Oberösterreich: o.J.: 10).

Der BGF-Kompass ist mit insgesamt 142 Einzelfragen ein sehr umfangreiches Erhebungsinstrument, das größtenteils mit einer vierstufigen Antwortskala arbeitet.

Die veranschlagte Beantwortungsdauer variiert stark und wird mit 25 bis 40 Minuten angegeben (vgl. Oberösterreichische Gebietskrankenkasse o.J.: 3). Neben dem SALSA Fragebogen wurden einzelne Items zu Anforderungen und Commitment auch dem *Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ)* entnommen. Dieser Test wurde als Screeningverfahren vom dänischen *National Institut of Occupational Health* entwickelt und umfasst in der Langversion 30 Skalen mit 141 Einzelfragen. Neben Belastungen am Arbeitsplatz, widmet er sich auch Belastungsfolgen wie Gesundheit und Stress (vgl. Hasselhorn et al. 2005: 12f.). Auch dem aktuellen Thema Psychosomatik, werden im BGF Kompass Fragen gewidmet, die dem *GHQ (General Health Questionnaire)* entlehnt sind (vgl. Oberösterreichische Gebietskrankenkasse o.J.: 11). In folgender Abbildung werden die abgefragten Dimensionen gemeinsam mit der Anzahl der zugeordneten Items dargestellt und den entsprechenden Einzelfragen sowie den Quellfragebögen zugeordnet:

| Frage/Dimension | Fragebogen | Items | Itemnr. |
|--------------------------------------|------------|-------|---------|
| Arbeitszufriedenheit | SALSA | 1 | A1 |
| Belastungsfaktoren | Kompass | 21 | A2-A22 |
| Zufriedenheitsfaktoren | Kompass | 7 | A23-A29 |
| Prioritäten | Kompass | 7 | A30-A36 |
| Quantitative Anforderungen | COPSOQ | 4 | A37-A42 |
| Kognitive Anforderungen | COPSOQ | 4 | A43-A46 |
| Ausmaß der körperlichen Belastung | Kompass | 1 | A47 |
| Ausmaß der psychischen Belastung | Kompass | 1 | A48 |
| Arbeitsfähigkeit prospektiv | Kompass | 1 | A49 |
| Gesundheitszustand derzeit | SALSA | 1 | B1 |
| Beschwerden | Kompass | 18 | B2-19 |
| Leistungsfähigkeit | Kompass | 1 | B20 |
| Pausen | Kompass | 1 | B21 |
| Mahlzeit | Kompass | 1 | B22 |
| Ernährung | Kompass | 1 | B23 |
| Sport | Kompass | 1 | B24 |
| Vorsorgeuntersuchung | Kompass | 1 | B25 |
| Körpergewicht | Kompass | 1 | B26 |
| Tabakkonsum | Kompass | 1 | B27 |
| Tabakkonsum aufgeben | Kompass | 1 | B28 |
| Arbeitsaspiration | Kompass | 1 | C1 |
| Arbeitsmotivation | Kompass | 1 | C2 |
| Arbeit aufgeben | Kompass | 1 | C3 |
| Selbstwirksamkeit | Kompass | 4 | C4-C7 |
| Selbstwirksamkeitserwartung | Kompass | 3 | C8-C10 |
| Commitment | COPSOQ | 5 | C11-C15 |
| Entscheidung für Arbeit retrospektiv | Kompass | 1 | C16 |
| Krankenstand Konsequenzen | Kompass | 1 | C17 |
| Angst Arbeitsplatzverlust | Kompass | 1 | C18 |
| Psychosomatik | GHQ | 16 | C19-C34 |
| Präsentismus | Kompass | 3 | C35-C37 |
| Unterstützung durch Vorgesetzte | SALSA | 5 | D1-D5 |
| Mitbestimmungsmöglichkeiten | SALSA | 4 | D6-D9 |
| Unterstützung durch KollegInnen | SALSA | 6 | D10-D15 |
| Belastendes Sozialklima | Kompass | 5 | D16-D20 |
| Alter | - | 1 | E1 |
| Geschlecht | - | 1 | E2 |
| Verweildauer im Unternehmen | - | 1 | E3 |
| Berufliche Stellung | - | 1 | E4 |
| Art der Tätigkeit | - | 1 | E5 |
| Beschäftigungsausmaß | - | 1 | E6 |
| Höchster Bildungsabschluss | - | 1 | E7 |
| TeilnehmerInnen-Codierung | - | 1 | E8 |

Abbildung 19: Inhalte des BGF-Kompasses und Quellenangaben (Oberösterreichische Gebietskrankenkasse o.J.: 11)

4.1.3. Resilienzskala

Dass Migrantinnen einerseits durch den Einwanderungsprozess selbst, andererseits durch prekäre Arbeits- und Lebenssituationen besonders belastet sind, wurde weiter oben bereits dargelegt. Auch das Phänomen des *Healthy Migrant Effect* wurde in diesem Zusammenhang beschrieben. Vor diesem theoretischen Hintergrund interessiert, wie am Arbeitsmarkt integrierte Migrantinnen mit Belastungen umgehen. Ob sich in dieser Gruppe Frauen mit einer höheren psychischen Widerstandsfähigkeit wiederfinden, soll untersucht werden.

Aus diesem Grund wurde die Fragebogenauswahl um die Resilienzskala ergänzt. Diese wurde bereits 1993 von Wagnild und Young entwickelt. Brähler et al. erarbeiteten eine gekürzte Version in deutscher Sprache, die 2005 veröffentlicht wurde. Sie umfasst anstelle von 25 nur noch 11 Items, die auf ihre Gütekriterien hin überprüft wurden und das Modell der Resilienz ausreichend erfassen. Interessant ist auch, dass Alter- und Geschlecht einen vernachlässigbaren Effekt auf die Ergebnisse haben.

Im BGF-Kompass werden einige Aspekte der Resilienz, als Selbstwirksamkeit betitelt, bereits abgefragt, das Konzept der Resilienz geht aber darüber hinaus. Neben der Einschätzung der eigenen Kompetenzen, geht es im zuletzt vorgestellten Verfahren nämlich auch um Selbstwert und eine optimistische Weltsicht (vgl. Brähler et al. 2005: 20, 29f.).

4.1.4. Gründe für die Auswahl der Methode

Eine umfangreiche Erhebung wie diese, lässt sich nur mit Unterstützung des Unternehmens umsetzen. Gute Argumente und Vorteile für die Organisation müssen dabei ins Treffen geführt werden, um die Geschäftsführung zu überzeugen, wissenschaftlichen Anspruch gilt es mit praktischem Nutzen in Einklang zu bringen.

Insgesamt gesehen bieten professionell durchgeführte Mitarbeiterbefragungen den Unternehmen in den meisten Fällen eine sehr gute Chance, sich in personeller, sozialer, kultureller und organisatorischer Hinsicht unter Ausnutzung eigener Ressourcen signifikant weiterzuentwickeln. Der routinemäßige Rückgriff auf das detaillierte Expertenwissen der eigenen Belegschaft kann zugleich aber auch den einzelnen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern deutlich mehr Möglichkeiten zur Mitsprache einräumen und das individuelle Gefühl der Mitverantwortung für den gesamten Betrieb stärken. (Rixgens 2010: 212)

Die verwendete Methode soll nicht nur Ressourcen und negative gesundheitliche Einflüsse für Migrantinnen am Arbeitsplatz aufzeigen und somit dieser wissenschaftlichen Arbeit dienen, sondern in weiterer Folge als Grundlage für konkrete Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von ISS herangezogen werden. Auch die Evaluierung der Psychischen Belastungen am Arbeitsplatz soll Berücksichtigung finden. Gesetzliche Anforderungen zu erfüllen und in Zukunft ein Betriebliches Gesundheitsmanagement zu etablieren, ist das Ziel. Zusammenfassend bestehen folgende Gründe für die Auswahl der beschriebenen Methode:

- Keine individuellen Krankheiten einzelner Beschäftigter sollen abgefragt, sondern häufige Beschwerdebilder identifiziert werden, bei denen strukturierte, organisationale Maßnahmen Sinn machen. Bei den Ressourcen verhält es sich ähnlich. Gesundheitsförderlichen Kompetenzen der Gruppe(n) sollen erkannt und in weiterer Folge auch gefördert werden. Deswegen macht die Verwendung eines Fragebogens mit der Möglichkeit der statistischen Auswertung Sinn.
- Da es sich bei den erhobenen Informationen um besonders schutzwürdige Daten wie den Gesundheitszustand handelt, wird ebenfalls ein Vorteil in der anonymen Datenerhebung mittels Fragebogen gesehen. Durch die Anonymität wird eine größere Ehrlichkeit bei Fragen nach sensiblen Inhalten im Rahmen der Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterbefragung erwartet.
- Durch die Kombination der drei Fragebögen mit insgesamt um die 170 Items, ist ein differenzierter Blick auf die komplexe Thematik „Gesundheit, Diversität und Arbeitsplatz“ möglich. Ressourcen und Belastungen werden gleichermaßen abgefragt.
- Durch repräsentative Ergebnisse der quantitativen Methode, sind für die Unternehmensführung in weiterer Folge auch Maßnahmen zur Verbesserung der betrieblichen Rahmenbedingungen ableitbar und die entstehenden Kosten können gegenüber der Konzernzentrale besser argumentiert werden, als bei qualitativen Erhebungen.

- Derzeit stehen nur sehr spärliche Daten zum Thema dieser Arbeit zur Verfügung, was den Ergebnissen einer quantitativen Methode mit großer Stichprobe Relevanz verleiht (vgl. Anzenberger et al. 2015: 80).
- Auf Grund der statistischen Auswertung ist ein Follow-up zu einem späteren Zeitpunkt möglich und die Wirkung von Maßnahmen wird messbar.
- Die verwendeten Fragebögen wurden bezüglich Gütekriterien geprüft und sind ausreichend erprobt. Eine Anerkennung des Erhebungsinstrumentes zur Evaluierung Psychischer Belastungen am Arbeitsplatz durch das Arbeitsinspektorat, ist somit gegeben.

4.2. „Angaben zur Person“ – demografische Daten

Um Datenauswertungen nach verschiedenen Kriterien durchführen zu können, wurden folgende Angaben zur Person abgefragt:

- Alter
- Geschlecht
- Dauer der Unternehmenszugehörigkeit
- Berufliche Stellung
- Tätigkeit (Büro, Kundenkontakt oder manuelle Arbeiten)
- Beschäftigungsausmaß
- Höchster Bildungsabschluss
- Bereichszugehörigkeit (z.B. Unterhaltsreinigung, Hygienereinigung, Abwäsche, ...)
- Staatsbürgerschaft
- Muttersprache

Um Aussagen über den Migrationshintergrund treffen zu können, wurden die letzten beiden Punkte erhoben. Um Anonymität zu gewährleisten, wurde nur unterschieden, ob es sich um österreichische oder andere Staatsbürgerschaften handelt und ob Deutsch die Muttersprache ist, oder eine andere.

Ziel war es, eine Differenzierung innerhalb der Gruppe der Migrantinnen zu erreichen. Angenommen wurde, dass Migrantinnen mit österreichischer Staatsbürger-

schaft bereits längere Zeit in Österreich leben und auch ein höheres Maß an kulturellem Verständnis für das neue Heimatland mitbringen. Diese Hypothese gründet sich darauf, dass für den Erwerb der Staatsbürgerschaft der Lebensmittelpunkt für mindestens zehn Jahre in Österreich Bestand haben muss, dass Deutsch gesprochen wird und neben einem geregelten Einkommen auch Wissen über die demokratischen Grundwerte vorhanden ist (vgl. Bundeskanzleramt 2016: o.S.). Somit liegt nahe, dass dieses Kollektiv auch bei Gesundheitsthemen der Mehrheitsbevölkerung etwas näher ist.

Würde man nur nach der Staatsbürgerschaft fragen, wäre diese Gruppe nicht separat darstellbar. Durch die Muttersprache kann man auch länger in Österreich lebende Menschen mit eigenem Migrationshintergrund aufdecken. Migrantinnen der zweiten und dritten Generation, für die Deutsch die Muttersprache ist und die in Österreich geboren wurden, können mit dieser Klassifikation allerdings nicht als eigene Gruppe ausgewiesen werden.

Orientiert man sich an den europäischen Vorgaben von Eurostat zur statistischen Erfassung von Migrantinnen und Migranten, entsprechend der Rechtsgrundlage *Framework Legislation on Migration and Asylum Statistics*, so wählt man neben der Staatsangehörigkeit als zweite Dimension das Geburtsland (vgl. Statistisches Bundesamt 2015: 569; Statistik Austria 2008: 82). Um in der vorliegenden Arbeit Anonymität sicherzustellen, hätte eine Differenzierung lediglich in „Geburtsland Österreich“ und „Geburtsland nicht Österreich“ erfolgen können. Mit dieser Methode wären demnach deutsche Staatsbürgerinnen nicht identifizierbar gewesen.

Mit der verwendeten Klassifizierung auch deutsche Staatsbürgerinnen herauszufiltern, war aber das Ziel. Da davon ausgegangen wird, dass diese den Österreicherinnen kulturell sehr nahestehen (keine Sprachbarriere, ähnliches Gesundheitssystem, ähnliche Sozialisation) sollte diese Gruppe separat dargestellt und nicht mit den anderen Migrantinnengruppen vermischt werden. Aus diesem Grund habe ich mich gegen die oben erwähnte Eurostat Klassifikation entschieden und somit eine etwas bessere Differenzierung bei den bestehenden Möglichkeiten im Rahmen der Befragung erreicht.

Es ergeben sich somit vier Kategorien in Hinblick auf den Migrationshintergrund:

- Nicht-Österreicherinnen mit einer anderen als der Deutschen Muttersprache. Hierbei handelt es sich (überwiegend) um Migrantinnen der ersten Generation und die Zielgruppe dieser Arbeit.
- Österreicherinnen mit einer anderen als der Deutschen Muttersprache. Diese Gruppe besteht aus Migrantinnen, die sich schon länger in Österreich aufhalten, sowie Vertreterinnen der autochthonen Volksgruppen. In der Steiermark handelt es sich hier um die Gruppe der Sloweninnen (vgl. Statistik Austria 2015b: 16).
- Österreicherinnen mit Deutsch als Muttersprache. Diese Gruppe besteht in erster Linie aus Frauen ohne Migrationshintergrund. Daneben finden sich hier aber auch Frauen mit Migrationshintergrund, die in Österreich geboren wurden und für die Deutsch die Muttersprache ist. Eine Differenzierung ist nicht möglich. Da aber dieser Gruppe ein gutes kulturelles Verständnis des Heimatlandes unterstellt wird, scheint es akzeptabel, wenn sie Teil dieser Vergleichsgruppe sind.
- Nicht-Österreicherinnen mit Deutsch als Muttersprache. Hierbei handelt es sich in erster Linie um deutsche Staatsbürgerinnen.

Für die vorliegende Arbeit wird also die Muttersprache als Leitmerkmal für die Klassifikation verwendet, da sie mit statistischen Methoden leichter fassbar ist als kulturelle Unterschiede und hilft, eine sehr heterogene Gruppe zusammenzufassen. Wie bereits dargelegt, stellt sie daneben eine der größten Barrieren bei der Einbindung von Migrantinnen und Migranten in das Gesundheitssystem dar. Dies berücksichtigend, wird ihr besonderer Stellenwert auch in der Befragung der Beschäftigten hervorgekehrt (vgl. Collatz 1998: 35; Ärzte Zeitung 2015: o.S.).

5. Ergebnisse – Interpretation – Diskussion

Es folgt nun die Darstellung der Ergebnisse der Mitarbeiterinnenbefragung. Mit den bisher erarbeiteten theoretischen Grundlagen wird ein Vergleich angestellt und eine kritische Diskussion folgt. Den Forschungsfragen nachgehend, wird zuerst die Selbsteinschätzung von Aspekten der Gesundheit durch die Migrantinnen geschildert und danach die Einschätzung der gesundheitlichen Auswirkungen von verschiedenen Arbeitsplatzfaktoren thematisiert. Die statistische Auswertung der erhobenen Daten erfolgte mit *IBM SPSS Statistics Version 23*, für die Gestaltung der Diagramme wurde auf *Microsoft Excel* zurückgegriffen.

5.1. Arbeitshypothese und Forschungsfragen

Migrantinnen haben in Bezug zum Arbeitsplatz eine andere Selbsteinschätzung ihres Gesundheitszustandes, sie unterscheiden sich im Gesundheitsverhalten und bewerten die vorhandenen Belastungen am Arbeitsplatz anders als Frauen ohne Migrationshintergrund – diese Hypothese gilt es nun zu bestätigen oder zu widerlegen. Folgende Forschungsfragen können daraus abgeleitet werden:

- Schätzen Frauen mit Migrationshintergrund Ihre Gesundheit im Kontext mit der beruflichen Tätigkeit anders ein als Frauen ohne Migrationshintergrund?
- Haben diese beiden Gruppen ein divergierendes Verständnis von gesundheitsfördernden und -schädigenden Faktoren am Arbeitsplatz?

5.2. Demografie der Stichprobe

Wie hoch die Rücklaufquote war und welche Aussagen zu Alter, Migrationshintergrund, Bildung oder Unternehmenszugehörigkeit möglich sind, wird nun ausgeführt und eine Diskussion der Ergebnisse folgt.

5.2.1. Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt wurden die Fragebögen von 489 Frauen retourniert. Dies entspricht einer Rücklaufquote von rund 66 Prozent. Wenn man die Schwierigkeiten des Settings betrachtet und hier insbesondere die sprachliche Barriere, sowie die geogra-

phische Verstreuung der Mitarbeiterinnen auf unterschiedliche Objekte in der gesamten Steiermark in auswertigen Arbeitsstellen berücksichtigt, wurde somit eine gute Rücklaufquote erreicht.

Es konnten 232 Österreicherinnen gezählt werden. 28 waren eingebürgerte Ausländerinnen oder Angehörige der autochthonen Volksgruppen. 7 Mitarbeiterinnen mit ausländischer Staatsbürgerschaft aber deutscher Muttersprache nahmen teil und 206 ausländische Staatsbürgerinnen, deren Muttersprache nicht Deutsch war, beantworteten die gestellten Fragen.

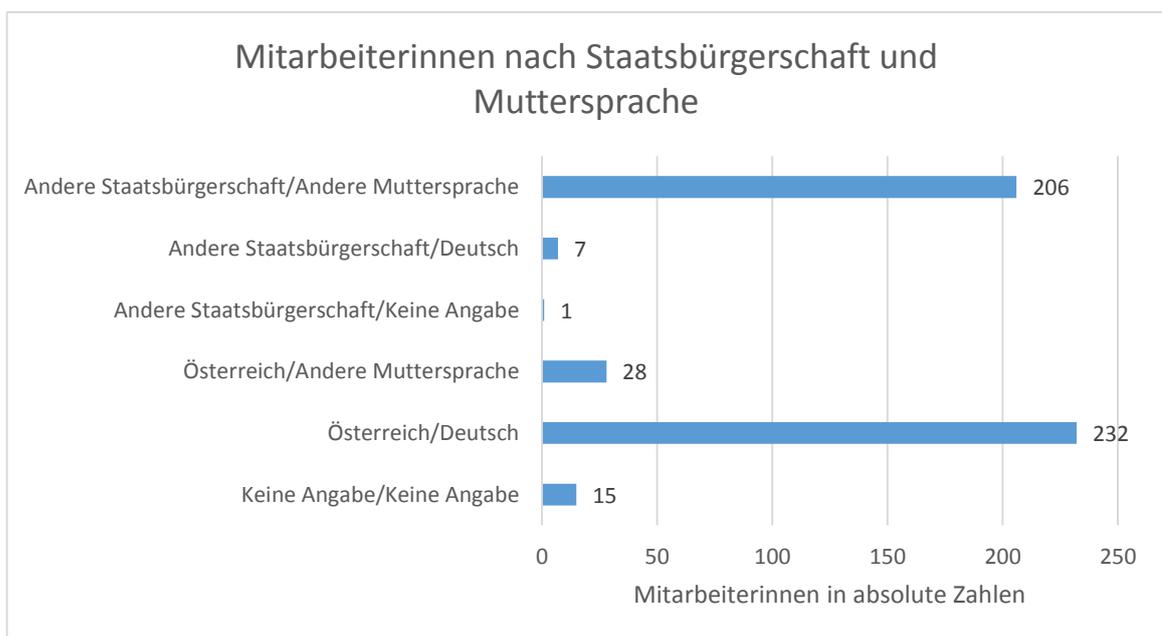


Abbildung 20: Mitarbeiterinnen nach Staatsbürgerschaft und Muttersprache (eigene Darstellung)

In den weiteren Analysen werden die „Nicht-Österreicherinnen mit einer anderen als der deutschen Muttersprache“ (im Folgenden „Migrantinnen“) als Zielgruppe mit den „Österreicherinnen mit Deutsch als Muttersprache“ (im Folgenden „Österreicherinnen“) verglichen. Somit umfasst die relevante Stichprobe 438 Frauen.

„Österreicherinnen mit einer anderen als der Deutschen Muttersprache“ finden keine weitere Beachtung in dieser Arbeit, da unklar ist, ob sie kulturell noch eher dem Herkunftsland oder schon dem neuen Heimatland verbunden sind. Sie sind keiner der beiden oben genannten Gruppen zuzuordnen und die geringe Anzahl macht eine separate Auswertung wenig aussagekräftig. Die sieben „Nicht-Österreicherinnen mit Deutsch als Muttersprache“ fließen ebenso wenig in die Ergebnisse ein.

Fragt man nach der Dauer der Unternehmenszugehörigkeit, ergibt sich folgendes Bild: ausländische Staatsbürgerinnen arbeiten deutlich kürzer bei ISS als Österreicherinnen. Die meisten Ausländerinnen finden sich in der Gruppe der ein- bis vierjährigen Unternehmenszugehörigkeit (103 Frauen), wohingegen zahlreiche Österreicherinnen länger als vier (82 Personen) oder gar zehn Jahre (45 Frauen) bei der Firma sind. Im Vergleich zu den Unternehmensdaten haben somit eher die Ausländerinnen mit längerer Unternehmenszugehörigkeit am Fragebogen teilgenommen, da rund 25 Prozent dieser Befragten über 4 Jahre in der Firma waren, dies laut Unternehmensdaten aber nur auf rund 13 Prozent aller ausländischen Beschäftigten zutrifft.

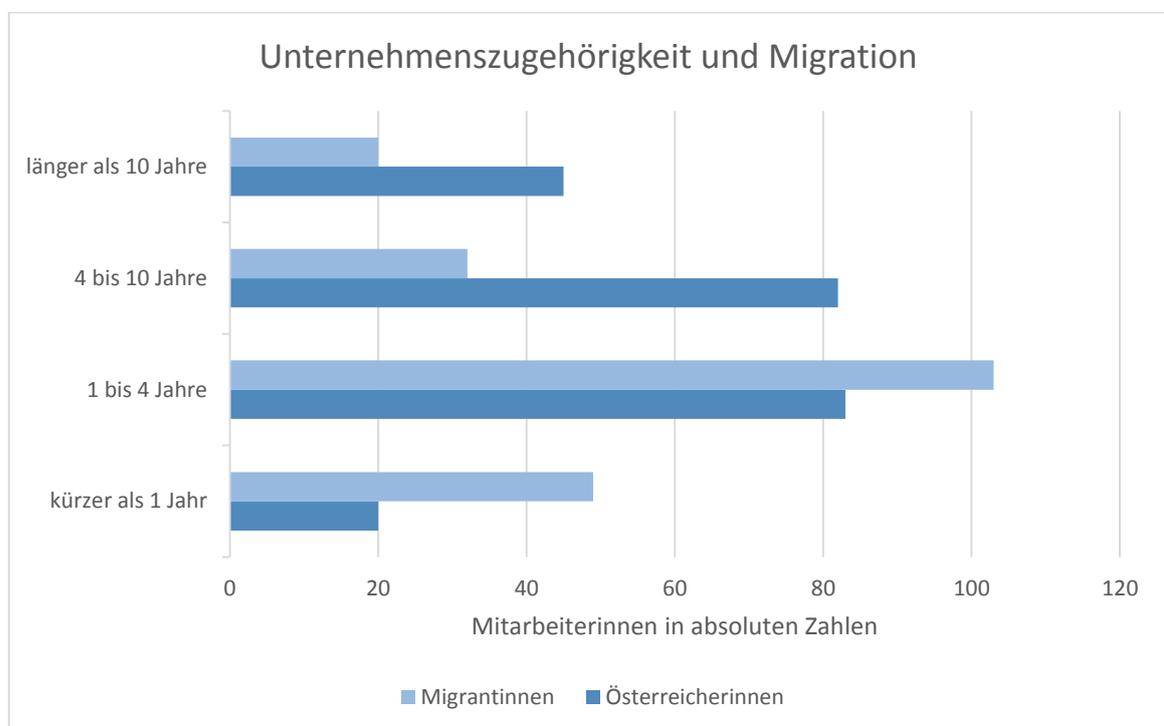


Abbildung 21: Unternehmenszugehörigkeit und Migration (eigene Darstellung)

Betrachtet man das Alter, fällt bei den Österreicherinnen auf, dass die Mehrzahl der Teilnehmerinnen zwischen vierzig und fünfzig ist (114 Frauen). Bei den Migrantinnen dominiert hingegen die Gruppe zwischen dreißig und vierzig Jahren (77 Frauen). Dieses Bild wird durch die Unternehmenszahlen der HR Abteilung bestätigt.

Bei der Frage nach dem Beschäftigungsausmaß bieten sich keine Unterschiede im Vergleich der Mitarbeiterinnen, was sich auch mit den Unternehmensdaten deckt.

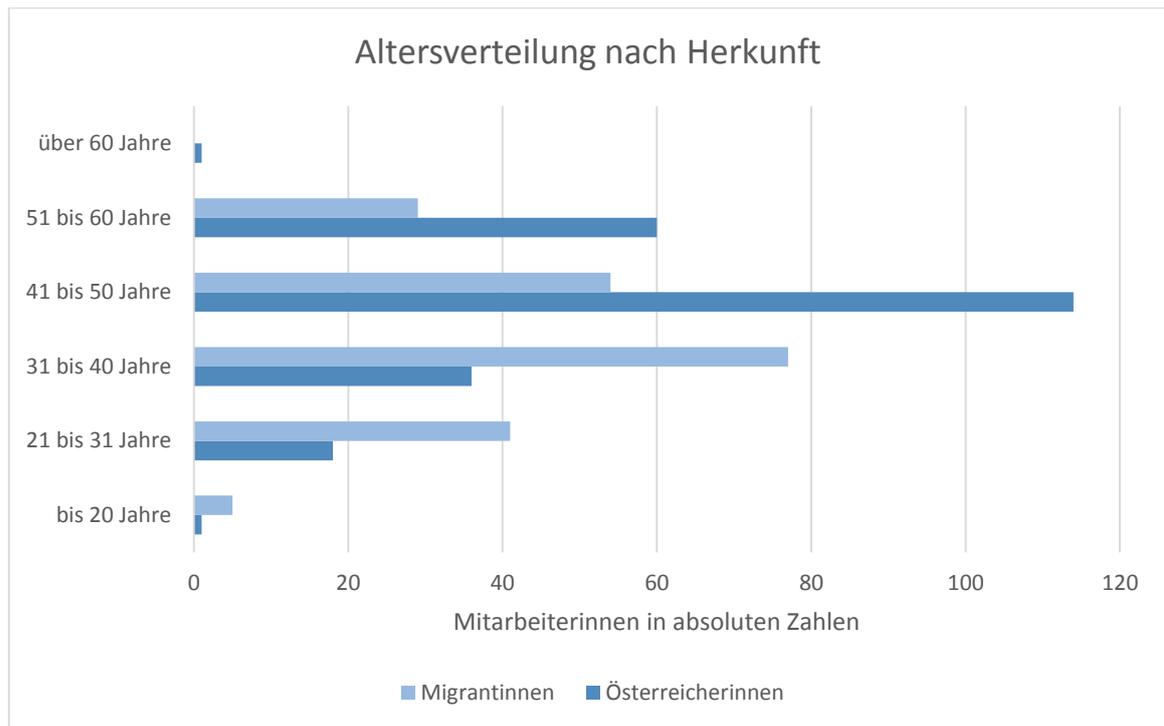


Abbildung 22: Altersverteilung nach Herkunft (eigene Darstellung)

Ein unerwartetes Ergebnis liefert die Frage nach dem höchsten Bildungsabschluss. Überraschenderweise gaben hier 21 Migrantinnen einen Hochschulabschluss oder das Absolvieren einer Akademie an und 36 eine Matura. Von den bei ISS beschäftigten österreichischen Mitarbeiterinnen mit deutscher Muttersprache, gaben hingegen nur drei einen Hochschulabschluss und neun eine Matura an.

5.2.2. Diskussion der personenbezogenen Daten

Es haben eher Ausländerinnen mit längerer Unternehmenszugehörigkeit an der Mitarbeiterinnenbefragung teilgenommen. Rund 25 Prozent der Befragten mit Migrationshintergrund gaben an, über 4 Jahre in der Firma zu sein. Laut Personalabteilung trifft das aber nur auf rund 13 Prozent aller ausländischen Beschäftigten zu. Nun stellt sich die Frage nach der Ursache dieser Divergenz. Sprachliche Hürden von neuen Mitarbeiterinnen sind ein möglicher Grund, wenig Interesse an diesem Thema ist ein anderer. Wie bereits dargelegt wurde, haben Migrantinnen häufig Mehrfachbelastungen und existentielle Themen die im Vordergrund stehen, wodurch der Fokus auf anderen Lebensbereichen liegt (vgl. Kentenich 1998: 13). Sie benötigen den Arbeitsplatz um die Familie zu versorgen und haben keine Zeit, sich um die eigene Gesundheit zu kümmern. Bei mehrjähriger Integration in ein Un-

ternehmen, kann eine damit einhergehende Stabilisierung der Lebensumstände angenommen werden: soziale Netze bilden sich aus, das finanzielle Auslangen wird sicherer und somit bleibt Raum für die eigene Gesundheit. Ziel eines Projektes zur Betrieblichen Gesundheitsförderung muss es sein, möglichst früh Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu erreichen.

Ein klares Kommunikationskonzept für Gesundheitsthemen sollte entwickelt werden, um Mitarbeiterinnen mit Migrationshintergrund bereits bei Aufnahme der Tätigkeit zu erreichen und so eine frühere Einbindung in BGF-Maßnahmen zu ermöglichen. Bereits das Aufnahmegespräch durch die Personalabteilung sollte zur Sensibilisierung hierfür genutzt werden.

Von demografischer Seite sind daneben die angegebenen Bildungsabschlüsse von besonderem Interesse. 57 Migrantinnen gaben Matura oder einen Hochschulabschluss als höchste Ausbildung an. Dies traf hingegen nur auf 12 österreichische Mitarbeiterinnen mit deutscher Muttersprache zu. Ob hier ungeahnte Ressourcen schlummern oder ein unzureichendes Verständnis der Frage, beziehungsweise des österreichischen Bildungssystems bestand, ist unklar. Auf jeden Fall lohnt hier in Zukunft ein näherer Blick bereits bei Aufnahme neuer Mitarbeiterinnen, um unerkannte Kompetenzen zu erkennen und für die Organisation nutzbar zu machen. Auch die Abschlüsse der aktuell beschäftigten Migrantinnen sollten, gestützt auf dieses Ergebnis, erfragt werden.

Dass deutlich mehr junge Frauen der Gruppe der Migrantinnen zuzurechnen sind, lässt gezielte Förderprogramme für diesen Personenkreis sinnvoll erscheinen. Primärpräventive Maßnahmen, die zielgruppengerecht kommuniziert und entsprechend aufbereitet werden, sind hier denkbar. So könnten beispielsweise die Neuen Medien eine gute Zugangsmöglichkeit zu jungen Migrantinnen darstellen. Als Schwerpunkte bieten sich, der Statistik Austria (2008: 87-89) folgend, Lifestylethemen wie Übergewicht oder Rauchen an. Bei älteren, österreichischen Arbeitnehmerinnen werden hingegen eher sekundärpräventive Ansätze Sinn machen, die über konventionelle Kanäle kommuniziert werden. Warum weniger ältere Migrantinnen im Arbeitsverhältnis stehen, kann mit dieser Arbeit nicht geklärt werden. Ob auch gesundheitliche Gründe für ein Ausscheiden älterer, ausländischer Frauen aus dem Beschäftigungsverhältnis verantwortlich sind, bleibt eine Vermutung.

5.3. Gesundheit

Wie Mitarbeiterinnen ihre eigene Gesundheit einschätzen und welche Beschwerden im Vordergrund stehen, wird im Folgenden beschrieben.

5.3.1. Körperliche Gesundheit, Selbsteinschätzung, Lifestyle

Im BGF-Kompass wird der gesamte Abschnitt B dem Thema der (körperlichen) Gesundheit gewidmet. Bereits bei der ersten Frage zur Selbsteinschätzung fällt eine deutliche Diskrepanz zwischen den beiden zu vergleichenden Gruppen auf. Migrantinnen legen eine deutlich positivere Bewertung des eigenen Gesundheitszustandes an den Tag.

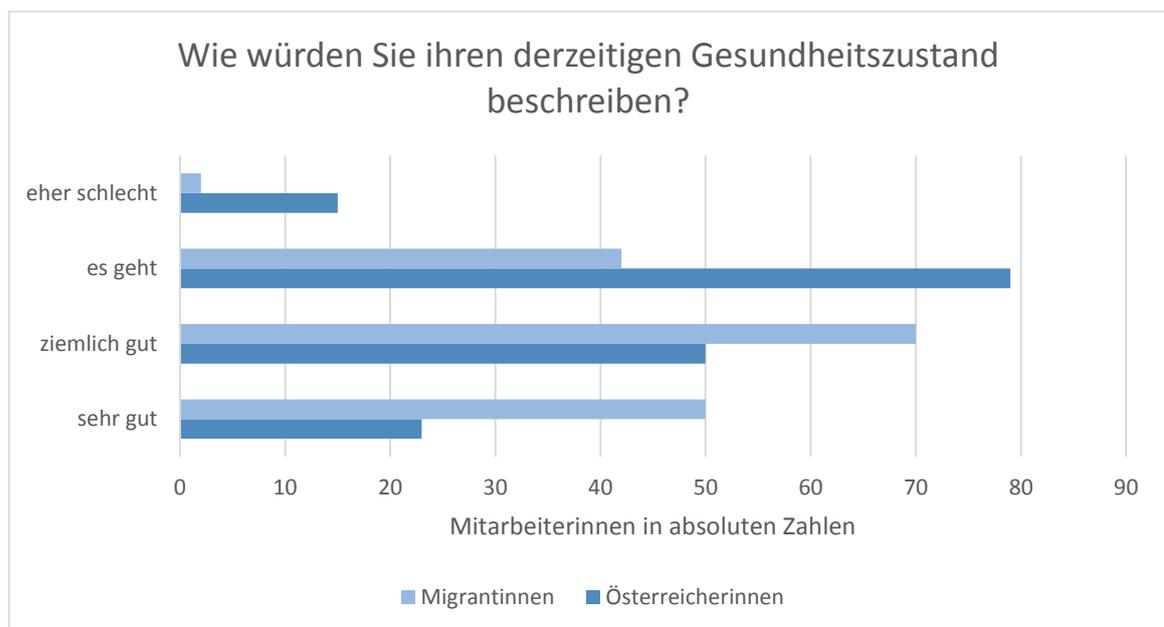


Abbildung 23: Gesundheitszustand. Anzahl der Mitarbeiterinnen in absoluten Zahlen je Kategorie (eigene Darstellung)

Betrachtet man die Symptome, über die Mitarbeiterinnen klagen und fragt nach dem Arbeitsplatzbezug, stellt sich die Situation wie in Abbildung 24 dar. Zwischen 167 und 173 Migrantinnen beantworteten diese Fragen und auch 156 bis 177 Österreicherinnen gaben diesbezüglich Auskunft. Deutlich dominiert werden die Beschwerden von Problemen des Bewegungsapparates. Mehr als achtzig Prozent der Österreicherinnen gaben Beschwerden in der Lendenwirbelsäule an, immerhin 63

Prozent der Migrantinnen litten daran. Auch Beschwerden des Schulter- und Nackenbereiches sind für viele Mitarbeiterinnen ein Thema. 76 Prozent der Österreicherinnen und 57 Prozent der Migrantinnen gaben diese an.

Betrachtet man diesen Beschwerdekomplex unter dem Aspekt der Altersstruktur, fällt ein Abnehmen der beschwerdefreien Personen mit Zunahme des Lebensalters auf. Dies gilt für beide Gruppen. Die Anzahl der beschwerdefreien Mitarbeiterinnen ist jedoch in jeder Altersklasse bei den Migrantinnen größer.

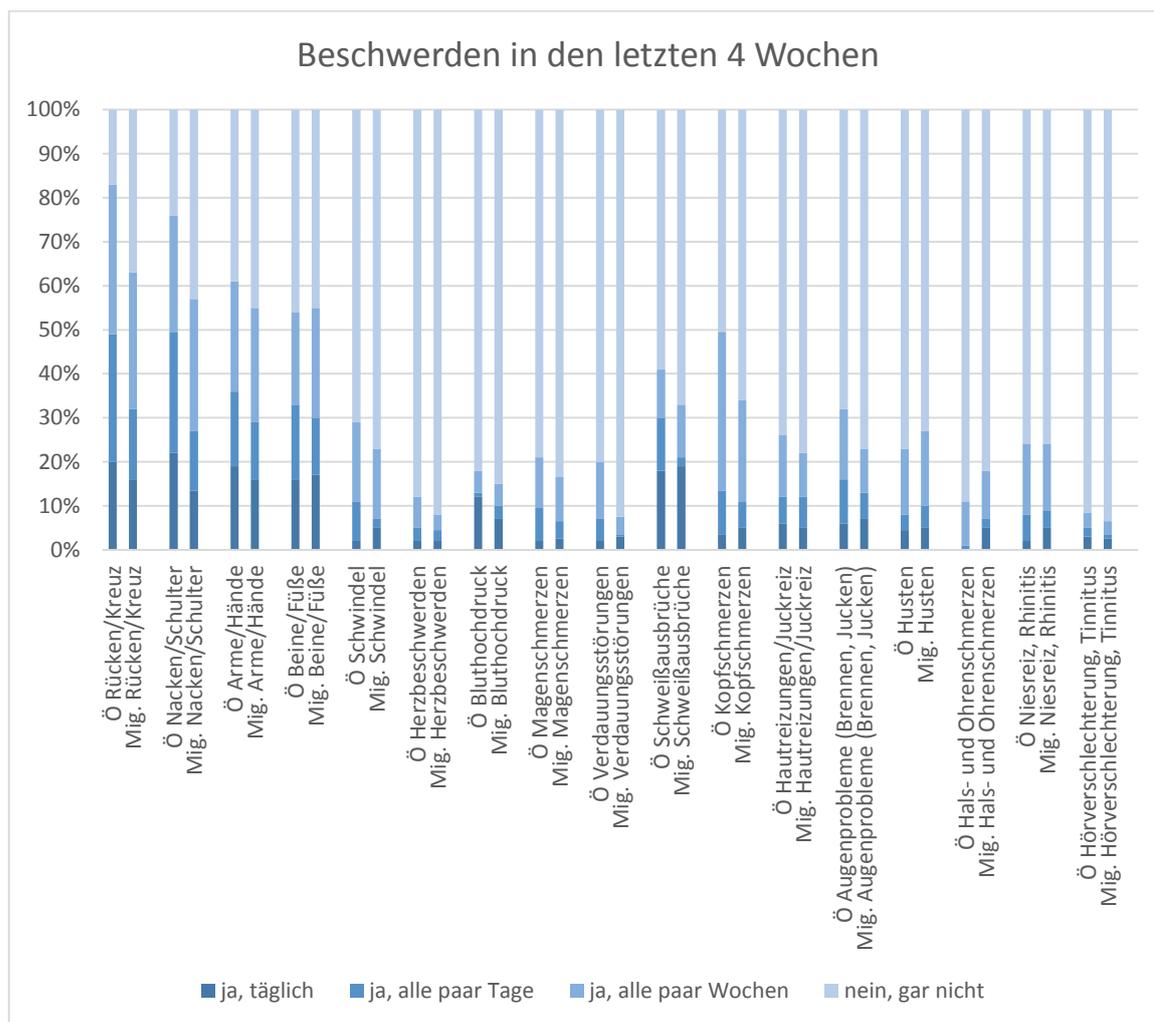


Abbildung 24: Beschwerden in den letzten 4 Wochen. In gültigen Prozent (eigene Darstellung)

Neben den muskuloskelettalen Beschwerden dominieren Schweißausbrüche und Kopfschmerzen, wobei letztere gut ins Bild passen und ein Zusammenhang mit den häufigen Nackenschmerzen naheliegt. Lediglich von HNO-Beschwerden und Husten sind Migrantinnen häufiger betroffen, wobei dieser Unterschied auf niedrigem Niveau besteht, da deutlich über 70 Prozent hier keine Probleme angeben.

Besonders wichtig für diese wissenschaftliche Arbeit ist die Frage nach der Kausalität der bestehenden Beschwerden mit der ausgeübten Tätigkeit. Rücken-, Nacken-, Arm- und Beinschmerzen werden von beiden Gruppen sehr oft (zwischen 63 und 79 Prozent) auf die Arbeit zurückgeführt. Auch bei Schweißausbrüchen und Hautveränderungen besteht ein deutlicher Arbeitsplatzbezug, der bei Österreicherinnen stärker ausgeprägt ist. Nur bei den Erkrankungen des HNO-Bereiches und Magenschmerzen sehen Migrantinnen häufiger einen Konnex zum beruflichen Umfeld als das Österreicherinnen tun.

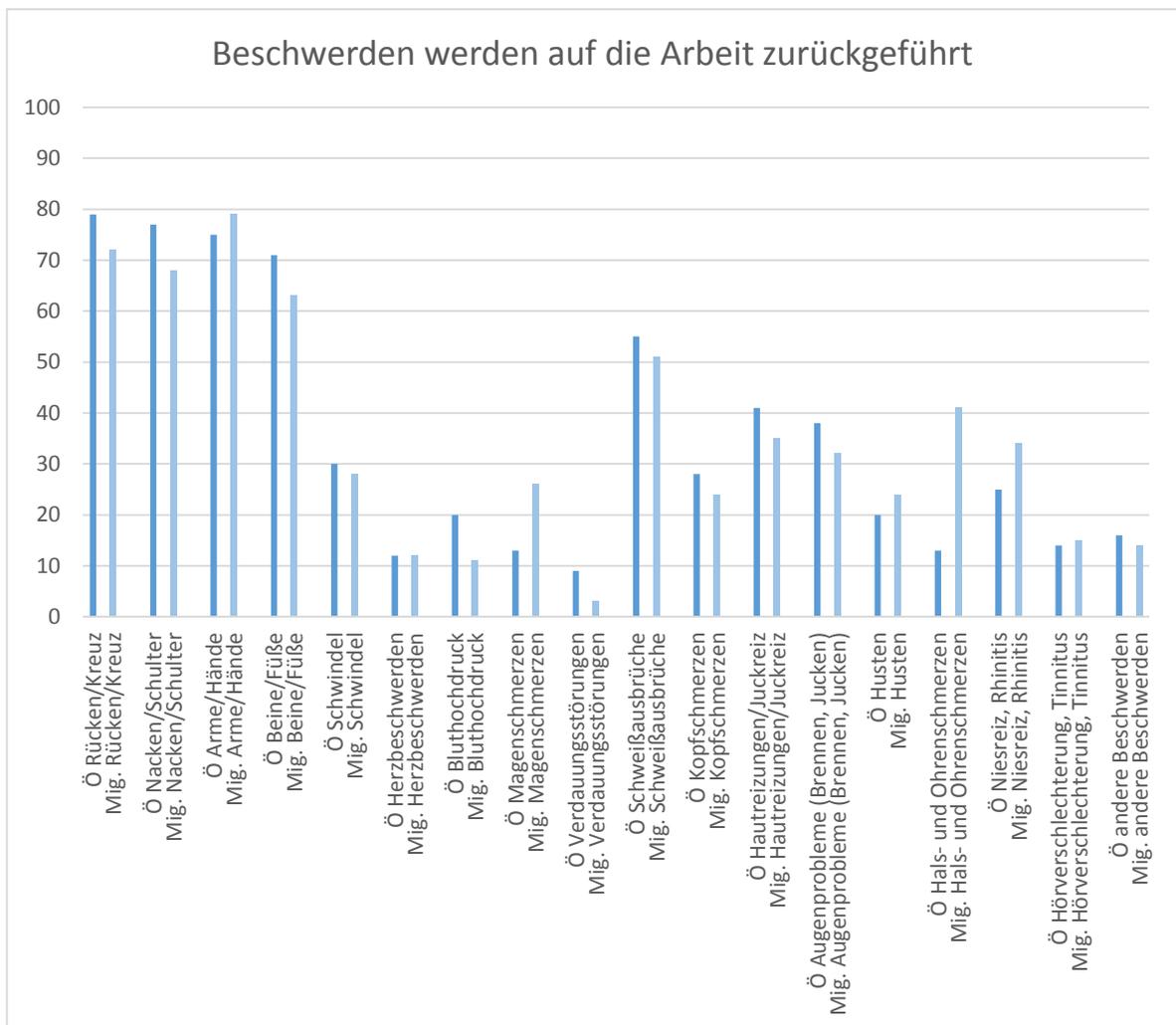


Abbildung 25: Arbeitsplatzbezug von Beschwerden. Alle Mitarbeiterinnen mit Beschwerden in der jeweiligen Kategorie sind 100 Prozent, Anteil davon mit Arbeitsplatzbezug (eigene Darstellung)

Die Frage „Wie viel Prozent können Sie derzeit leisten, wenn 100 Prozent Ihre maximale Leistungsfähigkeit und 0 Prozent völlige Arbeitsunfähigkeit bedeuten?“,

wurde von Migrantinnen im Mittel mit 90,6 Prozent beantwortet. Die Standardabweichung beträgt 13,0. Österreicherinnen lagen in der Selbsteinschätzung der Leistungsfähigkeit mit 89,6 Prozent nur knapp darunter. Die Standardabweichung war mit 16,2 etwas höher. Keine Migrantin schätzte die eigene Leistungsfähigkeit unter 50 Prozent ein, bei den Österreicherinnen traf dies immerhin auf drei zu.

Stellt man schließlich die Frage „Alles in allem betrachtet: Wie sehr fühlen Sie sich durch Ihre Arbeit körperlich belastet?“, zeigt sich folgendes Bild:

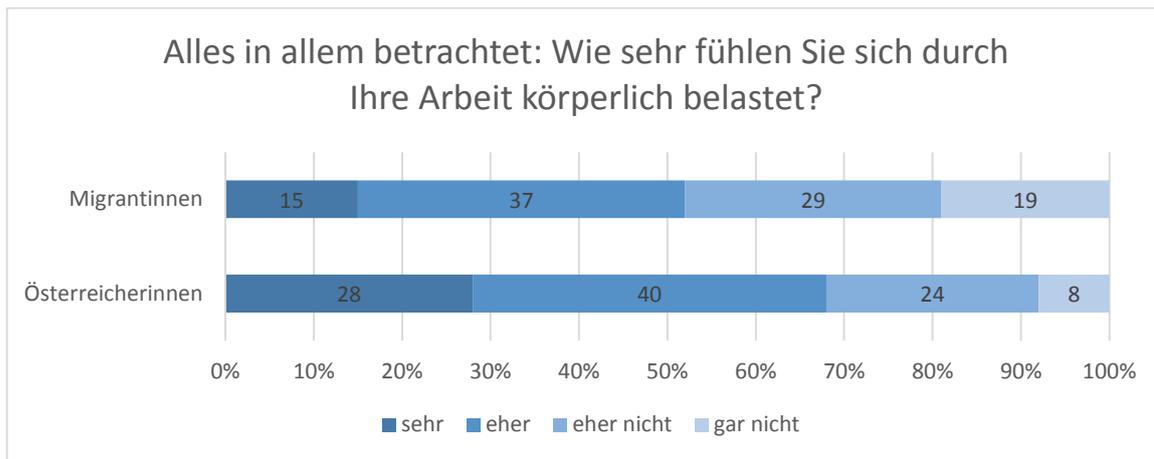


Abbildung 26: Körperliche Belastung durch die Arbeit. In gültigen Prozent (eigene Darstellung)

Krankheiten und körperliche Beschwerden können zu Fehlzeiten führen, aber auch die Produktivität mindern. Dem Thema Präsentismus sind im BGF-Kompass fünf Fragen gewidmet.

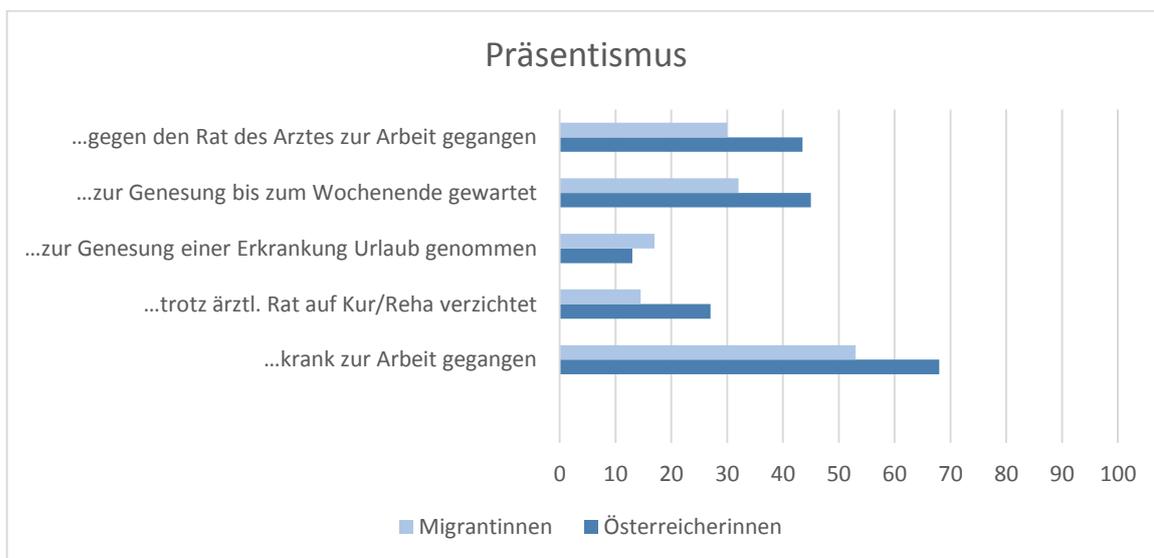


Abbildung 27: Präsentismus. Betroffene in den letzten 12 Monaten in gültigen Prozent (eigene Darstellung)

Zwischen 171 und 175 Österreicherinnen haben diese beantwortet, bei den Migrantinnen waren es zwischen 166 und 172 Frauen. 70 Prozent der Österreicherinnen sind im Jahr vor der Befragung krank zur Arbeit gekommen. Das sind um 15 Prozent mehr, als es bei Migrantinnen der Fall war. Vergleichbare prozentuelle Unterschiede finden sich auch beim Nichtbeachten von ärztlichem Rat, Hinausschieben der Erholung auf das Wochenende und beim Verzicht auf Kur und Reha. Lediglich Urlaube wurden um 4 Prozent häufiger von Migrantinnen für Krankenstände verwendet, als dies von Österreicherinnen der Fall war.

Betrachtet man den Lebensstil der Mitarbeiterinnen und beginnt bei den Mahlzeiten, achten 71,5 Prozent der Migrantinnen oft bis immer auf eine gesunde Ernährung. Bei den Österreicherinnen sind es hingegen um zehn Prozent weniger. Um diese einzunehmen, fehlen 47 Prozent der Österreicherinnen Zeit und Ruhe, aber nur 37 Prozent der Migrantinnen schätzen dies ähnlich ein.

Bei Sport kehrt sich die Differenz um. Österreicherinnen sind um 6,5 Prozent häufiger mehrmals pro Woche aktiv, 45 Prozent der Migrantinnen machen nie oder nur ein paarmal im Jahr Sport. Zum tatsächlichen Gewicht der Probandinnen wurden keine Daten erhoben, die Zufriedenheit damit ist aber bei 61,5 Prozent der Migrantinnen gegeben, wohingegen das nur auf 53,5 Prozent der Österreicherinnen zutrifft.

Überraschenderweise geben knapp 60 Prozent der Befragten beider Gruppen an, in den letzten beiden Jahren eine Vorsorgeuntersuchung absolviert zu haben.

Um 15 Prozent mehr deklarierte Raucherinnen gibt es bei den Österreicherinnen als dies bei den Migrantinnen der Fall ist. 31 Prozent der Ausländerinnen rauchen und nur ein Prozent aller Migrantinnen gibt an, ein ganzes Päckchen pro Tag zu konsumieren. Bei den Österreicherinnen sind es 5 Prozent. Knapp 60 Prozent der Raucherinnen in beiden Kollektiven, möchten außerdem mit dem Rauchen aufhören.

5.3.2. Psychische Gesundheit

Wendet man seinen Blick auf die psychische Gesundheit von Migrantinnen bei ISS, zeigt sich nachfolgendes Bild, wobei zwischen 164 und 176 Frauen je Gruppe die Items in den beiden abgebildeten Diagrammen beantworteten:

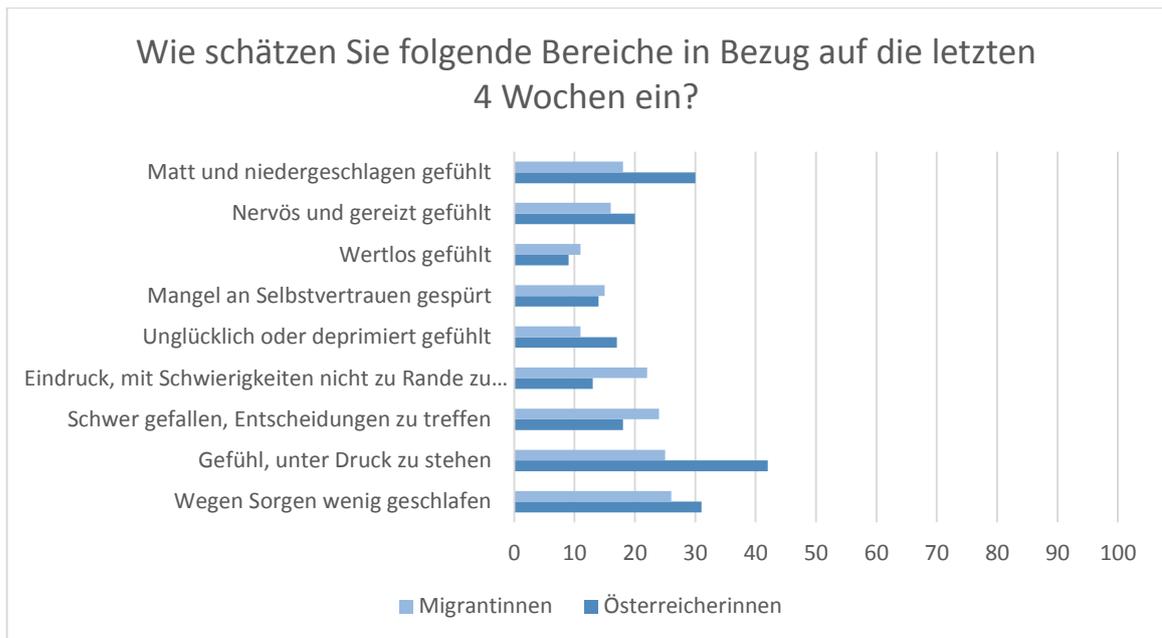


Abbildung 28: Selbsteinschätzung der psychischen Belastungen. Antworten von „oft“ bis „immer“ zusammengefasst, in gültigen Prozent (eigene Darstellung)

Fragt man nach der Selbsteinschätzung in Bezug auf die Bewältigung des Alltages fällt auf, dass sich Migrantinnen beim Großteil der Themen weniger belastet fühlen als Österreicherinnen. So ist etwa das Gefühl unter Druck zu stehen bei beiden Gruppen anzutreffen, wird von 25 Prozent der Migrantinnen aber gar von 42 Prozent der Österreicherinnen angegeben. Migrantinnen sind seltener matt, gereizt oder deprimiert, verbringen hingegen oft Zeit mit ihren Freundinnen und Freunden und sind lebenslustiger.

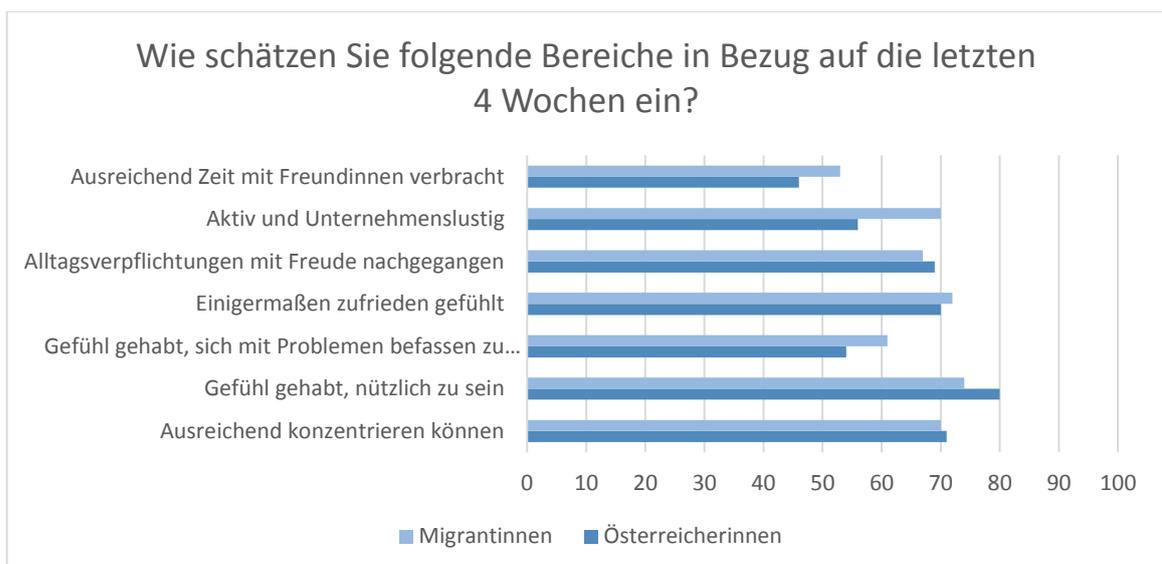


Abbildung 29: Selbsteinschätzung der psychischen Ressourcen. Antworten von „oft“ bis „immer“ zusammengefasst, in gültigen Prozent (eigene Darstellung)

Einzig beim Thema Selbstwert schneiden sie schlechter ab als ihre österreichischen Kolleginnen. Sie spüren häufiger einen Mangel an Selbstvertrauen, kommen mit Schwierigkeiten schlechter zurecht und fühlen sich öfter wertlos und seltener nützlich.

In diesen Kontext passt auch das Thema „Vereinbarkeit der Arbeit mit Familie und Freizeit“. Je 91 Prozent beider Gruppen sind mit den Möglichkeiten bei ISS „eher“ bis „sehr zufrieden“. Für weit über 90 Prozent aller Frauen ist dieses Thema auch „eher“ bis „sehr wichtig“.

Sucht man nach Ressourcen mit Unternehmensbezug, kann man diesen mit vier Fragen näherkommen. Erkundigt man sich danach, wie gerne Mitarbeiterinnen zur Arbeit gehen, antworten 94 Prozent der Österreicherinnen „sehr gern“ und „eher gern“, bei den Migrantinnen sind es sogar 97 Prozent.

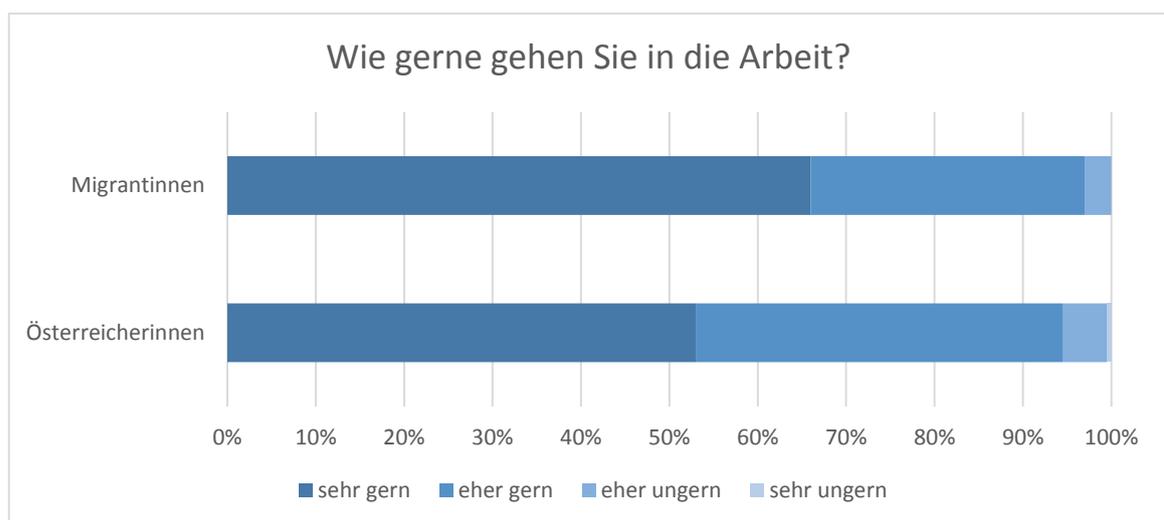


Abbildung 30: Freude bei der Arbeit. In gültigen Prozent (eigene Darstellung)

Nach dem Grad der Motivation befragt, geben bei beiden Gruppen mehr als 80 Prozent „sehr gut“ und „gut“ an. Nur 2 Prozent der Österreicherinnen und 4,5 Prozent der Migrantinnen antworten mit „genügend“ und „nicht genügend“. 95 Prozent der Österreicherinnen haben nur manchmal bis nie den Wunsch, die derzeitige Arbeit aufzugeben, bei den Migrantinnen sind es mit 86 Prozent weniger. Fragt man umgekehrt, ob die Frauen sich nochmals für die derzeitige Tätigkeit entscheiden würden, ist dies bei 85 Prozent der Österreicherinnen „eher“ bis „sehr wahrscheinlich“, bei Migrantinnen zu 80 Prozent. Bei den Migrantinnen haben diese Fragen zumindest 167 Frauen beantwortet, bei den Österreicherinnen 177.

Je 129 Frauen antworteten auf die Frage „Wenn Sie an alles denken, was für Ihre Arbeit eine Rolle spielt (z.B. Tätigkeiten, Arbeitsbedingungen, KollegInnen, Arbeitszeit, usw.): Wie zufrieden bzw. unzufrieden sind Sie dann insgesamt?“. Auch hier waren bei beiden Gruppen über 85 Prozent „eher“ bis „sehr zufrieden“.

Fragt man differenzierter nach Sinn und Zuversicht bei der Tätigkeit, ergibt sich folgendes Bild:

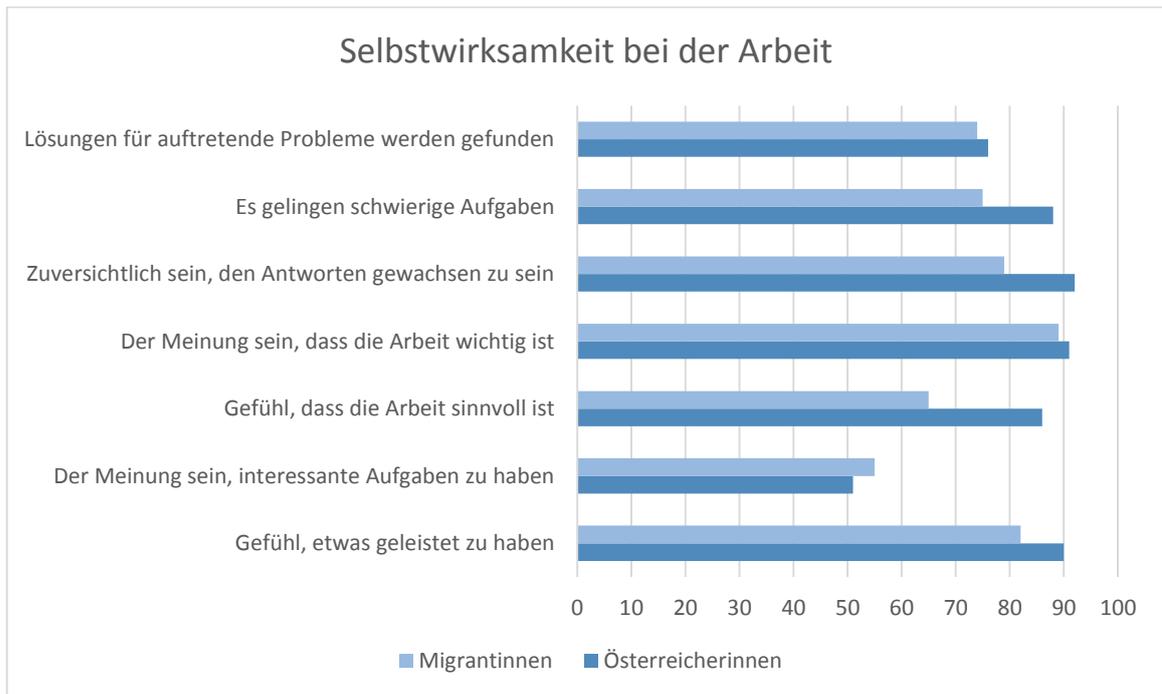


Abbildung 31: Angaben zu Selbstwirksamkeit und Selbstwirksamkeitserwartung am Arbeitsplatz. Antworten von „oft“ bis „immer“ zusammengefasst, in gültigen Prozent (eigene Darstellung)

Mit Arbeitsplatzbezug geben somit Österreicherinnen etwas häufiger an, Freude und Zuversicht zu erleben. Besonders auffällig ist der Unterschied bei der Frage, ob die Arbeit sinnvoll ist. Hier antworteten um 20 Prozent mehr Österreicherinnen als dies Migrantinnen taten mit „oft“ bis „immer“.

Einen engen Bezug zur Selbstwirksamkeit hat der Begriff der Resilienz. Bei den Mittelwerten der Resilienzskala liegen beide Gruppen nahe beieinander und somit über dem Mittelwert der Vergleichsstichprobe (vgl. Brähler et al. 2005: 10, 20):

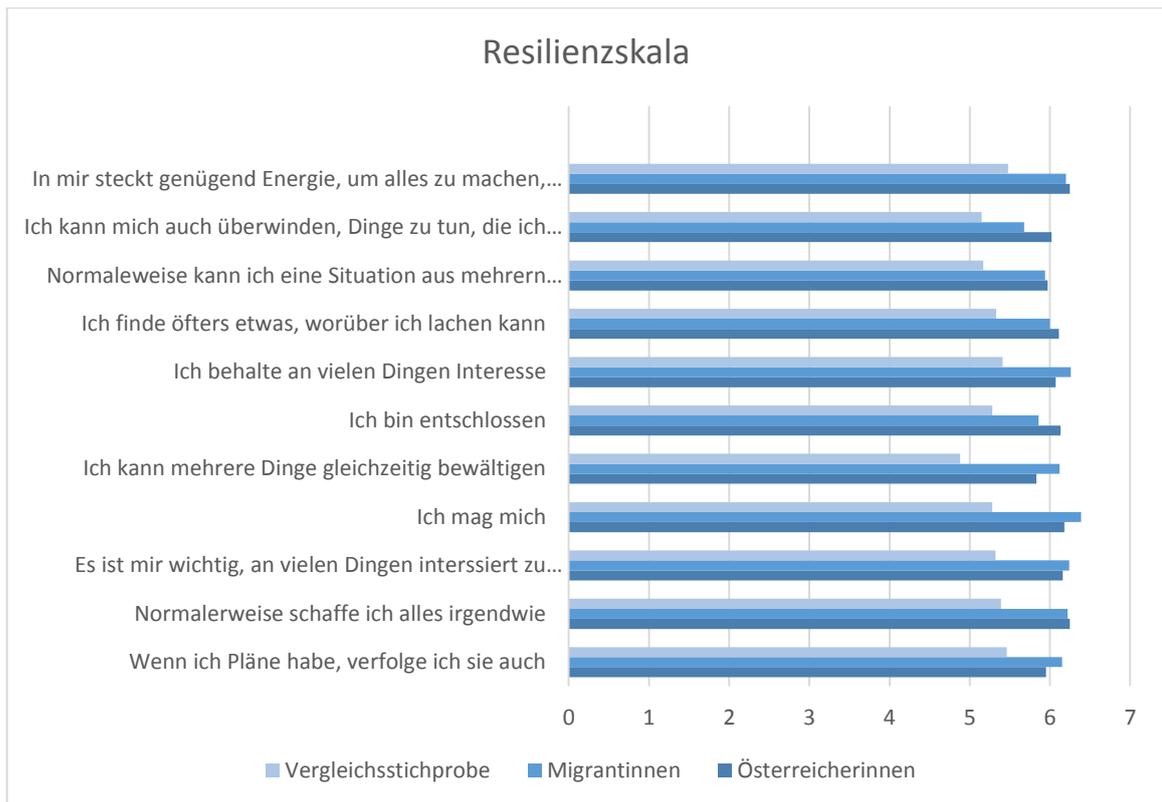


Abbildung 32: Resilienzskala. Mittelwerte. 1=ich stimme nicht zu, 7=ich stimme völlig zu (eigene Darstellung)

Fragt man am Ende dieses Teiles „Alles in allem betrachtet: Wie sehr fühlen Sie sich durch Ihre Arbeit psychisch bzw. seelisch belastet?“, bildet sich die Situation wie folgt ab:

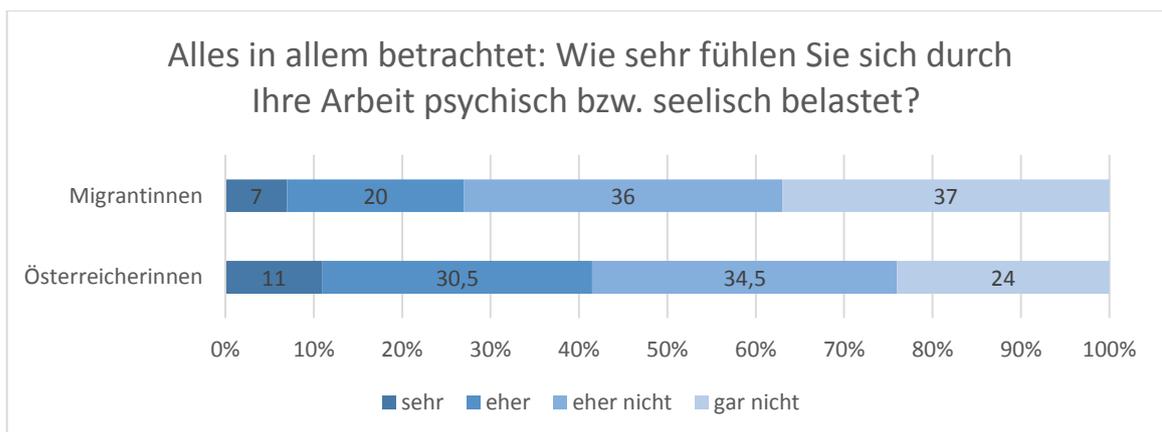


Abbildung 33: Selbsteinschätzung der psychischen Belastung am Arbeitsplatz. In gültigen Prozent (eigene Darstellung)

Fragt man nun nach der Identifikation der Frauen mit dem Unternehmen, zeigt sich, dass Migrantinnen in allen Bereichen ein höheres *Commitment* mit dem Un-

ternehmen aufweisen, als dies Österreicherinnen tun. Um 8 Prozent mehr Ausländerinnen sind „oft“ bis „immer“ stolz auf ihr Unternehmen und um 13 Prozent mehr weisen „oft“ bis „immer“ auf den guten Ruf des Unternehmens hin. Im folgenden Diagramm sind diese Ergebnisse dargestellt. Je Gruppe antworteten zwischen 165 und 176 Personen auf diese Items.

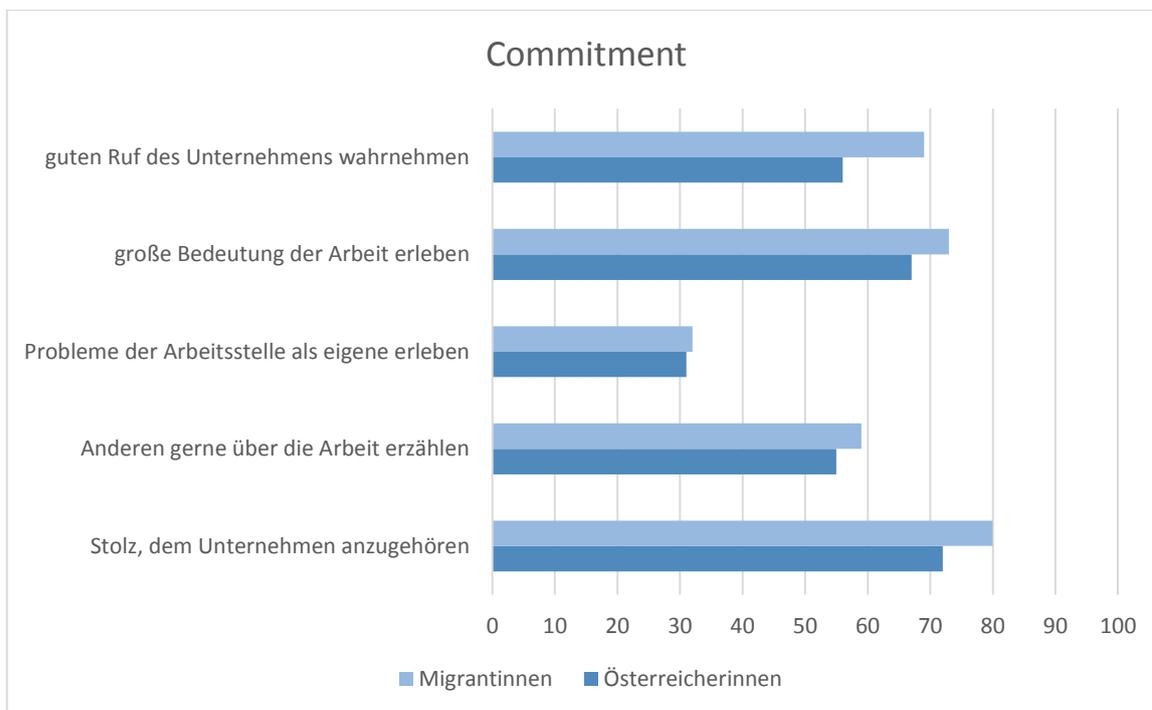


Abbildung 34: Identifikation mit der Arbeit und dem Unternehmen. Antworten von „oft“ bis „immer“ zusammengefasst, in gültigen Prozent (eigene Darstellung)

5.3.3. Folgerungen aus den Gesundheitsdaten

Bei den soeben dargelegten Ergebnissen überrascht die positive Selbsteinschätzung des eigenen Gesundheitszustandes durch die Migrantinnen. Bei genauerer Beleuchtung der Ergebnisse wird klar, dass auch die unterschiedliche Altersstruktur der beiden Kollektive keine Erklärung für dieses Ergebnis bietet: in allen Altersklassen ist die Wahrnehmung des eigenen Befindens der Migrantinnen eine deutlich positivere als die der Österreicherinnen.

Geht man ins Detail und fragt nach Symptomen, setzt sich dieses Bild fort. Migrantinnen sind seltener von Beschwerden betroffen als ihre österreichischen Kolleginnen. Im Gegensatz zu Angaben in der Literatur konnte bei dieser Untersuchung keine Häufung von Kopf- und Schulterschmerzen bei der Zielgruppe im Vergleich zu Österreicherinnen gezeigt werden (vgl. Statistik Austria 2008: 86). Diese positive

Selbsteinschätzung könnte darauf zurückzuführen sein, dass nur für gesündere, widerstandsfähigere Frauen mit Migrationshintergrund ein Einstieg ins Berufsleben möglich ist. Die Statistik Austria (2015a: 34f., 61) beschreibt eine niedrige Erwerbstätigenquote für diese Gruppe. Dass kulturelle Gründe und die fehlende Sprachkompetenz diese mitverursachen, wurde von dieser Institution aufgezeigt. Darauf, dass auch gesundheitliche Aspekte den Einstieg von Migrantinnen ins Berufsleben beeinflussen, gibt der empirische Teil meiner wissenschaftlichen Arbeit Hinweise.

Gesundheitliche Beschwerden wären somit bei Migrantinnen ein stärkeres Exklusionskriterium für die Integration in den Arbeitsprozess, als dies bei Österreicherinnen der Fall ist. Dieser Selektionsmechanismus wäre eine Erklärung für die vergleichsweise gesunden ausländischen Mitarbeiterinnen bei ISS: Generell mehr Gesunde als Kranke entscheiden sich laut Allemann-Ghionda und Hallal für eine Migration (2011: 173f.; Pollack 2016: 32) und analog dazu könnte es wiederum nur Migrantinnen in guter physischer und psychischer Verfassung gelingen, die verschiedenen bestehenden Barrieren, die einer Beschäftigung entgegenstehen, zu überwinden.

Dass die Beschwerden hauptsächlich den Bewegungsapparat betreffen und auf die Arbeit zurückgeführt werden, verwundert wenig und macht ein Handeln in diesem Themenfeld notwendig. Ergonomische Gestaltung von Arbeitsmitteln und Schulungen aller Mitarbeiterinnen in ergonomischen Grundprinzipien machen hier Sinn und müssen das Ziel von Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung sein. Dieses Ergebnis deckt sich auch mit Erkenntnissen des Arbeitsinspektorates, das in diesem Bereich einen wichtigen Hebel sieht, um die Gesundheit von Mitarbeiterinnen in der Reinigung zu verbessern (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz 2009b: 50).

Der Grund für die Häufung von HNO-Beschwerden bei Migrantinnen, sowie deren Bezug zum Arbeitsplatz, ist nicht auf den ersten Blick verständlich. Auch in der Literatur finden sich hierzu keine Hinweise. Dieser Aspekt sollte in arbeitsmedizinischen Kontakten mit der Zielgruppe Beachtung finden und der Arbeitsplatzbezug hinterfragt werden.

Trotz bestehender Beschwerden bewältigen beide Gruppen die Arbeit und schätzen ihre Leistungsfähigkeit im Mittel um die 90 Prozent ein. Dabei heben sie sich

nicht von den Vergleichsgruppen des BGF-Kompasses ab. Die entsprechenden Benchmarktabellen wurden für die Sparten „Gesundheit, Soziales und Erziehung“, sowie für „Verarbeitendes Gewerbe und Herstellung von Waren“ erstellt und liegen bei 89 beziehungsweise 91 Prozent (vgl. Oberösterreichische Gebietskrankenkasse o.J.: 5f.). Dass bei beiden Gruppen um die vierzig Prozent der 438 relevanten Fragebögen diese Frage offenließen, ist erwähnenswert. Da diese eine besonders sensible Frage darstellt, könnten Bedenken bezüglich der Anonymität bestanden haben. 265 Antworten flossen somit insgesamt in diese Bewertung ein.

Gründe für einen Leistungsverlust können akute Krankheiten, aber immer öfter auch Einschränkungen durch chronische Beschwerden sein. Dieses, als Präsentismus bezeichnete und bereits erläuterte Phänomen, verursacht hohe Kosten und ist oft nicht auf den ersten Blick erkennbar. Durch den hohen Produktivitätsverlust rückt es aber immer mehr in den Fokus der Forschung (vgl. Hemp 2004 zit. n. Badura et al. 2010: 4). In einer Studie der Deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung aus dem Jahr 2009, wurde dieses Thema mit derselben Frage wie im BGF-Kompass bei 2000 Personen abgefragt. 71,2 Prozent der Antwortenden gaben an, sie seien in den letzten 12 Monaten krank zur Arbeit gegangen (vgl. Schmidt/Schröder 2010 zit. n. Badura/Steinke 2011:18f.). Mit diesen, für Deutschland repräsentativen Daten im Hinterkopf, imponiert die relativ geringe Präsentismusrate der Migrantinnen in der gegenständlichen Befragung. Nur 53 Prozent beantworteten dieses Item mit „ja“. Auch bei Ausschluss der vergleichsweise großen Gruppe der ausländischen Mitarbeiterinnen mit einer Unternehmenszugehörigkeit kürzer als ein Jahr, bleibt noch immer eine Differenz von 8,3 Prozent zu den Österreicherinnen bei ISS. Umso bemerkenswerter ist dieses Ergebnis, wenn man sich die Krankenkassendaten isoliert nach Geschlechtszugehörigkeit ansieht: sogar 75,6 Prozent der deutschen Frauen gaben an, krank zur Arbeit gekommen zu sein (vgl. Schmidt/Schröder 2010 zit. n. Badura/Steinke 2011:59). Ebenfalls erwähnenswert ist die Tatsache, dass bei keiner Altersgruppe der befragten Migrantinnen die Präsentismusrate über 61 Prozent lag. Dieses Verhalten der Zielgruppe entspricht einem protektiven Faktor, ist doch die negative Auswirkung von Präsentismus auf die Gesundheit in der Literatur belegt: Nicht nur kardiale Erkrankungen nehmen in diesem Zusammenhang zu, sondern auch längere Phasen von Absentismus sind die Folge (vgl. Badura/Steinke 2011: 71, 75f.).

Beim Lebensstil ergibt sich ein differenziertes Bild. Ein großer Anteil der Migrantinnen achtet auf gesunde Ernährung und hat somit den österreichischen Kolleginnen etwas voraus. Auch beim eng verknüpften Thema Gewicht gibt es eine positive Selbsteinschätzung mit einer höheren Zufriedenheit mit dem eigenen Körper. Es ist anzunehmen, dass das Verständnis von gesunder Ernährung und Körper selbstbild kulturell geprägt ist und entsprechend andere Mahlzeiten zubereitet werden. Ob die Selbstwahrnehmung mit dem objektiven BMI deckungsgleich ist, kann im Rahmen der Reevaluierung des BGF-Projektes erhoben werden.

Das Thema „Ernährung“ als Möglichkeit der Gesundheitsförderung aufzugreifen und einen lustvollen, kulturell-kulinarischen Austausch anzuregen, wäre ganz im Sinne eines salutogenen Vielfaltsmanagements. Ein ISS-Kochbuch oder Betriebsfeiern, bei denen Migrantinnen ihre Speisen für die Gäste kochen, wären konkrete Vorschläge in diese Richtung. Die bestehenden Kompetenzen der Frauen mit Migrationshintergrund hierbei bewusst hervorzuheben, wäre außerdem eine Möglichkeit, das Selbstwertgefühl der Gruppe zu stärken.

Keine Ressource stellt hingegen das Bewegungsausmaß von Migrantinnen dar. Es ist sehr gering und bietet eine gute Möglichkeit, präventiv zu intervenieren. Zielgruppengerechte, kultursensible Angebote sollten ausgearbeitet werden, der Arbeitsplatz als Setting ist hierfür sehr gut geeignet. Österreicherinnen können hier als Vorbild bei gemeinsamen Bewegungseinheiten fungieren.

Der Anteil der Raucherinnen mit Migrationshintergrund deckt sich gut mit der österreichischen Statistik und liegt um die 30 Prozent. Die statistischen Ausreißerinnen sind hier die Österreicherinnen: es rauchen zwanzig Prozent mehr Mitarbeiterinnen dieser Gruppe als Frauen im Österreichschnitt (vgl. Statistik Austria 2008: 88f.). Je 60 Prozent der Raucherinnen beider Gruppen dieser Befragung, möchten mit dem Rauchen aufhören. Somit könnten mit unterstützenden Maßnahmen wie Nichtraucherinnenseminaren, insgesamt 91 Raucherinnen erreicht werden und beim Rauchstopp Unterstützung finden. Eine gute Möglichkeit für präventive Maßnahmen tut sich somit in diesem Bereich auf.

Ob tatsächlich um die sechzig Prozent der Befragten an einer Vorsorgeuntersuchung teilgenommen haben, ist unklar, scheint aber eher unwahrscheinlich: Laut

offizieller Statistik liegt dieser Wert im Schnitt bei ungefähr 20 Prozent, für Migrantinnen etwas niedriger (vgl. Baldaszti et al. 2015: 12f.; Karl-Trummer et al. 2012: 3f.; Statistik Austria 2008: 90f., 92f.). Eine Verwechslung dieser spezifischen Untersuchung mit anderen Kontakten in der Arztpraxis ist möglich. Eine Aufklärung über den Sinn von Gesundenuntersuchungen ist somit für beide Gruppen sinnvoll. Infofolder oder Veranstaltungen wie Gesundheitsfeste mit entsprechender ärztlicher Beratung wären geeignet, das bestehende Vorsorgeangebot differenziert zu vermitteln.

Nach der psychischen Gesundheit befragt, imponieren die Lebenslust und die häufigen Kontakte mit Freundinnen und Freunden als Ressourcen der Mitarbeiterinnen mit Migrationshintergrund. Diese positiven Aspekte sollten auch im Rahmen von Projekten zur Betrieblichen Gesundheitsförderung mehr Betonung finden. Gemeinsame Veranstaltungen, die den sozialen Zusammenhalt stärken, ermöglichen Freundschaften im Unternehmen und machen diese Ressource somit auch im Betrieb nutzbar.

Als belastendes Moment fällt hingegen der geringer ausgeprägte Selbstwert auf. In den entsprechenden Fragen mit Arbeitsplatzbezug schneiden die Österreicherinnen deutlich besser ab. Den Migrantinnen gelingt es nicht, ihre positivere Grundstimmung aus dem Alltag in die Arbeit mitzunehmen. Die Frage, wodurch die Tätigkeit als sinnvoll erlebt wird, muss in diesem Zusammenhang gestellt werden, denn es zeigt sich eine deutliche Differenz der beiden Gruppen. Auch die Exklusion der angestellten Mitarbeiterinnen, die vermeintlich sinnvoller Aufgaben nachgehen (12 Prozent der Österreicherinnen und 5 Prozent der Migrantinnen sind in diesem Bereich tätig), verändert die Differenz kaum. Die Mitarbeiterinnen von ISS mit Migrationshintergrund verfügen über hohe Kompetenzen in ihrem Fachgebiet. Diese Fähigkeiten von Seiten der Vorgesetzten gezielt hervorzuheben, in Schulungen auszubauen und den Beschäftigten bewusst zu machen, könnte hilfreich sein. Fortbildungen zu neuen Methoden in der Reinigung, von der Anwendung neuer Chemikalien bis hin zu aktuellen technischen Entwicklungen, würden die Selbstwirksamkeitserwartung im Arbeitsplatzkontext erhöhen. Diese Fortbildungen in Anwendungstechnik sollten auf die Zielgruppe zugeschnitten sein und die sprachliche Barriere berücksichtigen.

Sinnstiftung kann außerdem über Anteilnahme funktionieren. Unternehmensziele nicht nur für die Kundinnen und Kunden, sowie Aktionärinnen und Aktionäre verständlich zu formulieren, sondern auch so, dass sie von Migrantinnen verstanden und mitgetragen werden, muss hier das Ziel sein. Das Fördern von *Diversity* sollte aus meiner Sicht in all seinen Facetten geschehen und nicht nur auf eine Dimension (Geschlecht) sowie eine Gruppe (Führungskräfte) beschränkt werden. Der Fokus, den die Konzernführung in diesem Bereich derzeit setzt (vgl. ISS World Services A/S 2016a: 23f.), bedarf somit einer Verbreiterung.

Schwierig zu interpretieren ist, dass 45 Prozent der Migrantinnen das weitere Ausüben ihrer Tätigkeit in den nächsten Jahren nicht beurteilen können oder wollen, obwohl sie sich im Vergleich mit den Österreicherinnen sowohl physisch als auch psychisch deutlich weniger von ihrer Arbeit belastet fühlen. Eine Lesart wäre, dass die erlebte Diskontinuität durch den stattgefundenen Migrationsprozess, sich in der Antwort auf diese Frage widerspiegelt. Migrantinnen hatten bereits einmal einen Bruch in ihrer Lebensplanung, der Zurückhaltung bei dieser Frage gebietet.

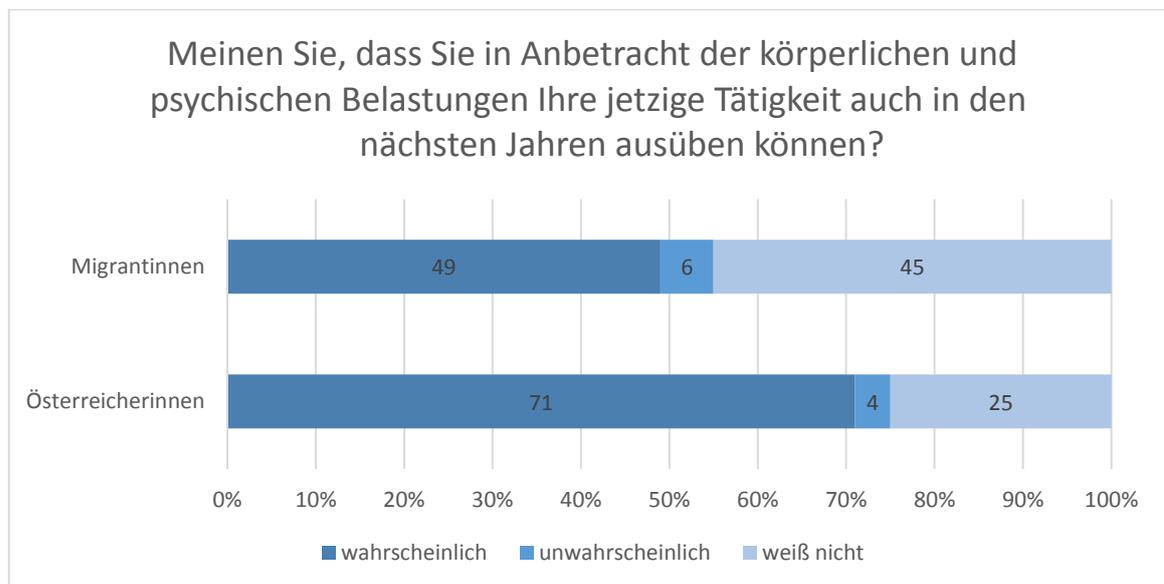


Abbildung 35: Einschätzung der zukünftigen Arbeitsfähigkeit. In gültigen Prozent (eigene Darstellung)

5.4. Arbeitsplatzfaktoren

Es folgt nun die Darstellung verschiedener Bedingungen, die einen Einfluss auf die Gesundheit der Mitarbeiterinnen haben und auch Eingang in die Handlungsanleitungen zur Evaluierung der Psychischen Belastungen am Arbeitsplatz fanden.

Folgende Dimensionen werden untersucht (vgl. Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Zentral-Arbeitsinspektorat 2013: 11, 13f.):

- Das Sozial- und Organisationsklima
- Die Aufgabenanforderung und Tätigkeit
- Die Arbeitsumgebung
- Die Arbeitsorganisation

Der BGF-Kompass gibt einen guten Überblick über diese verschiedenen Problemfelder. Ergonomische Belastungen führen dabei bei den Migrantinnen, gefolgt von Themen der Arbeitsorganisation. Bei den Österreicherinnen ist es umgekehrt. Hier ist Zeit- und Leistungsdruck ganz vorne. Auf Rang drei bei beiden Gruppen folgen klimatische Einflüsse. Daneben fällt auf, dass Migrantinnen deutlich seltener angeben, von geringer Gestaltungsmöglichkeit, geringer Eigenverantwortung und monotoner Tätigkeit betroffen zu sein.

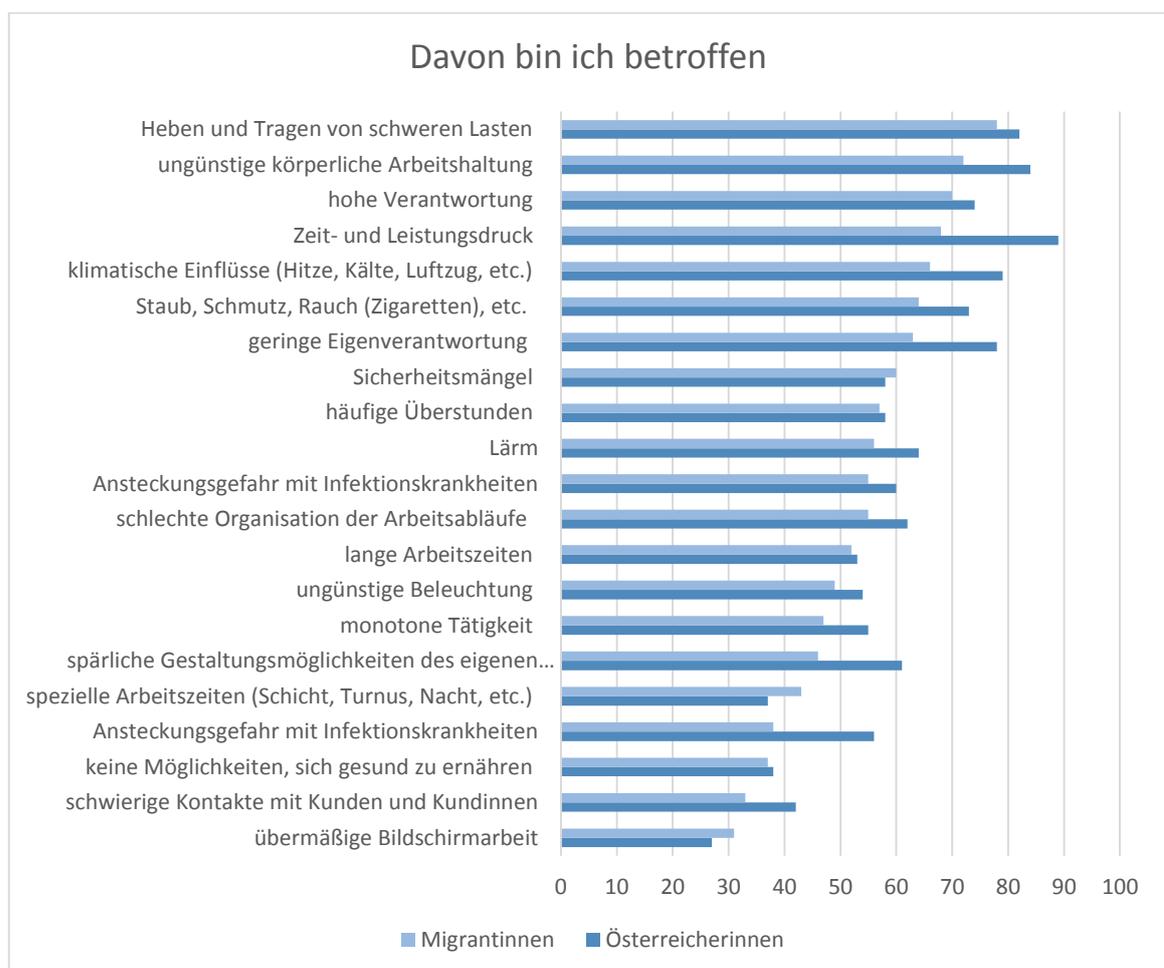


Abbildung 36: Kontakt mit Arbeitsplatzfaktoren. In gültigen Prozent (eigene Darstellung)

Fragt man die Mitarbeiterinnen nicht nur danach, ob sie betroffen sind, sondern auch ob es sie belastet, ergibt sich folgendes Bild – unergonomische Bedingungen am Arbeitsplatz betreffen zwei Drittel der Befragten und zu über einem Viertel sind diese auch „eher mehr“ bis „stark“ belastend. Deutliche Unterschiede der Antworten beider Gruppen sind bei folgendem Punkt fassbar: es erleben knapp 90 Prozent der Österreicherinnen Zeitdruck und für knapp 70 Prozent von ihnen ist dieser auch „eher mehr“ bis „stark“ belastend. Bei den Migrantinnen sind es knapp 70 Prozent, die diese Belastung kennen und davon sind wiederum nur 36 Prozent „eher mehr“ bis „stark“ belastet.

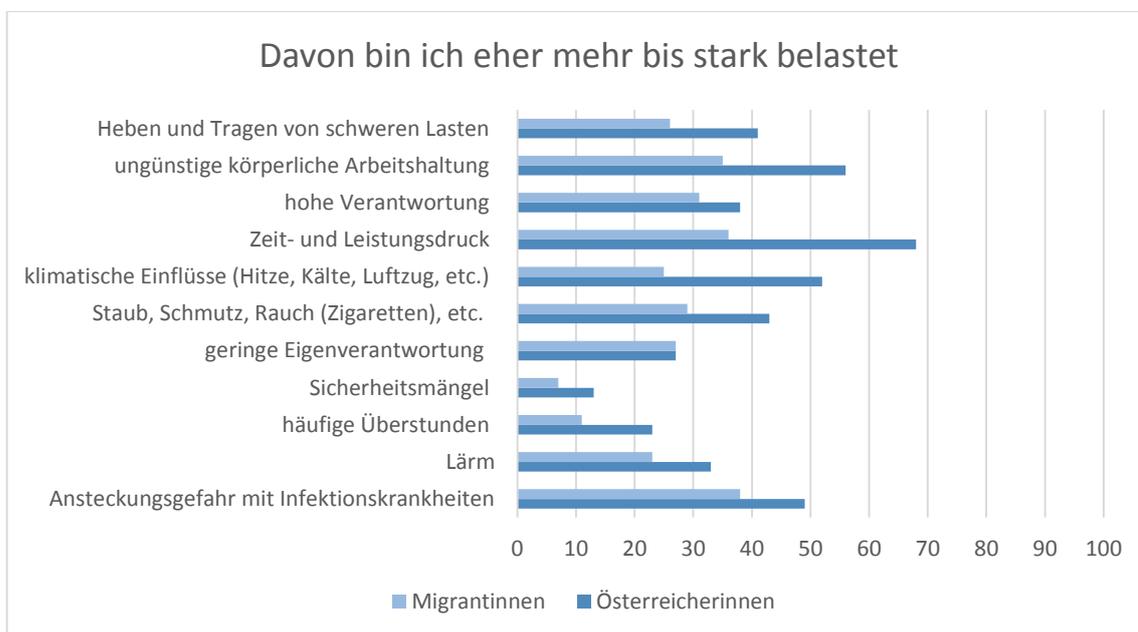


Abbildung 37: Arbeitsplatzfaktoren und Belastung. Anteil der betroffenen Mitarbeiterinnen, die „eher mehr“ bis „stark belastet“ sind, in gültigen Prozent (eigene Darstellung)

5.4.1. Sozial- und Organisationsklima

Bei diesem Punkt können fehlender Handlungsspielraum, Informationsmängel und fehlende Zusammenarbeit psychische Belastungen darstellen. Fragt man ganz allgemein nach dem Betriebsklima bei ISS, sind beide Gruppen zu gut 90 Prozent „eher“ bis „sehr zufrieden“. Für 99 Prozent der Österreicherinnen und 96 Prozent der Migrantinnen ist dieses Thema „eher“ bis „sehr wichtig“. Zwischen 165 und 180 Mitarbeiterinnen je Gruppe haben diese und die nächsten Items beantwortet.

Betrachtet man die Interaktion mit den Vorgesetzten und Kolleginnen sowie Kollegen, geben beide Gruppen zu einem großen Teil eine gute Zusammenarbeit an. So

antworteten beispielsweise um die 90 Prozent der Migrantinnen auf die entsprechenden Fragen des BGF-Kompasses, dass der Umgang mit den Führungskräften „eher“ bis „völlig ausreichend“ ist. Auch bei der Zusammenarbeit mit den Kolleginnen und Kollegen gibt es eine grundsätzlich positive Bewertung, jedoch auf einem etwas niedrigeren Niveau als in Bezug auf die Vorgesetzten. Die geringste Zufriedenheit mit der Kooperation auf beiden Ebenen, ist beim Thema der aktiven Unterstützung bei Problemen festzustellen.

Auch im KFZA wird dieser Fragenkomplex durchwegs positiv beurteilt. Je drei Fragen werden zu den Bereichen „soziale Rückendeckung“ und „Zusammenarbeit“ formuliert. Einzig die Austauschmöglichkeiten während der Arbeit über berufliche und private Dinge werden hier, insbesondere von den Österreicherinnen, etwas schlechter bewertet (Mittelwert 3,02 gegenüber 3,24 bei den Migrantinnen).

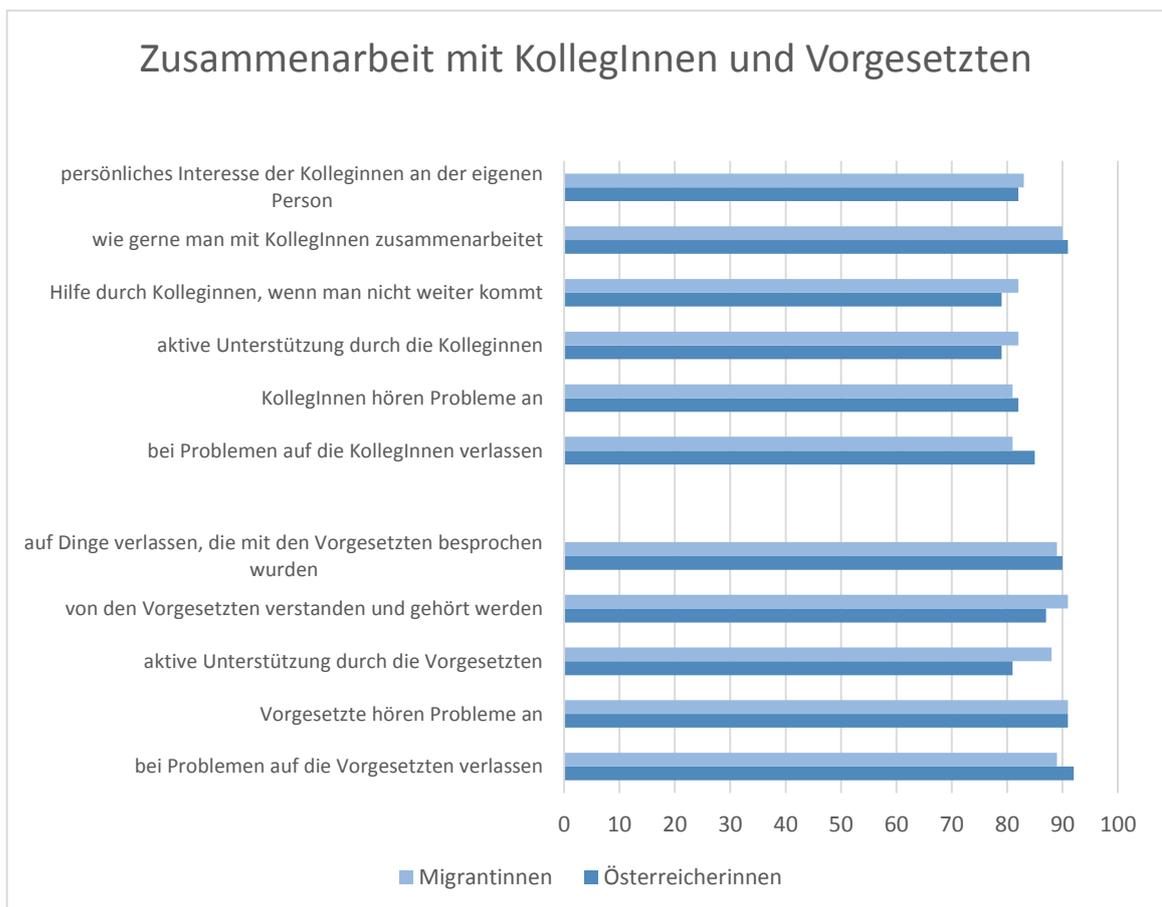


Abbildung 38: Zusammenarbeit mit Kolleginnen, Kollegen und Vorgesetzten. Antworten von „eher“ bis „völlig ausreichend“ zusammengefasst, in gültigen Prozent (eigene Darstellung)

Fragt man hingegen nicht nach den Ressourcen, sondern umgekehrt nach den Schwierigkeiten, die bei der Zusammenarbeit bestehen, ergeben sich deutlichere

Unterschiede. So werden Spannungen und schlechte Stimmung von 20 Prozent der Österreicherinnen „oft“ bis „immer“ angegeben. Bei den Migrantinnen meinen das nur 8 Prozent. Bei der Frage nach Konflikten und Streitereien beträgt der Prozentsatz 16 beziehungsweise 9. Das Gefühl, dass alle an einem Strang ziehen, teilen nur rund 45 Prozent beider Gruppen.

Eine weitere Variable des Organisationsklimas ist die Mitbestimmungsmöglichkeit. Mit den Mitsprachemöglichkeiten sind ganz allgemein 65 Prozent der Österreicherinnen und 71 Prozent der Migrantinnen „eher“ bis „sehr zufrieden“. Diese sind auch für rund 85 Prozent beider Gruppen „eher“ bis „sehr wichtig“. Im KFZA bestätigt sich dieses positive Bild. Der Mittelwert beträgt hier bei der Frage „Die Leitung unseres Betriebes ist bereit, die Ideen und Vorschläge der Beschäftigten zu berücksichtigen.“ 3,15 für Österreicherinnen und 3,2 für Migrantinnen. Die Autoren des KFZA geben einen Mittelwert von 3,08 an, der Handlungsbedarf ist somit gering (vgl. Frese et al. 1995: 128). Bei den Detailfragen im KFZA zeigt sich somit eine positive Einschätzung der Migrantinnen. Sie fühlen sich ausreichend informiert und haben auch häufiger das Gefühl, auf Entscheidungsprozesse Einfluss zu nehmen.

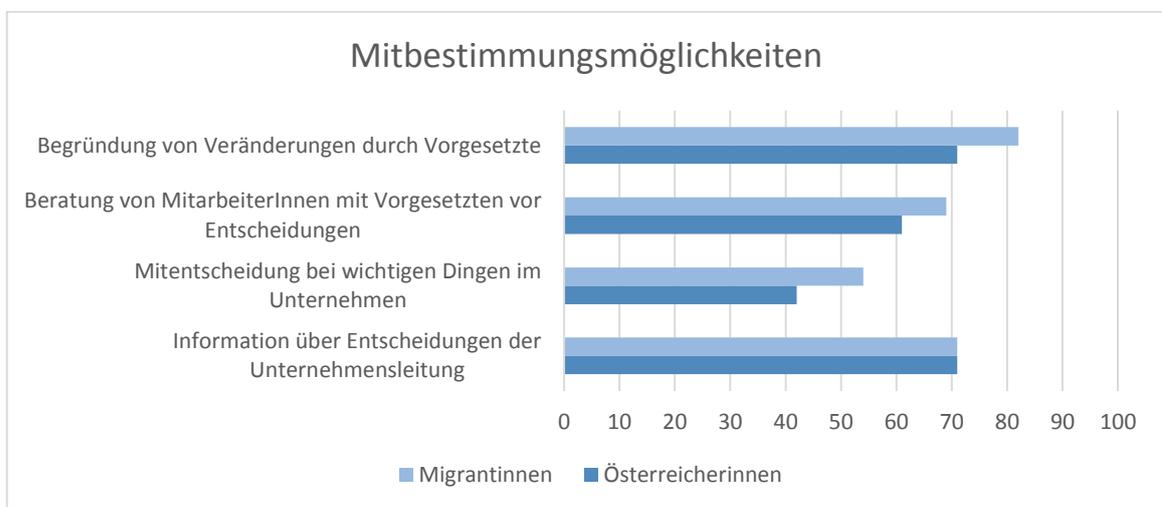


Abbildung 39: Mitbestimmungsmöglichkeiten im Unternehmen. Antworten von „eher“ bis „völlig ausreichend“ zusammengefasst, in gültigen Prozent (eigene Darstellung)

Auf die konkrete Tätigkeit herabgebrochen, bedeutet diese Mitbestimmungsmöglichkeit einen höheren Handlungsspielraum. Der KFZA widmet sich diesem Thema mit drei Fragen. Die Unterschiede der beiden Gruppen bei ISS sind gering, im Vergleich zu den Kennwerten der Autoren, zeigt sich allerdings ein deutlich reduzierter Handlungsspielraum.

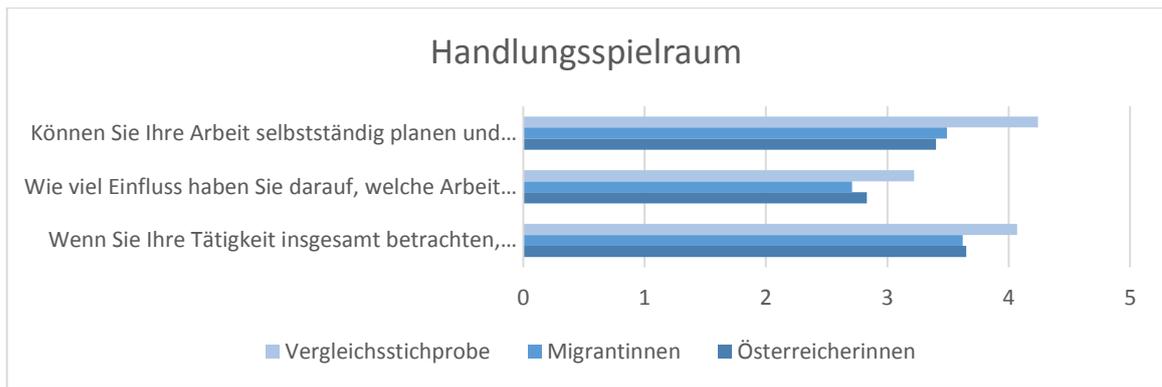


Abbildung 40: Handlungsspielraum. 0=sehr wenig, 5=sehr viel (eigene Darstellung)

5.4.2. Aufgabenanforderung und Tätigkeit

Das Thema Einkommen kann zu dieser Dimension gerechnet werden. 75 Prozent der Österreicherinnen und 80 Prozent der Migrantinnen sind damit „eher“ bis „sehr zufrieden“. Für 100 Prozent der Österreicherinnen und 97 Prozent der Migrantinnen ist dieses Thema „eher“ bis „sehr wichtig“.

Im KFZA werden Vielseitigkeit und Ganzheitlichkeit abgefragt. Beide Gruppen erleben die Ganzheitlichkeit der Tätigkeit sehr positiv, die Arbeiten wechseln allerdings zu selten. Auch wenig Neues kann dazugelernt werden. Was mit den Fragen „Unser Unternehmen bietet gute Weiterbildungsmöglichkeiten.“ und „Bei uns gibt es gute Aufstiegschancen.“ abgebildet ist. Für beide Gruppen ergibt sich hier bei der ersten Frage ein Mittelwert von 2,8 und bei der zweiten von 2,7. Somit besteht Handlungsbedarf.

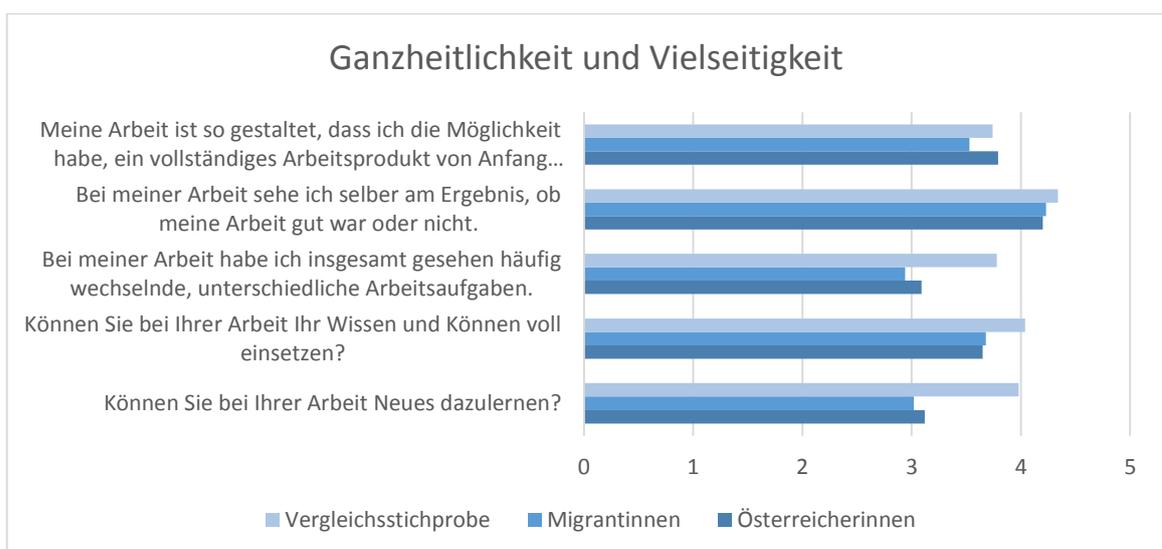


Abbildung 41: Ganzheitlichkeit und Vielseitigkeit. 0=sehr wenig, 5=sehr viel (eigene Darstellung)

Auch im BGF-Kompass bestätigt sich dieses Bild. Bei Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten ist immerhin ein Drittel der Österreicherinnen „eher nicht“ bis „sehr unzufrieden“ und 29 Prozent der Migrantinnen teilen diese Einstellung. Für 77 Prozent der Österreicherinnen und 81 Prozent der Migrantinnen ist dieses Thema „eher“ bis „sehr wichtig“. Auch bei den Karrieremöglichkeiten sind die Ergebnisse auf niedrigerem Niveau ähnlich. 61 Prozent der Österreicherinnen und 62 Prozent der Migrantinnen sind „eher“ bis „sehr zufrieden“. Als „eher“ bis „sehr wichtig“ bewerten dieses Thema 72 Prozent der Österreicherinnen und 85 Prozent der Migrantinnen.

5.4.3. Arbeitsumgebung

Migrantinnen sind häufiger mit den räumlichen Bedingungen zufrieden (93 gegenüber 86 Prozent). Für über 90 Prozent beider Gruppen ist dieses Thema auch „eher“ bis „sehr wichtig“. Im KFZA ergibt sich hier ebenfalls ein eher geringer Handlungsbedarf. Weitere Aspekte zu diesem Thema, wie etwa Staub und klimatische Einflüsse, wurden weiter oben bereits dargestellt.

5.4.4. Arbeitsorganisation

Zu diesem Bereich zählt das Thema Arbeitsmenge. Beide Gruppen sind sich einig, dass man schnell arbeiten muss. Fragt man danach, ob genug Zeit zur Verfügung steht, unterscheiden sie sich allerdings. Immerhin 57 Prozent der Migrantinnen bejahen dies mit „oft“ bis „immer“ und noch 32 Prozent können regelmäßig einen „ruhigen Gang“ einlegen.

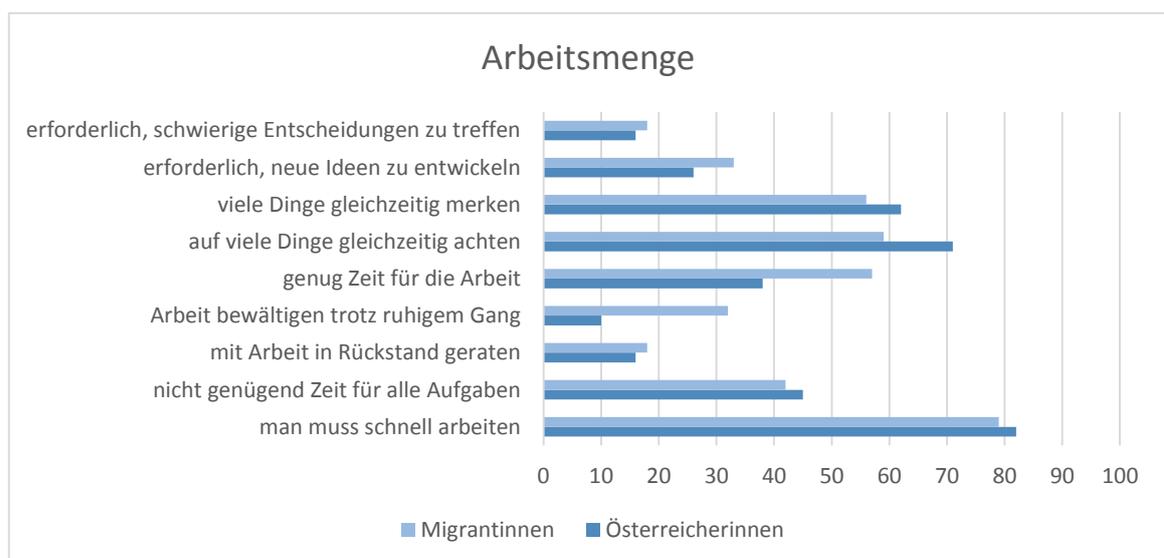


Abbildung 42: Arbeitsmenge. „oft“ bis „immer“ zusammengefasst, in gültigen Prozent (eigene Darstellung)

Auch im KFZA werden Zeitdruck und Arbeitsmenge mit Mittelwerten um 3 angegeben und sind somit bei der Planung von Maßnahmen zu berücksichtigen. Bei diesen Fragen zeigen sich allerdings keine nennenswerten Unterschiede der beiden Gruppen.

Arbeitsunterbrechungen (Material fehlt, Unterbrechung der eigentlichen Tätigkeit durch andere) und qualitative Arbeitsbelastungen (komplizierte Tätigkeit und hohe Konzentrationsanforderung), sind hingegen von untergeordneter Bedeutung.

Zum Thema „Informationsmängel“ werden folgende Fragen gestellt: „Über wichtige Dinge und Vorgänge in unserem Betrieb sind wir ausreichend informiert.“ und „Die Leitung unseres Betriebes ist bereit, die Ideen und Vorschläge der Beschäftigten zu berücksichtigen“. Für beide Gruppen liegt der Mittelwert der ersten Frage bei rund 3,3 und bei 3,2 für die zweite.

5.4.5. Diskussion der erhobenen Arbeitsplatzfaktoren

Umgebungsbedingungen sind wichtig, aber oft schwer beeinflussbar. Bereits bei den gesundheitlichen Beschwerden mit Arbeitsplatzbezug waren ergonomische Bedingungen indirekt ein Thema. Neben der bereits angesprochenen optimalen Gestaltung von Arbeitsmitteln, würde hier die Ausbildung von ergonomisch Geschulten Sinn machen: Migrantinnen, die zielgruppengerechte Informationen über gesunde Körperhaltung und die physiologische Ausführung von Tätigkeiten vermitteln. Auch die direkten Vorgesetzten und Projektplaner sollten diesbezüglich fortgebildet werden, um bereits beim Neustart von Objekten diesen Aspekt entsprechend berücksichtigen zu können.

Neben den schweren Lasten und ungünstigen Körperhaltungen spielen weitere Umgebungsbedingungen eine Rolle. Klimatische Faktoren und Einflüsse wie Staub und Schmutz sind allerdings für Maßnahmen nur schwer zugänglich, da sie von den Gegebenheiten vor Ort bei den Kundinnen und Kunden abhängen und somit nicht direkt von ISS beeinflussbar sind. Bewusstseinsbildung aufseiten der Betriebe, welche die Dienstleistungen von ISS in Anspruch nehmen, ist hier oft die einzige Möglichkeit der Intervention. Die Anerkennung der schwierigen Arbeitsbedingungen alleine, könnte aber bereits eine Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung bedingen, den der Tätigkeit zugeschriebenen Sinn vermehren und das Gefühl, etwas geleistet zu haben, steigern. Dies sind Aspekte, die bei den Migrantinnen weniger stark

ausgebildet sind als bei den Österreicherinnen und besonders förderungswert scheinen. Konzepte, wie die vermehrte Tagesreinigung, also die Reinigung während der Öffnungszeiten der beauftragenden Firmen, sind ein Schritt zur Sichtbarmachung der geleisteten Arbeit.

Dass die Mitarbeiterinnen mit den räumlichen Verhältnissen größtenteils zufrieden sind, steht in deutlichem Gegensatz zu den arbeitsmedizinischen Erfahrungen, die im Rahmen von zahlreichen Arbeitsplatzbegehungen entstanden. Alle befragten Frauen haben offensichtlich geringere Ansprüche als in diesem Punkt von Expertenseite erwartet wurde.

Bei beiden Gruppen stellt die Kommunikation als Teil des Organisationsklimas eine Ressource dar. Zusätzliche Austauschgelegenheiten über private und berufliche Dinge sollten, den Ergebnissen dieser Studie folgend, allerdings geschaffen werden. Teambesprechungen, bei ISS als *Toolbox Meetings* bezeichnet, könnten einen adäquaten Rahmen hierfür bilden. Auch dem Vermitteln gemeinsamer Ziele kann dieses Setting dienen, empfinden immerhin 55 Prozent der Mitarbeiterinnen es nicht als gegeben, dass alle an einem Strang ziehen.

Mit der Information und Mitsprache zeigen sich beide Gruppen einigermaßen zufrieden, der Mittelwert um 3 im KFZA legt hier zumindest Diskussionsbedarf nahe. Auch hier geht es darum, über die einzelnen Hierarchieebenen hinweg, Informationen zeitnah und ungefiltert weiterzugeben. Neben der Firmenzeitung, der Betriebsratszeitung und den bereits angesprochenen *Toolbox Meetings*, könnten hier die Neuen Medien eine gute Kommunikationsplattform bieten.

Um Verbindungen zu Verwandten, Freundinnen und Freunden im Heimatland zu pflegen, werden digitale Medien von Migrantinnen und Migranten intensiv genutzt. Eine digitale Kluft und somit ein Wissensrückstand gegenüber Europäerinnen und Europäern besteht nicht. Oft sind Zugewanderte sogar digitale Vorreiterinnen und Vorreiter und somit ist mit hoher Kompetenz bei der Nutzung zu rechnen (vgl. Köver 2015: o.S.). Dies sollte sich aus meiner Sicht ein Unternehmen mit einer hohen Dichte junger Migrantinnen zu Nutzen machen.

Ein weiterer Aspekt des Organisationsklimas ist der Handlungsspielraum. Unterschiede zwischen Migrantinnen und Österreicherinnen gibt es hier nur marginal, ein

Handlungsbedarf für beide Gruppen besteht allerdings. Vor allem der fehlende Einfluss auf die zugeteilte Arbeit macht Maßnahmen nötig. Um Mitarbeiterinnen die Auswahl der Tätigkeit zu ermöglichen, sollten sie auf mehrere Bereiche in ihrem Objekt eingeschult werden, um eine Rotation zu erlauben. Dies würde auch dem Bedürfnis nach mehr Vielseitigkeit entgegenkommen.

Ebenfalls für beide Gruppen ein wichtiger Punkt sind die fehlenden Fortbildungs- und Aufstiegschancen. Firmeninterne Schulungen, die allen offenstehen, sind ein Ansatz in diesem Bereich. Mitarbeiterinnengespräche, auch im gewerblichen Bereich, um Ziele mit den Mitarbeiterinnen festzulegen, ein anderer. Positivbeispiele für beruflichen Aufstieg sollten kommuniziert werden. Vertreterinnen der Zielgruppe, die von der Reinigungskraft bis zur Servicemanagerin aufgestiegen sind, könnten beispielsweise ihre Erfolgsgeschichte in der Firmenzeitung erzählen und somit als Vorbilder fungieren.

Die Ergebnisse dieser empirischen Arbeit deuten außerdem darauf hin, dass Migrantinnen mit engen zeitlichen Vorgaben und hoher Leistungsdichte besser zurechtkommen als österreichische Mitarbeiterinnen. Da sich für die Themen Zeitdruck und Arbeitsmenge aber im KFZA bei beiden Gruppen ein Mittelwert um 3 und somit Handlungsbedarf ergab, sollten in diesem Bereich ebenfalls Maßnahmen abgeleitet werden. Eine Häufung von Arbeitsunfällen, sowie psychische (Fehl-)Belastungen könnten dadurch vermieden werden.

5.5. Resümee und Ausblick

Die Ergebnisse dieser wissenschaftlichen Arbeit überraschen und bieten einen differenzierten Blick auf die Gesundheit von Migrantinnen und deren Erleben von Belastungen am Arbeitsplatz. Die prekäre gesundheitliche Situation von Ausländerinnen, die durch vorhandene statistische Daten gestützt wird, bestätigt sich nicht. Die bei ISS in den Arbeitsprozess integrierten Frauen mit Migrationshintergrund legen teilweise sogar eine positivere Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes als Österreicherinnen an den Tag und werden von Arbeitsumgebungsbedingungen weniger belastet.

Somit bewahrheitet sich die formulierte Hypothese, allerdings in eine unerwartete Richtung. Die Differenz des Ergebnisses zu den offiziellen statistischen Daten, die für die Gesamtheit der in Österreich lebenden Migrantinnen erhoben werden, deutet auf einen stattfindenden Selektionsprozess hin.

Wie bereits dargestellt, ist der Migrationsprozess an sich schon eine Auswahl, die als *Healthy Migrant Effect* bezeichnet wird und der sich nur die gesündesten Personen aussetzen (vgl. Allemann-Ghionda/Hallal 2011: 173f.; Pollack 2016: 32). Dieser Mechanismus trifft im Kontext der vorliegenden Arbeit auf den *Healthy Worker Effect*, also auf die Tatsache, dass Unternehmen gesündere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einstellen und weniger gesunde rascher den Arbeitsplatz verlassen. Durch diesen Umstand kommt es zu statistisch nachweisbaren Unterschieden der arbeitenden, verglichen mit der gesamten Population (vgl. Checkoway et al. 2007: 565).

Diese beiden Effekte könnten der Grund für die überdurchschnittlich gesunden ausländischen Mitarbeiterinnen im Beschäftigungsverhältnis bei ISS sein. Daten, die für die Grundgesamtheit der Migrantinnen in Österreich erhoben werden, lassen sich somit nicht ohne weiteres auf Beschäftigte übertragen und vice versa.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit bestärken diesen Gedanken. Die befragten Migrantinnen klagen seltener über körperliche Beschwerden und fühlen sich durch ihre Arbeit weniger belastet als ihre österreichischen Kolleginnen. Daneben verfügen sie über Strategien, mit Zeitdruck und hoher Arbeitsmenge gut umzugehen.

Trotz der erfreulich guten Gesundheit der untersuchten Gruppe, macht eine Beachtung von Vielfalt in Unternehmen bei der Entwicklung von Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung jedenfalls Sinn. Denn einerseits handelt sich bei den ausländischen Beschäftigten um ein resilientes Kollektiv, dessen Kompetenzen es optimal zu fördern und zu nutzen gilt. Andererseits machen Unterschiede in Details, wie dem geringen Bewegungsumfang oder dem geringeren Selbstwertgefühl am Arbeitsplatz, eine andere Akzentuierung von Maßnahmen notwendig. Unberührt vom guten Gesundheitszustand der Migrantinnen sind außerdem Barrieren wie die Sprache, ständig gegenwärtig und bedürfen einer zielgruppengerechten Projektgestaltung.

Im Rahmen des Projektes zur Betrieblichen Gesundheitsförderung bei ISS wurde bereits ein Konzept erstellt, das an die gesamte Belegschaft adressiert ist. Mit Hilfe der Ergebnisse der vorliegenden Arbeit können die bislang aus Gesundheitszirkeln abgeleiteten Maßnahmen auf ihre Treffsicherheit in Bezug auf Aspekte der Vielfalt überprüft werden. Ein kultursensibles Handeln im Unternehmen kann die Folge sein und Unterschiede als Chance zu erkennen, wird möglich.

Mit dieser Arbeit wurden aber nicht nur Antworten gegeben, sondern auch weitere Fragen ans Licht gebracht, deren zukünftige Bearbeitung lohnend erscheint. Beispielsweise wäre eine Differenzierung nach Herkunftsländern interessant, um der Diversität der Zugewanderten besser zu entsprechen. Ob die gefundenen Ergebnisse für die großen Gruppen der Rumäninnen, Ex-Jugoslawinnen und Türkinnen gleichermaßen zutreffen, könnte in einer weiterführenden Befragung geklärt werden. Insbesondere die größte Gruppe, die der Rumäninnen, wäre separat zu betrachten, da die Gesundheitsdaten, mit denen die Vergleiche angestellt wurden, diesen Personenkreis größtenteils aussparen.

Außerdem bedarf die Frage, warum ältere Frauen mit Migrationshintergrund am Arbeitsplatz unterrepräsentiert sind, einer weiteren Erforschung. Was die Gründe für die deutlich jüngere Belegschaft mit Migrationshintergrund sind und welche Maßnahmen auch ältere Zuwanderinnen im Arbeitsprozess halten können, sollte noch geklärt werden.

V Literaturverzeichnis

- Adler, Victor (1888): Die Lage der Ziegelerbeiter. In: Callesen, Gerd/Maderthaler, Wolfgang (Hrsg.) (2011): Briefwechsel. Viktor Adler – Friedrich Engels. Berlin: Akademie-Verlag. S. 118-123.
- Akbal, Safire (1998): Migrant/innen in Österreich und Europa – ihre mangelnde Integration im Gesundheitswesen und Perspektiven. In: David, Matthias/Borde, Theda/Kentenich, Heribert (Hrsg.): Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag. S. 115-120.
- Allemann-Ghionda, Christina (2011): Orte und Worte der Diversität – gestern und heute. In: Allemann-Ghionda, Christina/Bukow, Wolf-Dietrich (Hrsg.): Orte der Diversität. Formate, Arrangements und Inszenierungen. In: Interkulturelle Studien. Hrsg. durch Georg Auernheimer et al. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 15-34.
- Allemann-Ghionda, Christina/Hallal, Houda (2011): Interkulturalität, Gesundheit und Medizin. In: Allemann-Ghionda, Christina/Bukow, Wolf-Dietrich (Hrsg.): Orte der Diversität. Formate, Arrangements und Inszenierungen. In: Interkulturelle Studien. Hrsg. durch Georg Auernheimer et al. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 173-190.
- Altgeld, Thomas (2006): Gesundheitsförderung: Eine Strategie für mehr gesundheitliche Chancengleichheit jenseits von kassenfinanzierten Wellnessangeboten und wirkungslosen Kampagnen. In: Hurrelmann, Klaus/Richter, Matthias (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen. Probleme. Konzepte. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 389-404.
- Andriks, Marion (2015a): Megatrends und Diversity & Inclusion in Organisationen. In: Andriks, Marion/Pauser, Norbert (Hrsg.): Realisierung von Diversity & Inclusion. Wien: facultas Universitätsverlag. S. 35-46.
- Andriks, Marion (2015b): „To tell or not to tell“ – Nicht sichtbare Kerndimensionen von Diversity & Inclusion. In: Andriks, Marion/Pauser, Norbert (Hrsg.): Realisierung von Diversity & Inclusion. Wien: facultas Universitätsverlag. S. 109-115.
- Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit [Originalausgabe 1987: Unraveling the Mystery of Health – How People Manage Stress and Stay Well]. In: Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, Bd. 36. Deutsche und erweiterte Hrsg. durch Alexa Franke. Tübingen: DGVT Verlag.
- Anzenberger, Judith/Bodenwinkler, Andrea/Breyer, Elisabeth (2014): Migration und Gesundheit. Literaturbericht zur Situation in Österreich. Im Auftrag der Arbeiterkammer Wien und des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.
- Anzenberger, Judith/Bodenwinkler, Andrea/Breyer, Elisabeth (2015): Migration und Gesundheit. Literaturbericht zur Situation in Österreich. Im Auftrag der Arbeiterkammer Wien und des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien: Gesundheit Österreich GmbH.

- Ärzte Zeitung (2015): Sprache bleibt die höchste Barriere. Online im Internet unter http://www.aerztezeitung.de/politik_gesellschaft/article/883013/migranten-versorgung-sprache-bleibt-hoechste-barriere.html [Zugriff 10.01.2016].
- Badura, Bernhard/Steinke, Mika (2011): Präsentismus. Ein Review zum Stand der Forschung. Hrsg. Durch Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund: ohne Verlag.
- Badura, Bernhard/Walter, Uta/Hehlmann, Thomas (Hrsg.) (2010): Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. 2. Aufl. Heidelberg: Springer.
- Baldaszi, Erika/Faßmann, Heinz/Fuchs, Regina/Kytir, Josef/Marik-Lebeck, Stephan/Rumpolt, Peter Alexander/ Wisbauer, Alexander (2015): migration & integration. zahlen. daten. indikatoren 2015. Erstellt von Statistik Austria. Kommission für Migrations- und Integrationsforschung. Wien: ohne Verlag. Online im Internet unter http://www.integrationsfonds.at/fileadmin/content/AT/Downloads/Publikationen/Statistisches_Jahrbuch_migration_integration_2015_.pdf [Zugriff 24.03.2016].
- Berg, Giseline (1998a): Subjektive Krankheitskonzepte – eine kommunikative Voraussetzung für die Arzt-Patienten-Interaktion? In: David, Matthias/Borde, Theda/Kentenich, Heribert (Hrsg.): Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag. S. 81-94.
- Berg, Giseline (1998b): Migranten. In: Badura, Bernhard/Leidl, Reiner/Raspe, Heiner/ Schwartz, Friedrich Wilhelm/Siegrist, Johannes: Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Urban und Schwarzenberger. S. 549-556.
- Berninghausen, Jutta/Hecht-EI Minshawi, Beatrice (2011): Im Fokus: Managing Diversity. In: Allemann-Ghionda, Christina/Bukow, Wolf-Dietrich (Hrsg.): Orte der Diversität. Formate, Arrangements und Inszenierungen. In: Interkulturelle Studien. Hrsg. durch Georg Auernheimer et al. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 209-220.
- Biff, Gudrun (2011): Deckung des Arbeitskräftebedarfs durch Migration in Österreich. Studie des Nationalen Kontaktpunkts Österreich im Europäischen Migrationsnetzwerk. Hrsg. durch Internationale Organisation für Migration Wien. Wien: ohne Verlag.
- Blattner, Andrea/Elsigan, Gerhard (2015): Leitfaden Psychische Gesundheit. Kombinierte Umsetzung der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen gem. ASchG bzw. B-BSG und Betrieblicher Gesundheitsförderung. Hrsg. durch Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Wien: ohne Verlag.
- Blume, Andreas (2010): Integration von BGM. In: Badura, Bernhard/Walter, Uta/Hehlmann, Thomas: Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. 2. Aufl. Heidelberg: Springer. S. 273-288.
- Blümel, Stephan/Borde, Theda (2015): Gesundheitsförderung und Migrationshintergrund. Köln: ohne Verlag. Online im Internet unter <http://www.leitbegriffe.bzga.de/alphabetisches-verzeichnis/gesundheitsfoerderung-und-migrationshintergrund/> [Aktualisierung 21.05.2015; Zugriff 26.04.2016].

- Brähler, Elmar/Gunzelmann, Thomas/Leppert, Karena/Schumacher, Jörg/ Strauß, Bernhard (2005): Die Resilienzskala Ein Fragebogen zur Erfassung der psychischen Widerstandsfähigkeit als Personmerkmal. In: Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie. 53. Jg. Nr. 1, S. 16-39.
- Brösskamp-Stone, Ursel/Kickbusch, Ilona/Walter, Ulla (1998): Gesundheitsförderung. In: Badura, Bernhard/Leidl, Reiner/Raspe, Heiner/ Schwartz, Friedrich Wilhelm/Siegrist, Johannes: Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Urban und Schwarzenberger. S. 141-150.
- Brožek, Dorothea (2015): Kommunikation und Sprache im Kontext von Diversity & Inclusion. In: Andriik, Marion/Pauser, Norbert (Hrsg.): Realisierung von Diversity & Inclusion. Wien: facultas Universitätsverlag. S. 119-123.
- Brugger, Peter/Lenggenhager, Bigna/Giummarra, Melita J. (2013): Xenomelia: a social neuroscience view of altered bodily self-consciousness. In: *frontiers in Psychology*. Bd. 4, Art. 204, S. 1-7. Online im Internet unter <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2013.00204> [Zugriff 28.02.2016].
- Bukow, Wolf-Dietrich (2011): Zur alltäglichen Vielfalt von Vielfalt – postmoderne Arrangements und Inszenierungen. In: Allemann-Ghionda, Christina/Bukow, Wolf-Dietrich (Hrsg.): Orte der Diversität. Formate, Arrangements und Inszenierungen. In: Interkulturelle Studien. Hrsg. durch Georg Auernheimer et al. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 35-54.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2014): Migrationsbericht des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge im Auftrag der Bundesregierung (Migrationsbericht 2014). Ohne Ort: Ohne Verlag. Online im Internet unter http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Migrationsberichte/migrationsbericht-2014.pdf?__blob=publicationFile [Zugriff 12.02.2016].
- Bundeskanzleramt (Hrsg.) (2016): Allgemeine Einbürgerungsvoraussetzungen. Wien: ohne Verlag. Online im Internet unter <https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/content/26/Seite.260421.html> [Zugriff 14.02.2016].
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.) (2009a): Chancengleichheit. Das Gleichbehandlungsrecht in Österreich. 3. Aufl. Wien: ohne Verlag. Online im Internet unter <http://www.gleichbehandlungs-anwaltschaft.at/DocView.axd?CobId=32039> [Zugriff 21.02.2016].
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz (Hrsg.) (2009b): Leitfaden für Reinigungskräfte, Objektleiter/innen und Auftraggeber/innen. Wien: Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz.
- Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz, Zentral-Arbeitsinspektorat (Hrsg.) (2013): Bewertung der Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen im Rahmen der Kontroll- und Beratungstätigkeit. Wien: ohne Verlag. Online im Internet unter http://www.arbeitsinspektion.gv.at/cms/inspektorat/download.html?channel=CH3607&doc=CMS1449750570190&permalink=leitfaden_psych-eval [Zugriff 16.04.2016].
- Bundesministerium für Bildung und Frauen (Hrsg.) (2014): Tradition und Gewalt an Frauen. Wien: Bundesministerium für Bildung und Frauen.

- Bundesministerium für Bildung und Frauen, Abt. IV/3 (Hrsg.) (2015): Geschlechtergerechter Sprachgebrauch. Empfehlungen und Tipps. Wien: Bundesministerium für Bildung und Frauen, Abt. IV/3. Online im Internet unter https://www.bmbf.gv.at/frauen/gleichbehandlung/sq/lf_gg_sprachgebrauch.pdf?58jbr7 [Zugriff 13.05.2016].
- Bundesministerium für Inneres (2016): Asylstatistik 2015. Wien: ohne Verlag. Online im Internet unter http://www.bmi.gv.at/cms/BMI_Asylwesen/statistik/files/Asyl_Jahresstatistik_2015.pdf [Zugriff 01.05.2016].
- Charta der Vielfalt e.V. (2011): Diversity Dimensionen. Berlin: ohne Verlag. Online im Internet unter <http://www.charta-der-vielfalt.de/diversity/diversity-dimensionen.html> [Zugriff 26.04.2016].
- Checkoway, Harvey/Kriebel, David/Pearce, Neil (2007): Bias in occupational epidemiology studies. In Occupational and Environmental Medicine. Bd. 64, Nr. 8, S. 562-568. Online im Internet unter <http://doi.org/10.1136/oem.2006.026690> [Zugriff 28.05.2016].
- Christlichsoziale Arbeiter-Zeitung (1928): Soziales. Schutz der Gesundheit und des Lebens der Arbeiter. Wien: 29.12.1928, 33. Jg., Nr. 52. Online im Internet unter <http://anno.onb.ac.at/cgi-content/anno?aid=caz&datum=19281229&seite=9&zoom=33&query=%22gesundheitsf%C3%B6rderung%22&provider=P03&ref=anno-search> [Zugriff 13.05.2016].
- Collatz, Jürgen (1998): Kernprobleme des Krankseins in der Migration. In: David, Matthias/Borde, Theda/Kentenich, Heribert (Hrsg.): Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag. S. 33-58.
- Czollek, Leah Carola/Perko, Gudrun (2008): Gender und Diversity gerechte Didaktik: ein intersektionaler Ansatz. In: MAGAZIN erwachsenenbildung.at. Das Fachmedium für Forschung, Praxis und Diskurs. Nr. 3/2008, Abschnitt 7, S. 1-25. Online im Internet unter <http://www.erwachsenenbildung.at/magazin/08-3/meb08-3.pdf> [Zugriff 26.02.2016].
- David, Matthias/Borde, Theda (1998): Zur schwierigen Begrifflichkeit. In: David, Matthias/Borde, Theda/Kentenich, Heribert (Hrsg.): Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag. S. 7-9.
- David, Matthias/Borde, Theda/Brenne, Silke/Ramsauer, Babett/Heinrich, Wolfgang/Breckenkamp, Jürgen/Razum, Oliver (2014): Comparison of Perinatal Data of Immigrant Women of Turkish Origin and German Women – Results of a Prospective Study in Berlin. Perinataldaten von türkeistämmigen Migrantinnen und deutschen Frauen im Vergleich – Ergebnisse einer prospektiven Studie in Berlin. In Geburtshilfe und Frauenheilkunde. Bd. 74. Nr. 4. S. 441-448. Online im Internet unter <https://doi.org/10.1055/s-0034-1368489> [Zugriff 26.04.2016].
- Der Neue Brockhaus. Allbuch in vier Bänden und mit Atlas (1937): F. A. Brockhaus: Leipzig. Bd. 2, Art. Gesundheit.

- Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V. (2015): Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin und Prävention – Definition. München: ohne Verlag. Online im Internet unter <http://www.dgaum.de/arbeitsmedizin-amp-betriebsmedizin/> [Zugriff 28.04.2016].
- Eissing, Günter/Düsterhaus, Annette (2015): Der Einfluss sozialer Faktoren auf den „Body Mass Index“. Auswertung der Daten der Dortmunder Schuleinganguntersuchung. In: Prävention und Gesundheitsförderung. Nr. 10, S. 328-334. Und Online im Internet unter <https://doi.org/10.1007/s11553-015-0515-0> [Zugriff 15.02.2016].
- Elkeles, Thomas (1998): Arbeitende und Arbeitslose. In: Badura, Bernhard/Leidl, Reiner/Raspe, Heiner/ Schwartz, Friedrich Wilhelm/Siegrist, Johannes: Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Urban und Schwarzenberger. S. 516-524.
- ENWHP (Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung) (1997): Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union. Ohne Ort: ohne Verlag. Online im Internet unter <http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/portal/bgfportal/content/content-Window?contentid=10008.571226&action=b&cacheability=PAGE&version=1391192956> [Zugriff 01.04.2016].
- Ethno Medizinisches Zentrum e.V. (o.J.): Mit Migranten für Migranten – MiMi GesundheitslotsInnen für Wien und Oberösterreich. Online im Internet unter http://www.ethno-medizinisches-zentrum.de/index.php?option=com_content&view=article&id=41&Itemid=41 [Zugriff 10.03.2016].
- Fonds Gesundes Österreich (2015): Information für Antragsteller/innen von Projekten der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Wien. Ohne Verlag. Online im Internet unter <http://www.fgoe.org/presse-publikationen/downloads/factsheets-und-leitfaden/factsheet-information-fur-antragsteller-innen-von-projekten-der-betrieblichen-gesundheitsforderung/2015-09-30.8361334686/download> [Zugriff 01.05.2016].
- Frese, Michael/Hartmannsgruber, Klaus/Prümper, Jochen (1995): KFZA. Kurz-Fragebogen zur Arbeitsanalyse. In: Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie. 39. Jg., Nr. 3, S. 125-132.
- Friesenbichler, Herbert/Prümper, Jochen (2015): Der KFZA – Kurzfragebogen zur Arbeitsanalyse als Onlinetool der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt. In: personal manager, Nr. 2, März/April 2015, S. 24-27.
- Geiger, Ingrid Katharina/Razum, Oliver (2016): Migration und Gesundheit. In: Hurrelmann, Klaus/Razum, Oliver (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 6. Auflage. Weinheim: Beltz Juventa. S. 609-637.
- Gestring, Norbert/Janßen, Andrea/Polat, Ayça (2006): Prozesse der Integration und Ausgrenzung. Türkische Migranten der zweiten Generation. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Glier, Barbara/Erim, Yesim (2004): Schmerz bei Migranten aus der Türkei. In: Basler, Heinz-Dieter/Franz, Carmen/Kröner-Herwig, Birgit/Rehfish, Hans-Peter (Hrsg.): Psychologische Schmerztherapie. 5. Aufl. Berlin: Springer. S. 227-242.

- Gregersen, Sabine (2006): Der Beitrag der Unfallversicherung am Beispiel der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege. In: Hurrelmann, Klaus/Richter, Matthias (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen. Probleme. Konzepte. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 436-446.
- Gregorits, Petra (2015): Mehrwert oder mehr Werte. Soziale und technologische Innovationen durch Diversity Marketing. In: Andriik, Marion/Pauser, Norbert (Hrsg.): Realisierung von Diversity & Inclusion. Wien: facultas Universitätsverlag. S. 77-79.
- Groth, Sylvia (1999): Bewegte Frauengesundheit. Die österreichische Frauengesundheitsbewegung und die frauenspezifische Gesundheitsförderung des Frauengesundheitszentrums Graz. In: Groth, Sylvia/Rásky, Éva (Hrsg.): Frauengesundheit. Innsbruck: Studien Verlag. S. 82-95.
- Grützmann, Tatjana/Rose, Christina/Peters, Tim (2012): Interkulturelle Kompetenz in der medizinischen Praxis. In: Ethik in der Medizin. Bd. 24, Nr. 4. S. 323-334. Online im Internet unter <https://doi.org/10.1007/s00481-012-0223-7> [Zugriff 03.03.2016].
- Hasselhorn, Hans-Martin/Hofmann, Friedrich/Michaelis, Martina/Nübling, Matthias/Stößel, Ulrich (2005): Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen. Erprobung eines Messinstrumentes (COPSOQ). In: Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Forschung Fb 1058. Hrsg. durch Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund: Wirtschaftsverlag NW. Online im Internet unter <https://www.copsoq.de/assets/pdf/BUCH-coposq-dt-baua-2005-Fb1058.pdf> [Zugriff 10.05.2016].
- Hausbichler, Beate (2016): Kultur als Nebelmaschine für Geschlechterdebatten. In: Der Standard, 05./06.03.2016, Nr. 8231, S. 2.
- Hilbert, Sabine/Rigler, Maria/Schwanzler, Susanne (2006): Leitfaden geschlechtergerechtes Formulieren. Empfehlung des Arbeitskreises Gender Mainstreaming in der NÖ Landesverwaltung. Hrsg. durch Gender Mainstreaming Arbeitskreis Amt der NÖ Landesregierung. St. Pölten: ohne Verlag. Online im Internet unter <http://frauensprache.com/sprachleitfaden.pdf> [Zugriff 12.05.2016].
- Hochleitner, Margarethe (1999): Schlagen Frauenherzen anders? Herzerkrankungen und Geschlecht am Beispiel Tirol. In: Groth, Sylvia/Rásky, Éva (Hrsg.): Frauengesundheit. Innsbruck: Studien Verlag. S. 45-56.
- Huber, Machteld/Knottnerus, J. André/Green, Lawrence/Horst, Henriëtte van der/Jadad, Alejandro R./Kromhout, Daan/ Leonard, Brian/ Lorig, Kate/ Loureiro, Maria Isabel/Meer, Jos W. M. van der/Schnabel, Paul/Smith, Richard/Weel, Chris van/Smid, Henk (2011): Health: How should we define it? In: BMJ: British Medical Journal. Bd. 343, Nr. 7817, S. 235-237.
- Huber, Silke (2010): Betriebliches Gesundheitsmanagement und Personalmanagement. In: Esslinger, Adelheid Susanne/Emmert, Martin/Schöffski, Oliver (Hrsg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Mit gesunden Mitarbeitern zu unternehmerischem Erfolg. Wiesbaden: Gabler Verlag. S. 67-87.

- Hurrelmann, Klaus/Laaser, Ulrich/Razum, Oliver (2016a): Entwicklung und Perspektiven der Gesundheitswissenschaften in Deutschland In: Hurrelmann, Klaus/Razum, Oliver (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 6. Auflage. Weinheim: Beltz Juventa. S. 15-51.
- Hurrelmann, Klaus/Laaser, Ulrich/Richter, Matthias (2016b): Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, Klaus/Razum, Oliver (Hrsg.): Handbuch Gesundheitswissenschaften. 6. Auflage. Weinheim: Beltz Juventa. S. 661-691.
- Ickert, Günter (2001): Paracelsus und die Gesundheit. In: Pöldinger, Walter (Hrsg.): Gesundheit und Krankheit bei Paracelsus. Vorträge 2000. Salzburger Beiträge zur Paracelsusforschung. Folge 34. Wien: Österreichischer Kunst- und Kulturverlag.
- Initiative Minderheiten (2004): Gastarbjeteri. 40 Jahre Arbeitsmigration. Stationen. Anwerbestelle Narmanlı Han 1964. Wien: ohne Verlag. Online im Internet unter <http://gastarbajteri.at/im/1071105950479/107459990277/106665530413> [Zugriff 29.04.2016].
- ISS Austria Holding GmbH (2013): Unsere Mitarbeiter sind unser Kapital. Basis Pressemappe 2013. Wien: ohne Verlag. Online im Internet unter <http://www.at.issworld.com/-/media/issworld/at/mig/presse-aktuelles/documents/pressemappe/pm-iss-20130611.pdf> [Zugriff 06.05.2016].
- ISS Austria Holding GmbH (2016a): Mitarbeiterliste 2016-02. [Unveröffentlichtes Dokument].
- ISS Austria Holding GmbH (2016b): Organigramm ISS Oesterreich 2016. [Unveröffentlichtes Dokument].
- ISS Austria Holding GmbH (2016c): Sammelreport 2016-02. [Unveröffentlichtes Dokument].
- ISS World Services A/S (2016a): Corporate Responsibility Report 2015 – integrated in our strategy to achieve our vision. Søborg: ohne Verlag. Online im Internet unter <http://www.responsibility.issworld.com/report2015/> [Zugriff 02.05.2016].
- ISS World Services A/S (2016b): Group Annual Report 2015. Søborg: ohne Verlag. Online im Internet unter <http://www.annualreport.issworld.com/2015/> [Zugriff 02.05.2016].
- Karl-Trummer, Ursula/ Novak-Zezula, Sonja/Sardadvar, Sascha (2012): Gesundheit im urbanen Raum Die Bedeutung von sozioökonomischer Position und Migrationsstatus als Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Wiener Bevölkerung. Factsheet. Wien: ohne Verlag. Online im Internet unter http://c-hm.com/wp-content/uploads/2015/08/Fact_Sheet_Gurr.pdf [Zugriff 16.02.2016].
- Kentenich, Heribert (1998): Einführung. In: David, Matthias/Borde, Theda/Kentenich, Heribert (Hrsg.): Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag. S. 11-15.

- Kentenich, Heribert/David, Matthias/Yüksel, Emine/Pette, Götz M. (1998): Türkische Patientinnen in der Gynäkologie: Probleme – Mißverständnisse – Lösungsansätze. In: David, Matthias/Borde, Theda/Kentenich, Heribert (Hrsg.): Migration und Gesundheit. Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag. S. 121-144.
- Kentner, Michael (2011): Betriebliches Gesundheitsmanagement und Fehlzeitenanalyse. In: Kentner, Michael/Schiele, Rainer/Triebig, Gerhard (Hrsg.): Arbeitsmedizin. Handbuch für Theorie und Praxis. 3. vollständig neubearbeitete Auflage. Stuttgart: Gentner Verlag. 687-697.
- Keupp, Heiner (2013): Gesundheit. In: Kulig, Wolfram/Schirbort, Kerstin/Theunissen, Georg (Hrsg.): Handlexikon Geistige Behinderung. Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik. 2. überarbeitete und erweiterte Aufl. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. S. 159-162.
- Knipper, Michael/Bilgin, Yasar (2009): Migration und Gesundheit. St. Augustin: Konrad Adenauer Stiftung e.V.
- Knörr, Jacqueline/Meier, Barbara (2000): Women and migration: anthropological perspectives. In: Knörr, Jacqueline/Meier, Barbara (Hrsg.): Woman and Migration. Anthropological Perspectives. Frankfurt am Main: Campus Verlag. S. 9-17.
- Kosnick, Kira (2011): Gender and Diversity. In: Allemann-Ghionda, Christina/Bukow, Wolf-Dietrich (Hrsg.): Orte der Diversität. Formate, Arrangements und Inszenierungen. In: Interkulturelle Studien. Hrsg. durch Georg Auernheimer et al. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 160-169.
- Köver, Chris (2015): Smartphones sind für Flüchtlinge überlebenswichtig! In: WIRED.de, 23.08.2015, Art. Nr. 2559. Online im Internet unter https://www.wired.de/collection/latest/ohne-smartphones-hatten-fluchtlinge-kaum-eine-chance-sagt-der-migrationsforscher?utm_medium=social&utm_campaign=Ohne%20Smartphones%20h%C3%A4tten%20FI%C3%BCchtlinge%20kaum%20eine%20Chance%2C%20sagt%20der%20Migrationsforscher%20Vassilis%20Tsianos&utm_source=email&uid=0 [Zugriff 01.06.2016].
- Kozanek, Willi (2011): Chancengleichheit durch positive Diskriminierung. Online im Internet unter <http://derstandard.at/1313024894256/Affirmative-Action-Chancengleichheit-durch-positive-Diskriminierung> [Aktualisierung 24.08.2011; Zugriff 02.03.2016].
- Krell, Gertraude (2008): Diversity Management: Chancengleichheit für alle und auch als Wettbewerbsfaktor. Online im Internet unter http://www.idm-diversity.org/files/infothek_krell_chancengleichheit.pdf [Zugriff 26.2.2016].
- Krell, Gertraude/Pantelmann, Heike/Wächter, Hartmut (2006): Diversity(-Dimensionen) und deren Management als Gegenstände der Personalforschung in Deutschland, Österreich und der Schweiz. In: Krell, Gertraude/Wächter, Hartmut (Hrsg.): Diversity Management. Impulse aus der Personalforschung. In: Trierer Beiträge zum Diversity Management, Bd. 7. München: Rainer Hampp Verlag. S. 25-56.

- Kuhn, Gabriele (2013): Ich versuche stolz auf mich zu sein. Online im Internet unter <http://kurier.at/menschen/im-gespraech/behinderung-schicksal-georg-fraberger-seele/24.816.473> [Aktualisierung 01.09.2013; Zugriff 23.02.2016].
- Land Steiermark (Hrsg.) (2011): Charta des Zusammenlebens in Vielfalt in der Steiermark. Graz: ohne Verlag. Online im Internet unter http://www.soziales.steiermark.at/cms/bilder/414802/80/150/212/28c6f0a9/Charta_Unterlagen_22062011_Webaj.jpg [Zugriff 22.04.2016].
- Lempert-Horstkotte, Jürgen (2010): Betriebliche Gesundheitsförderung in einem Sozial- und Gesundheitsunternehmen. In: Badura, Bernhard/Walter, Uta/Hehlmann, Thomas: Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. 2. Aufl. Heidelberg: Springer. S. 181-192.
- Machleidt, Wielant (2013): Migration, Kultur und psychische Gesundheit. Dem Fremden begegnen. In: Lindauer Beiträge zur Psychotherapie und Psychosomatik. Hrsg. durch Michael Ermann. Stuttgart: Kohlhammer.
- May-Schmidt, Jana (2015): Betriebliches Gesundheitsmanagement. In: Rothe, Isabel/Schlegel, Rainer/Stein, Jürgen vom (Hrsg.): Gesundheitsmanagement und Krankheit im Arbeitsverhältnis. München: C. H. Beck. S. 299-305.
- Müller, Annette (2011): Das Kopftuch als Verdichtungssymbol – Zur medialen Inszenierung von *gender*, Ethnizität und Religiosität in der Migrationsgesellschaft. In: Allemann-Ghionda, Christina/Bukow, Wolf-Dietrich (Hrsg.): Orte der Diversität. Formate, Arrangements und Inszenierungen. In: Interkulturelle Studien. Hrsg. durch Georg Auernheimer et al. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 145-159.
- Münch, Eckhard (2010): Projektmanagement. In: Badura, Bernhard/Walter, Uta/Hehlmann, Thomas: Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. 2. Aufl. Heidelberg: Springer. S. 289-301.
- Neumann, Anett/Singer, Stefanie (2010): Beweggründe für ein Betriebliches Gesundheitsmanagement und seine Integration. In: Esslinger, Adelheid Susanne/Emmert, Martin/Schöffski, Oliver (Hrsg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Mit gesunden Mitarbeitern zu unternehmerischem Erfolg. Wiesbaden: Gabler Verlag. S. 49-66.
- ÖAAB Oberösterreich/Wirtschaftsbund Oberösterreich: (o.J.): Gemeinsam gesund. Konkrete Angebote für die Umsetzung. Linz: ohne Verlag. Online im Internet unter <http://ooe-wb.at/uploads/media/Gesund.pdf> [Zugriff 10.05.2016].
- Oberösterreichische Gebietskrankenkasse (2015): Der BGF-Kompass. Eine Alternative zu SALSA. Konsistenzprüfung und Validierung des BGF-Kompasses. Ohne Ort: ohne Verlag. [Unveröffentlichtes Dokument].
- Oberösterreichische Gebietskrankenkasse (o.J.): Kompass-Benchmarks für Österreich. Ohne Ort: ohne Verlag. [Unveröffentlichtes Dokument].
- Ongaro Basaglia, Franca (1985): Gesundheit, Krankheit. Das Elend der Medizin [Originalausgabe 1982: Salute/malattia Le parole della medicina]. Frankfurt am Main: S. Fischer.
- Opp, Günther (2013): Resilienz. In: Kulig, Wolfram/Schirbort, Kerstin/Theunissen, Georg (Hrsg.): Handlexikon Geistige Behinderung. Schlüsselbegriffe aus

der Heil- und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik. 2. überarbeitete und erweiterte Aufl. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. S. 311-313.

- Österreichische Gesellschaft für Arbeitsmedizin (Hrsg.) (2013): Industriegesellschaft, Gesundheit und medizinischer Fortschritt. Einsichten und Erfahrungen des Arbeits- und Sozialmediziners Ludwig Teleky. Wien: Verlag Österreich GmbH.
- Österreichisches Netzwerk BGF (o.J.): Phasen der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Ohne Ort: ohne Verlag. Online im Internet unter <http://www.netzwerk-bgf.at/portal27/portal/bgfportal/content/contentWindow?contentid=10007.751433&action=2&viewmode=content> [Zugriff 10.04.2016].
- Österreichisches Normungsinstitut (2004): Ergonomische Grundlagen bezüglich psychischer Arbeitsbelastung. Teil 3: Grundsätze und Anforderungen an Verfahren zur Messung und Erfassung psychischer Arbeitsbelastung (ISO 10075-3:2004). Wien: ohne Verlag.
- Pollack, Karin (2016): Österreicher und Migranten würden profitieren. In: Der Standard, 02./03.04.2016, Nr. 8252, S. 32.
- PONS GmbH (o.J.): Onlinewörterbuch Latein. Stuttgart: ohne Verlag. Online im Internet unter <http://de.pons.com/%C3%BCbersetzung/latein-deutsch/migratio> [Zugriff 01.06.2016].
- Prümper, Jochen (2015): Von der KFZA-Grobanalyse zur IPLV-Feinanalyse. Eine Methode zur Maßnahmenentwicklung in der Evaluierung psychischer Belastung. In: personal manager, Nr. 2 (Beilage), März/April 2015, S. 1-6.
- Pschyrembel, Willibald (Hrsg.) [begr. von Otto Dornblüth, Bearbeitung dieser Auflage unter der Leitung von Helmut Hildebrandt] (1998): Pschyrembel Klinisches Wörterbuch. 258. Aufl. Berlin: de Gruyter.
- Pschyrembel, Willibald [begr. von Otto Dornblüth] (1942): Klinisches Wörterbuch. 43.bis 47. Aufl. Berlin: de Gruyter.
- Rásky, Éva (1999): Fürs erste sind die Würfel gefallen, und nichts ist passiert. Das Dilemma von Public Health und der Frauengesundheitsforschung in Österreich. In: Groth, Sylvia/Rásky, Éva (Hrsg.): Frauengesundheit. Innsbruck: Studien Verlag. S. 96-107.
- Rebscher, Herbert/Winterstein, Sabine (2015): Betriebliche Gesundheitsförderung (§§ 20a und b SGB V). In: Rothe, Isabel/Schlegel, Rainer/Stein, Jürgen vom (Hrsg.): Gesundheitsmanagement und Krankheit im Arbeitsverhältnis. München: C. H. Beck. S. 310-324.
- Reinprecht, Christoph (2012): Soziologische Perspektive auf Ressourcen und Potenziale zur Gesundheitsförderung. In: Fonds Gesundes Österreich (Hrsg.): Gemeinsam gesundheitliche Chancengerechtigkeit fördern – Strategien und Modelle intersektoraler Zusammenarbeit. Tagungsband der 14. Österreichischen Gesundheitsförderungskonferenz. Wien: Fonds Gesundes Österreich. S. 33-34. Online im Internet unter <http://www.fgoe.org/presse-publikationen/downloads/tagungsbande/gesundheitliche-chancengerechtigkeit-fordern/2013-06-06.6158192209> [Zugriff 21.02.2016].

- Richter, Götz (2015): Alternsgerechte Arbeitsgestaltung. In: Rothe, Isabel/Schlegel, Rainer/Stein, Jürgen vom (Hrsg.): Gesundheitsmanagement und Krankheit im Arbeitsverhältnis. München: C. H. Beck. S. 250-257.
- Rixgens, Petra (2010): Mitarbeiterbefragung. In: Badura, Bernhard/Walter, Uta/Hehlmann, Thomas: Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. 2. Aufl. Heidelberg: Springer. S. 205-212.
- Schildmann, Ulrike (1999): Was ist normal? Normalität – Behinderung – Geschlecht. In: Groth, Sylvia/Rásky, Éva (Hrsg.): Frauengesundheit. Innsbruck: Studien Verlag. S. 13-25.
- Schmid, Klaus/Weber, Andreas (2011): Arbeitsmedizin im System der sozialen Sicherung. In: Kentner, Michael/Schiele, Rainer/Triebig, Gerhard (Hrsg.): Arbeitsmedizin. Handbuch für Theorie und Praxis. 3. vollständig neubearbeitete Auflage. Stuttgart: Gertner Verlag. 37-53.
- Schröter, Susanne (2009): Gender und Diversität. Kulturwissenschaftliche und historische Annäherungen. In: Andresen, Sünne/Koreuber, Mechthild/ Lüdke, Dorothea (Hrsg.): Gender und Diversity: Albtraum oder Traumpaar? Interdisziplinärer Dialog zur „Modernisierung“ von Geschlechter- und Gleichstellungspolitik. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 79-94.
- Schwartz, Friedrich Wilhelm/Walter, Ulla (1998): Prävention. In: Badura, Bernhard/Leidl, Reiner/Raspe, Heiner/ Schwartz, Friedrich Wilhelm/Siegrist, Johannes: Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München: Urban und Schwarzenberger. S. 151-170.
- Seidler, Sabine (2015): Linked Diversity & Resilienz. In: Andriik, Marion/Pauser, Norbert (Hrsg.): Realisierung von Diversity & Inclusion. Wien: facultas Universitätsverlag. S. 147-158.
- Simon, Anne-Catherine (2014): „Gendergerechte“ Sprache: „Professx“ und andere Sprachmutanten. Online im Internet unter http://diepresse.com/home/bildung/universitaet/4607447/GendergerechteSprache_Professx-und-andere-Sprachmutanten?direct=4610279&_vl_backlink=/home/bildung/universitaet/4610279/index.do&selChannel [Aktualisierung 29.11.2014; Zugriff 05.03.2016].
- Singer, Stefanie (2010): Entstehung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. In: Esslinger, Adelheid Susanne/Emmert, Martin/Schöffski, Oliver (Hrsg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Mit gesunden Mitarbeitern zu unternehmerischem Erfolg. Wiesbaden: Gabler Verlag. S. 25-48.
- Sozialforschungsstelle Dortmund (o.J.): Diversity Management – Schlagwort oder ernstzunehmendes Unternehmenskonzept? Dortmund: ohne Verlag. Online im Internet unter http://online-diversity.de/rubriken/Diversity_Management/ [Zugriff 30.04.2016].
- Statistik Austria (2008): Soziodemographische und sozioökonomische Determinanten von Gesundheit. Auswertungen der Daten aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2006/2007. Wien: ohne Verlag. Online im Internet unter http://www.statistik.at/wcm/idc/idcplg?IdcService=GET_NATIVE_FILE&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&dDocName=030263 [Zugriff 24.04.2016].

- Statistik Austria (Hrsg.) (2009): Arbeits- und Lebenssituation von Migrantinnen und Migranten in Österreich. Modul der Arbeitskräfteerhebung 2008. Wien: Verlag Österreich GmbH. Online im Internet unter http://www.statistik.at/wcm/idc/idcplg?IdcService=GET_NATIVE_FILE&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&dDocName=041111 [Zugriff 22.02.2016].
- Statistik Austria (Hrsg.) (2013): Census 2011 Steiermark. Ergebnisse zur Bevölkerung aus der Registerzählung. Wien: ohne Verlag. Online im Internet unter http://www.statistik.at/wcm/idc/idcplg?IdcService=GET_NATIVE_FILE&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&dDocName=073750 [Zugriff 19.02.2016].
- Statistik Austria (Hrsg.) (2015a): Arbeitsmarktsituation von Migrantinnen und Migranten in Österreich. Modul der Arbeitskräfteerhebung 2014. Wien: Verlag Österreich GmbH. Online im Internet unter http://www.statistik.at/wcm/idc/idcplg?IdcService=GET_NATIVE_FILE&RevisionSelectionMethod=LatestReleased&dDocName=105732 [Zugriff 24.02.2016].
- Statistik Austria (Hrsg.) (2015b): Österreich. Zahlen. Daten. Fakten. Wien: ohne Verlag. Online im Internet unter (http://www.statistik.at/web_de/static/oesterreich_zahlen_daten_fakten_029266.pdf) [Zugriff 14.02.2016].
- Statistisches Bundesamt (2015): Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus. Fachserie 1 Reihe 2.2. Wiesbaden: ohne Verlag. Online im Internet unter <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund2010220147004.pdf?blob=publicationFile> [Zugriff 14.02.2016].
- Steiermärkische Gebietskrankenkasse (2015): Gesunde Mitarbeiter/innen, erfolgreiche Unternehmen. Betriebliche Gesundheitsförderung. Graz: ohne Verlag. Online im Internet unter <http://www.stgkk.at/portal27/portal/stgkkportal/content/contentWindow?contentid=10008.623189&action=b&cacheability=PAGE&version=1442473854> [Zugriff 26.04.2016].
- Steinmeyer, Heinz-Dietrich (2015): Die deutsche Sozialversicherung im Überblick. In: Hummel, Karin/Mülheims, Laurenz/Peters-Lange, Susanne/Schuhmann, Iris/Toepler, Edwin (Hrsg.): Handbuch Sozialversicherungswissenschaft. Wiesbaden: Springer VS. S. 15-24.
- Stöppler, Reinhilde (2013): Gesundheitserziehung. In: Kulig, Wolfram/Schirbort, Kerstin/Theunissen, Georg (Hrsg.): Handlexikon Geistige Behinderung. Schlüsselbegriffe aus der Heil- und Sonderpädagogik, Sozialen Arbeit, Medizin, Psychologie, Soziologie und Sozialpolitik. 2. überarbeitete und erweiterte Aufl. Stuttgart: Verlag W. Kohlhammer. S. 162-164.
- SVA (Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft) (o.J.): Ihr Weg zum halben Selbstbehalt. Online im Internet unter <http://esv-sva.sozvers.at/portal27/portal/svportal/content/contentWindow?contentid=10007.740567&action=2> [Zugriff 06.04.2016].
- Tempel, Jürgen (2010): Arbeitsbewältigungsindex. In: Badura, Bernhard/Walter, Uta/Hehlmann, Thomas: Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. 2. Aufl. Heidelberg: Springer. S. 223-237.

- Thomas, Alexander (2011): Interkulturalität und Unternehmen. In: Allemann-Ghionda, Christina/Bukow, Wolf-Dietrich (Hrsg.): Orte der Diversität. Formate, Arrangements und Inszenierungen. In: Interkulturelle Studien. Hrsg. durch Georg Auernheimer et al. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 222-239.
- Uhlig, Ursula/Butler, Jeffrey (2009): Einflussfaktoren auf die Zahngesundheit von Schulkindern. Soziale Lage und Herkunft. In: Prävention und Gesundheitsförderung. Nr. 4, S. 125-130. Und Online im Internet unter <https://doi.org/10.1007/s11553-009-0163-3> [Zugriff 15.02.2016].
- Ulich, Eberhard/Wülser, Marc (2012): Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven. 5., überarbeitete und erweiterte Auflage. Wiesbaden: Springer Gabler.
- Vedder, Günther (2006): Die historische Entwicklung von Diversity Management in den USA und in Deutschland. In: Krell, Gertraude/Wächter, Hartmut (Hrsg.): Diversity Management. Impulse aus der Personalforschung. In: Trierer Beiträge zum Diversity Management, Bd. 7. München: Rainer Hampp Verlag. S. 1-24.
- Vedder, Günther (2009): Diversity Management: Grundlagen und Entwicklung im internationalen Vergleich. In: Andresen, Sünne/Koreuber, Mechthild/ Lüdke, Dorothea (Hrsg.): Gender und Diversity: Albtraum oder Traumpaar? Interdisziplinärer Dialog zur „Modernisierung“ von Geschlechter- und Gleichstellungspolitik. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 111-131.
- Vogt, Ulla (2010): Gesundheitszirkel, Workshops und Arbeitssituationsanalysen. In: Badura, Bernhard/Walter, Uta/Hehlmann, Thomas: Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. 2. Aufl. Heidelberg: Springer. S. 246-252.
- Voigt, Bernd-Friedrich/Wagner, Dieter (2006): Numerische und alternative Darstellungsformen von Heterogenität in der Diversity Forschung. In: Krell, Gertraude/Wächter, Hartmut (Hrsg.): Diversity Management. Impulse aus der Personalforschung. In: Trierer Beiträge zum Diversity Management, Bd. 7. München: Rainer Hampp Verlag. S. 109-134.
- Walter, Uta (2006): Standards des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. In: Hurrelmann, Klaus/Richter, Matthias (Hrsg.): Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen. Probleme. Konzepte. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften. S. 146-161.
- Weber, Margot (2015): Arbeitsunfähigkeit infolge Krankheit. In: Rothe, Isabel/Schlegel, Rainer/Stein, Jürgen vom (Hrsg.): Gesundheitsmanagement und Krankheit im Arbeitsverhältnis. München: C. H. Beck. S. 352-372.
- WHO (World Health Organisation) (2014): Basic Documents. 48. Aufl. Genf: ohne Verlag.
- WHO (World Health Organisation) Regionalbüro für Europa (1986): Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung. Online im Internet unter http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf?ua=1 [Zugriff 14.02.2016].

- WHO (World Health Organisation) Regionalbüro für Europa (1999): Gesundheit 21. Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO. (Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert). Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“, Nr. 6. Kopenhagen: ohne Verlag.
- WHO (World Health Organisation) Regionalbüro für Europa (2013): Gesundheitsförderung: Von der Ottawa-Charta bis zu Gesundheit 2020. Ohne Ort: ohne Verlag. Online im Internet unter: <http://www.euro.who.int/de/health-topics/health-determinants/social-determinants/news/news/2013/06/health-promotion-from-ottawa-to-health-2020> [Aktualisierung 10.06.2013; Zugriff 01.04.2016].
- Wiegele, Iris Maria (2015): „It's like ten thousand spoons, when all you need is a knife...“. Ein gruppenspezifischer Kommentar zur Notwendigkeit von interpersoneller Vielfalt in F&E Teams. In: Andriks, Marion/Pauser, Norbert (Hrsg.): Realisierung von Diversity & Inclusion. Wien: facultas Universitätsverlag. S. 97-108.
- Wirtschaftskammer Österreich (2015): Die Charta der Vielfalt im Wortlaut. Online im Internet unter https://www.wko.at/Content.Node/Charta-der-Vielfalt/charta-der-vielfalt/wortlaut/Die_Charta_der_Vielfalt_im_Wortlaut.html [Aktualisierung 20.07.2015; Zugriff 03.03.2016].
- Wustmann, Corina (2006): Resilienz. In: Pousset, Raimund (Hrsg.): Beltz Handwörterbuch für Erzieherinnen und Erzieher. Weinheim: Beltz Verlag. S. 365-367.
- Zeit Online (2014): Oberstes US-Gericht stärkt Gegner der positiven Diskriminierung. Online im Internet unter <http://www.zeit.de/studium/hochschule/2014-04/affirmative-action2> [Aktualisierung 23.04.2014; Zugriff 25.02.2016].

VI Abbildungsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Abbildung 1: Dimensionen von Diversity (Charta der Vielfalt e.V. 2011: o.S.)..... | 10 |
| Abbildung 2: Anteil Erwerbstätiger nach beruflicher Stellung und Geburtsland (Statistik Austria 2009: 43)..... | 25 |
| Abbildung 3: Anteil Erwerbstätiger nach Berufen und Geburtsland (Statistik Austria 2009: 44)..... | 26 |
| Abbildung 4: BMI nach Migrationshintergrund und Geschlecht (Statistik Austria 2008: 88)..... | 36 |
| Abbildung 5: Raucherstatus nach Migrationshintergrund und Geschlecht (Statistik Austria 2008: 89)..... | 37 |
| Abbildung 6: Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen nach Migrationshintergrund (Statistik Austria 2008: 93)..... | 38 |
| Abbildung 7: Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen nach Migrationshintergrund (Statistik Austria 2008: 93)..... | 40 |
| Abbildung 8: Sportlich aktive Bevölkerung nach Migrationshintergrund, Alter und Geschlecht (Statistik Austria 2008: 91)..... | 41 |
| Abbildung 9: Problemstellungen (Badura et al. 2010: 42)..... | 58 |
| Abbildung 10: Handlungsoptionen (Badura et al. 2010: 46)..... | 60 |
| Abbildung 11: Phasen von BGF-Projekten (Steiermärkische Gebietskrankenkasse 2015: 11)..... | 61 |
| Abbildung 12: Gesundheitsmanagement als kontinuierlicher Lernprozess (Altgeld 2006: 401)..... | 64 |
| Abbildung 13: Ablaufschema einer Arbeitsplatzevaluierung psychischer Belastungen, eines BGF-Projekts sowie einer kombinierten Umsetzung (Blattner/Elsigan 2015: 16f.)..... | 68 |
| Abbildung 14: ISS Österreich – Rechtliche Einheiten (ISS Austria Holding GmbH 2016b:16)..... | 70 |
| Abbildung 15: Teilzeitarbeit nach Geschlecht in der Steiermark (eigene Darstellung)..... | 73 |
| Abbildung 16: Ausländische Staatsbürgerschaften von Arbeitnehmerinnen bei ISS Steiermark (eigene Darstellung)..... | 74 |
| Abbildung 17: Die häufigsten Herkunftsstaaten in der Steiermark (Statistik Austria 2013: 51)..... | 75 |
| Abbildung 18: Material Issues (ISS World Services A/S 2016a: 6)..... | 76 |
| Abbildung 19: Inhalte des BGF-Kompasses und Quellenangaben (Oberösterreichische Gebietskrankenkasse o.J.: 11)..... | 81 |
| Abbildung 20: Mitarbeiterinnen nach Staatsbürgerschaft und Muttersprache (eigene Darstellung)..... | 88 |
| Abbildung 21: Unternehmenszugehörigkeit und Migration (eigene Darstellung)..... | 89 |
| Abbildung 22: Altersverteilung nach Herkunft (eigene Darstellung)..... | 90 |
| Abbildung 23: Gesundheitszustand (eigene Darstellung)..... | 92 |
| Abbildung 24: Beschwerden in den letzten 4 Wochen (eigene Darstellung)..... | 93 |
| Abbildung 25: Arbeitsplatzbezug von Beschwerden (eigene Darstellung)..... | 94 |
| Abbildung 26: Körperliche Belastung durch die Arbeit (eigene Darstellung)..... | 95 |
| Abbildung 27: Präsentismus (eigene Darstellung)..... | 95 |
| Abbildung 28: Selbsteinschätzung der psychischen Belastungen (eigene Darstellung)..... | 97 |
| Abbildung 29: Selbsteinschätzung der psychischen Ressourcen (eigene Darstellung)..... | 97 |
| Abbildung 30: Freude bei der Arbeit (eigene Darstellung)..... | 98 |
| Abbildung 31: Angaben zu Selbstwirksamkeit und Selbstwirksamkeitserwartung am Arbeitsplatz (eigene Darstellung)..... | 99 |

| | |
|---|-----|
| Abbildung 32: Resilienzskala..... | 100 |
| Abbildung 33: Selbsteinschätzung der psychischen Belastung am Arbeitsplatz (eigene Darstellung)..... | 100 |
| Abbildung 34: Identifikation mit der Arbeit und dem Unternehmen (eigene Darstellung)..... | 101 |
| Abbildung 35: Einschätzung der zukünftigen Arbeitsfähigkeit (eigene Darstellung)..... | 106 |
| Abbildung 36: Kontakt mit Arbeitsplatzfaktoren (eigene Darstellung) | 107 |
| Abbildung 37: Arbeitsplatzfaktoren und Belastung (eigene Darstellung)..... | 108 |
| Abbildung 38: Zusammenarbeit mit Kolleginnen, Kollegen und Vorgesetzten (eigene Darstellung)..... | 109 |
| Abbildung 39: Mitbestimmungsmöglichkeiten im Unternehmen (eigene Darstellung) ... | 110 |
| Abbildung 40: Handlungsspielraum (eigene Darstellung) | 111 |
| Abbildung 41: Ganzheitlichkeit und Vielseitigkeit (eigene Darstellung)..... | 111 |
| Abbildung 42: Arbeitsmenge (eigene Darstellung)..... | 112 |

VII Anhang

Fragebögen

Im Folgenden finden sich die verwendeten Fragebögen sowie die „Angaben zur Person“, die im Rahmen der Datenerhebung abgefragt wurden.

KFZA

| | sehr wenig | ziemlich wenig | etwas | ziemlich viel | sehr viel |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| AT01 <i>Wenn Sie Ihre Tätigkeit insgesamt betrachten, inwieweit können Sie die Reihenfolge der Arbeitsschritte selbst bestimmen?</i> | <input type="radio"/> |
| AT02 <i>Wie viel Einfluss haben Sie darauf, welche Arbeit Ihnen zugeteilt wird?</i> | <input type="radio"/> |
| AT03 <i>Können Sie Ihre Arbeit selbstständig planen und einteilen?</i> | <input type="radio"/> |
| AT04 <i>Können Sie bei Ihrer Arbeit Neues dazulernen?</i> | <input type="radio"/> |
| AT05 <i>Können Sie bei Ihrer Arbeit Ihr Wissen und Können voll einsetzen?</i> | <input type="radio"/> |
| <hr/> | | | | | |
| | trifft gar nicht zu | trifft wenig zu | trifft mittelmäßig zu | trifft überwiegend zu | trifft völlig zu |
| AT06 <i>Bei meiner Arbeit habe ich insgesamt gesehen häufig wechselnde, unterschiedliche Arbeitsaufgaben.</i> | <input type="radio"/> |
| AT07 <i>Bei meiner Arbeit sehe ich selber am Ergebnis, ob meine Arbeit gut war oder nicht.</i> | <input type="radio"/> |
| AT08 <i>Meine Arbeit ist so gestaltet, dass ich die Möglichkeit habe, ein vollständiges Arbeitsprodukt von Anfang bis Ende herzustellen.</i> | <input type="radio"/> |
| AT09 <i>Ich kann mich auf meine Kolleginnen und Kollegen verlassen, wenn es bei der Arbeit schwierig wird.</i> | <input type="radio"/> |
| AT10 <i>Ich kann mich auf meine/n direkte/n Vorgesetzte/n verlassen, wenn es bei der Arbeit schwierig wird.</i> | <input type="radio"/> |
| AT11 <i>Man hält in der Abteilung gut zusammen.</i> | <input type="radio"/> |
| AT12 <i>Diese Arbeit erfordert enge Zusammenarbeit mit anderen Kolleginnen und Kollegen im Betrieb.</i> | <input type="radio"/> |
| AT13 <i>Ich kann mich während der Arbeit mit verschiedenen Kolleginnen und Kollegen über dienstliche und private Dinge unterhalten.</i> | <input type="radio"/> |

| | | trifft gar nicht zu | trifft wenig zu | trifft mittel- mäßig zu | trifft über- wiegend zu | trifft völlig zu |
|------|--|---------------------------|-----------------------|----------------------------------|----------------------------------|------------------------|
| AT14 | <i>Ich bekomme von Vorgesetzten und Kollegen immer Rückmeldung über die Qualität meiner Arbeit.</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| AT15 | <i>Bei dieser Arbeit gibt es Sachen, die zu kompliziert sind.</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| AT16 | <i>Es werden zu hohe Anforderungen an meine Konzentrationsfähigkeit gestellt.</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| AT17 | <i>Ich stehe häufig unter Zeitdruck.</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| AT18 | <i>Ich habe zu viel Arbeit.</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| AT19 | <i>Oft stehen mir die benötigten Informationen, Materialien und Arbeitsmittel (z.B. Computer) nicht zur Verfügung.</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| AT20 | <i>Ich werde bei meiner eigentlichen Arbeit immer wieder unterbrochen.</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| AT21 | <i>An meinem Arbeitsplatz gibt es ungünstige Umgebungsbedingungen, wie Lärm, Klima, Staub.</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| AT22 | <i>An meinem Arbeitsplatz sind Räume und Raumausstattung ungenügend.</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| AT23 | <i>Über wichtige Dinge und Vorgänge in unserem Betrieb sind wir ausreichend informiert.</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| AT24 | <i>Die Leitung unseres Betriebes ist bereit, die Ideen und Vorschläge der Beschäftigten zu berücksichtigen.</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| AT25 | <i>Unser Unternehmen bietet gute Weiterbildungsmöglichkeiten.</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| AT26 | <i>Bei uns gibt es gute Aufstiegschancen.</i> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

BGF-Kompass

Arbeit

Gleich zu Beginn möchten wir Ihnen einige Fragen zu Ihrer Arbeit stellen. Diese Fragen betreffen Ihre Zufriedenheit und die Anforderungen, die an Sie gestellt werden.

A1) Wenn Sie an alles denken, was für Ihre Arbeit eine Rolle spielt (z.B. Tätigkeit, Arbeitsbedingungen, KollegInnen, Arbeitszeit, usw.): Wie zufrieden bzw. unzufrieden sind Sie dann insgesamt?

| | | | |
|----------------|----------------|------------------|------------------|
| sehr zufrieden | eher zufrieden | eher unzufrieden | sehr unzufrieden |
| ① | ② | ③ | ④ |

Sind Sie von den angegebenen Faktoren betroffen und wenn ja, wie stark fühlen Sie sich durch diese belastet?

| | | Davon bin ich betroffen und ... | | | | |
|------|---|---------------------------------|--------------------|----------------|--------------------|----------------|
| | | davon bin ich nie betroffen | gar nicht belastet | wenig belastet | eher mehr belastet | stark belastet |
| A2) | schlechte Organisation der Arbeitsabläufe (häufige Störungen, unklare Aufgabenverteilung, schlechte Zuarbeit) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| A3) | hohe Verantwortung | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| A4) | geringe Eigenverantwortung | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| A5) | Staub, Schmutz, Rauch (Zigaretten), etc. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| A6) | Lärm | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| A7) | Zeit- und Leistungsdruck | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| A8) | übermäßige Bildschirmarbeit | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| A9) | monotone Tätigkeit | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| A10) | spärliche Gestaltungsmöglichkeiten des eigenen Arbeitsplatzes | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| A11) | ungünstige Beleuchtung | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| A12) | klimatische Einflüsse (Hitze, Kälte, Luftzug, etc.) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| A13) | ungünstige körperliche Arbeitshaltung (vorwiegend stehend, sitzend, etc.) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| A14) | Heben und Tragen von schweren Lasten | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| A15) | Sicherheitsmängel | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| A16) | lange Arbeitszeiten | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| A17) | spezielle Arbeitszeiten (Schicht, Turnus, Nacht, etc.) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| A18) | häufige Überstunden | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| A19) | keine Möglichkeiten, sich gesund zu ernähren | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| A20) | schwierige Kontakte mit Kunden und Kundinnen | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| A21) | Ansteckungsgefahr mit Infektionskrankheiten (Aids, Hepatitis, etc.) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| A22) | Kontakt mit Blut, Erbrochenem, Fäkalien, etc. | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

Sie finden nachstehend eine Liste mit verschiedenen Rahmenbedingungen im Betrieb.

Geben Sie bitte für jeden Punkt in der Liste an, wie zufrieden bzw. unzufrieden Sie damit sind!

| | | sehr zufrieden | eher zufrieden | eher unzufrieden | sehr unzufrieden |
|------|---|----------------|----------------|------------------|------------------|
| A23) | Betriebsklima | ① | ② | ③ | ④ |
| A24) | Einkommen | ① | ② | ③ | ④ |
| A25) | räumliche Verhältnisse | ① | ② | ③ | ④ |
| A26) | Vereinbarkeit der Arbeit mit Familie und Freizeit | ① | ② | ③ | ④ |
| A27) | Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten | ① | ② | ③ | ④ |
| A28) | Aufstiegs- und Karrieremöglichkeiten | ① | ② | ③ | ④ |
| A29) | Mitsprachemöglichkeiten im Betrieb | ① | ② | ③ | ④ |

Geben Sie nun bitte an, wie **wichtig** bzw. **unwichtig** Ihnen folgende Aspekte Ihres Arbeitsplatzes sind.

| | | sehr wichtig | eher wichtig | eher unwichtig | sehr unwichtig |
|------|---|--------------|--------------|----------------|----------------|
| A30) | Betriebsklima | ① | ② | ③ | ④ |
| A31) | Einkommen | ① | ② | ③ | ④ |
| A32) | räumliche Verhältnisse | ① | ② | ③ | ④ |
| A33) | Vereinbarkeit der Arbeit mit Familie und Freizeit | ① | ② | ③ | ④ |
| A34) | Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten | ① | ② | ③ | ④ |
| A35) | Aufstiegs- und Karrieremöglichkeiten | ① | ② | ③ | ④ |
| A36) | Mitsprachemöglichkeiten im Betrieb | ① | ② | ③ | ④ |

Bitte beantworten Sie folgende Fragen betreffend der zu leistenden **Arbeitsmenge!**

| | | immer/ fast immer | oft | manch- mal | selten/ nie |
|------|--|----------------------|-----|---------------|----------------|
| A37) | Wie oft müssen Sie sehr schnell arbeiten? | ① | ② | ③ | ④ |
| A38) | Wie oft kommt es vor, dass Sie nicht genügend Zeit haben, alle Ihre Aufgaben zu erledigen? | ① | ② | ③ | ④ |
| A39) | Wie oft geraten Sie mit Ihrer Arbeit in Rückstand? | ① | ② | ③ | ④ |
| A40) | Wie oft können Sie „einen ruhigen Gang einlegen“ und trotzdem Ihre Arbeit bewältigen? | ① | ② | ③ | ④ |
| A41) | Wie oft haben Sie genug Zeit für Ihre Arbeitsaufgaben? | ① | ② | ③ | ④ |
| A42) | Wie oft müssen Sie bei der Arbeit auf viele Dinge gleichzeitig achten? | ① | ② | ③ | ④ |
| A43) | Wie oft erfordert es Ihre Arbeit, sich viele Dinge zu merken? | ① | ② | ③ | ④ |
| A44) | Wie häufig erfordert es Ihre Arbeit, gut darin zu sein, neue Ideen zu entwickeln? | ① | ② | ③ | ④ |
| A45) | Wie oft erfordert es Ihre Arbeit, schwierige Entscheidungen zu treffen? | ① | ② | ③ | ④ |

A46) **Alles in allem betrachtet: Wie sehr fühlen Sie sich durch Ihre Arbeit körperlich belastet?**

| | | | |
|------|------|------------|-----------|
| sehr | eher | eher nicht | gar nicht |
| ① | ② | ③ | ④ |

A47) **Alles in allem betrachtet: Wie sehr fühlen Sie sich durch Ihre Arbeit psychisch bzw. seelisch belastet?**

| | | | |
|------|------|------------|-----------|
| sehr | eher | eher nicht | gar nicht |
| ① | ② | ③ | ④ |

A48) **Meinen Sie, dass Sie in Anbetracht der körperlichen und psychischen Belastungen Ihre jetzige Tätigkeit auch in den nächsten Jahren ausüben können?**

| | | |
|----------------|------------------|------------|
| wahrscheinlich | unwahrscheinlich | weiß nicht |
| ① | ② | ③ |

Körper

Nun steht Ihr Körper im Zentrum des Interesses. Ihre Gesundheit spiegelt sich vorrangig an Ihrem Körper wider. Nachfolgend stehen Ihr Gesundheitszustand, Ihre körperlichen Beschwerden und Ihr Verhalten, welches Ihrer Gesundheit förderlich oder hinderlich ist, im Vordergrund.

B1) Wie würden Sie Ihren derzeitigen Gesundheitszustand beschreiben?

| | | | | |
|----------|--------------|---------|---------------|---------------|
| sehr gut | ziemlich gut | es geht | eher schlecht | sehr schlecht |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

Sind folgende Beschwerden bei Ihnen in den letzten 4 Wochen aufgetreten?

| | | ja, täglich | ja, alle paar Tage | ja, alle paar Wochen | nein, gar nicht | Wenn ja, führen Sie die Beschwerden auf Ihre Arbeit/Tätigkeit zurück? | |
|------|--|----------------|--------------------------|----------------------------|-----------------------|---|--------|
| B2) | Schmerzen im unteren Rücken / Kreuz | ① | ② | ③ | ④ | ① ja | ② nein |
| B3) | Schmerzen im Nacken- und Schulterbereich | ① | ② | ③ | ④ | ① ja | ② nein |
| B4) | Schmerzen in Armen und Händen | ① | ② | ③ | ④ | ① ja | ② nein |
| B5) | Schmerzen in Beinen und Füßen | ① | ② | ③ | ④ | ① ja | ② nein |
| B6) | Schwindelgefühle | ① | ② | ③ | ④ | ① ja | ② nein |
| B7) | Herzbeschwerden (Herzjagen , Herzstiche) | ① | ② | ③ | ④ | ① ja | ② nein |
| B8) | Bluthochdruck | ① | ② | ③ | ④ | ① ja | ② nein |
| B9) | Magenschmerzen | ① | ② | ③ | ④ | ① ja | ② nein |
| B10) | Verdauungsstörungen (Durchfall, Verstopfung) | ① | ② | ③ | ④ | ① ja | ② nein |
| B11) | Schweißausbrüche / starkes Schwitzen | ① | ② | ③ | ④ | ① ja | ② nein |
| B12) | Migräne, starke Kopfschmerzen | ① | ② | ③ | ④ | ① ja | ② nein |
| B13) | Hautreizungen / Juckreiz | ① | ② | ③ | ④ | ① ja | ② nein |
| B14) | Augenprobleme (Brennen, Jucken, Tränen) | ① | ② | ③ | ④ | ① ja | ② nein |
| B15) | Husten | ① | ② | ③ | ④ | ① ja | ② nein |
| B16) | Hals- und Ohrenscherzen | ① | ② | ③ | ④ | ① ja | ② nein |
| B17) | Laufen der Nase oder Niesreiz | ① | ② | ③ | ④ | ① ja | ② nein |
| B18) | Hörverschlechterung / Ohrgeräusche | ① | ② | ③ | ④ | ① ja | ② nein |
| B19) | andere Beschwerden | ① | ② | ③ | ④ | ① ja | ② nein |

B20) Wie viel Prozent können Sie derzeit leisten, wenn 100 Prozent Ihre maximale Leistungsfähigkeit und 0 Prozent völlige Arbeitsunfähigkeit bedeuten?

_____ Prozent

Ist es in den letzten 12 Monaten vorgekommen, dass Sie ...

| | ja | nein |
|--|----|------|
| B21) ... krank zur Arbeit gegangen sind? | ① | ② |
| B22) ... trotz ärztlichem Rat auf eine Kur oder Reha verzichtet haben? | ① | ② |
| B23) ... zur Genesung einer Krankheit Urlaub genommen haben? | ① | ② |
| B24) ... zur Genesung einer Krankheit bis zum Wochenende gewartet haben? | ① | ② |
| B25) ... gegen den Rat des Arztes zur Arbeit gegangen sind? | ① | ② |

B26) In welchem Ausmaß können Sie Ihre Arbeit unterbrechen und Pause machen, wenn Sie diese brauchen?

| | | | |
|--------------------|------------------|------------------------|-----------------------|
| völlig ausreichend | eher ausreichend | eher nicht ausreichend | gar nicht ausreichend |
| ① | ② | ③ | ④ |

B27) Haben Sie in Ihrer Arbeit ausreichend Zeit, eine geregelte Mahlzeit in Ruhe einzunehmen?

| | | | |
|--------------------|------------------|------------------------|-----------------------|
| völlig ausreichend | eher ausreichend | eher nicht ausreichend | gar nicht ausreichend |
| ① | ② | ③ | ④ |

B28) Achten Sie bei der Auswahl Ihres Essens generell auf eine gesunde Ernährung?

| | | | |
|--------------------|-----|----------|------------|
| immer / fast immer | oft | manchmal | selten/nie |
| ① | ② | ③ | ④ |

B29) Wie oft treiben Sie insgesamt Sport? Denken Sie dabei bitte an all Ihre sportlichen Aktivitäten zusammen!

| | | |
|--------------------|-----------------------|--------------------------------|
| mehrmals pro Woche | ein paar Mal im Monat | ein paar Mal im Jahr/gar nicht |
| ① | ② | ③ |

B30) Haben Sie in den letzten 2 Jahren an einer Vorsorgeuntersuchung (Gesundenuntersuchung) teilgenommen?

| | |
|----|------|
| ja | nein |
| ① | ② |

B31) Sind Sie mit Ihrem Gewicht zufrieden?

| | |
|----|------|
| ja | nein |
| ① | ② |

B32) Rauchen Sie?

| | | | |
|------------------------|---------------------------------|---|-----------------------------------|
| nein, ich rauche nicht | ja, bis zu 10 Zigaretten am Tag | ja, 11 Zigaretten bis zu einem Päckchen pro Tag | ja, mehr als ein Päckchen pro Tag |
| ① | ② | ③ | ④ |

B33) Wenn ja: Möchten Sie das Rauchen aufgeben?

| | |
|----|------|
| ja | nein |
| ① | ② |

Seele

Nicht nur der Körper zeigt uns an, wie gesund wir sind sondern auch unsere Seele. In der Folge werden Ihnen Fragen gestellt, durch die erschlossen werden soll, woraus Sie Kraft schöpfen, wie befriedigend Ihre Arbeit ist und wie stark sich psychische Belastungen auswirken.

C1) Wie gerne gehen Sie in die Arbeit?

| | | | |
|-----------|-----------|-------------|-------------|
| sehr gern | eher gern | eher ungern | sehr ungern |
| ① | ② | ③ | ④ |

C2) Wie schätzen Sie Ihre derzeitige Motivation beim Ausüben Ihrer Tätigkeit ein?

| | | | | |
|----------|-----|--------------|----------|----------------|
| sehr gut | gut | befriedigend | genügend | nicht genügend |
| ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

C3) Wie häufig haben Sie den Wunsch, Ihre derzeitige Arbeit aufzugeben?

| | | | |
|--------------------|-----|----------|------------|
| immer / fast immer | oft | manchmal | selten/nie |
| ① | ② | ③ | ④ |

Bitte beantworten Sie folgende Fragen bezüglich der Freude und Zuversicht, mit denen Sie Ihrer Arbeit begegnen!

| | | immer/ fast immer | oft | manch- mal | selten/ nie |
|------|---|----------------------|-----|---------------|----------------|
| C4) | Wie häufig haben Sie nach getaner Arbeit das Gefühl, etwas geleistet zu haben? | ① | ② | ③ | ④ |
| C5) | Wie häufig sind Sie der Meinung, dass Sie interessante Aufgaben im Unternehmen haben? | ① | ② | ③ | ④ |
| C6) | Wie oft haben Sie das Gefühl, dass Ihre Arbeit sinnvoll ist? | ① | ② | ③ | ④ |
| C7) | Wie oft sind Sie der Meinung, dass Ihre Arbeit wichtig ist? | ① | ② | ③ | ④ |
| C8) | Wie oft sind Sie zuversichtlich, den Anforderungen im Beruf gewachsen zu sein? | ① | ② | ③ | ④ |
| C9) | Wie häufig gelingen Ihnen auch schwierige Aufgaben in der Arbeit? | ① | ② | ③ | ④ |
| C10) | Wie häufig haben Sie Lösungen für Probleme, die in der Arbeit auftauchen? | ① | ② | ③ | ④ |

C11) Wenn Sie sich noch mal entscheiden könnten, würden Sie sich dann erneut für Ihre jetzige Tätigkeit entscheiden?

| sehr wahrscheinlich | eher wahrscheinlich | eher unwahrscheinlich | sehr unwahrscheinlich |
|---------------------|---------------------|-----------------------|-----------------------|
| ① | ② | ③ | ④ |

Bitte beantworten Sie folgende Fragen zum Ansehen, das Sie und Ihr Unternehmen in der Öffentlichkeit genießen!

| | | immer/ fast immer | oft | manch- mal | selten/ nie |
|------|--|----------------------|-----|---------------|----------------|
| C12) | Wie oft sind Sie stolz, Ihrem Unternehmen anzugehören? | ① | ② | ③ | ④ |
| C13) | Wie oft erzählen Sie anderen gerne über Ihre Arbeit? | ① | ② | ③ | ④ |
| C14) | Wie oft erleben Sie Probleme Ihrer Arbeitsstelle als Ihre eigenen? | ① | ② | ③ | ④ |
| C15) | Wie oft würden Sie behaupten, dass Ihre Arbeit große Bedeutung für Sie hat? | ① | ② | ③ | ④ |
| C16) | Wie häufig machen Sie die Erfahrung, dass Ihr Unternehmen einen guten Ruf in der Öffentlichkeit genießt? | ① | ② | ③ | ④ |

Wie schätzen Sie folgende Bereiche in Bezug auf die letzten 4 Wochen ein?

| | | immer/ fast immer | oft | manch- mal | selten/ nie |
|------|---|----------------------|-----|---------------|----------------|
| C17) | Wie häufig haben Sie wegen Sorgen weniger geschlafen? | ① | ② | ③ | ④ |
| C18) | Wie häufig haben Sie das Gefühl, unter Druck zu stehen? | ① | ② | ③ | ④ |
| C19) | Wie häufig haben Sie sich ausreichend konzentrieren können? | ① | ② | ③ | ④ |
| C20) | Wie häufig haben Sie das Gefühl gehabt, für etwas nützlich zu sein? | ① | ② | ③ | ④ |
| C21) | Wie häufig haben Sie das Gefühl gehabt, sich mit Ihren Problemen ausreichend befassen zu können? | ① | ② | ③ | ④ |
| C22) | Wie häufig ist es Ihnen schwer gefallen, Entscheidungen zu treffen? | ① | ② | ③ | ④ |
| C23) | Wie häufig haben Sie den Eindruck gehabt, dass Sie mit Ihren Schwierigkeiten nicht zu Rande kommen? | ① | ② | ③ | ④ |
| C24) | Alles in allem betrachtet: Wie häufig haben Sie sich einigermaßen zufrieden gefühlt? | ① | ② | ③ | ④ |
| C25) | Wie oft konnten Sie Ihren Alltagsverpflichtungen mit Freude nachgehen? | ① | ② | ③ | ④ |
| C26) | Wie häufig haben Sie sich unglücklich und deprimiert gefühlt? | ① | ② | ③ | ④ |
| C27) | Wie häufig haben Sie einen Mangel an Selbstvertrauen gespürt? | ① | ② | ③ | ④ |
| C28) | Wie häufig haben Sie sich wertlos gefühlt? | ① | ② | ③ | ④ |
| C29) | Wie häufig haben Sie sich nervös und gereizt gefühlt? | ① | ② | ③ | ④ |
| C30) | Wie häufig haben Sie sich matt und niedergeschlagen gefühlt? | ① | ② | ③ | ④ |
| C31) | Wie oft waren Sie aktiv und unternehmenslustig? | ① | ② | ③ | ④ |
| C32) | Wie oft haben Sie ausreichend Zeit mit Ihren Freunden/ Freundinnen verbracht? | ① | ② | ③ | ④ |

Soziales

Der letzte Pol „Soziales“ befasst sich mit allen Kontakten, die Sie in der Arbeit erleben und pflegen. Dazu gehören selbstverständlich Ihre KollegInnen und Ihre Vorgesetzten.

Unter diesem Pol möchten wir Sie ebenfalls fragen, wie Sie sich ein Gesundheitsprojekt in Ihrem Unternehmen vorstellen und welche Maßnahmen Sie für Ihre Gesundheit als besonders zuträglich erachten.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen zur Zusammenarbeit mit Ihren Vorgesetzten!

| | | völlig ausreichend | eher ausreichend | eher nicht ausreichend | gar nicht ausreichend |
|-----|---|-----------------------|---------------------|---------------------------|--------------------------|
| D1) | Wie sehr können Sie sich auf Ihre Vorgesetzten verlassen, wenn in der Arbeit Probleme auftauchen? | ① | ② | ③ | ④ |
| D2) | Wie sehr sind Ihre Vorgesetzten dazu bereit, sich Ihre Probleme anzuhören? | ① | ② | ③ | ④ |
| D3) | Wie sehr unterstützen Ihre Vorgesetzten Sie aktiv, sodass Sie es in der Arbeit leichter haben? | ① | ② | ③ | ④ |
| D4) | In welchem Ausmaß fühlen Sie sich von Ihren Vorgesetzten verstanden und gehört? | ① | ② | ③ | ④ |
| D5) | Wie sehr können Sie sich auf Dinge verlassen, die Sie mit Ihren Vorgesetzten besprochen haben? | ① | ② | ③ | ④ |

Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu den Mitbestimmungsmöglichkeiten in Ihrem Unternehmen?

| | | völlig ausreichend | eher ausreichend | eher nicht ausreichend | gar nicht ausreichend |
|-----|---|-----------------------|---------------------|---------------------------|--------------------------|
| D6) | Wie sehr werden Sie über Vorgänge und Entscheidungen der Unternehmensleitung informiert? | ① | ② | ③ | ④ |
| D7) | In welchem Ausmaß können Sie bei wichtigen Dingen im Unternehmen mitreden und mitentscheiden? | ① | ② | ③ | ④ |
| D8) | In welchem Ausmaß beraten sich Ihre Vorgesetzten mit Ihnen, bevor Entscheidungen getroffen werden, die Ihre Arbeit betreffen? | ① | ② | ③ | ④ |
| D9) | Wenn Ihre Arbeit von Veränderungen betroffen ist, in welchem Ausmaß geben Ihre Vorgesetzten eine Begründung wieso und warum? | ① | ② | ③ | ④ |

Bitte beantworten Sie folgende Fragen zur Zusammenarbeit mit Ihren Kollegen und Kolleginnen!

| | | völlig ausreichend | eher ausreichend | eher nicht ausreichend | gar nicht ausreichend |
|------|---|-----------------------|---------------------|---------------------------|--------------------------|
| D10) | Wie sehr können Sie sich auf Ihre Kollegen und Kolleginnen verlassen, wenn in der Arbeit Probleme auftauchen? | ① | ② | ③ | ④ |
| D11) | Wie sehr sind Ihre Kollegen und Kolleginnen dazu bereit, sich Ihre Probleme anzuhören? | ① | ② | ③ | ④ |
| D12) | Wie sehr unterstützen Ihre Kollegen und Kolleginnen Sie aktiv, sodass Sie es in der Arbeit leichter haben? | ① | ② | ③ | ④ |
| D13) | In welchem Ausmaß helfen Ihnen Ihre Kollegen und Kolleginnen, wenn Sie bei der Arbeit nicht weiterkommen? | ① | ② | ③ | ④ |
| D14) | Wie gerne arbeiten Sie mit Ihren Kollegen und Kolleginnen zusammen? | ① | ② | ③ | ④ |
| D15) | Wie sehr interessieren sich Ihre Kollegen und Kolleginnen für Sie persönlich? | ① | ② | ③ | ④ |

Bitte beantworten Sie folgende Fragen zu Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Ihren Kollegen und Kolleginnen!

| | | immer/ fast immer | oft | manch- mal | selten/ nie |
|------|---|----------------------|-----|---------------|----------------|
| D16) | Wie häufig kommt es vor, dass Sie mit Ihren Kollegen und Kolleginnen <u>nicht</u> gerne zusammenarbeiten? | ① | ② | ③ | ④ |
| D17) | Wie häufig arbeiten Sie mit Leuten zusammen, mit denen Sie sich <u>nicht</u> verstehen? | ① | ② | ③ | ④ |
| D18) | Wie oft gibt es Spannungen und schlechte Stimmung unter Ihren Kollegen und Kolleginnen? | ① | ② | ③ | ④ |
| D19) | Wie oft gibt es zwischen den Kollegen und Kolleginnen Konflikte und Streitereien? | ① | ② | ③ | ④ |
| D20) | Wie häufig haben Sie das Gefühl, dass bei der Arbeit alle an einem Strang ziehen? | ① | ② | ③ | ④ |

D21) Wie könnte aus Ihrer Sicht die Gesundheit der Mitarbeiter/innen in Ihrem Betrieb am effektivsten gefördert werden?

Resilienzskala

Wie sehr stimmen Sie folgenden Aussagen zu?

| | | 1 = nein | | | | | 7 = ja | |
|----|--|--|---|---|---|---|--------|---|
| | | Ich stimme nicht zu stimme völlig zu | | | | | | |
| | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 1 | Wenn ich Pläne habe, verfolge ich sie auch. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 2 | Normalerweise schaffe ich alles irgendwie. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 3 | Es ist mir wichtig, an vielen Dingen interessiert zu bleiben. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 4 | Ich mag mich. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 5 | Ich kann mehrere Dinge gleichzeitig bewältigen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 6 | Ich bin entschlossen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 7 | Ich behalte an vielen Dingen Interesse. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 8 | Ich finde öfter etwas, worüber ich lachen kann. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 9 | Normalerweise kann ich eine Situation aus mehreren Perspektiven betrachten. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 10 | Ich kann mich auch überwinden, Dinge zu tun, die ich eigentlich nicht machen will. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 11 | In mir steckt genügend Energie, um alles zu machen, was ich machen muss. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Demografische Daten

ALLGEMEINE ANGABEN ZUR PERSON

(Bitte kreuzen Sie das Zutreffende an!)

E1) Wie alt sind Sie?

| | | | | | |
|--------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|---------------|
| Bis 20 Jahre | 21 bis 30 Jahre | 31 bis 40 Jahre | 41 bis 50 Jahre | 51 bis 60 Jahre | Über 60 Jahre |
| | | | | | |

E2) Geschlecht

| | |
|----------|----------|
| männlich | weiblich |
| | |

E3) Wie lange arbeiten sie bereits im Unternehmen?

| | | | |
|-------------------|---------------|----------------|---------------------|
| Kürzer als 1 Jahr | 1 bis 4 Jahre | 4 bis 10 Jahre | Länger als 10 Jahre |
| | | | |

E4) In welcher beruflichen Stellung sind Sie derzeit tätig?

| | |
|-------------|---------------|
| Arbeiter/in | Angestellte/r |
| | |

Wie häufig führen Sie folgende Tätigkeiten in Ihrem Berufsalltag aus?

| | | immer/ fast immer | oft | manchmal | selten /nie |
|----|--|----------------------|-----|----------|----------------|
| E5 | Verwaltungs- bzw Bürotätigkeit | | | | |
| E6 | Manuelle Arbeiten, also Tätigkeiten mit körperlichen Einsatz | | | | |
| E7 | Kommunikativen Arbeiten, also Kontakt mit Kunden/innen oder Besprechungen mit Kollegen/innen | | | | |

E8) In welchem Ausmaß sind Sie beschäftigt?

| | | |
|----------|----------|-------------------------|
| Vollzeit | Teilzeit | Geringfügig beschäftigt |
| | | |

E9) Welches ist Ihr höchster Bildungsabschluss?

| | |
|--|---|
| | Pflichtschule |
| | Lehre |
| | Berufsbildende mittlere Schule (ohne Matura: z.B. Handelsschule) |
| | Allgemein- bzw. berufsbildende höhere Schule (mit Matura: z.B. AHS, HTL, HAK, HBLA) |
| | Universität/ Fachhochschule/Akademie |

E10) In welchen Bereich sind Sie derzeit tätig?

| | |
|--|--|
| | Unterhaltsreinigung (z.B.: Büroreinigung, Hotel,...) |
| | Hygienereinigung (z.B.: Krankenhaus, Pflegeheim,...) |
| | Sonder- oder Industriereinigung |
| | Abwasch oder Küchenhilfe |
| | Security Services, Feuerwehr oder Portierdienst |
| | Angestelltenbereich |

E11) Welche Staatsbürgerschaft haben Sie?

| | |
|------------|--------|
| Österreich | Andere |
| | |

E12) Welche Muttersprache sprechen Sie?

| | |
|---------|--------|
| Deutsch | Andere |
| | |