

SOZIALE UNGLEICHHEITEN – EINE HERAUSFORDERUNG FÜR DIE ARBEITSWELT?

1. Wie zeigt sich soziale Ungleichheit in der Arbeitswelt?	87
1.1. „Frau-Sein“ in der Arbeitswelt.....	88
1.2. Ältere Arbeitnehmer – reif fürs Ausgedinge?.....	90
1.3. Arbeiten in der Fremde	92
1.4. Krankenschwestern – Arbeiten in ungesunden Verhältnissen	92
1.5. Klein, aber nicht immer fein	93
2. Betriebliche Gesundheitsförderung – ein Lösungsansatz?	94
2.1. „Spagat“ – Betriebliche Gesundheits- förderung für Frauen	97
2.2. Betriebliche Gesundheitsförderung für ältere Arbeitnehmer	97
2.3. Betriebliche Gesundheitsförderung für ausländische Beschäftigte	100
2.4. Gesundheitsfördernde Krankenhäuser	102
2.5. Betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Kleinstbetrieben.....	103
3. Zusammenfassung	105

**Oskar
Meggeneder**

**Ressortdirektor der
Oberösterreichischen
Gebietskrankenkasse**

Auszug aus WISO 4/2003

isw

Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften

Weingartshofstraße 10

A-4020 Linz, Austria

Tel.: +43(0)732 66 92 73, Fax: +43 (0)732 66 92 73 - 2889

E-Mail: wiso@ak-ooe.at

Internet: www.isw-linz.at

*soziale
Ungleichheit
bisher kaum im
Zusammenhang
mit der
Arbeitswelt
diskutiert*

Soziale Ungleichheit wurde bislang kaum im Zusammenhang mit der Arbeitswelt diskutiert. Dabei finden sich die Merkmale gesamtgesellschaftlicher Ungleichheit, wie beispielsweise Alter, Geschlecht, Schulbildung, Einkommen, berufliche Stellung und Nationalität, in gleicher Weise in der Arbeitswelt. Viele Unternehmen fühlen sich verpflichtet, gesellschaftliche Verantwortung zu übernehmen. Der vorliegende Beitrag zeigt, wie sich soziale Ungleichheit in den Unternehmen manifestiert und welche Möglichkeiten es gibt, dieser zu begegnen.

*Sozialpolitik
befindet sich in
den EU-Mitglied-
staaten in
Umbruchphase*

Unsere modernen westlichen Gesellschaften werden gerne mit den Begriffen Chancengleichheit, Wohlfahrtsstaatlichkeit und sozialer Konsens in Verbindung gebracht. Die Alltagserfahrung lehrt uns allerdings, dass unsere Gesellschaft sehr differenziert ist, wie etwa nach Gruppen, Normen, Positionen, Institutionen, Rollen und sozialer Schichtung.¹ Insbesondere die Differenzierung der Gesellschaft in soziale Schichten schließt zwangsläufig Verschiedenartigkeit und Ungleichheit mit ein. Diese Ungleichheit bedeutet häufig auch gesellschaftliche Benachteiligung und soziale Diskriminierung. Dieser Befund wird allgemein akzeptiert, die Geister scheiden sich, wenn es gilt, sozialpolitische Konsequenzen zu ziehen. Die einen lehnen ein steuerndes Eingreifen des Staates ab und begründen dies damit, „... dass also die Sozialleistungen durch die Art und Weise, in der sie finanziert, und durch die Bedingungen, unter denen sie gewährt werden, die Freiheit, die Initiative, die Verantwortung und den Lebensstandard des Individuums mehr belasten als fördern, ja vielleicht sogar lähmen und zerstören“.² Andere hingegen werfen der gegenwärtigen Sozialpolitik fahrlässige Versäumnisse vor und fordern eine entsprechende Umgestaltung der sozialen Sicherungssysteme.³ Wie immer man zum Umgang mit sozialer Ungleichheit stehen mag, Faktum ist, dass sich die Sozialpolitik in den Mitgliedstaaten der Europäischen Union in einer Umbruchphase befindet.⁴ Unbeschadet, wie die Sozialpolitik in der Europäischen Union gestaltet wird, ziemlich sicher ist, „... dass die Zukunft der Sozialsysteme und damit auch die Zukunft des sozialen Zusammenhalts in unseren

Gesellschaften ganz wesentlich davon abhängt, wie sich die Arbeitswelt entwickeln wird“.⁵ Soziale Ungleichheit und Arbeitswelt haben somit einen zweifachen Wirkungszusammenhang: Die Arbeitswelt bestimmt entscheidend den gesellschaftspolitischen Umgang mit sozialer Ungleichheit und in der Arbeitswelt besteht selbst soziale Ungleichheit.

1. Wie zeigt sich soziale Ungleichheit in der Arbeitswelt?

Zunächst ist aber die Frage zu klären: Wie manifestiert sich soziale Ungleichheit in der Arbeitswelt? Die Verwendung des Begriffes „soziale Ungleichheit“ im Zusammenhang mit der Arbeitswelt ist eher ungewöhnlich; er wird im Allgemeinen als eine Zustandsbeschreibung der Gesamtgesellschaft verwendet. Nachstehende Tabelle zeigt, dass Bestimmungsgründe und Merkmale sozialer Ungleichheit in der Gesellschaft auch für die Arbeitswelt kennzeichnend sind, wobei manche Merkmale nur zum Teil auf die Arbeitswelt durchschlagen oder das gesellschaftliche Diskriminierungsmerkmal eine arbeitswelt-spezifische Ausprägung hat. Allein erziehende Mütter und Väter sind beispielsweise aufgrund ihrer Familiensituation häufig zur Teilzeitarbeit gezwungen, womit ein entsprechend niedrigeres Einkommen und geringere Aufstiegsmöglichkeiten verbunden sind.

Tabelle 1: Bestimmungsgründe und Merkmale sozialer Ungleichheit

Gesellschaft		Arbeitswelt
Alter		Alter
Geschlecht		Geschlecht
Schulbildung/Ausbildung		Schulbildung/Ausbildung
Einkommen		Einkommen
Arbeitslosigkeit	→	Drohende Arbeitslosigkeit
Berufliche Stellung		Berufliche Stellung
Nationalität/Migration	→	Nationalität
Familien-/Haushaltsverhältnisse	→	Arbeitszeit
Räumliche Situierung / Wohnverhältnisse	→	Arbeitsweg

Daneben gibt es noch mehrere Merkmale, die ausschließlich für soziale Ungleichheit in der Arbeitswelt kennzeichnend sind, wie Wirtschaftsklasse/Branche, Betriebsgröße und Arbeitsform (z. B. Heimarbeit, Nachtarbeit, Schichtarbeit, Telearbeit). Anzumerken bleibt noch, dass es zwischen den angeführten Merkmalen zahlreiche Interdependenzen gibt. Beispielsweise schränken Kinderbetreuungspflichten die beruflichen Entfaltungsmöglichkeiten ein und bewirken geringere Aufstiegsmöglichkeiten. Da aber in unserer Gesellschaft immer noch überwiegend die Frauen Kinderbetreuungspflichten wahrnehmen, wirkt Familienstand/Haushaltsgröße nur intervenierend und das eigentlich diskriminierende Merkmal ist das Geschlecht.

1.1. „Frau-Sein“ in der Arbeitswelt

*Stereotypisierung
nach
Geschlechts-
rollen wirkt
erwartungsbildend*

Sowohl in der bereits 20 Jahre zurückliegenden groß angelegten Studie zur sozialen Ungleichheit in Österreich⁶ als auch im Bericht zur sozialen Situation der Frau in Österreich⁷ wurde plakativ und überzeugend nachgewiesen, dass Frauen in der Arbeitswelt gegenüber ihren männlichen Kollegen benachteiligt werden. Dies hängt unter anderem auch von den Einstellungen männlicher Arbeitgeber gegenüber Frauen ab. Diese sind der Meinung, Frauen seien besser für untergeordnete Arbeitsplätze geeignet, seien weniger befähigt und schwächer als Männer und weisen infolge ihrer familiären Verantwortlichkeit kürzere Berufslaufbahnen auf.⁸ „Diese Stereotypisierung nach Geschlechtsrollen wirkt erwartungsbildend und damit auch verhaltenssteuernd, was sich als Aufstiegs- hemmnis für Frauen erweisen kann.“⁹ Das tradierte Rollenverständnis bezüglich Frauen führt in der Tat dazu, dass Frauen mit Kinderbetreuungspflichten oft Probleme haben, die beruflichen und privaten Anforderungen auf die Reihe zu bringen. Die zumeist geringe Bereitschaft der Arbeitgeber, auf die Situation berufstätiger Frauen Rücksicht zu nehmen, schränkt die Entfaltungsmöglichkeiten weiblicher Beschäftigter erheblich ein und führt zu (sozialer) Benachteiligung. Die Ehemänner berufstätiger Frauen dürften in diesem Zusam-

menhang auf die berufliche Situation der Frauen eher belastend als entlastend wirken, denn allein erziehende Mütter sind bedeutend besser im Stande, ihre Berufs- und Betreuungspflichten zu organisieren als verheiratete.¹⁰ Entgegen landläufiger Meinung sind die Arbeitsbelastungen von Frauen im Vergleich zu Männern in Summe etwa gleich hoch, Unterschiede zeigen sich lediglich im Belastungsprofil.¹¹ Frauen sind auch bezogen auf die Arbeitszeit häufig benachteiligt. Zwar stimmt es, dass viele Frauen aus familiären Gründen aktiv eine Teilzeitbeschäftigung suchen, dies hat aber zur Folge, dass auch Frauen eine Teilzeitbeschäftigung „zugemutet“ wird, die eine Vollzeitbeschäftigung wünschen. Dass aber Teilzeitarbeit mit eingeschränkten beruflichen Aufstiegs- und Entfaltungsmöglichkeiten einhergeht, ist hinlänglich bekannt. Müssen Frauen mit Kinderbetreuungspflichten Schichtarbeit leisten, so kommt zu den an sich schon hohen Belastungen noch hinzu, dass Frauen, anders als Männer, ihre „innere Uhr“ ständig umstellen müssen, denn die Familienangehörigen, vor allem die Kinder, verlangen im häuslichen Bereich einen anderen Zeittakt.¹² Hinlänglich bekannt ist auch die Tatsache, dass Frauen sogar bei gleicher und gleichwertiger Tätigkeit schlechter entlohnt werden als Männer, wobei sich die Einkommensschere in den letzten Jahren zunehmend geöffnet hat.¹³ Es verwundert daher nicht, dass beim Bemühen, ausländische Unternehmen zur Betriebsansiedlung zu motivieren, mit billigen Frauenlöhnen geworben wird. In diesem Zusammenhang wird vom „Standortvorteil Frauen“ gesprochen.¹⁴ Manchmal wird behauptet, dass der Grund sozialer Ungleichheit von Frauen nicht unmittelbar in ihrem „Frau-Sein“ liegt, sondern darauf zurückzuführen sei, dass sie auf die schlechteren Arbeitsplätze verwiesen werden. Dies deshalb, weil aufgrund der traditionell den Frauen zugeschriebenen Rolle Arbeitgeber die Erwartung hegen, Frauen wollen ohnehin nur etwas dazuverdienen und der Mittelpunkt ihres Interesses liege im häuslichen Bereich. Das heißt, die unleugbare soziale Ungleichheit von Frauen in den Unternehmen gründe sich auf ihre gesellschaftliche Stellung und nicht auf die betrieblichen Rahmenbedingungen. Untersuchungen zei-

Ehemänner eher belastend für berufliche Situation der Frauen

„Standortvorteil Frauen“

gen allerdings, dass Frauen trotz vergleichbarer beruflicher Stellung und beruflicher Ausbildung sowie vergleichbarem Bildungsgrad und Alter Männern gegenüber unterschiedslos benachteiligt werden;¹⁵ und dies, obwohl Frauen selbst bei schlechtesten Arbeitsbedingungen eine starke inhaltliche und soziale Berufsorientierung haben.¹⁶

1.2. Ältere Arbeitnehmer – reif fürs Ausgedinge?

*in rund 60 % der
deutschen
Unternehmen
kein
Arbeitnehmer
über 50 Jahre*

Der Begriff der „neuen Alten“ umschreibt das Phänomen, dass ältere Menschen zunehmend an gesellschaftspolitischer Bedeutung gewinnen, die sich auf ihre enorme Kaufkraft und ihren wachsenden Anteil an der Gesamtbevölkerung stützt. Sie sind daher auch für politische Parteien ein bedeutsames Wählerpotenzial.¹⁷ Dieser gesellschaftliche Statusgewinn kontrastiert auffällig mit ihrem Bedeutungsverlust in der Arbeitswelt. Ältere Arbeitnehmer zählen in beinahe allen westeuropäischen Industriestaaten zu den arbeitsmarktpolitischen und betrieblichen Problemgruppen. Betriebliche Beschäftigungsprobleme beginnen bereits für Arbeitnehmerinnen mit 45 und Arbeitnehmer mit 50 Jahren. So findet sich in rund 60 Prozent der deutschen Unternehmen kein einziger Arbeitnehmer der älter als 50 Jahre ist. Die Benachteiligung älterer Arbeitnehmer, zeigt sich in einem zunehmenden Ausschluss von Aufstiegsmöglichkeiten, altersbedingten Versetzungen auf weniger qualifizierte und häufig auch geringer entlohnte Arbeitsplätze und einer abnehmenden Beteiligung an betrieblichen Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen. Damit verbunden ist ein innerbetrieblicher Statusverlust, der nicht selten in persönlichen Rückzug oder innere Kündigung einmündet. In der genannten Alterskohorte nehmen die Krankenstandstage deutlich zu und jenseits des fünften Lebensjahrzehnts steigen die Berufsunfähigkeitspensionen besorgniserregend an. Zu den betrieblichen Beschäftigungsproblemen treten Benachteiligungen auf dem Arbeitsmarkt hinzu. Ältere Arbeitnehmer, die ihren Arbeitsplatz verloren haben, haben kaum noch die Chance eine Wiederbeschäftigung zu finden. Dies zeigt sich exemplarisch an der Rückläufigkeit der Erwerbsquoten der

Männer zwischen 50 und 55 Jahren. Betrug diese im Jahr 1990 noch 91,2 %, so sank sie bis zum Jahr 1996 auf 81,9 % und fiel im Jahr 2000 auf 76,5 %. Die rückläufige Erwerbsbeteiligung der Älteren wirkt sich unmittelbar auf die Strukturen der Pensionierung aus. Das durchschnittliche Pensionszugangsalters betrug im Jahr 2000 bei den Männern 58,3 Jahre (Frauen: 56,5 Jahre) und liegt damit deutlich unter der gesetzlichen Regelaltersgrenze von 65 respektive 60 Jahren. Bei den Invaliditätspensionen betrug das durchschnittliche Berufsaustrittsalter bei den Arbeitern 52,4 Jahre, bei den Arbeiterinnen 49,2 Jahre, bei den männlichen Angestellten 54,4 Jahre und bei den weiblichen Angestellten 49,1 Jahre. Die abnehmende Alterserwerbstätigkeit und die zunehmenden frühzeitigen Pensionierungen haben vielfältige Ursachen. Diese liegen teilweise in der eigenen sich verschlechternden Gesundheit und in den betrieblichen Beschäftigungsstrategien; zum Beispiel in von Rationalisierungsmaßnahmen, aufgrund derer in erster Linie ältere Arbeitnehmer gekündigt werden, die dann am globalen Arbeitsmarkt kaum Chancen haben, wieder beschäftigt zu werden. Es gibt zahlreiche Beispiele, die zeigen, dass im Zuge von betrieblichen Reorganisationsmaßnahmen mit älteren Arbeitnehmern alles andere als rücksichtsvoll verfahren wird und die Unternehmensleitungen zu subtilen Methoden greifen, um sie aus dem Betrieb hinauszudrängen. So werden im Zuge eines Innovationsschubes ältere Arbeitnehmer überhaupt nicht oder nur ungenügend auf den technischen und/oder organisatorischen Wandel vorbereitet. Junge Arbeitnehmer können aufgrund einer größeren Vertrautheit mit neuen Technologien und einer höheren kognitiven Lernfähigkeit Umstellungsprozesse leichter und schneller bewältigen. Reorganisationsprozesse orientieren sich in ihrem Umsetzungstempo in aller Regel an jüngeren Arbeitnehmern. Dies bringt ältere Beschäftigte in massive Stresssituationen, sodass sie entweder den Betrieb freiwillig verlassen oder aufgrund der hohen an sie gestellten Anforderungen erkranken und in der Folge in die Berufsunfähigkeitspension abgehen, falls sie nicht ohnehin vom Unternehmen gekündigt werden.

*rückläufige
Erwerbsquoten
der Männer
zwischen 50 und
55 Jahren*

*bei Innovations-
schüben werden
ältere
Arbeitnehmer oft
nicht mehr
berücksichtigt*

1.3. Arbeiten in der Fremde

*ausländische
Arbeitnehmer
konzentrieren
sich oft auf
wenige Branchen
mit hoher
Arbeitsbelastung*

Ausländische Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen befinden sich am untersten Ende der Arbeitsmarkthierarchie und sie sind überdurchschnittlich oft von Arbeitslosigkeit betroffen. Der Grund dafür sind allerdings nicht nur mangelnde Sprachkenntnisse und eine schlechtere Berufsausbildung, denn viele sind hervorragend beruflich qualifiziert, nur wird ihre Qualifikation nicht nachgefragt und sie werden unterqualifiziert beschäftigt. „Oft kann demnach mangelnde Integration nicht den AusländerInnen angelastet werden, sondern geht auf das Konto des Aufnahmelandes.“¹⁸ Die mangelnde Integration von Ausländern in den Arbeitsmarkt zeigt sich in einer niedrigeren Erwerbsquote, die um vier Prozent unter jener der Österreicher liegt. Ausländer finden sich überdurchschnittlich häufig in Klein- und Kleinstbetrieben, die nicht selten rigide Arbeitsbedingungen aufweisen.¹⁹ Sie konzentrieren sich auf wenige Branchen und zwar zumeist auf solche, die mit hohen Arbeitsbelastungen verbunden sind. 1999 waren zwei Drittel der Ausländer in folgenden Branchen, beschäftigt: Bauwirtschaft, Tourismus, Handel und Reparaturwesen, unternehmensorientierte Dienste (Leasingbetriebe), Erzeugung und Bearbeitung von Metallen sowie Verkehr und Nachrichtenübermittlung.²⁰ Der Ausländeranteil in Hochlohnsegmenten ist äußerst gering. Sie bilden den Anpassungspuffer bei einer starken Beschäftigungsfluktuation, haben verringerte Weiterbeschäftigungschancen und waren in den letzten 20 Jahren viermal häufiger von Arbeitslosigkeit betroffen als Inländer.²¹

1.4. Krankenschwestern – Arbeiten in ungesunden Verhältnissen

Die Organisation eines Krankenhauses zeichnet sich durch zentrale Widersprüche aus. Wir finden eine sehr hohe Organisationskomplexität vor, die aber zu Lasten des Personals geht. Das Personal fängt sozusagen die Schwächen der Organisation auf. Auf der einen Seite besteht ein hoher Bedarf

an Eigenverantwortlichkeit (man denke nur an medizinische Entscheidungen, die über Leben und Tod bestimmen); auf der anderen Seite gibt es nur geringe Gestaltungsmöglichkeiten der eigenen Arbeitsbedingungen. Einerseits ist das Kooperationserfordernis zwischen den verschiedenen Berufsgruppen sehr hoch, andererseits gibt es aber nur eine schwache Integration der Berufsgruppen. Die im Krankenhaus erbrachten Dienstleistungen sind zum einen sehr technikintensiv, zum anderen aber auch sehr stark personalorientiert. Diese genannten Widersprüche produzieren also ein ausgeprägtes Belastungsprofil. In zahlreichen Untersuchungen konnte gezeigt werden, dass die Arbeitsbedingungen der Beschäftigten in Krankenhäusern, und zwar insbesondere der Krankenschwestern, beklagenswert ist. Unzureichende Personalausstattung führt zur permanenten Unterbesetzung in den Stationen.²² Stress, sexuelle Belästigung und Frustration im Beruf sind weitere negative Begleiterscheinungen des Krankenpflegeberufes.²³ Ein weiteres Belastungspotenzial sind die in den Krankenhäusern üblichen Arbeitszeiten. Diese sind häufig überaus lang und haben zumeist eine ungünstige Verteilung und Lage, wie Schichtarbeit, geteilte Arbeitszeit und Nacharbeit. Die Tätigkeit von Krankenschwestern ist zudem mit enormen emotionalen Belastungen verbunden, wie Ekel, Scham und Peinlichkeitsgefühlen, welche aufgrund intimer Pflegesituationen und Ekel erregender Arbeitssituationen auftreten.²⁴ Die soziale Benachteiligung von Krankenschwestern aufgrund ihrer besonderen Arbeitsumstände zeigt sich ferner in ständiger Überforderung, häufigen Erschöpfungszuständen, Einschränkungen bei erholsamen Freizeitaktivitäten, permanentem Zeitdruck, hoher Fluktuation, Schlafstörungen, frühem Berufsausstieg, schlechtem Arbeitsklima und eingeschränkter beruflicher Autonomie.²⁵

hoher Bedarf an Eigenverantwortlichkeit, aber geringe Gestaltungsmöglichkeiten bei Arbeitsbedingungen

Belastungen von Krankenschwestern

1.5. Klein, aber nicht immer fein

Obwohl der überwiegende Teil der Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen in Kleinbetrieben beschäftigt ist (53 % der Arbeitnehmer arbeiten in Betrieben mit bis zu 99 Beschäftig-

ten), setzt sich die Arbeitssoziologie kaum mit den Sozialbeziehungen in Kleinunternehmen auseinander, ja hat sie förmlich aus ihrem wissenschaftlichen Blickfeld verdrängt. Es ist zu vermuten, dass die Arbeitsbedingungen in Kleinbetrieben vergleichsweise schlechter sind als in Großbetrieben. Indirekte Hinweise dafür sind, dass in manchen Wirtschaftsbereichen, die in überdurchschnittlichem Maße erschwerte Arbeitsbedingungen aufweisen (Hotel- und Gastgewerbe,²⁶ Frisörgewerbe²⁷), überwiegend Kleinbetriebe zu finden sind. Auch der Anteil ausländischer Arbeitnehmer, die ein höheres Belastungsprofil aufweisen als inländische, sind überdurchschnittlich häufig in Kleinbetrieben beschäftigt.²⁸ Auch Sonderformen der Arbeitszeit finden sich häufiger in Kleinstbetrieben (bis 19 Beschäftigte).²⁹ Obwohl die objektiv messbaren Belastungsfaktoren in Klein- und Kleinstbetrieben im Regelfall erheblich höher sind als in Mittel- und Großbetrieben, können die Sozialbeziehungen zwischen Arbeitnehmern und Arbeitgeber in Kleinbetrieben eine hohe Qualität aufweisen, sodass sich die Beschäftigten trotz höherer Belastungen sowie ökonomischer und gesundheitlicher Nachteile durchaus wohl fühlen können.³⁰ Nach der Darstellung jener Bereiche der Arbeitswelt und der Beschäftigtengruppen, welche von sozialer Ungleichheit betroffen sind, werden nachfolgend exemplarische Lösungsansätze beschrieben.

2. Betriebliche Gesundheitsförderung – ein Lösungsansatz?

Betriebliche Gesundheitsförderung ist mittlerweile ein Begriff, der beliebig verwendet wird. Im Zusammenhang mit diesem Beitrag wird unter diesem Begriff jener Ansatz verstanden, wie er in der so genannten „Luxemburger Deklaration“ der European Network Workplace Health Promotion festgeschrieben wurde. Demnach sind die Merkmale betrieblicher Gesundheitsförderung folgende:

- Betriebliche Gesundheitsförderung setzt am konkreten Arbeitszusammenhang an. Während betriebliche Wellness-Konzepte die Veränderung gesundheitsgefährdenden persönlichen Risikoverhaltens (Rauchen, ungesunde Ernährungsweise usw.) der Beschäftigten zum Ziel haben, steht in der betrieblichen Gesundheitsförderung die Schaffung einer „gesunden“ Unternehmenskultur im Mittelpunkt des Bemühens.
- Ähnlich dem ArbeitnehmerInnenschutz versucht betriebliche Gesundheitsförderung Bedingungen und Ursachen von Gesundheit zu beeinflussen.
- Während die Akteure des ArbeitnehmerInnenschutzes Experten (Sicherheitsfachkraft, ArbeitsmedizinerIn) sind, liegt der Schwerpunkt der betrieblichen Gesundheitsförderung in der Nutzung des Erfahrungswissens der Betroffenen und in der Stärkung von Kompetenzen.
- Bemüht sich der ArbeitnehmerInnenschutz in seiner Expertenorientierung vorwiegend um naturwissenschaftlich-technisch orientierte Problemlösungen, so versteht sich betriebliche Gesundheitsförderung vor allem als sozialer Prozess und als ein Beitrag zur Organisationsentwicklung.

Merkmale betrieblicher Gesundheitsförderung

Betriebliche Gesundheitsförderung bedient sich der Methode des Projektmanagements. Im Zuge der Projektabwicklung werden drei „Standard“-Instrumente eingesetzt. Hier ist zunächst die aktivierende Mitarbeiterbefragung zu nennen. Diese dient nicht nur dazu, meist ohnehin bekannte Schwachstellen in ihrem Ausmaß zu quantifizieren, sondern hat eine wesentliche Marketingfunktion, um die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen auf das Projektvorhaben neugierig zu machen. Weiteres Instrument ist der betriebliche Gesundheitsbericht. Dieser ist sozusagen ein „gesundheitsbezogener“ Geschäftsbericht. Das zweifellos wichtigste Instrument der betrieblichen Gesundheitsförderung ist der Gesundheitszirkel. Was sind nun Gesundheitszirkel? Innovative Unternehmen haben längst erkannt, dass das betrieblich und außerbetrieblich erworbene Erfahrungswissen der Beschäftigten genutzt werden kann, um die Qualität und Produktivität zu steigern und die Kosten zu

drei „Standard“-Instrumente

senken. Dabei bedient man sich bestimmter Gruppenarbeitsformen, wie Qualitätszirkel und Kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP). Gesundheitszirkel unterscheiden sich in ihrer Struktur und Arbeitsweise von Qualitätszirkeln lediglich in der Zielsetzung. Unter der Leitung eines Moderators/einer Moderatorin analysieren die in einem Gesundheitszirkel zusammengeführten Arbeitnehmer ihre Arbeitssituation und ihr Arbeitsumfeld, um unter Einsatz ihrer praktischen Arbeits- und Lebenserfahrungen umsetzungsreife Maßnahmen zur gesundheitsförderlichen Gestaltung der Arbeitsabläufe und Arbeitsumgebung zu erarbeiten.³¹ Die Beteiligten an den Gesundheitszirkeln bestimmen selbst, welche Problemlagen sie bearbeiten möchten. Sie bekommen keine thematischen Vorgaben, sondern verfolgen das generelle Ziel, Maßnahmen zu entwickeln, die geeignet sind, die Arbeitssituation, die Arbeitsabläufe und Arbeitsumgebung zu verbessern, um die Arbeit zu erleichtern, die Belastungen zu vermindern und damit einen positiven Effekt auf das gesundheitliche Wohlbefinden zu bewirken. Die Erfahrungen mit Gesundheitszirkeln zeigen, dass die Zirkelmitglieder sich dabei auf technische und organisatorische Aspekte der Arbeit beschränken und im Regelfall nie die Überlegung anstellen: „Gibt es bestimmte sozial benachteiligte Arbeitnehmergruppen (z. B. Frauen, ältere oder ausländische ArbeitnehmerInnen), deren Arbeitssituation verbessert werden muss und auf deren besondere Problemlagen eingegangen werden sollte?“ Um die angeführten sozialen Ungleichheiten zu beseitigen, bedarf es neben dem Einsatzes der üblichen Instrumente der betrieblichen Gesundheitsförderung (Gesundheitsbericht, Mitarbeiterbefragung, Gesundheitszirkel) eines klaren von der Unternehmensleitung vorgegebenen und vom Betriebsrat akzeptierten „gesundheitspolitischen“ Auftrages und/oder des Einsatzes von Sonderprogrammen. Diese werden im Folgenden für jene Gruppen dargestellt, für welche weiter oben soziale Ungleichheit verortet wurde.

2.1. „Spagat“ – Betriebliche Gesundheitsförderung für Frauen

„Spagat – innovative Gesundheitsförderung berufstätiger Frauen“³² ist ein Kooperationsprojekt mit dem Ziel, die Berufstätigkeit von Frauen mit deren „privaten“ Verpflichtungen besser zu vereinbaren. „Erwerbstätige Frauen vollführen (verbunden mit einigen Verrenkungen) täglich das Kunststück des Spagats, um den unterschiedlichen, teils widersprüchlichen Anforderungen aus Beruf, Familie und Gesellschaft gerecht zu werden. Die daraus resultierenden Doppel- und Mehrfachbelastungen führen zu Stress und Überforderungen der einzelnen Frau, die (aufgrund fehlender emotionaler und gesellschaftlicher Unterstützung und schlechter Rahmenbedingungen) meist versuchen muss, individuelle Lösungen dafür zu finden, um selbst mit diesen Problemen fertig zu werden.“³³ Von der Projektorganisation, dem Projektablauf und den eingesetzten Instrumenten entspricht Spagat dem in der Luxemburger Deklaration festgeschriebenen Ansatz, wie er auch vom „Österreichischen Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung“³⁴ vertreten wird. Das Besondere an Spagat ist der Fokus auf die Zielgruppe Frauen in einem Unternehmen und die Schwerpunktsetzung auf die typischen Belastungen von Frauen in der Arbeitswelt: psychosoziale Belastungen, bestimmte Umgebungsbelastungen sowie körperliche Belastungen und vor allem das Problem der Vereinbarkeit von Arbeitszeit und außerberuflichen Verpflichtungen. Im Rahmen des Kooperationsprojektes wurde ein eigenes Handbuch zur Gesundheitszirkelarbeit mit Frauen entwickelt.³⁵

„Spagat“ – um Berufstätigkeit von Frauen mit privaten Verpflichtungen besser zu vereinbaren

2.2. Betriebliche Gesundheitsförderung für ältere Arbeitnehmer

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt wird mit dem älteren Personal in den Betrieben zum Teil sehr rücksichtslos verfahren, sind sie doch jederzeit durch jüngere Mitarbeiter ersetzbar. Da die westlichen Industrienationen die Zuwanderung von Ausländern drastisch beschränken, ist jedoch nicht auszuschließen, dass

*mit
zunehmendem
Alter sinken
Stress und
Fehlleistungen*

es in den nächsten Jahren zu Engpässen am Arbeitsmarkt kommen kann. Dies wird wahrscheinlich dazu führen, dass sich die Unternehmen auch auf die Chancen besinnen, welche die Beschäftigung von älteren Personen mit sich bringen. Mit dem Älterwerden mehren sich Erfahrung, Urteilsfähigkeit, Routine und Weitsicht. Es ist festzustellen, dass mit zunehmendem Alter Stress und Fehlentscheidungen sinken. Es besteht aber einerseits ein Problem zwischen den Arbeitsanforderungen, die sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt an jungen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen orientieren, und andererseits den veränderten Ressourcen älterer Menschen. Steigen die kognitiven und sozialen Fähigkeiten im Alter, so sinken – ohne eine entsprechende Förderung – die körperlichen Kapazitäten. Bleiben Arbeitsplätze und die Arbeitsorganisation an den Kapazitäten junger und gesunder Menschen ausgerichtet, so führt diese nicht altersgerechte Anforderung zu körperlicher Überforderung, geistiger Unterforderung und menschlicher Abwertung. Chronische Stressoren gefährden Gesundheit, Arbeitsfähigkeit und private Lebensqualität genauso wie Produktivität, Arbeitsqualität und Unternehmenskultur. Pointiert ausgedrückt führt dieser chronische Widerspruch zwischen Organisation und Organismus zu Phänomenen, die weder betriebswirtschaftlich noch gesellschaftlich erwünscht sind: Krankheit und Unfall, (innere) Kündigung und Frühverrentung. Die Lösung dieses Dilemmas liegt in einer altersgerechten Umgestaltung der Arbeitswelt und zwar auf allen Ebenen und mit allen Menschen. Vom Führungsverhalten über kollegiale Einstellungen, altersangepasste ergonomische Arbeitsplätze, persönliche Fitness bis hin zur Arbeitszeit.

Sollen Gesundheitspotenziale in der Arbeitswelt erschlossen werden, so bedeutet dies die Schaffung entsprechender Rahmenbedingungen, die berufliches Wachstum im Älterwerden über Sinnfindung, Anerkennung, Mitgestaltung, gesundheitsfördernde Organisationsentwicklung, kollegiale Professionalität und ganzheitliche Persönlichkeitsentwicklung ermöglichen. Das Institut für betriebliche Gesundheitsförderung Österreich³⁶

hat ein Konzept entwickelt, das sich am Modell „Respect for the Ageing“ des Finnish Institute of Occupational Health orientiert.³⁷ Dieses umfasst ein Seminar für Entscheidungsträger sowie ein Monitoring der Arbeitsfähigkeit und bietet Trainings für Mitarbeiter und Führungskräfte an. Begleitend werden ergonomische Maßnahmen für Arbeitsplätze entwickelt, die den Bedürfnissen älterer Menschen angepasst sind. Das Konzept integriert Maßnahmen der Verhältnisförderung, der Verhaltensförderung und der Gesundheitsentwicklung in Kooperation mit den arbeitsmedizinischen, sicherheitstechnischen und arbeitspsychologischen Diensten. Gesundheitsentwicklung wird als eine Querschnittsaufgabe aufgefasst, die mit anderen Managementaufgaben, wie Organisations- und Personalentwicklung, Kostenoptimierung und Qualitätsmanagement, verbunden ist. Idealtypisch liegt es in der Verantwortung der Führungskräfte, durch ihr Führungsverhalten Gesundheitspotenziale und, damit verbunden, Produktivität zu fördern. Die Mitarbeiter des Instituts für betriebliche Gesundheitsförderung, die wie erwähnt das Modell Productive Ageing für Österreich konzipiert haben, unterstützen die Unternehmensleitung durch ihre Erfahrung, durch die Darstellung von „Models of good practice“ und durch Cost-Benefit-Analysen. In diesem Zusammenhang wurden mehrere Module entwickelt.

Gesundheitsentwicklung als Querschnittsaufgabe

Diese eher verhaltensorientierten Projektelemente, wie Führungsverhalten, Selbstanalyse, Fallstudien und Rollentraining, werden durch verhältnisorientierte Angebote ergänzt, wie beispielsweise eine Stärken-Schwächen-Analyse für Abteilungen und Organisationseinheiten. Diese hat eine Erhebung der Risiken für Gesundheit und Arbeitsfähigkeit beim Älterwerden, der Defizite der persönlichen Entwicklung und der kollegialen Beziehungen sowie der Ortung von Gesundheits-, Sinn- und Organisationspotenzialen zum Ziel. Erster Schritt ist die Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten, der Altersstruktur der Beschäftigten, des Leitbildes des Unternehmens, der unterschiedlichen betrieblichen Medien, des Organigramms sowie der Kommunikationsstruktur des Unternehmens. Aufgrund der gewonnenen Informationen erfolgen teilstrukturierte

„Arbeits-
bewältigungs-
index“

Experteninterviews mit den Vertretern des Managements, der Belegschaft, der Personalabteilung, dem Betriebsarzt und dem Betriebsrat. Daran schließt eine Unternehmensbegehung sowie eine anonyme schriftliche Befragung aller Beschäftigten an. Ein wesentliches Instrument ist die Erhebung der Arbeitsfähigkeit mit dem Arbeitsbewältigungsindex.³⁸ Parallel dazu werden Gesundheitszirkel eingesetzt.

Das Gesundheitsförderungsmodell des Instituts für betriebliche Gesundheitsförderung enthält außerdem noch Angebote für Seminare und Trainingseinheiten zu spezifischen Themen wie persönliche Fitness, Rückenschule, Entspannung und Stressabbau sowie Ernährungsberatung. Mitarbeitern, die bereits in einer massiven „Krise“ stecken und für die Gesundheitsförderungsmaßnahmen erst nach einer Therapiephase greifen können, bietet das Institut individuelle Interventions- und Therapiemaßnahmen an. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass das Konzept Productive Ageing zweifellos einen vernachlässigten, vielleicht sogar tabuisierten Problembereich der Arbeitswelt aufgreift.

2.3. Betriebliche Gesundheitsförderung für ausländische Beschäftigte

Für ausländische Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen gibt es, abweichend von den oben angeführten Konzepten für weibliche und ältere Beschäftigte, kein explizit auf die Zielgruppe zugeschnittenes Programm. Es gibt jedoch ein so genanntes „Model of good practice“, das als Beispiel für auf ausländische Beschäftigte bezogene betriebliche Gesundheitsförderungsprojekte dienen könnte. Dieses wird nachfolgend dargestellt.

In einem Zweigbetrieb eines Abfallverwertungskonzerns mit 41 Beschäftigten (davon 8 Frauen) unterschiedlicher Nationalität (Österreicher und Türken sowie eine Kroatin) werden folgende Abfallfraktionen verwertet: Papier, Holzabfälle, Textilien sowie Leichtstoffe, die sehr häufig verunreinigt sind. Fallweise wer-

den in so genannten Sonderaufträgen spezielle Fraktionen verwertet (z. B. eine Charge abgelaufener Fruchtsäfte oder Arzneimittel). Es ist nicht viel Fantasie notwendig, um sich vorstellen zu können, dass der Job eines Abfallsortierers mit erheblichen Belastungen und Gesundheitsgefährdungen verbunden ist. An Arbeitsumweltbelastungen sind Lärm, Hitze, Kälte, giftige oder gefährliche Arbeitsstoffe sowie Staub und Schmutz zu nennen und an physischen Belastungen ständiges Stehen sowie schweres Heben. Da der Abfall auf Förderbändern in einem unbeeinflussbaren Tempo an den Arbeitern und Arbeiterinnen vorbeigeführt wird, kann Arbeitsdruck zu psychischen Belastungen führen. Psychisch belastend ist zweifellos auch die Ungewissheit, ob nicht durch verrottende und faulende Abfallreste in der Leichtstofffraktion sowie giftige Lösungsmittel und Aerosole Allergien, Hautkrankheiten oder Erkrankungen des Respirationstraktes hervorgerufen werden. Die das Unternehmen betreuende Arbeitsmedizinerin stellte eine auffällig hohe Unfallgefährdung fest. Das Arbeitsklima beurteilte sie als sehr schlecht. Als sich ein Arbeitsunfall mit tödlichem Ausgang ereignete (ein Arbeiter geriet in eine Presse), beschloss die Geschäftsleitung, im Unternehmen ein betriebliches Gesundheitsförderungsprojekt zu starten.

*tödlicher
Arbeitsunfall als
Anlass für
Gesundheits-
förderungs-
projekt*

Das wichtigste Instrument des Projektes, für welches der Titel „Wertstoff Gesundheit“ gewählt wurde, war der Einsatz von Gesundheitszirkeln. Der Gesundheitszirkel sollte sinnvollerweise jene Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen einschließen, die an den besonders gesundheitsgefährdenden und unfallträchtigen Förderbändern zur Abfallsortierung arbeiten. Wie bereits erwähnt, geben Gesundheitszirkel den betroffenen Beschäftigten eines Arbeitsbereichs die Möglichkeit, die der Gesundheit abträglichen Arbeitsbedingungen und Arbeitsabläufe zu erheben, zu analysieren und entsprechende Lösungsvorschläge zu deren Änderung zu erarbeiten. Da die Beschäftigten an den Förderbändern überwiegend Ausländer sind, stellte sich das Problem der sprachlichen Artikulation von Problemen und von Ideen zu Problemlösungen. Als Lösung wurde erstmalig der Weg von zweisprachigen Gesundheitszirkeln (Deutsch/Tür-

kisch) gewählt. Dieser zweisprachige Gesundheitszirkel wurde von einem externen Moderator begleitet, der von einem Dolmetscher unterstützt wurde. Nach fünf Sitzungen konnten die Mitglieder des Gesundheitszirkels der Geschäftsleitung nicht weniger als 38 Problembereiche vorlegen, wobei jeweils konkrete Lösungsvorschläge angeboten wurden.

Erarbeitung gemeinsamer Lösungen festigte auch die Gruppenbindung über verschiedene Nationalitäten hinweg

Dass die Problemlösungskompetenz der in den Gesundheitszirkeln mitarbeitenden ausländischen Beschäftigten beachtlich ist, lässt sich daraus ableiten, dass von den 38 im September 1999 vorgelegten Veränderungs- und Lösungsvorschlägen innerhalb von sechs Wochen bereits 50 Prozent umgesetzt wurden. Zum Projektabschluss wurde ein zweisprachiger Gesundheitsbericht (Deutsch/Türkisch) erstellt. Die Möglichkeit, die eigene Kompetenz im Gesundheitszirkel unter Beweis stellen zu können, stärkt das Selbstbewusstsein. Die Erarbeitung der Lösungen gemeinsam in der Gruppe festigt auch die Gruppenbindung über die verschiedenen Nationalitäten hinweg. Kein Wunder, dass das Projekt „Wertstoff Gesundheit“ auch das Betriebsklima positiv beeinflusst hat.³⁹

2.4. Gesundheitsfördernde Krankenhäuser

Doppelstrategie der Entwicklung von Personen und der Organisation

1995 wurde das Österreichische Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser⁴⁰ gegründet. Dieses verfolgt das Ziel, die Gesundheit der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen in Krankenhäusern zu fördern, wobei in der praktischen Umsetzung die Doppelstrategie der Entwicklung von Personen und der Entwicklung der Organisation verfolgt wird.

Ansetzen am Krankenhauspersonal: Schulungen und Trainings zur Entwicklung von gesundheitsrelevantem Wissen und Fähigkeiten, beispielsweise zur besseren und gesundheitsfördernden Bewältigung des Arbeitsalltags. Stärkung von Möglichkeiten der aktiven Beteiligung und Mitgestaltung von Strukturen und Prozessen im Krankenhaus.

Ansetzen an den Arbeitsbedingungen im Krankenhaus: Entwickeln des Arbeitsumfeldes und der Arbeitsumwelt, beispielsweise durch Organisationsentwicklungsprozesse oder durch

Anpassung der Infrastruktur, um Risiken zu vermeiden oder zu vermindern und um Arbeitsabläufe optimaler zu gestalten.⁴¹

Bei der Umsetzung von Projekten empfiehlt das Netzwerk, im Sinne eines Umbrella-Konzeptes Folgendes einzubeziehen:

„Umbrella-Konzept“

- Arbeitsmedizin;
- ArbeitnehmerInnenschutz;
- ArbeitnehmerInnenvertretung;
- Personalentwicklung;
- Organisationsentwicklung;
- Qualitätsmanagement;
- betriebliche Gesundheitsförderung;
- Empowerment für MitarbeiterInnen.⁴²

Aufgrund dieses umfassenden Umbrella-Konzeptes gehen die vom Netzwerk dokumentierten Projekte über den enger definierten Ansatz der Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung hinaus. Es finden sich hier patientenorientierte Projekte, gemeindeorientierte Projekte, organisationsorientierte Projekte und mitarbeiterorientierte Projekte, wobei in den letzten beiden Projektkategorien durchaus der oben definierte Ansatz der betrieblichen Gesundheitsförderung zur Anwendung kommen kann.

2.5. Betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Kleinstbetrieben

In Klein- und Kleinstbetrieben fehlen im Regelfall die organisatorischen, personellen und zeitlichen Ressourcen, um die bewährten Instrumente der betrieblichen Gesundheitsförderung wie Gesundheitszirkel und Gesundheitsbericht einsetzen zu können. Auch die Durchführung einer aktivierenden Mitarbeiterbefragung macht bei fünf Beschäftigten wenig Sinn. In Klein- und Kleinstbetrieben müssen daher völlig andere Wege beschritten werden. Im Gegensatz zu größeren Unternehmen gehört in Klein- und Kleinstbetrieben auch der Unternehmer zur Zielgruppe gesundheitsfördernder Maßnahmen, da der Chef üblicherweise weitgehend die gleichen Arbeiten wie seine Beschäftigten durchführt. Für ihn sind also die Arbeitsbelas-

in Klein- und Kleinstbetrieben andere Wege erforderlich

- mehr externe
Unterstützungs-
leistungen
erforderlich* tungen und Arbeitsbedingungen im Regelfall die gleichen. Die Kleinunternehmer benötigen daher erhebliche externe Unterstützungsleistungen, sollen sie Gesundheit in ihrem Betrieb zum Thema machen. Ein den Wegweisender Ansatz, wie in kleingewerblichen Betrieben Gesundheitsförderung durchgeführt werden kann, wurde im Projekt „Backen wir’s“ verfolgt, welches in Oberösterreich und der Steiermark durchgeführt wurde.⁴³ Im Folgenden wird der Projektansatz am Beispiel Oberösterreich gerafft dargestellt.
- Fallbeispiel
Bäckerei* Im Februar 1998 wurde unter der Federführung des Unfallverhütungsdienstes der AUVA-Landesstelle OÖ und des Arbeitsinspektorates Linz ein Projekt gestartet, welches die Reduktion der Mehlstaubexposition in Bäckereien zum Ziel hatte. Wenn man bedenkt, dass Bäcker gegenüber den Erwerbstätigen insgesamt ein 167fach erhöhtes relatives Risiko für obstruktive allergische Atemwegserkrankungen aufweisen, wird die Wahl dieses Zielschwerpunktes verständlich. Im Zuge des Projektes wurde ein Netzwerk gebildet, dem neben den Projektinitiatoren folgende Partner angehörten: Bäckerinnung, Lehrkräfte von einschlägigen Berufsschulen und Höheren technischen Lehranstalten als Multiplikatoren, die Gebietskrankenkasse OÖ, die Arbeiterkammer für OÖ und die Einkaufsgenossenschaft der Bäcker. Kern der Maßnahmen bildeten eine Unternehmensbefragung, Bäckerworkshops, Bezirksversammlungen und Mitarbeiterschulungen. Im Zuge der Unternehmensbefragung wurde an 508 Backbetriebe ein Fragebogen zur Erhebung der aktuellen Mehlstaubsituation und gesundheitlichen Beschwerden ausgesandt. Neben der Erhebung der Ist-Situation sollte die Befragung auf das Projekt aufmerksam machen und die Betriebsinhaber zur weiteren Beteiligung motivieren. In den Bäckerworkshops wurden in Kleingruppen Umsetzungsstrategien erarbeitet, die auf die kleingewerbliche Struktur der Bäckereien zugeschnitten sind. Eines der Ergebnisse war der Wunsch nach unterstützenden Medien. In den von der Landesinnung gemeinsam mit der AUVA und dem Arbeitsinspektorat gestalteten Bezirksversammlungen wurden die verhaltensabhängigen und technischen Möglichkeiten zur

Verringerung der Mehlstaubbelastung vorgestellt und mit den anwesenden Bäckermeistern diskutiert. Auch bei den Mitarbeiter-schulungen wurde auf die kleingewerblichen Betriebe Rück-sicht genommen. Die Veranstaltungen wurden, die Ressourcen der Betriebe schonend, in einem Schulungsbus der AUVA angeboten. Unterstützende Begleitmaßnahmen waren die Pro-duktion und Bereitstellung von begleitenden Medien in Form von Plakaten, Faltern und einem Schulungsvideo, die Einbeziehung der Berufsschulen und die projektbezogene Schulung von Arbeitsinspektoren und Präventivfachkräften der AUVA. Die Einbeziehung der Berufsschulen war insofern wichtig, als die Bäckerlehrlinge eine wichtige Zielgruppe des Projektes bilde-ten. Im fächerübergreifenden Projektunterricht wurden die Projektziele und Projektinhalte aktiv unterstützt. Das eingesetzte Unterrichtsmaterial, das im Rahmen eines länderüber-greifenden EU-Projektes erarbeitet wurde, stellt auf eine aktive Beteiligung der Jugendlichen ab. Damit wird die Akzeptanz der Lehrinhalte erhöht und dies insbesondere bei jenen Lehrlingen, welche in den Betrieben, die sich am Projekt „Backen wir’s“ beteiligten, die praktische Umsetzung der Lehrinhalte hautnah erlebten.

*Einbeziehung
der
Berufsschulen*

3. Zusammenfassung

Obwohl das Phänomen sozialer Ungleichheit in den Unterneh-men in der Regel ausgeblendet wird, konnte gezeigt werden, dass es sehr wohl Gruppen von Arbeitnehmerinnen und Arbeit-nehmern gibt, für welche strukturelle Benachteiligungen in der Arbeitswelt bestehen. In der Unternehmenslogik der Kapital-verwertung kommt der Beseitigung sozialer Ungleichheiten, wenn überhaupt, dann nur ein geringer Stellenwert zu. Unter-nehmen, die gegenüber dem Ansatz der betrieblichen Gesundheitsförderung aufgeschlossen sind, können aber in Anlehnung an nachahmenswerte Beispiele guter Praxis und durch den Einsatz bereits erprobter Instrumente sehr wohl über ihre Fürsorgepflicht hinausgehen, um in ihrem Wirkungsbe-reich einen Beitrag zum gesellschaftlichen Ausgleich zu leis-ten, der eines der Grundprinzipien demokratisch verfasster Staaten darstellt.

*strukturelle
Benach-
teiligungen in
der Arbeitswelt
bestehen*

Anmerkungen:

- 1 Vgl. Bellebaum, Alfred: Soziologische Grundbegriffe. Stuttgart-Berlin-Köln-Mainz 1974 (5. Aufl.), S. 153
- 2 Spieker, Manfred: Legitimitätsprobleme des Sozialstaats. Bern-Stuttgart 1986, S. 294
- 3 Vgl. Behning, Ute und Monika Feigl-Heihs: Europäisierung von Wohlfahrts-politik. Ihre Genese und ableitbare Entwicklungstrends. In: SWS-Rundschau, 41. Jg., Heft 4 (2001), S. 459–478
- 4 Vgl. Graser, Alexander: Dezentrale Wohlfahrtsstaatlichkeit im föderalen Bin-nenmarkt? Berlin 2001; Schmähl, Winfried (Hrsg.): Möglichkeiten und Grenzen einer nationalen Sozialpolitik in der Europäischen Union. Berlin 2001; Foden, David et al. (Eds.): Globalisation and the social contract. Brussels 2001
- 5 Lißner, Lothar und Josef Wöss: Umbau statt Abbau. Sozialstaaten im Ver-gleich: Deutschland, Österreich, Schweden. Wien 1999, S. 307
- 6 Bundesministerium für soziale Verwaltung (Hrsg.): Soziale Struktur Öster-reichs. Wien 1982
- 7 Bundesministerium für Frauenangelegenheiten/Bundeskanzleramt (Hrsg.): Be-richt über die Situation der Frauen in Österreich. Wien 1995
- 8 Vgl. Münz, Rainer et al.: Frauenarbeit, Karenzurlaub und berufliche Wiederein-gliederung. Linz 1986
- 9 Wiegand, Heike: Berufstätigkeit und Aufstiegschancen von Frauen, Berlin 1995, S. 193
- 10 Vgl. Anderson-Kulman: Working Mothers and the Family Context: Predicting Positive Coping. In: Journal of Vocational Behavior, 28. Jg., Heft 3 (1986), S. 241–253
- 11 Vgl. Bundeskammer für Arbeiter und Angestellte (Hrsg.): Die Lage der ArbeitnehmerInnen 1999. Wien o. J.
- 12 Vgl. Becker-Schmidt, Regina et al.: Eines ist zuwenig – beides ist zuviel. Bonn 1984, S. 56 f
- 13 Vgl. Ranftl, Edeltraud, Birgit Buchinger, Ulrike Gschwandtner und Oskar Meggeneder (Hrsg.): Gleicher Lohn für gleichwertige Arbeit. München-Mering 2002, S. 9 ff
- 14 Vgl. Wichterich, Christa: Die globalisierte Frau. Berichte aus der Zukunft der Ungleichheit. Reinbek bei Hamburg 1998, S. 15 ff
- 15 Vgl. Anderson-Kulman, a. a. O., S. 242
- 16 Vgl. Clemens, Wolfgang: Frühinvalidität von Frauen. In: WSI-Mitteilungen, Heft 10 (1993), S. 669
- 17 Vgl. Verheugen, Günter (Hrsg.): 60 plus. Die wachsende Macht der Älteren, Köln 1964
- 18 Zandl, Ulrike: Berufsperspektiven von AusländerInnen in Österreich mit beson-derer Berücksichtigung der Dequalifizierung von hoch qualifizierten Drittaus-länderInnen (Diplomarbeit). Graz 2001, S. 35
- 19 Vgl. Kotthoff, Hermann und Josef Reindl: Die soziale Welt kleiner Betriebe. Wirtschaften, Arbeiten und Leben im mittelständischen Industriebetrieb, Göt-tingen 1990
- 20 Vgl. Biffi, Gudrun: Arbeitsmarktrelevante Effekte der Ausländerintegration in Österreich. Wien 2002, S. 16
- 21 Vgl. ebenda, S. 22 ff
- 22 Vgl. Stigel, Wolfgang: Berufliche Situation des diplomierten Krankenpflege-personals am AKH Linz. Linz 1992, S. 39

- 23 Vgl. Karmasin, Sophie: Das Krankenpflegepersonal in einem Dilemma zwischen Stress, sexueller Belästigung und Berufsfrustration. In: Österreichische Krankenhaus-Zeitung, 32. Jg. (1991), S. 755 ff
- 24 Vgl. Overlander, Gabriele: Die Last des Mitfühlens. Aspekte der Gefühlsregulierung in sozialen Berufen am Beispiel Krankenpflege. Frankfurt am Main 1994, S. 81 ff
- 25 Vgl. Kathan, Bernhard: Mein sozialer Tic ist geheilt. Krankenschwestern sprechen über ihre Belastungen. Innsbruck 1991
- 26 Vgl. Langer, Gottfried: Arbeitsqualität im Gastgewerbe. Innsbruck 1984; Knoll, Alfred: Diese Arbeit macht krank. Versuch einer epidemiologischen Untersuchung. Wien 1992
- 27 Vgl. Budde-Wamhoff, Ursula: Gesundheitsförderung im Friseurhandwerk, Gamburg 1996; Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.): Prospektive Untersuchung der Bedeutung konstitutioneller Parameter für die Ekzemgenese bei Auszubildenden des Friseur- und Maurerhandwerks. Bonn 1983
- 28 Vgl. Biffi, Gudrun, a.a.O., S. 16
- 29 Vgl. Meggeneder, Oskar: Arbeitszeitformen von Frauen und Männern in ausgewählten Wirtschaftsklassen, Bd. 28 der Schriftenreihe: Forschungsberichte aus Sozial- und Arbeitsmarktpolitik. Wien 1990
- 30 Vgl. Kotthoff, Hermann und Josef Reindl: Die soziale Welt kleiner Betriebe, Göttingen 1990
- 31 Bezüglich der Arbeitsweise von Gesundheitszirkeln vergleiche: Meggeneder, Oskar und Reinhold Sochert: WHP interventions and work organisation: the health circle approach, 6. Jg., Heft 3 (1999), S. 14–16; Schröer, Alfons und Reinhold Sochert: Gesundheitszirkel im Betrieb. Modelle und praktische Durchführung. Wiesbaden 1997
- 32 Kontaktadresse: ppm, Kaplanhofstr. 1, A-4020 Linz, Tel.: 0732/78 20 78, E-Mail: ppm.linz@ppm.at
- 33 Schauer, Gabriele und Elfriede Pirolt: Projekt Spagat – innovative Gesundheitsförderung berufstätiger Frauen: Erfahrungen, Ergebnisse und Reflexionen eines Gesundheitsförderungsprojektes. Linz o. J.
- 34 www.netzwerk-bgf.at
- 35 Pirolt, Elfriede und Gabriele Schauer: Gesundheitszirkelarbeit mit Frauen. Handbuch – Erfahrungen, Tipps, Empfehlungen und Beispiele aus der Praxis. Zu bestellen zum Preis von 18,16 Euro (zuzüglich Versandkosten). Bezugsadresse: Kaplanhofstr. 1, a.a.O.
- 36 www.worklab.at
- 37 Karazmann, Rudolf, Heinrich Geissler, Irene Kloimüller und Norbert Winker: Betriebliche Gesundheitsförderung für älter werdende Arbeitnehmer. Gamburg 1995.
- 38 Der gleichfalls vom Finnish Institute of Occupational Health entwickelte Arbeitsbewältigungsindex ist ein Fragebogen, der die Bewältigung der Arbeitsanforderungen, die gesundheitliche Verfassung, die Beeinträchtigung der Arbeitsleistung durch Krankheiten, die Krankenstandstage im vergangenen Jahr, die Einschätzung der eigenen Arbeitsfähigkeit in den kommenden zwei Jahren sowie die psychische Einstellung und Befindlichkeit der Beschäftigten erhebt.
- 39 Vgl. Meggeneder, Oskar: Gesundheitsförderung für MigrantInnen, in: Soziale Sicherheit, Heft 12 (1999), Wien
- 40 www.univie.ac.at/oengk

- 41 Vgl. Dietscher, Cristine, Peter Nowak und Jürgen Pelikan (Hrsg.): Das Krankenhaus als gesundheitsfördernder Arbeitsplatz. Wien 2000, S. 14 f
- 42 Vgl. Berger, Anna et al.: 5 Jahre Österreichisches Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser (ÖNGK) – Resümee und Ausblick, in: Dietscher/Nowak/Pelikan, a.a.O., S. 16
- 43 Vgl. Peilowich-Pichler, Claudia: Backen wir's. Ein Projekt zur Gesundheitsförderung in Bäckereien, in: Sichere Arbeit, Heft 4 (2000), S. 40–46

INSTITUT FÜR SOZIAL- UND WIRTSCHAFTSWISSENSCHAFTEN

WISO

WIRTSCHAFTS-UND SOZIALPOLITISCHE ZEITSCHRIFT

Die Zeitschrift WISO wird vom Institut für Sozial- und Wirtschaftswissenschaften (ISW) herausgegeben. Sie dient der Veröffentlichung neuer sozial- und wirtschaftswissenschaftlicher Erkenntnisse sowie der Behandlung wichtiger gesellschaftspolitischer Fragen aus Arbeitnehmersicht.

Lohnpolitik, soziale Sicherheit, Arbeitsmarkt und Arbeitslosigkeit, Arbeit und Bildung, Frauenpolitik, Mitbestimmung, EU-Integration - das sind einige der Themen, mit denen sich WISO bereits intensiv auseinander gesetzt hat.

WISO richtet sich an BetriebsrätInnen, GewerkschafterInnen, WissenschaftlerInnen, StudentInnen, Aktive in Verbänden, Kammern, Parteien und Institutionen sowie an alle, die Interesse an Arbeitnehmerfragen haben.

Erscheinungsweise: vierteljährlich

Preise:* Jahresabonnement EUR 22,00 (Ausland EUR 28,00)
Studenten mit Inskriptionsnachweis EUR 13,00
Einzelausgabe EUR 7,00 (Ausland EUR 12,00)

(* Stand 2005 - Die aktuellen Preise finden Sie auf unserer Homepage unter www.isw-linz.at)

Wir laden Sie ein, kostenlos und ohne weitere Verpflichtungen ein WISO-Probeexemplar zu bestellen. Natürlich können Sie auch gerne das WISO-Jahresabonnement anfordern.

Informationen zum ISW und zu unseren Publikationen - inklusive Bestellmöglichkeit - finden Sie unter www.isw-linz.at.



BESTELLSCHEIN*

Bitte senden Sie mir kostenlos und ohne weitere Verpflichtungen

- 1 Probeexemplar der Zeitschrift WISO
- 1 ISW Publikationsverzeichnis

Ich bestelle _____ Exemplare des WISO-Jahresabonnements (Normalpreis)

Ich bestelle _____ Exemplare des WISO-Jahresabonnements für StudentInnen mit Inskriptionsnachweis

* Schneller und einfacher bestellen Sie über das Internet: www.isw-linz.at

Name _____

Institution/Firma _____

Straße _____

Plz/Ort _____

E-Mail _____

BESTELLADRESSE:

ISW
Weingartshofstr. 10, A-4020 Linz
Tel. ++43/732/66 92 73-33 21
Fax ++43/732/66 92 73-28 89
E-Mail: wiso@ak-ooe.at
Internet: www.isw-linz.at