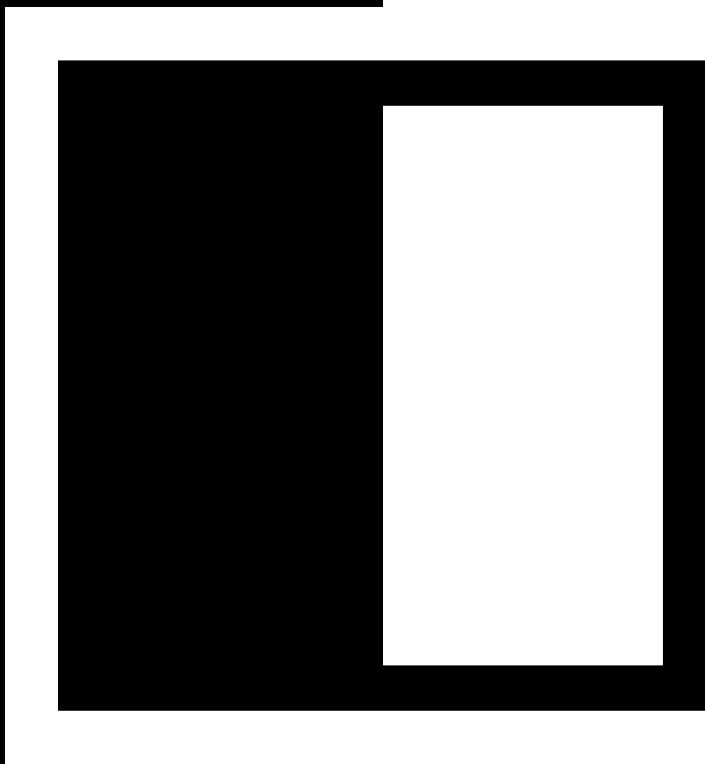


kontraste

Presse- und Informationsdienst für Sozialpolitik



GESUNDHEITSFOLGENABSCHÄTZUNG

SPEKTRUM

BUCHTIPPS

VERANSTALTUNGEN

1 | Februar 2014

Gesundheitsfolgenabschätzung	
Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) - Eine Einführung	4
Gesundheitsfolgenabschätzung - Stand der Etablierung in Österreich	6
Gesundheitsfolgenabschätzung im Auf- oder im Abwind?	10
Gesundheitsfolgenabschätzung in Österreich - Leitfaden für die Praxis	14
Österreichische Pilot-GFA zum verpflichtenden Kindergartenjahr	17
Spektrum	
Pflege von Angehörigen - der direkte Weg aus dem Arbeitsleben?	20
Betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelständischen Unternehmen	24
Flexible Arbeitszeitmodelle in österreichischen Industriebetrieben	29
Buchtipps	32
Veranstaltungen	34

Gesundheit in allen Politikfeldern verankern

„Viele verschiedene gesellschaftspolitische Bereiche tragen zu Gesundheit bei. Deswegen soll die Zusammenarbeit aller relevanten Institutionen im Sinne der Gesundheit verbessert werden.“ So lautet das zehnte der Oberösterreichischen Gesundheitsziele. Ein wesentliches Verfahren zur Umsetzung dieser multisektoralen Verantwortung für Gesundheit ist die Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA), mit deren Hilfe die Auswirkungen eines Projekts, Programms oder einer politischen Maßnahme auf die Gesundheit der Bevölkerung abgeschätzt werden.

Um dieses – relativ neue – Verfahren als Instrument zur Umsetzung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik in Österreich zu implementieren, wurden neben einer Reihe weiterer Aktivitäten bislang zwei Fachtagungen abgehalten, die erste in Wien 2011 und die zweite in Linz im Dezember 2013. Letztere wurde von den Kooperationspartnern Gesundheit Österreich GmbH, OÖ GKK, Institut für Gesundheitsplanung, Bundesministerium für Gesundheit und Hauptverband der Sozialversicherungsträger veranstaltet und ist nachfolgend in wesentlichen Teilen dokumentiert.

Einleitend stellen Antes et al. das Instrument der GFA in seinen Grundzügen vor. Dieses steht im Kontext der Strategie „Health in all Policies“, die das Ziel verfolgt, andere Politikbereiche bzgl. der gesundheitlichen Auswirkungen zu sensibilisieren und Gesundheit als Querschnittsmaterie zu verankern.

Anschließend berichtet Christine Knaller über den Stand der Etablierung der GFA in Österreich. Daraus geht hervor, dass wir uns gegenwärtig noch in der ersten von vier Phasen befinden, in der es vor allem darum geht, auf den Nutzen und die verschiedenen Einsatzmöglichkeiten der GFA hinzuweisen.

Fiona Haigh erläutert die Positionierung der GFA im Forschungskontext. Sie identifiziert das gesellschaftspolitische Ziel der Chancengerechtigkeit als wesentlichen Beweggrund für die Implementierung von GFAs und präsentiert ihre Vorschläge zur Verbesserung der GFA-Praxis.

Um dahingehende Initiativen zu unterstützen, wurde ein österreichischer „Leitfaden für die Praxis“ entwickelt, der von Elisabeth Türscherl vorgestellt wird. Darin werden der Ablauf einer GFA dargestellt sowie ergänzende Informationen gegeben, die bei der Durchführung einer GFA von Nutzen sein können.

Abschließend berichtet Sabine Haas von der österreichischen Pilot-GFA zum verpflichtenden Kindergartenjahr, die u.a. deshalb durchgeführt wurde, um erste Erfahrungen mit dem Instrument zu sammeln. Haas zufolge war der Beteiligungsprozess zwar relativ aufwändig, brachte jedoch den erhofften Mehrwert. Im Sinne eines auf Partizipation und Nachhaltigkeit ausgerichteten Politikverständnisses bleibt zu hoffen, dass die geschilderten Aktivitäten dazu beitragen, dass die gesundheitlichen Folgewirkungen bei politischen Entscheidungen künftig von Anfang an mitbedacht werden.

Markus Peböck, Hansjörg Seckauer

Offenlegung gemäß § 25 Mediengesetz

Grundlegende Richtung:

Als Presse- und Informationsdienst für Sozialpolitik berichten die Kontraste über aktuelle sozialpolitische Entwicklungen, politisch-ökonomische Veränderungen mit sozialen Auswirkungen sowie über relevante sozialwissenschaftliche Erkenntnisse, sowohl in Österreich als auch international.

Medieninhaber, Herausgeber, Verleger:

Der Verein „Sozialwissenschaftliche Vereinigung“, mit Unterstützung der Johannes Universität Linz, Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik. Die Sozialwissenschaftliche Vereinigung hat ihren Sitz in Linz (Adresse: Altenbergerstr. 69, 4040 Linz). Zweck des Vereines ist die Förderung der Sozialwissenschaften. Dazu gehören

die Veranstaltung von Tagungen und Symposien, das Verlegen und Verbreiten von Druckschriften, die praxisrelevante Vermittlung von sozialwissenschaftlichen Erkenntnissen, die Förderung der Zusammenarbeit von TheoretikerInnen und PraktikerInnen sowie die Förderung des wissenschaftlichen Nachwuchses. Der Verein ist unabhängig und parteipolitisch nicht gebunden. Er arbeitet auf gemeinnütziger Basis.

Vereinsvorstand:

Dr. Christine Stelzer-Orthofer (Vorsitzende), Univ.Prof. Dr. Johann Bacher (Vorsitzender-Stellv.), Univ.Prof. Dr. Josef Weidenholzer (Vorsitzender-Stellv.), Irene Auinger (Kassierin), Dr. Johanna Klammer (Kassierin-Stellv.), Dr. Angela Wegscheider (Schriftführerin), Manfred Lipp (Schriftführer-Stellv.).

Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) – Eine Einführung

Die Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA; international: Health Impact Assessment = HIA) ist ein Instrument, mit dem die Auswirkungen unterschiedlicher Vorhaben auf die Gesundheit der Bevölkerung dargestellt werden können. Der Einsatz von GFA steht im Kontext der gesundheitspolitischen Strategie „Gesundheit in allen Politikfeldern“ (Health in All Policies).

Die Gesundheit von Bevölkerungen wird wesentlich von den Lebensverhältnissen und sozialen Prozessen des Alltagslebens beeinflusst. Diese Erkenntnis ist nicht neu, schon in der Ottawa Charta der WHO hielten die Autoren 1986 fest: „Gesundheit wird von den Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt, dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben.“ (WHO, 1986) Die Anwendung eines solchen umfassenden Gesundheitsbegriffs ist eine Voraussetzung für das Verständnis von GFA. Eine weitere Voraussetzung ist das Konzept der Gesundheitsdeterminanten. Es besagt, dass der überwiegende Teil der Einflussfaktoren auf die Gesundheit der Bevölkerung außerhalb des traditionellen Gesundheitssystems zu finden ist (z.B. in der Sozial-, Umwelt-, Arbeitsmarkt-, Verkehrs-, Wirtschafts- oder Bildungspolitik). Das Modell der Gesundheitsdeterminanten von Margret Whitehead und Göran Dahlgren beschreibt vier Ebenen, auf denen diese Faktoren auf Individuen wirken (Dahlgren & Whitehead, 1991):

- die persönlichen Verhaltens- und Lebensweisen (erste Ebene)
- die Unterstützung und Beeinflussung durch das soziale Umfeld (zweite Ebene)
- die Lebens- und Arbeitsbedingungen (dritte Ebene)
- die wirtschaftlichen, kulturellen und physischen Umweltbedingungen (vierte Ebene)

Daraus folgt ein kausaler Zusammenhang: Politische Maßnahmen (Strategien, Programme oder Projekte) verändern Gesundheitsdeterminanten und damit in weiterer Folge die Gesundheitschancen von Bevölkerungen und Bevölkerungsgruppen. Um die Gesundheit und Lebensqualität der Bevölkerung auf

breiter Basis wirksam und nachhaltig zu fördern, ist also die Zusammenarbeit vieler politischer Ressorts unumgänglich. Die gesundheitspolitische Strategie „Gesundheit in allen Politikfeldern“ verfolgt das Ziel, andere Politikbereiche bezüglich der gesundheitlichen Auswirkungen ihrer politischen Entscheidungen zu sensibilisieren und ihren Beitrag zur Gesundheit der Bevölkerung aufzuzeigen, Gesundheit als Querschnittsthematik zu verankern und die Kooperation zwischen den politischen Ressorts zu stärken. GFA ist deshalb als ein zentrales Instrument zur Umsetzung von „Gesundheit in allen Politikfeldern“ zu sehen, weil sie den Beitrag konkreter politischer Vorhaben zur Gesundheit betroffener Bevölkerungsgruppen aufzeigt.

Die Methodik zur GFA ist unter Mitwirkung der WHO in den 1990er-Jahren entwickelt worden. Im Göteborg-Konsensuspapier der WHO zur Gesundheitsfolgenabschätzung (WHO Regional Office for Europe und European Centre for Health Policy, 1999) wurde eine allgemein anerkannte Definition für GFA und ihre Methodik veröffentlicht, an der sich auch die österreichische Definition orientiert:

„Gesundheitsfolgenabschätzung ist ein systematischer Prozess zur Analyse und Bewertung geplanter (politischer) Vorhaben hinsichtlich der möglichen positiven und negativen Auswirkungen auf die Gesundheit sowie deren Verteilung innerhalb der Bevölkerung. GFA dient dazu, politische Entscheidungen im Sinne einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik informierter zu gestalten.“ (Horvath, et al., 2010)

Eine GFA folgt einem standardisierten Ablauf:

Schritt 1 - Sichtung (engl.: Screening): Diese ist eine systematische Prüfung des Vorhabens hinsichtlich der Entscheidung, ob eine GFA erforderlich und/oder sinnvoll ist.

Schritt 2 - Planung: In der Planungsphase (engl. Scoping) werden die Rahmenbedingungen für die Durchführung der GFA festgelegt, eine Steuerungsgruppe eingesetzt sowie die weitere Vorgangsweise geplant.

Schritt 3 - Bewertung: Das ist die Hauptphase der GFA, in ihr wird das eigentliche Bewertungsverfahren (engl. Appraisal) durchgeführt: die Sammlung und Aufbereitung von Informationen über die gesundheitlichen Auswirkungen des Vorhabens (unter möglichst weitgehender Beteiligung von Akteurinnen und Akteuren), die Bewertung der potentiellen Auswirkungen sowie die Sammlung von Empfehlungen zur Maximierung des Gesundheitsgewinnes und zur Minimierung von Risiken.

Schritt 4 – Berichterlegung und Ableitung von Empfehlungen (engl. Reporting and Recommendations): Eine Beschreibung des Prozesses und die Ergebnisse der Bewertung werden in einem Bericht über die Gesundheitsauswirkungen des Vorhabens festgehalten und am Ende veröffentlicht. Der Formulierung der Handlungsempfehlungen kommt dabei eine große Bedeutung zu.

Schritt 5 – Monitoring und Evaluierung: Einerseits wird beobachtet, inwieweit die Ergebnisse der GFA bei der weiteren Planung und Umsetzung des Vorhabens berücksichtigt werden und andererseits sollen die tatsächlichen Gesundheitsauswirkungen des realisierten Vorhabens erhoben werden.

Einer GFA geht eine Vorprüfung voraus, in der festgestellt wird, ob ein Vorhaben dem ersten Schritt der GFA – der Sichtung – unterzogen werden soll.

Angepasst an das vorliegende Vorhaben und die Rahmenbedingungen kann ein GFA in unterschiedlicher Tiefe und Intensität durchgeführt werden:

- Schreibtisch-GFA (Dauer: 2 bis 6 Wochen)
- kompakte GFA (Dauer: 6 bis 12 Wochen)
- umfassende GFA (Dauer: 6 bis 12 Monate)

Der Umsetzung einer GFA liegen Werte und Grundsätze wie Demokratie, Partizipation, Transparenz, Nachhaltigkeit, Objektivität, Chancengleichheit, Intersektoralität zugrunde. Dem Prozess, also der Art und Weise der Durchführung, wird ein hoher Stellenwert zugemessen, da ein Erfolg im Sinne der Verwirklichung der übergeordneten Strategie „Gesundheit in allen Politikfeldern“ auch in der Lernerfahrung der beteiligten Akteure liegt und nicht nur in der Berücksichtigung der GFA-Ergebnisse.

Gernot Antes
Martin Sprenger
Christine Knaller

Literatur

Dahlgren, G. & Whitehead, M., 1991. Policies and strategies to promote social equity in health, Stockholm: Institute for Future Studies.
 Horvath, I., Haas, S., Knaller, C. & Sax, G., 2010. Health Impact Assessment – Konzept zur Etablierung von HIA in Österreich, Wien: ÖBIG.
 WHO Regional Office for Europe and European Centre for Health Policy, 1999. Göteborg-Konsensuspapier zur Gesundheitsfolgenabschätzung.
 WHO, 1986. Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung.

Wachstum wohin – Eine kritische Sicht auf das Wirtschaftswachstum

Wir erleben gegenwärtig eine paradoxe Situation. Wirtschaftswachstum und die Orientierung der Politik daran sind in den letzten Jahren in die Kritik geraten. Gleichzeitig wird in der Krise von eben jenem Wirtschaftswachstum die Lösung vieler Probleme erwartet.

Ziel der Veranstaltungsreihe der VHS Linz ist es, unterschiedliche ökonomische, soziale und verteilungspolitische sowie ökologische Dimensionen wirtschaftlichen Wachstums darzustellen und die Implikationen zu diskutieren.

- 10. März 2014: *Wirtschaftswachstum in der Kritik. Einführung in eine komplexe und wichtige Debatte (Ulrich Brand, Wien)*
- 17. März 2014: *Die Wachstumsfalle aus der Perspektive der Beschäftigten und deren Vertretungsorganisationen (Norbert Reuter, Berlin)*
- 24. März 2014: *How to Treat our Manic Depressive Economy. Die manisch-depressive Ökonomie und ihre Behandlung (Tomas Sedlacek, Prag)*
- 31. März 2014: *Emanzipatorischer Wohlstand. Alternativen zur Wachstumsideologie am Beispiel der Mobilität (Sabine Leidig, Frankfurt)*

Beginn jeweils 19.00 Uhr

Wissensturm, Veranstaltungsraum E09, Kärntnerstraße 26, 4020 Linz

Gesundheitsfolgenabschätzung – Stand der Etablierung in Österreich

Die Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) ist ein international etabliertes Instrument zur Umsetzung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik. Auch in Österreich ist die GFA schon seit rund zehn Jahren Thema, wobei insbesondere in den letzten Jahren konkrete Aktivitäten und Initiativen zur GFA stark zugenommen haben: So werden mit dem Ziel, GFA in Österreich nachhaltig zu etablieren, im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit seit 2010 zahlreiche Maßnahmen auf Bundesebene umgesetzt. Auch in einzelnen Bundesländern finden bereits erste GFA-Aktivitäten statt. Die GFA ist mittlerweile in aktuellen gesundheitspolitischen Strategien und Beschlüssen verankert. In der österreichischen GFA-Praxis gibt es bereits erste Erfahrungen, auf die zukünftig aufgebaut werden kann.

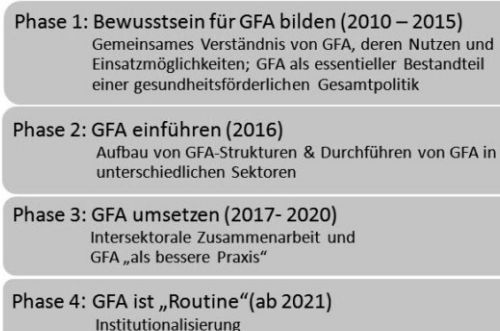
Zentralen Stellenwert in Bezug auf die Etablierung von GFA in Österreich nehmen das *Konzept zur Etablierung von GFA in Österreich und diesbezügliche Umsetzungsaktivitäten* ein. Im Jahr 2009 wurde die Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) vom Bundesministerium für Gesundheit beauftragt, die Möglichkeiten und Voraussetzungen für die Einführung der GFA in Österreich zu prüfen und ein Konzept zur Etablierung der GFA zu erarbeiten.

Der Bericht zum Konzept (Horvath et al. 2010) beinhaltet neben einer allgemeinen Einführung zum Instrument und zu seinem Nutzen auch eine Analyse internationaler GFA-Erfahrungen sowie eine Darstellung der Ausgangslage in Österreich. Zu letzterer wurden ergänzend zur Literaturanalyse leitfadengestützte Interviews mit Beamtinnen und Beamten aus relevanten Bundesministerien und mit Expertinnen und Experten durchgeführt, um einerseits das ressortspezifische Interesse an Gesundheit und am Thema GFA abzufragen und andererseits bestehende Strukturen

zu prüfen, an die bei einer Einführung der GFA in Österreich angeknüpft werden kann. Die Ergebnisse aus theoretischem und empirischem Teil der Arbeiten sind in das eigentliche Konzept zur Etablierung der GFA in Österreich eingeflossen, das den Handlungsrahmen für die nachhaltige Einführung bzw. Umsetzung der GFA in Österreich darstellt.

Langfristiges Ziel des Konzepts ist es, die GFA als Instrument zur Umsetzung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik in Österreich zu implementieren. Die dafür notwendigen Schritte werden anhand von vier Projektphasen präzisiert: Bewusstseinsbildung, Einführung, Umsetzung und Institutionalisierung (vgl. Abbildung 1). Um die Ziele in den einzelnen Phasen der Etablierung zu erreichen, wurden im Konzept Strategien und Handlungsstränge für fünf Schlüsselbereiche des Capacity-Building-Modells abgeleitet: Organisationentwicklung, Personalentwicklung, Ressourcenwidmung, Partnerschaften und Leadership (Horvath et al. 2010, 31 ff).

Abbildung 1: Vier Phasen der Etablierung von GFA in Österreich



Quelle: GFA-Support-Unit 2013

Seit 2010 setzt die GÖG gemeinsam mit Partnerinnen und Partnern aus dem österreichischen GFA-Netzwerk (s.u.) die im Konzept vorgeschlagenen Maßnahmen zu Phase 1 (Bewusstseinsbildung) um. Diesbezügliche *Aktivitäten zur Konzeptumsetzung* werden im Folgenden vorgestellt. Zentrales Ziel von Phase 1 ist das Schaffen eines gemeinsamen Verständnisses von GFA und der Einsicht in den Nutzen und die Einsatzmöglichkeiten von GFA. Hierfür wurden zielgruppenspezifische Informationsmaterialien erstellt, zahlreiche Fachartikel zur GFA in unterschiedlichen Medien publiziert (vgl. Haas & Horvath 2010; Haas & Horvath 2011; Knaller & Haas 2013) sowie auf einschlägigen

Fachveranstaltungen zum Thema GFA referiert. Im Zuge der ersten Aktivitäten zur Bewusstseinsbildung zeigte sich, dass der international etablierte Begriff „Health Impact Assessment (HIA)“ in der Praxis schwer verständlich ist, weshalb die GÖG in Abstimmung mit Partnerinnen und Partnern des GFA-Netzwerkes den deutschsprachigen Begriff „Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA)“ für Österreich eingeführt hat.

Damit das Fachwissen zur GFA auch der (Fach-)Öffentlichkeit zur Verfügung gestellt werden kann, wurde 2010 eine *Webseite für die GFA in Österreich* eingerichtet (<http://gfa.goeg.at/>). Dort finden sich allgemeine sowie österreichspezifische Informationen zur GFA sowie zahlreiche GFA-Tools und Links zu internationalen GFA-Webseiten. Vierteljährliche News-Aussendungen informieren über aktuelle GFA-relevante Entwicklungen in Österreich, die auf der Webseite auch dokumentiert werden.

Internationale Erfahrungen zeigen, dass sich für die fachliche Begleitung der GFA die Einrichtung einer eigens zuständigen Anlaufstelle bewährt hat. Eine solche Anlaufstelle für die GFA (sogenannte „GFA-Support-Unit“), wurde 2013 an der Gesundheit Österreich eingerichtet (vgl. Infobox „Fachliche Unterstützung bei der Durchführung von GFA in Österreich“ sowie Knaller et al. 2013, 10 f). Die Mittel für die GFA-Support-Unit werden vom Bundesministerium für Gesundheit im Rahmen der Grundfinanzierung bereitgestellt.

Konkrete Umsetzungsmaßnahmen im Bereich Personalentwicklung umfassten bislang die Durchführung eines *Pilotprojektes* 2011/2012, um die GFA-Methoden anhand eines praktischen Beispiels zu erproben (vgl. Haas et al. 2012; siehe auch Artikel von Haas in diesem Heft) und die Erstellung eines *GFA-Leitfadens*, der die Durchführung einer GFA in der Praxis unterstützen soll (Amegah et al. 2013; siehe auch Artikel von Türscherl in diesem Heft).

Die *Erarbeitung von Schulungsangeboten* ist für die Qualitätssicherung der GFA notwendig. Aus diesem Grund wurde ein Trainingskonzept erstellt, das zielgruppenspezifische Maßnahmen und Angebote beschreibt, die in den nächsten Jahren schrittweise umgesetzt werden sollen (vgl. Knaller et al. 2013). So wurde beispielsweise ein Einführungsmodul erarbeitet, das die Durchführung einer eintägigen Informationsveranstaltung zur GFA anleitet.

In Hinblick auf die Bildung von Partnerschaften zum Thema GFA wird unter der Federführung der GÖG seit 2010 ein *GFA-Netzwerk* mit Entscheidungsträgerinnen/-trägern in verschiedenen Ministerien, der Sozialversicherung, Landesregierungen und mit Public Health-Fachleuten aufgebaut. Ziel des Netzwerkaufbaus ist es, bestehendes Wissen zur GFA zu sammeln, zu vernetzen und mit den verschiedenen Akteurinnen und Akteuren gemeinsam GFA-spezifisches Know-how aufzubauen. Zahlreiche Aktivitäten zur Etablierung der GFA in Österreich werden in Kooperation mit Partnerinnen/Partnern aus dem GFA-Netzwerk durchgeführt. Beispielsweise ist die Durchführung einer *nationalen GFA-Fachtagung*, die erstmals in Wien im Juni 2011 und nunmehr im Dezember 2013 in Linz stattfand, eine gemeinsame Aktivität mit den GFA-Netzwerkpartnern.

Ergänzend zu den Aktivitäten der Konzeptumsetzung, die im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit durchgeführt werden, sind in den letzten Jahren in Österreich weitere GFA-Initiativen entstanden bzw. haben *weitere GFA-Aktivitäten* stattgefunden. Beispielsweise werden seit einigen Jahren im Rahmen des FGÖ-Bildungsnetzwerkes Einführungsseminare zur GFA in den Bundesländern angeboten. Auf regionaler Ebene nimmt die Steiermark eine Vorreiterrolle in Sachen GFA ein und weist schon einige Aktivitäten in diesem Bereich auf. Beispielsweise besteht seit 2012 ein steirisches GFA-Netzwerk, das sich in regelmäßigen Abständen zu Austausch und Beratung über laufende GFA-Aktivitäten trifft. Im Jahr 2013 wurde ein

Fachliche Unterstützung bei der Durchführung von GFA in Österreich

Die GFA-Support-Unit an der Gesundheit Österreich GmbH steht unterstützend für all jene zur Verfügung, die eine GFA durchführen oder an einer GFA mitwirken. Für Anfragen zur GFA innerhalb wie auch außerhalb Österreichs ist die Support-Unit über die Webseite <http://gfa.goeg.at/> und über die E-Mail-Adresse gfa@goeg.at erreichbar.



Abbildung 2: Interviewrunde mit Mitgliedern des österreichischen GFA-Netzwerks*



* Im Rahmen von „GFA in Österreich – Erste Schritte in die Praxis“, 2. österreichische Fachtagung zur GFA am 2. Dezember 2013 in Linz. Foto: Kellner 2013

steirisches Pilot-Projekt zum Thema „Ganztagsschule“ gestartet. Gegenstand der damit verbundenen GFA ist die Identifizierung und Analyse möglicher positiver wie auch negativer Auswirkungen der verschränkten Organisationsform (Abwechslung von Unterricht und Freizeit) auf die Gesundheit der Schüler/innen zwischen zehn und 14 Jahren (vgl. GFA-Webseite). Aus dieser GFA sollen Empfehlungen abgeleitet werden, die bei der zukünftigen Planung und Umsetzung von Ganztagsschulen einfließen können. Die Stadt Graz führt zudem GFA-Aktivitäten durch und brachte beispielsweise das Thema GFA in das österreichische Gesunde-Städte-Netzwerk ein. Formal verankert ist die GFA in der Gesundheitsförderungsstrategie des Landes Steiermark, in der eine Ziel- und Maßnahmendefinition zur GFA für das Handlungsfeld „Gesundheitsförderliche Gesamtpolitik“ definiert wurde (Quelle: Gesundheitsförderungsstrategie Stmk). GFA wird auch als eine mögliche Maßnahme zum steirischen Gesundheitsziel „Gesundheit in alle Politikbereiche bringen“ dargestellt (Amegah et al. 2013, 6).

In Hinblick auf eine langfristige Etablierung der GFA in Österreich braucht es neben der Aufbereitung von fachlichen Grundlagen und umfassenden Bewusstseinsbildungsmaßnahmen auch ein sogenanntes „Leadership“ für das Thema GFA: Sowohl das Com-

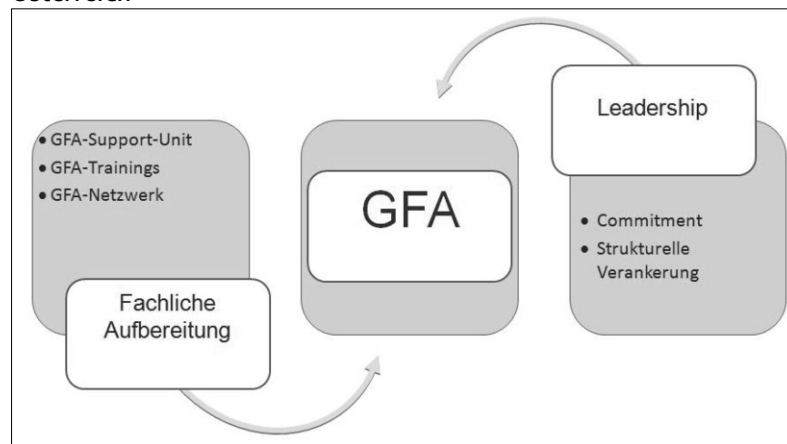
mitment (Bekenntnis) der Entscheidungsträger/innen zur GFA als auch eine strukturelle Verankerung der GFA (z.B. in Form einer Gesetzesgrundlage) sind unabdingbare Voraussetzungen, um die GFA erfolgreich zu etablieren (vgl. Abbildung 3). Ersteres stellt sicher, dass die GFA im Entscheidungsfindungsprozess zweckgerichtet angewendet wird und letzteres ist notwendig, um eine Grundlage für den notwendigen Strukturaufbau zur GFA in Österreich zu schaffen und damit sicherzustellen, dass GFA keine „Ermessens-Aufgabe“ einzelner Personen bleibt, sondern systematisch angewendet wird (vgl. Horvath et al. 2010, 17 ff). Mit dem Ziel, die Etablierung der GFA in Österreich strategisch zu begleiten und hierzu relevante Entscheidungsträger/innen einzubinden, wurde 2013 ein GFA-Lenkungsausschuss eingerichtet, der bei den grundsätzlichen Weichenstellungen zur Etablierung der GFA konsultiert werden soll.

Derzeit besteht in Österreich – wie in vielen anderen europäischen Ländern – keine rechtliche Verpflichtung, eine GFA durchzuführen. Die GFA ist aber in aktuellen gesundheitspolitischen Strategien und Beschlüssen in Österreich verankert (vgl. Infobox „Verankerung der GFA in aktuellen gesundheitspolitischen Strategien und Beschlüssen in Österreich“) und damit ist ein erster, wesentlicher Grundstein für die *struk-*

turelle Verankerung der GFA gelegt, auf dem bei den zukünftigen Arbeiten zur Etablierung der GFA aufgebaut werden kann. Aufgrund der internationalen Erfahrungen erscheint es zum jetzigen Zeitpunkt nicht zielführend, die Anwendung verpflichtend durchführen zu müssen. Vielmehr ist es Ziel, Bewusstsein für das Instrument GFA und seinen Nutzen zu schaffen und damit die freiwillige Anwendung des Instrumentes zu fördern.

In der *praktischen Anwendung der GFA* in Österreich gibt es bereits erste Erfahrungen. Neben dem oben erwähnten Pilot-Projekt zum Verpflichtenden Kindergartenjahr auf Bundesebene (vgl. Artikel Haas) und dem Pilot-Projekt zum Thema Ganztagschule in der Steiermark liegen auf Gemeindeebene weitere, praktische Erfahrungen mit der GFA vor. Beispielsweise wurde 2013 in der Gemeinde Kapfenberg eine GFA zur Gestaltung eines öffentlichen Platzes durchgeführt. Aufgrund der Verankerung der GFA in aktuellen gesundheitspolitischen Beschlüssen und der beobachtbaren Auswirkungen

Abbildung 3: Mehr-Ebenen-Ansätze zur Etablierung der GFA in Österreich



Quelle: GFA-Support Unit 2013

der Bewusstseinsbildungsaktivitäten ist davon auszugehen, dass Interesse und konkrete GFA-Aktivitäten künftig steigen werden. Eine Herausforderung der nächsten Jahre wird sein, den entsprechenden Kapazitätsaufbau als Basis für die gute Qualität in der österreichischen GFA-Praxis zu bewerkstelligen. Die GFA-Support Unit an der GÖG (siehe oben) möchte hierbei fachliche Unterstützung für jene leisten, die an der Durchführung und/oder Beauftragung einer GFA interessiert sind.

Verankerung der GFA in aktuellen gesundheitspolitischen Strategien und Beschlüssen in Österreich

- *In den Beschlüssen des Ministerrats und der Bundesgesundheitskommission zu den Rahmen-Gesundheitszielen für Österreich wird die GFA als zentrale Maßnahme zur Erfüllung der Rahmen-Gesundheitsziele bezeichnet und es wird angeregt, als erste Maßnahme zur Umsetzung dieser Ziele Möglichkeiten zur GFA zu prüfen und in weiterer Folge die GFA zu implementieren.*
- *In der Kinder- und Jugendgesundheitsstrategie ist die Etablierung der GFA als Maßnahme zu Ziel 2 „Bewusstsein für die politikfeldübergreifende Verantwortung für Gesundheit stärken“ angeführt.*
- *In der „Nationalen Strategie öffentliche Gesundheit“ wird die Veranlassung von bzw. die Mitwirkung bei einer GFA als eine zukünftige Aufgabe des Öffentlichen Gesundheitsdienstes im Bereich Gesundheitsförderung vorgeschlagen.*
- *In der Steiermark ist die GFA Teil der Gesundheitsförderungsstrategie und wird außerdem in den Gesundheitszielen Steiermark als Beispiel für eine mögliche Maßnahme zum Ziel „Gesundheit in alle Politikbereiche bringen“ dargestellt.*
- *Die Gesundheitsziele Oberösterreich schlagen im Zusammenhang mit dem Ziel 10 „Verantwortung für Gesundheit gemeinsam wahrnehmen“ ebenfalls weitere Maßnahmen zur GFA vor.*

Stand Dezember 2013, Auszug aus Amegah et al. 2013

In Hinblick auf die *zukünftigen Aktivitäten zur Etablierung der GFA* in Österreich ist festzuhalten, dass in den nächsten Jahren der Schwerpunkt auf der Bewusstseinsbildung für Gesundheit in allen Politikfeldern (Health in All Policies) und auf dem Nutzen der GFA und ihren Einsatzmöglichkeiten – sowohl im Gesundheitswesen und schrittweise auch in den anderen Sektoren – liegt. Prinzipiell ist das Instrument GFA für Vorhaben in allen Politikbereichen geeignet und kann den politischen Entscheidungsfindungsprozess unterstützen (Wismar et al. 2007). In Zukunft gilt es, den intersektoralen Nutzen des Instruments GFA zu kommunizieren. Das Know-how zur Durchführung einer GFA soll insbesondere durch die Sammlung von Erfahrungen mit der GFA in der Praxis und durch konkrete Schulungsaktivitäten ausgebaut werden. Das GFA-Netzwerk soll bei den geplanten Aktivitäten weiterhin eine zentrale Rolle einnehmen.

*Christine Knaller
Gesundheit Österreich GmbH*

Literatur

Amegah, Thomas; Amort, Frank Michael; Antes, Gernot; Haas, Sabine; Knaller, Christine; Peböck, Markus; Reif, Martin; Spath-Dreyer, Ines; Sprenger, Martin; Strapatsas, Michaela; Türscherl, Elisabeth; Vyslouzil, Monika; Wol-schlager, Veronika (2013): Gesundheitsfolgenabschätzung. Leitfaden für die Praxis. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit 2013. Wien

Haas, Sabine; Horvath, Ilonka (2010): Gesundheit nachhaltig fördern: Health in All Policies and Health Impact Assessment. In: Soziale Sicherheit 9, 458 f

Haas, Sabine; Horvath, Ilonka (2011): Folgenabschätzung: Insiderwerkzeug Health Impact Assessment. In: Das österreichische Gesundheitswesen 06/2011, 17 ff

Haas, Sabine; Gruber, Gabriele; Kerschbaum, Hans; Knaller, Christine; Sax, Gabriele; Türscherl, Elisabeth (2012): Gesundheitsfolgenabschätzung zum verpflichtenden Kindergartenjahr. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

Horvath, Ilonka; Haas, Sabine; Knaller, Christine; Sax, Gabriele (2010): Health Impact Assessment. Konzept zur Etablierung von HIA in Österreich. Gesundheit Österreich. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Wien

Knaller, Christine; Haas, Sabine (2013): Gesundheitsfolgenabschätzung – ein Instrument zur Umsetzung einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik. Eine Einführung am Beispiel der Kindergesundheit. In: Soziales Kapital. Wissenschaftliches Journal österreichischer Fachhochschulstudiengänge Soziale Arbeit. 9/13; <http://www.soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/issue/view/12> (12.12.2013)

Knaller, Christine; Gruber, Gabriele; Türscherl, Elisabeth (2013): Trainingskonzept Gesundheitsfolgenabschätzung. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien

Wismar, Matthias; Blau, Julia; Ernst, Kelly; Figueras, Josep (Eds.) (2007): The Effectiveness of Health Impact Assessment. Scope and limitations of supporting decision-making in Europe. European Observatory of Health Systems and Policies. World Health Organisation. Kopenhagen

Gesundheitsfolgenabschätzung im Auf- oder im Abwind?

Positionierung der GFA im Forschungskontext

Ein weiser Mensch hat einmal beobachtet, dass „wo man steht, davon abhängig ist, wo man sitzt“. Im Bereich der GFA werden unsere Ansichten darüber, was „am besten“ ist, davon geprägt, wer wir sind. Einige der Dinge, die Einfluss darauf haben, wo ich sitze, sind mein Herkunftsland, mein akademischer Hintergrund in den Gebieten Recht, Psychologie und Public Health sowie meine Erfahrungen im Rahmen der GFA. Seit

2002 führe ich GFAs durch, betreibe Forschung auf diesem Gebiet und unterrichte in Deutschland, England und jetzt in Australien.

Die konzeptuellen Wurzeln der GFA finden sich bei der Umweltverträglichkeitsprüfung (UVP) und der gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik bzw. Health in All Policies (HiAP). Während sich die UVP u.a. mit Ökologie, Toxikologie und Kosten-Nutzen-Analysen beschäftigt, kann HiAP über das ausdrückliche Interesse an Gesundheit und Chancengerechtigkeit in allen Politikbereichen sowie die Verantwortung für Auswirkungen auf die Gesundheit charakterisiert werden und stützt sich damit u.a. auf die Politik- und Sozialwissenschaften (Harris-Roxas & Harris 2011, Harris et al. 2009, Kemm et al. 2004). In jüngerer Zeit wurde die Chancengerechtigkeit als weiterer Beweggrund für

die Durchführung einer GFA identifiziert. Dabei wird gesundheitliche Chancengerechtigkeit im Zusammenhang mit GFA als sozialer Blickwinkel auf Gesundheit verstanden, man kann aber „soziale Gesundheit“ auch betrachten, ohne gleich die unterschiedlichen Auswirkungen eines Vorhabens auf die verschiedenen Bevölkerungsgruppen in Betracht zu ziehen (Harris-Roxas & Harris 2011). Unter Berücksichtigung dieser verschiedenen Ursprünge bedienen sich einige GFAs eher quantitativer Daten und Methoden, während andere GFAs qualitative Daten und Methoden bevorzugen.

In den letzten 20 Jahren hat der Einsatz der GFA stark zugenommen und Beispiele für GFAs finden sich heutzutage weltweit. Eine Vielzahl von GFA-Leitfäden ist erhältlich, beispielsweise hat eine aktuelle Studie 45 verschiedene identifiziert (Hebert et al. 2012). Die meisten GFAs werden außerhalb gesetzlicher Bestimmungen durchgeführt, es finden sich jedoch bereits unterschiedlichste Ansätze zur Institutionalisierung (Wismar et al. 2007). So haben beispielsweise in Victoria (Australien) Gesundheitsbehörden das Recht, GFAs durchzuführen, wann immer sie es für notwendig oder angebracht halten. Des Weiteren ist etwa in der thailändischen Verfassung festgehalten, dass für Gemeinschaften ein Rechtsanspruch darauf besteht, zu Vorhaben, die sie betreffen, die Durchführung von GFAs zu verlangen und in solche eingebunden zu werden (Harris-Roxas et al. 2012). Die Prozesse und Methoden der GFA sind mittlerweile anerkannt und im Rahmen der Forschung wird daran gearbeitet, die Wirksamkeit der GFA zu untersuchen (Harris-Roxas et al. 2013).

Funktioniert die GFA?

Einige große Studien haben die Wirksamkeit von GFA untersucht (Dannenberg et al. 2008, Haigh et al. 2013, Pollack 2013, Wismar et al. 2007). Dabei hat sich gezeigt, dass die GFA beim Beeinflussen von Entscheidungen wirksam ist. Es wurde berichtet, dass GFAs in einigen Fällen zur Änderung von (zukünftigen) Entscheidungen geführt haben und GFA-Teilnehmer/innen erzählten, dass sie durch die Einbindung Lerneffekte (z.B. bezüglich technischer, konzeptueller und sozialer Fähigkeiten) feststellen konnten.

Wie funktioniert die GFA?

Viele der Faktoren, von denen festgestellt wurde, dass sie die Wirksamkeit beeinflussen, fallen unter den Be-



griff „Hausverstand“. Es ist wichtig, gemeinsame Werte zu haben und explizite Ziele zu verfolgen. Wichtig ist auch, Entscheidungsträger/innen und Betroffene auf inter- und intrasektoraler Ebene in den Prozess einzubeziehen sowie Beziehungen und Partnerschaften zwischen den Akteurinnen/Akteuren/Betroffenen herzustellen.

Wir haben ein Modell (vgl. Abbildung S. 12) entwickelt, um die verschiedenen Ebenen und Arten von Faktoren, die die Wirksamkeit einer GFA beeinflussen, zu veranschaulichen. Diese Faktoren reichen von solchen, die einer GFA inhärent sind (z.B. schrittweise, flexibel), bis zu breiteren kontextuellen Faktoren außerhalb der GFA, die diese jedoch beeinflussen können. All diese Faktoren können durch Mikro- (individuelle Ebene), Meso- (institutionelle Ebene), oder Makrolinsen (breiterer Zusammenhang) betrachtet werden. Dabei können sich Rolle und Wichtigkeit dieser Faktoren über die Zeit verändern.

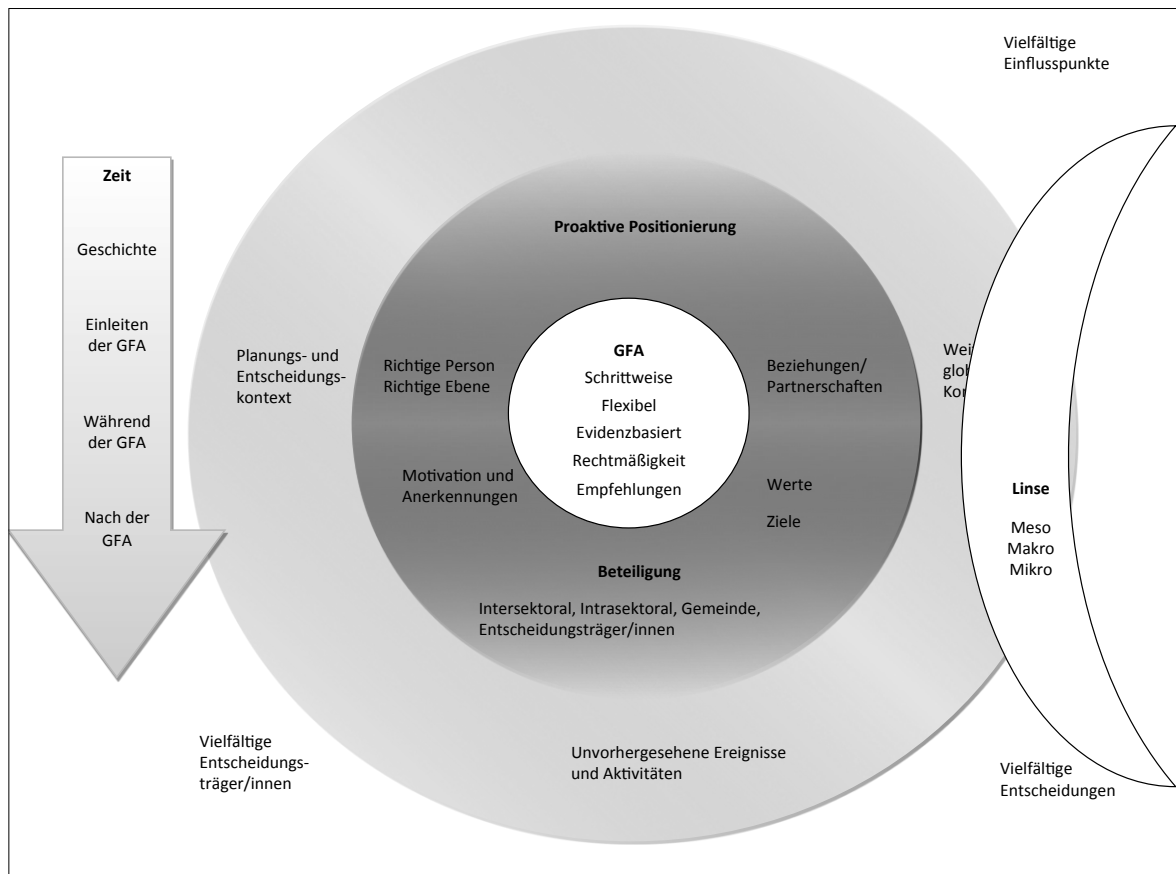
Ideen

Im Folgenden möchte ich meine drei Ideen zur Verbesserung der GFA-Praxis präsentieren:

1) Akzeptiere Komplexität

Literatur und Trainingsmaterial erfassen den GFA-Prozess begrifflich oft als rational und deterministisch, d.h. bestimmte Inputs bewirken lineare, vorhersehbare Änderungen der Outputs und auf dieser Basis erhalten Entscheidungsträger/innen Informationen, die sie beim Abwägen von Für und Wider in Hinblick auf eine Entscheidung unterstützen. Dabei werden Annahmen getroffen, die davon ausgehen, dass bezüglich dieser Entscheidungen Linearität und Vorhersehbarkeit besteht. Ebenso wird angenommen, dass klar festge-

Arten und Ebenen von Faktoren, die die Wirksamkeit einer GFA beeinflussen



legte Entscheidungspunkte und Entscheidungsträger/innen existieren. In der Realität finden GFAs jedoch innerhalb komplexer offener Systeme statt, in die typischerweise vielfältige Entscheidungsträger/innen eingebunden sind und die viele Entscheidungsebenen sowie viele Einflussfaktoren betreffen. GFA-Prozesse können das System, in dem sie stattfinden, beeinflussen und werden selbst von diesem beeinflusst, wobei nicht beeinflussbare Faktoren paradoxerweise zu mehr Einflussmöglichkeit führen können (z.B. Identifizieren und Verbinden mit Handlungen außerhalb des GFA-Prozesses).

Erst wenn die GFA-Praktiker/innen und -Forscher/innen damit beginnen, die unterschiedlichen Ebenen sowie die Faktoren, die die Wirksamkeit beeinflussen, einzeln zu betrachten, können sie das, was innerhalb des GFA-Prozesses verändert werden kann, identifizieren und verstehen. Das gleiche gilt für äußere Faktoren, die nicht kontrollierbar sind. Paradoxerweise führt das Bewusstsein für diese unkontrollierbaren Faktoren potenziell zu mehr Kontrolle für die Praktiker/innen. Dies geschieht durch

- das Anpassen des flexiblen GFA-Prozesses, um den genannten Faktoren, wo dies möglich ist, Rechnung zu tragen,
- das Identifizieren und Verbinden von Aktivitäten außerhalb des GFA-Prozesses (z.B. Einbinden von GFA in Health in all Policies-Ansätze) oder das Verstehen und Erklären, warum die GFA im Moment nicht dazu geeignet ist, den Entscheidungsprozess zu beeinflussen.

2) Nimm einen Blickwinkel ein

Jede Person, die an einer GFA im weiteren oder engeren Sinn beteiligt ist, bringt u.a. durch ihren professionellen Hintergrund und durch unterschiedliche Herkunfts-Disziplinen ihr eigenes Gepäck mit – in Form von unterschiedlichen Standpunkten, Ansichten und Konzepten. Ergänzend dazu werden die Beteiligten mit unbekanntem, fachübergreifenden, komplexen und manchmal umstrittenen Konzepten konfrontiert. Diesen Umständen schenken wir derzeit noch nicht genug Aufmerksamkeit, was zu Problemen führt. Um dem zu begegnen, sollte jede/r Beteiligte die Möglich-

keit erhalten, die jeweilige Position und deren Auswirkungen auf andere Beteiligte klar zu kommunizieren (Haigh et al. 2012).

3) Sei taktisch und technisch

Wir haben gesehen, dass zwischen einer technisch ausgereiften GFA und der Beeinflussung des Entscheidungsprozesses kein klarer Zusammenhang besteht. Es ist wichtig, darauf zu achten, dass Informationsanforderungen erfüllt werden, aber ebenso viel Aufmerksamkeit den strategischen Bedingungen und Prozessen zu schenken, die eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik ermöglichen (Harris 2013).

Zur eingangs formulierten Frage, ob sich die GFA im Auf- oder Abwind befindet (bzw. – auf das Bild auf Seite 11 bezogen – ob sie winkt oder ertrinkt), lässt sich nur sagen: Die GFA befindet sich im Aufwind bzw. sie winkt.

Fiona Haigh

Die Autorin ist Mitarbeiterin des Centre for Health Equity Training Research and Evaluation – CHETRE und lehrt an der Universität von New South Wales, Australien. Deutsche Übersetzung: Elisabeth Türscherl

Literatur

- DANNENBERG, A. L., BHATIA, R., COLE, B. L., HEATON, S. K., FELDMAN, J. D. & RUTT, C. D. 2008. Use of Health Impact Assessment in the U.S.: 27 Case Studies, 1999-2007. *American Journal of Preventive Medicine*, 34, 241-256.
- HAIGH, F., HARRIS, E., CHOK, H. N. G., BAUM, F., HARRIS-ROXAS, B., KEMP, L., SPICKETT, J., KELEHER, H., MORGAN, R., HARRIS, M., WENDEL, A. M. & DANNENBERG, A. L. 2013. Characteristics of health impact assessments reported in Australia and New Zealand 2005–2009. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 37.
- HAIGH, F., HARRIS, P. & HAIGH, N. 2012. Health impact assessment research and practice: A place for paradigm positioning? *Environmental Impact Assessment Review*, 33, 66-72.
- HARRIS-ROXAS, B. & HARRIS, E. 2011. Differing forms, differing purposes: A typology of health impact assessment. *Environmental Impact Assessment Review*, 31, 396-403.
- HARRIS-ROXAS, B., HARRIS, P., WISE, M., HAIGH, F., NG CHOK, H. & HARRIS, E. 2013. Health Impact Assessment in Australia: Where we've been and where we're going. In: KEMM, J. (ed.) *Past Achievement, Current Understanding and Future Progress in Health Impact Assessment*. Oxford: Oxford University Press.
- HARRIS-ROXAS, B., VILIANI, F., BOND, A., CAVE, B., DIVALL, M., FURU, P., HARRIS, P., SOEBERG, M., WERNHAM, A. &

WINKLER, M. 2012. Health Impact Assessment: The state of the art. *Impact Assessment and Project Appraisal*, 30, 43-52.

HARRIS, P. 2013. *The Relationship Between Health Impact Assessment and Healthy Public Policy: A Critical Realist Investigation*. PhD, University of New South Wales.

HARRIS, P. J., HARRIS, E., THOMPSON, S., HARRIS-ROXAS, B. & KEMP, L. 2009. Human health and wellbeing in environmental impact assessment in New South Wales, Australia: Auditing health impacts within environmental assessments of major projects. *Environmental Impact Assessment Review*, 29, 310-318.

HEBERT, K. A., WENDEL, A. M., KENNEDY, S. K. & DANNENBERG, A. L. 2012. Health impact assessment: A comparison of 45 local, national, and international guidelines. *Environmental Impact Assessment Review*, 34, 74-82.

KEMM, J., PARRY, J. & PALMER, S. (eds.) 2004. *Health impact assessment: Concepts, techniques and applications*, Oxford: Oxford University Press.

POLLACK 2013. *Impacts of Health Impact Assessments: A Multiple Case Study of the U.S. Experience*. Presentation at HIA National Conference September 2013

WISMAR, M., BLAU, J., ERNST, K. & FIGUERAS, J. (eds.) 2007. *The Effectiveness of Health Impact Assessment: Scope and limitations of supporting decision-making in Europe*, Brussels: European Observatory on Health Systems and Policies

Ratgeber zu Depression und Arbeitsplatz

Anlässlich des zehnten Europäischen Depressionstags (European Depression Day / EDD) am 16. Dezember des Vorjahres hat die European Depression Association (EDA) einen Leitfaden für betroffene ArbeitnehmerInnen und ArbeitgeberInnen herausgegeben, der Anregungen für den Umgang mit depressiv erkrankten Menschen am Arbeitsplatz beinhaltet und Präventionsmöglichkeiten benennt.

Der Ratgeber enthält konkrete Hinweise darauf, wie die Situation depressiv erkrankter Menschen am Arbeitsplatz verbessert und wie für erkrankte Menschen nach der Berufspause ein stufenweiser Wiedereinstieg in den Beruf erleichtert werden kann. Seit Kurzem ist auch die deutsche Übersetzung abrufbar unter:

<http://www.european-depression-day.de/fileadmin/website/aktuelles/2013/Ratgeber-Depression-deutscheFassung.pdf>

Gesundheitsfolgenabschätzung in Österreich – Leitfaden für die Praxis

Die Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) ist ein Prozess, in dem man sich mit der Frage auseinandersetzt, wie Gesundheit und Wohlbefinden der Bevölkerung bzw. von spezifischen Bevölkerungsgruppen durch ein geplantes Vorhaben – sei es eine (politische) Strategie, ein Gesetz, ein Programm oder eine konkrete Maßnahme – betroffen sein könnten.

Die GFA kann somit einen wichtigen Beitrag zur Umsetzung der Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich leisten, die im Kern auf eine gesundheitsförderliche Gesamtpolitik und auf die Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit ausgerichtet sind (vgl. www.gesundheitsziele-oesterreich.at/). Entsprechend wird in den Beschlüssen des Ministerrats (August 2012) und der Bundesgesundheitskommission (Juni 2012) zu den Rahmen-Gesundheitszielen für Österreich die GFA als zentrale Maßnahme zur Erfüllung der Rahmen-Gesundheitsziele für Österreich bezeichnet und angeregt, als erste Maßnahme zur Umsetzung dieser Ziele Möglichkeiten zur GFA zu prüfen und in weiterer Folge die GFA zu implementieren.

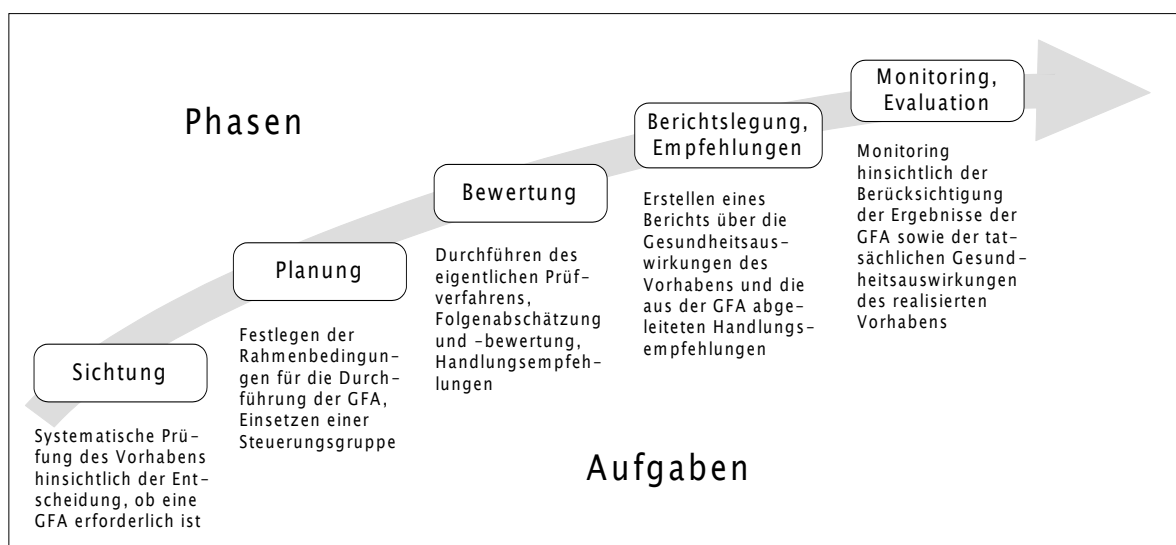
Vor diesem Hintergrund wurde von einer Gruppe von Fachleuten aus verschiedensten Institutionen unter Federführung der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) in ihrer Funktion als GFA-Support Unit ein GFA-Leitfaden (Amegah et al. 2013) für Österreich erstellt, der die österreichischen Verhältnisse abbildet und berücksichtigt und die Umsetzung der GFA in der Praxis unterstützen soll. Wesentliche Basis dafür bildete der aktuelle englischsprachige Leitfaden aus Wales (WHIASU o. J.). Auch Elemente aus anderen internationalen Leitfäden, wie z.B. dem für Neuseeland (PHAC 2005) oder dem für Australien (Harris, P. et al. 2007), fanden Eingang in den österreichischen Leitfaden.

Vorrangiges Ziel des Leitfadens ist es, den Kapazitätsaufbau zur Implementierung der GFA in Österreich zu unterstützen und die Methode als standardisierte Vorgangsweise in Österreich nachhaltig zu etablieren. Er stellt mit vielen Fallbeispielen eine Orientierung für die praktische Umsetzung einer GFA auf regionaler und nationaler Ebene dar und kann auch dafür verwendet werden, sich die theoretischen Grundlagen einer GFA in kompakter Form anzueignen.

Der Leitfaden richtet sich an alle Personen, die eine GFA durchführen, in Auftrag geben, daran aktiv teilnehmen oder durch deren Empfehlungen betroffen sein könnten. Er stellt zwar ein Dokument für die Praxis dar, dennoch wird bei der erstmaligen Durchführung einer GFA empfohlen, unterstützend eine Person beizuziehen, die bereits über praktische Erfahrung mit der GFA verfügt.

Im ersten Teil des dreiteiligen Leitfadens werden die Grundsätze und Eckpunkte der GFA beschrieben. Hier

Ablauf einer GFA



Quelle: Amegah et al. 2013: 14

finden sich Definitionen zu Gesundheit und Wohlbefinden sowie Angaben zum Stand der GFA in Österreich (vgl. auch Artikel von Knaller). Eine detaillierte Darstellung der Gesundheitsfolgenabschätzung (Grundsätze, Nutzen, Zusammenhang mit Chancengerechtigkeit, Arten) rundet diesen Abschnitt des Leitfadens ab.

Der zweite Teil, in dem die praktische Durchführung einer GFA veranschaulicht wird, bildet das Kernstück des Leitfadens. Hier wird Schritt für Schritt durch den Prozess einer GFA geführt und in fünf Unterkapiteln auf die einzelnen Phasen (vgl. Abbildung S. 14) einer GFA eingegangen, die im Folgenden kurz beschrieben werden.

Sofern nicht von Beginn an feststeht, dass eine GFA durchgeführt wird, ergibt sich im Rahmen der Sichtung, ob eine vollständige GFA realisiert wird oder ob die Abschätzung mit der Erstellung eines Berichts zur Sichtung abgeschlossen wird.

In der Planungsphase werden Rahmenbedingungen, Rollen und Verantwortlichkeiten sowie eine abgestimmte Vorgehensweise für die GFA festgelegt. Dabei wird zunächst ein Lenkungsausschuss gebildet und mit diesem beispielsweise die Methoden, die bei der Durchführung der GFA angewendet werden sollen, abgestimmt, über den Umfang der GFA entschieden und geklärt, welche für das Vorhaben und damit die GFA relevanten Akteurinnen/Akteure eingebunden werden sollen.

In der Bewertungsphase wird das eigentliche Prüfverfahren durchgeführt. Daten und systematisch aufbereitetes Wissen werden erhoben und die in der Planungsphase festgelegten Methoden kommen zum Einsatz. So wird beispielsweise Wissen für die GFA geschaffen, indem Expertinnen/Experten zum Thema der GFA beigezogen oder z.B. im Rahmen von Beteiligungsworkshops oder Fokusgruppen betroffene Bürger/innen einbezogen werden. Sollte die Anzahl der infrage kommenden Personen/Institutionen zu groß sein, um alle Akteurinnen/Akteure und Betroffenengruppen einzubinden, bietet ein Stimmnahmeverfahren die Möglichkeit, das Ergebnis einer GFA einem breiteren Kreis von Interessierten bzw. Betroffenen



zugänglich zu machen. Um die Auswirkungen eines Vorhabens vorherzusagen und zu beschreiben sowie deren Ausmaß abzuschätzen und Zusammenhänge aufzuzeigen, stehen beispielsweise Modellierungen oder Kausaldiagramme zur Verfügung.

Im Zuge der Berichtslegung werden auf Basis der Ergebnisse der systematischen Bewertung der potenziellen Gesundheitsauswirkungen in Abstimmung mit dem Lenkungsausschuss Empfehlungen abgeleitet. Sie sollten gut strukturiert und in einer für das Zielpublikum geeigneten Form aufbereitet werden.

Die abschließende Phase der GFA besteht aus Evaluation und Monitoring, wobei erstere der Qualitätssicherung dient und dazu beiträgt, Lernerfahrung für eine zukünftige GFA zu sammeln. Das Monitoring im Anschluss an die GFA wird dazu eingesetzt festzustellen, ob die Empfehlungen der GFA umgesetzt worden sind. Gleichzeitig dient es der Beobachtung der tatsächlichen Gesundheitsauswirkungen des Vorhabens über einen längeren Zeitraum. Sowohl Evaluation als auch Monitoring müssen schon in der Planungsphase der GFA hinsichtlich der erforderlichen Ressourcen berücksichtigt werden.

Der umfangreiche Anhang bildet den dritten Teil des GFA-Leitfadens. Er enthält begleitende Materialien wie z.B. Erläuterungen und Arbeitshilfen sowie ein Glossar und Links zu internationalen Webseiten. Ergänzende Informationen, die für die praktische Durchführung einer GFA nützlich sein können, finden sich auf der Webseite der GFA-Support Unit: <http://gfa.goeg.at>.

Die österreichische GFA-Support-Unit und das Leitfaden-Redaktionsteam sind daran interessiert, ihr Wissen zum Thema zu vergrößern und die GFA weiterzuentwickeln. Der vorliegende Leitfaden stellt demnach eine erste Version dar, die auf Basis der Erfahrungen in der praktischen Anwendung der GFA im Laufe der nächsten Jahre überarbeitet werden soll.

Um dieses Vorhaben erfolgreich bewerkstelligen zu können, werden Rückmeldungen zum Leitfaden, Anregungen zu seiner Weiterentwicklung und Berichte über Praxiserfahrungen bei der Durchführung von Gesundheitsfolgenabschätzungen per E-Mail erbeten an: gfa@goeg.at.

Der Leitfaden kann über Download von der Webseite des Bundesministeriums für Gesundheit (<http://bmg.gv.at>) oder von der GFA-Webseite (<http://gfa.goeg.at>) bezogen werden.

Elisabeth Türscherl

Die Autorin ist Mitarbeiterin der Gesundheit Österreich GmbH.

Begeben Sie sich auf die wohl spannendste Reise der Welt.



Tauchen Sie ein in die Welt von *soziologie heute*



Bestellen Sie Ihr Jahres-Abo zum Preis von Euro 38,- inkl. Versand (A) Euro 34,- (StudentInnen-Abo) beinhaltet 6 Ausgaben pro Jahr

soziologie heute ist das erste und bislang einzige populärwissenschaftliche Magazin für Soziologie im deutschsprachigen Raum.

soziologie heute erscheint zweimonatlich, bringt Interviews mit ExpertInnen und Reportagen zu aktuellen gesellschaftspolitischen Themen.

soziologie heute informiert Sie über die Geschichte der Soziologie, präsentiert Aktuelles aus den Bereichen Markt- und Meinungsforschung, internationale Studien und zeigt gesellschaftliche Entwicklungen auf.

Mit *soziologie heute* sind Sie immer am neuesten Stand.

soziologie heute - barrierefrei!
Damit auch Blinde oder stark Sehbeeinträchtigte *soziologie heute* lesen können, bieten wir für diesen Personenkreis die Textversion unseres Magazins im Word-Format an. Mit den am Markt erhältlichen Hard- bzw. Softwarelösungen kann *soziologie heute* somit leicht und schnell nachgelesen werden.

Informieren Sie sich unter: www.soziologie-heute.at

Literatur

Amegah, Thomas; Amort, Frank Michael; Antes, Gernot; Haas, Sabine; Knaller, Christine; Peböck, Markus; Reif, Martin; Spath-Dreyer, Ines; Sprenger, Martin; Strapatsas, Michaela; Türscherl, Elisabeth; Vyslouzil, Monika; Wolschlagler, Veronika (2013): Gesundheitsfolgenabschätzung. Leitfaden für die Praxis. Hg. v. Bundesministerium für Gesundheit 2013. Wien

Harris, P.; Harris-Roxas, B.; Harris, E.; Kemp, L. (2007): Health Impact Assessment: A Practical Guide. University of New South Wales; Centre for Health Equity Training, Research and Evaluation. Liverpool. http://hiaconnect.edu.au/wp-content/uploads/2012/05/Health_Impact_Assessment_A_Practical_Guide.pdf

PHAC (Hg.) (2005): A Guide to Health Impact Assessment: A Policy Tool for New Zealand. Public Health Advisory Committee. Wellington, 2nd edition. <http://nhc.health.govt.nz/system/files/documents/publications/guidetohia.pdf>

WHIASU (Hg.) (o. J.): Wales Health Impact Assessment Support Unit. Health Impact Assessment. A Practical Guide. Cardiff. <http://www.wales.nhs.uk/sites3/Documents/522/Whiasu>

Österreichische Pilot-GFA zum verpflichtenden Kindergartenjahr

Seit 1. September 2009 ist der zumindest halbtägige Besuch eines Kindergartens in Österreich – abgesehen von begründeten Ausnahmen – verpflichtend vorgeschrieben. Seitens der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) wurde im Auftrag von Bundesministerium für Gesundheit, Hauptverband der Sozialversicherungsträger und Gesundheitsressort der Steiermärkischen Landesregierung eine Gesundheitsfolgenabschätzung (GFA) zur Identifizierung und Analyse möglicher positiver sowie negativer Gesundheitsauswirkungen des verpflichtenden Kindergartenjahrs durchgeführt.

Wichtiges Anliegen dieses *Pilotprojekts* war es, praktische Erfahrungen mit dem Instrument GFA zu gewinnen: um zu lernen, Methoden zu erproben und ein österreichisches Referenzprojekt für die Informationsarbeit in Händen zu haben. Die GFA wurde daher unter Anwendung einer Vielfalt an Methoden

und unter breiter Beteiligung relevanter Betroffenen- und Interessensgruppen sowie unter Einbindung des österreichischen GFA-Netzwerks durchgeführt. Das Pilotprojekt wurde von einem Lenkungsausschuss begleitet, in dem Vertreter/innen der Auftraggeber, von betroffenen Gruppen und Fachleute eingebunden waren. Eine internationale Expertin übernahm die fachliche Supervision. Die GFA wurde evaluiert und der Ergebnisbericht einem Review unterzogen.

Ziel der GFA war die Identifizierung und Analyse möglicher positiver sowie negativer Gesundheitsauswirkungen der 15a-Vereinbarung zum verpflichtenden Kindergartenjahr (halbtägige, kostenlose und verpflichtende frühe Förderung in institutionellen Kinderbildungs- und -betreuungseinrichtungen) mit besonderem Fokus auf die Gesundheit der Kinder – im Sinne des umfassenden Gesundheitsbegriffes der Weltgesundheitsorganisation – und unter Berücksichtigung von drei Szenarien: kein verpflichtendes Kindergartenjahr, ein verpflichtendes Kindergartenjahr und zwei verpflichtende Kindergartenjahre. Die Auswirkungen auf die Eltern, die Pädagoginnen bzw. Pädagogen und Betreuungspersonen bzw. auf den Kindergarten als Teil des Bildungssystems wurden ergänzend ebenfalls berücksichtigt, da sie die Kinder mittelbar betreffen.

Das *methodische Vorgehen* (vgl. Abbildung 1) orientierte sich an dem standardisierten Ablauf einer GFA (Sichtung, Planung, Bewertung, Berichtslegung/Empfehlungen). Basis für die erfolgte Bewertung der

Abbildung 1: Überblick über den Ablauf der Pilot-GFA zum verpflichtenden Kindergartenjahr



Quelle: Gesundheit Österreich 2012. Legende: VKJ = verpflichtendes Kindergartenjahr, WS = Workshop

Gesundheitsauswirkungen waren eine Recherche und Analyse inter-/nationaler Literatur, eine quantitative Erhebung im Zuge der Kindergarten-LeiterInnen-Treffen auf Bezirksebene in der Steiermark und eine Fokusgruppe in Wien. Die Bewertung der Gesundheitsauswirkungen erfolgte schwerpunktmäßig im Rahmen eines Bewertungs-Workshops unter Beteiligung von wichtigen Stakeholdern. Ergänzend wurden eine Politik- bzw. Vorhabensanalyse sowie eine Raum- und Bevölkerungsanalyse durchgeführt.

Die GFA (Haas et al. 2012, 37 ff.) zeigte, dass das verpflichtende Kindergartenjahr potenziell sehr *positive Auswirkungen auf die Gesundheit der Kinder* hat. Besonders relevant ist die Verbesserung der Potenziale der Kinder in Hinblick auf Bildung (als zentralen Einflussfaktor auf Gesundheit)

- sowohl durch die Förderung der sozialen, kognitiven, sprachlichen, emotionalen sowie motorischen Kompetenzen
- als auch durch die Möglichkeiten, spezifischen Förderbedarf einzelner Kinder früh zu erkennen und diesem entsprechen zu können und die Kinder damit besser auf die Anforderungen des weiteren Bildungsweges vorzubereiten.

Die positiven Auswirkungen des verpflichtenden Kindergartenjahrs sind bei sozial benachteiligten Gruppen potenziell besonders stark, weshalb das verpflichtende Kindergartenjahr auch einen Beitrag zur *Förderung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit* leistet.

Potenziell *negative Auswirkungen* hat das verpflichtende Kindergartenjahr hingegen, wenn die steigende Zahl von Kindern zu größeren Gruppen und zu höherer Arbeitsbelastung (Stress etc.) des (pädagogischen) Personals führt. Dies ist zumindest kurzfristig aufgrund des gegebenen Personalmangels in einigen Regionen zu erwarten.

Die positiven Auswirkungen gelten daher nur unter der Bedingung, dass die *pädagogische Qualität der Bildungsarbeit* gewährleistet ist. Dazu braucht es entsprechende Rahmenbedingungen (ausreichend Personal, kleine Gruppengrößen, Zeit für Fortbildung/Vorbereitung etc.). Bei gleichzeitiger Verbesserung der Rahmenbedingungen können die positiven Auswirkungen hingegen durch ein *zweites verpflichtendes Kindergartenjahr* verstärkt werden.

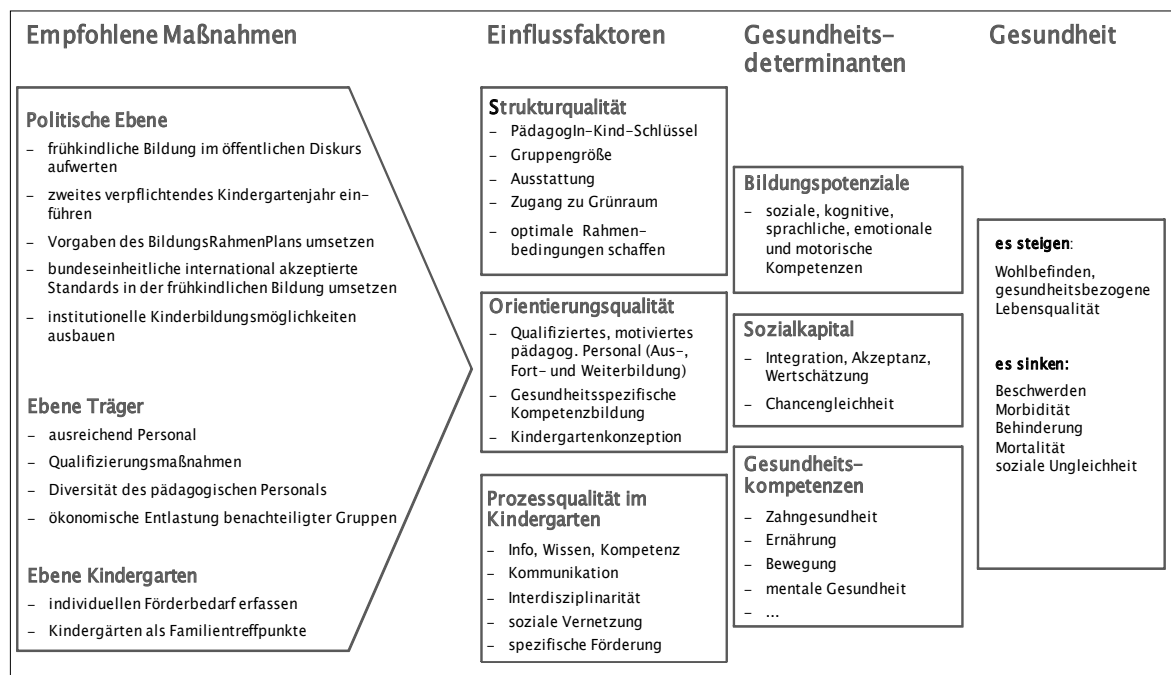
Die zentrale *Empfehlung aus der Gesundheitsfolgenabschätzung* (vgl. auch Abbildung 2) lautet daher, die notwendigen Rahmenbedingungen für den Kinder-

garten als elementare Bildungseinrichtung sicherzustellen. Die Rahmenbedingungen wirken unmittelbar auf die pädagogische Qualität im Kindergarten und auf die Arbeitsplatzqualität des pädagogischen und des unterstützenden Personals und sind damit von prioritärer Bedeutung, um einen gesundheitsförderlichen Kindergarten zu erreichen. In Hinblick auf das Ausschöpfen des Potenzials zur spezifischen Förderung der Kinder wird empfohlen, systematisch, qualitätsgesichert und bundesweit einheitlich den spezifischen Förderbedarf der Kinder frühzeitig festzustellen. Die dabei gewonnenen Erhebungsergebnisse würden unter anderem auch dazu beitragen, dem derzeit bestehenden Mangel an aussagekräftigen Daten zur Gesundheit von Kindern entgegenzuwirken. Des Weiteren wird empfohlen, die mit dem verpflichtenden Kindergartenjahr begonnene gesellschaftliche und politische Aufwertung des Kindergartens als elementare Bildungseinrichtung – unter anderem durch intensive Information und Kommunikation über Chancen und Vorteile der institutionellen frühkindlichen Bildung – noch zu verstärken, da Investitionen in diesen Bereich einen hohen gesundheitlichen, gesellschaftlichen und ökonomischen Langzeitnutzen haben.

Die *Erfahrungen mit der Durchführung der GFA* wurden in Workshops reflektiert und in einem Erfahrungsbericht (Haas 2012) aufbereitet, der ausführlicher als der Ergebnisbericht die Strukturen und Aktivitäten des Pilotprojekts präsentiert und reflektiert und Rückschlüsse für die weitere Etablierung von GFA in Österreich im Allgemeinen sowie für die Durchführung von weiteren GFAs im Spezifischen zieht. Ziel war es dabei, den Lernprozess des Projektteams der GÖG nachvollziehbar zu dokumentieren und für weitere GFA-Fachleute und –Interessierte zugänglich zu machen. Eingeflossen sind neben der Reflexion der Erfahrungen seitens des Projektteams der GÖG auch das Feedback des Lenkungsausschusses, die zentralen Ergebnisse der prozessbegleitenden Evaluation (Griebler/Grillich 2012) und die Rückmeldungen von einigen einbezogenen Fachleuten.

Die Evaluation zeigt, dass das Pilotprojekt seine zentralen Ziele erfüllt hat. Der *Nutzen des Pilotprojekts* besteht insbesondere im Aufbau von GFA-Expertise sowie in der Sensibilisierung für die Beachtung gesundheitlicher Auswirkungen, in der Bewusstseinsbildung über „Health in All Policies“, in der Vernetzung und in positiven Erfahrungen mit intersektoraler Kooperation. Der Beteiligungsprozess war aufwändig, brachte aber einen deutlichen Mehrwert. Es konnten praktische Erfahrungen sowohl mit der Anwendung

Abbildung 2: Gesamtschau der empfohlenen Maßnahmen und ihr Bezug zur Gesundheit der Kinder



Quelle: Zusammenstellung Martin Sprenger (2012) auf Basis des Schweizer Ergebnismodells (www.gesundheitsfoerderung.ch/common/files/knowhow/tools/N107738_Ergebnismodell_view_de.pdf); Darstellung: GÖG/ÖBIG

des Instruments GFA als auch mit der Umsetzung eines Beteiligungsprozesses gewonnen werden, wodurch relevante Schlüsse für die Durchführung weiterer GFAs möglich sind.

Aus den Erfahrungen des Pilotprojekts resultieren insbesondere folgende *Empfehlungen*:

Bei der Durchführung von weiteren GFAs sollte in der *Planungsphase* der Rahmen der GFA genau abgesteckt werden, und zwar im Einklang mit der auf Basis der Sichtung eingeschätzten Gesundheitsrelevanz des Vorhabens und den verfügbaren Ressourcen. Es wird als notwendig erachtet, immer die Expertise von Personen mit praktischer GFA-Erfahrung in die Projektumsetzung einzubeziehen.

Das Ausmaß der *Partizipation* sollte jeweils in Abhängigkeit von der Fragestellung in der Planungsphase festgelegt werden. Ein intersektoral besetzter Lenkungsausschuss und ein Appraisal-Workshop unter breiter Einbindung zentraler Stakeholder und Betroffenenengruppen sind als Mindestform der Beteiligung unverzichtbar.

In Hinblick auf die *weitere Etablierung der GFA* in Österreich werden die Durchführung von weiteren Pilotprojekten und die Definition von Anforderungen an

potenzielle Auftragnehmer und Beteiligte empfohlen. Maßnahmen sind vonnöten, die sicherstellen, dass ausreichend Fachleute mit praktischer GFA-Erfahrung zur Verfügung stehen. Das GFA-Team der GÖG sollte als GFA-Support-Unit entsprechend internationalen Vorbildern fungieren und die weitere Etablierung der GFA sowie konkrete Initiativen und Projekte auf regionaler und lokaler Ebene unterstützen.

Sabine Haas
Gesundheit Österreich GmbH

Literatur

- Haas, Sabine; Gruber, Gabriele; Kerschbaum, Hans; Knaller, Christine; Sax, Gabriele; Türscherl, Elisabeth (2012): Gesundheitsfolgenabschätzung zum verpflichtenden Kindergartenjahr. Wissenschaftlicher Ergebnisbericht. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- Haas, Sabine (2012): Gesundheitsfolgenabschätzung zum verpflichtenden Kindergartenjahr. Projekterfahrungsbericht. Gesundheit Österreich GmbH / Geschäftsbereich ÖBIG. Wien
- Griessler, Ursula; Grillich, Ludwig (2012): Pilot-GFA zum verpflichtenden Kindergartenjahr der GÖG/ÖBIG. Prozessevaluation. Department für Evidenzbasierte Medizin und Klinische Epidemiologie, Donau-Universität Krems

Pflege von Angehörigen – der direkte Weg aus dem Arbeitsleben?

Rechtliche Regelungen zur Vereinbarung von beruflicher Tätigkeit und familiären Betreuungspflichten

ArbeitgeberInnen streben im marktwirtschaftlichen Kontext naturgemäß danach, Arbeitskräfte möglichst kontinuierlich und zu hundert Prozent einzusetzen. Beschäftigte, die aufgrund ihrer individuellen Lebenssituation diesen Anforderungen nicht gerecht werden können, nehmen daher im Arbeitsleben eine exponierte Stellung ein. Für verschiedene Gruppen solcher ArbeitnehmerInnen wurden durch das Arbeitsrecht zahlreiche Sonderbestimmungen geschaffen, die einerseits gewährleisten, dass die Pflichtenkollision in zeitlicher Hinsicht in rechtlich geordneten Bahnen geregelt ist, und die andererseits einen soliden Schutz vor Kündigungen oder Entlassung aus eben diesen Gründen schaffen. Zu den erfassten exponierten ArbeitnehmerInnen zählen beispielsweise Mütter, Eltern während der Zeit der Betreuung des Kleinkindes, Beinträchtigte, Präsenz- und Zivildienstler sowie Mitglieder von Betriebsratskollegien oder sicherheitstechnischen Diensten.

Eine Gruppe von ArbeitnehmerInnen, die ohne jeden Zweifel auch aufgrund regelmäßig auftretender Interessenskollisionen häufig mit Nachteilen im Arbeitsleben konfrontiert wird, sind Menschen, die sich gelegentlich oder dauerhaft der Pflege von Familienangehörigen widmen. Aufgrund des demographischen Wandels und des damit verbundenen Anstiegs des Anteils der Pflegebedürftigen an der Gesamtbevölkerung ist naturgemäß auch die Anzahl derer, die solche sozialen Aufgaben aus Nächstenliebe, aus vermeintlicher oder tatsächlicher gesellschaftlicher Verpflichtung oder einfach mangels anderer Alternativen übernehmen, im Steigen begriffen (vgl. Winkler et al [2012] 1ff).

Zwar hat sich der Gesetzgeber dieser Thematik über die Jahrzehnte hin etappenweise genähert und für einzelne Konstellationen Vorschriften geschaffen. Eine umfassende gesetzliche Regelung zur Stellung pflegender Angehöriger – dies ist vorwegzuschicken – existiert weder im österreichischen Recht, noch sind diesbezüglich europäische Vorgaben vorhanden. Die Regelungen über Freistellung, Entgeltfortzahlung

und Schutz vor (vorzeitiger) Beendigung finden sich verstreut in verschiedenen Gesetzen und sind je nach Art des Anlassfalles so unterschiedlich ausgestaltet, wie eben auch die tatsächlichen Situationen unterschiedlich sind. Aus diesem Grund soll zunächst versucht werden, einen anschaulichen Überblick über die wichtigsten und typischen Konstellationen der Kollision von Pflege und Arbeitsverhältnis sowie die daraus resultierenden Rechtsfolgen zu bieten. Im Anschluss daran werden die jüngsten Entwicklungen dargestellt und kritisch beleuchtet.

Zu unterscheiden ist zunächst zwischen Fällen, in denen sich die Pflege auf einen kurzen Zeitraum mit vorhersehbarem Ende beschränkt, und solchen, in denen das Ende des Pflegebedarfs nicht absehbar ist. Beide Varianten können wiederum sowohl bei der Pflege von Kindern als auch von Erwachsenen auftreten. Außerdem ist in jedem dieser Fälle danach zu differenzieren, in welcher Beziehung Pflegende/r und Gepflegte/r zueinander stehen, sowie ob die/der Pflegende auch durch andere Personen vertreten werden kann und es somit Alternativen zur Pflege durch genau diese Person gibt.

Pflegefreistellung

Sehr bald (erste ausdrückliche Regelung: BGBl 1976/390) hat sich der Gesetzgeber des Falles angenommen, dass ein Familienmitglied für die Dauer einer kurzen Krankheit gepflegt wird. Die als „Pflegefreistellung“ bekannte Regelung wurde – legislativ nicht korrekt – ins Urlaubsgesetz (§ 16 UrlG) aufgenommen und in der Folge oft fälschlich als „Pflegeurlaub“ bezeichnet (vgl. z.B. Cerny, *Urlaubsrecht10* [2011] § 16 Erl 1). Richtig handelt es sich um eine Freistellung von der Arbeitsleistung aus wichtigem persönlichem Grund, die mit einer Entgeltfortzahlung verbunden ist. Die im Urlaubsgesetz verankerte Regelung erstreckt sich zunächst nur auf eine Woche, kann aber unter engen Voraussetzungen (vgl. Cerny, *Urlaubsrecht10* [2011] § 16 Erl 19ff) für gewisse Fälle eine zweite Woche pro Arbeitsjahr in Anspruch genommen werden (§ 16 Abs 2 UrlG). Zudem besteht wiederum unter eingeschränkten Voraussetzungen die Möglichkeit eines einseitigen Urlaubsantritts nach Ausschöpfung des Freistellungsanspruchs (§ 16 Abs 3 UrlG; vgl. Cerny, *Urlaubsrecht10* [2011] § 16 Erl 29ff). Da es sich um einen Freistellungsanspruch wegen Dienstverhinderung handelt, kommen die allgemeinen Regelungen über Dienstverhinderungen prinzipiell auch als Rechtsgrundlage in Betracht, und zwar mit der Maßgabe, dass anderweitige günstigere Regelungen der urlaubsgesetzlichen Regelung vorgehen.

Daraus folgt praktisch, dass für Angestellte im Regelfall ein Pflegefreistellungsanspruch ausschließlich auf § 8 Abs 3 AngG gestützt den Anspruch nach Urlaubsgesetz verdrängt. Der Vorteil der Regelung nach dem AngG besteht für ArbeitnehmerInnen vor allem darin, dass der Anspruch hier nicht mit einer Woche pro Jahr beschränkt ist, sondern je Anlassfall das Ausmaß des Anspruchs entsprechend einer Interessensabwägung festzustellen ist. Praktisch kann sich daher für Angestellte mehrmals pro Jahr ein Pflegefreistellungsanspruch von jeweils mehr als einer Woche ergeben (vgl. Melzer-Azodanloo in Löschnigg [Hrsg.], Angestellten-gesetz 19 [2012] vgl. Rz 193-196).

Weder für ArbeiterInnen noch für Angestellte gibt es einen ausdrücklichen Schutz vor Kündigungen oder Entlassungen wegen der Inanspruchnahme einer Pflegefreistellung. Allerdings können ArbeitnehmerInnen, die in einem betriebsratspflichtigen Betrieb beschäftigt sind,¹ eine Kündigung oder rechtswidrige Entlassung dann mit Erfolg anfechten, wenn sie glaubhaft machen können, dass die Beendigung wegen der Geltendmachung des Pflegefreistellungsanspruchs ausgesprochen wurde (vgl. Trost in Strasser/Jabornegg/Resch [Hrsg.], Kommentar zum Arbeitsverfassungsgesetz [Loseblatt, 2012] § 105 Rz 221-227).

Mit dem Arbeitsrechtlichen Begleitgesetz (BGBl 1992/833) wurde ergänzend zur Pflegefreistellung auch eine so genannte Betreuungsfreistellung zum Zweck der Betreuung eines Kindes wegen kurzfristigen Ausfalls der ständigen Betreuungsperson eingeführt (vgl. Cerny, Urlaubsrecht § 16 Erl 6ff).

Problematisch wird die Situation für ArbeitnehmerInnen, wenn für die erforderliche Pflege einer/s Angehörigen mit den Ansprüchen gemäß § 16 UrlG bzw. § 8 Abs 3 AngG deshalb nicht das Auslangen gefunden werden kann, weil der Pflegebedarf dauerhaft besteht und über einen längeren Zeitraum einen größeren Teil der Arbeitskraft oder die gesamte Arbeitskraft in Anspruch nimmt. Auch für diese Fälle wurden mittlerweile durch Gesetz Möglichkeiten geschaffen, mit denen Lösungen solcher Pflichtenkollisionen bezweckt werden sollen. Nicht für alle Fälle konnte aber dieser Zweck zufriedenstellend erfüllt werden.

Nach bisheriger Gesetzeslage (also vor Jänner 2014, in dem die Pflegekarenz und die Pflegeteilzeit in Kraft getreten sind) sind zwei Arbeitszeitmodelle im AVRAG

geregelt, die auch bei längerem Anhalten der Pflegebedürftigkeit und damit der Notwendigkeit nach Pflege, eine bessere Vereinbarkeit mit der Berufstätigkeit für den/die ArbeitnehmerIn schaffen sollen. Diese sind die Familienhospizkarenz einerseits und die Betreuungsteilzeit andererseits. (Vgl. Löschnigg [2011] Arbeitsrecht 11 S. 425f Rz 6/481ff)

Familienhospizkarenz

Anders als es die Bezeichnung vermuten lässt, soll die Familienhospizkarenz nicht nur rein der Sterbebegleitung im engeren Sinne dienen, sondern laut §14a AVRAG allgemein der Unterstützung von nahen Angehörigen, deren Gesundheitszustand potentiell lebensbedrohlich ist. Dafür ist eine Dauer von drei Monaten vorgesehen, wobei eine Verlängerung auf insgesamt maximal sechs Monate möglich ist.

Ein weiterer Zweck der Familienhospizkarenz ist laut §14b AVRAG die Begleitung eines schwersterkrankten Kindes. Hier ist die maximale Anspruchsdauer weiter gesetzt als bei der Sterbebegleitung. Sie beträgt fünf Monate, mit einer möglichen Verlängerung auf maximal neun Monate. Mit dieser längeren Anspruchsdauer soll der Dauer klassischer Behandlungen, wie beispielsweise im Fall einer Leukämie-Erkrankung, Rechnung getragen werden.

Im Gegensatz zur Pflegefreistellung ist die maximale Nutzbarkeit nicht auf das Arbeitsjahr bezogen, sondern auf den Anlassfall. Dies bedeutet, dass die Familienhospizkarenz gegebenenfalls auch mehrmals pro Arbeitsjahr beansprucht werden könnte (vgl. dazu z.B. Geist, Begleitung sterbender und schwerst erkrankter Angehöriger: Gesetzliche Neuregelung, RdW 2002, 665ff).

Es gibt drei Varianten, wie die Familienhospizkarenz in Anspruch genommen werden kann, die auch miteinander kombiniert und abwechselnd genutzt werden können. So besteht einerseits die Möglichkeit einer Karenzierung, aber auch eine Reduktion der Arbeitszeit oder eine Änderung der Lage der Arbeitszeit wären denkbar. Letztere zwei Varianten gewinnen insofern an Bedeutung, als dass für die Dauer der Familienhospizkarenz kein Entgeltfortzahlungsanspruch gegeben ist, weshalb eine Reduktion der Arbeitszeit den Vorteil eines allerdings aliquot reduzierten Entgelts bietet. Lediglich in finanziell prekären Situationen besteht die Möglichkeit, mit dem Familienhospizkarenz-Härteausgleich² finanzielle Notlagen zumindest teilweise

1 D.h. in einem Betrieb, in dem dauernd mehr als fünf ArbeitnehmerInnen beschäftigt sind; vgl. Löschnigg in Strasser/Jabornegg/Resch [Hrsg.], Kommentar zum Arbeitsverfassungsgesetz [Loseblatt, 2008] § 40 Rz 24-32)

2 Mit Einführung der Pflegekarenz und dem damit verbundenen Pflegekarenzgeld wurde dem u.U. großen Bedarf nach finanzieller Unterstützung insofern Rechnung getragen, als das Pflegekarenzgeld nun auch bei

abzufedern. (Vgl. Pfeil [2011] AVRAG, §§ 11–14b, in: Neumayr/ Reissner (Hgg.) [2011] Zeller Kommentar zum Arbeitsrecht², 1088ff)

Generell bietet die Familienhospizkarenz zwar den Vorteil einer flexiblen Nutzbarkeit dreier unterschiedlicher Varianten, was dem/der ArbeitnehmerIn theoretisch die Möglichkeit eröffnet, jene Variante(n) zu wählen, welche für seine/ihre Situation individuell am geeignetsten scheint. Dennoch besteht der Nachteil der größtenteils fehlenden finanziellen Kompensation, was sich je nach der finanziellen Situierung unterschiedlich schwer auswirken wird. Schlussendlich dürfte die Familienhospizkarenz für das Gros der Pflegesituationen ungeeignet, da nicht anwendbar sein. Denn der Anspruch auf sie basiert auf der potentiell lebensbedrohlichen Erkrankung eines nahen Angehörigen bzw. der schwersten Erkrankung eines Kindes, wohingegen die Pflegebedürftigkeit im „normalen Pflegealltag“ tendenziell in chronischen Erkrankungen begründet liegt. (Vgl. Ercher [2003] in: ASoK [2003] 74).

Betreuungsteilzeit

Das zweite Arbeitszeitmodell nach derzeitiger Gesetzeslage ist die Betreuungsteilzeit nach §14 AVRAG. Anders als bei Familienhospizkarenz und auch bei Pflegefreistellung besteht allerdings kein Anspruch auf die Betreuungsteilzeit, sondern lediglich auf bestimmte Rechtsfolgen bei einer gültigen Vereinbarung mit dem/der ArbeitgeberIn. Eine gültige Vereinbarung bezieht sich auf eine länger andauernde Herabsetzung der Arbeitszeit aufgrund familiärer Betreuungspflichten, welche sehr weit ausgelegt werden können. Der zeitliche Horizont in dem die Betreuungsteilzeit vereinbart werden kann, ist unbegrenzt, darf allerdings nicht nur vorübergehend (länger als zwei Wochen) sein. (Vgl. Pfeil [2011] in: Neumayr/ Reissner (Hgg.) [2011] Zeller Kommentar zum Arbeitsrecht², S. 1081ff und vgl. Löschnigg [2011] Arbeitsrecht¹¹ S. 425, Rz. 6/481).

Die Bedeutung der Betreuungsteilzeit in der Praxis ist nicht besonders groß, da sie eine gültige Vereinbarung mit dem/der ArbeitgeberIn voraussetzt. Die Vorteile gegenüber einer einfachen privatautonom getroffenen Vereinbarung liegen in drei wesentlichen Rahmenbedingungen. Zum einen sieht hier der §14 Abs. 3 AVRAG ein Rückkehrrecht zur Normalarbeitszeit innerhalb von zwei bis vier Monaten nach Wegfallen der Betreuungspflicht vor, zum anderen bestehen nach §14 Abs. 4 AVRAG begünstigte Regelungen in

Inanspruchnahme der Familienhospizkarenz beansprucht werden kann.

Bezug auf eine etwaige Abfertigung. Zusätzlich wurde ein spezieller individueller Kündigungsschutz nach §15 Abs. 1 AVRAG vorgesehen. Dieser ist allerdings insofern mit einem legitistischen Mangel behaftet, als ein Entlassungsschutz (also ein Schutz vor einer Umgehung des Kündigungsschutzes durch unbegründete Entlassungen) fehlt. Die mittlerweile herrschende Meinung gleicht diesen Mangel zurecht durch analoge Anwendung des Kündigungsschutzes auch auf ungerechtfertigte Entlassungen aus (vgl. z.B. schon Jabornegg in Jabornegg/Resch, Rechtsfragen des AS-RÄG 1997, 13ff).

Pflegekarenz

Neu ist weiters die sogenannte Pflegekarenz, welche im Jänner 2014 in Kraft getreten und ebenfalls im AVRAG geregelt ist. Grundsätzlich besteht die Pflegekarenz aus zwei Regelungen, nämlich der Pflegekarenz laut §14c AVRAG und der Pflegeteilzeit laut §14d AVRAG. Bei ersterer kann eine Karenzierung genutzt werden, bei letzterer eine Herabsetzung der Arbeitszeit, welche allerdings eine wöchentliche Mindest-Arbeitszeit von 10 Stunden nicht unterschreiten darf. Genutzt werden können beide Regelungen jeweils nur im Ausmaß von ein bis drei Monaten, wobei der Anspruch nur einmal pro zu pflegender Person³ gegeben ist. Die Pflegekarenz bzw. -teilzeit soll der besseren Organisation des Pflegealltags bzw. einer zeitweisen Entlastung für den/die pflegende/n Angehörige/n dienen. (Vgl. Aubauer/ Rosenmayr-Khoshideh [2013] Pflegekarenz und Pflegeteilzeit, in: taxlex 2013, 300).

Analog zur Betreuungsteilzeit besteht kein Anspruch auf die Pflegekarenz bzw. -teilzeit, sondern lediglich auf Rechtsfolgen bei einer gültigen Vereinbarung mit dem/der ArbeitgeberIn. Im Gegensatz zur Betreuungsteilzeit ist die Nutzbarkeit an eine weitere Bedingung in Form einer Mindestpflegegeldstufe geknüpft (Pflegegeld der Stufe drei bzw. bei dementiellen Erkrankungen mindestens der Stufe eins). Deutlich restriktiver als beispielsweise die Familienhospizkarenz ist die Pflegekarenz auch in puncto nutzbare Varianten. So besteht zwar einerseits die Möglichkeit zur Karenzierung und andererseits zur Teilzeitarbeit, diese beiden Varianten können aber nicht abwechselnd beansprucht werden, ebensowenig darf die reduzierte Wochenstundenanzahl während der Beanspruchung

³ Im Ausnahmefall, das heißt bei einer erheblichen Verschlechterung des Gesundheitszustands, verbunden mit einer Erhöhung der Pflegegeldstufe, kann die Pflegekarenz bzw. -teilzeit ein weiteres Mal für dieselbe Person in Anspruch genommen werden.

variiert werden. (Vgl. Saurugger/ Rath [2013] Arbeitsrechts-Änderungsgesetz 2013, in: ASoK 2013, 282)

Neben sozialversicherungsrechtlichen Begleitmaßnahmen, wie der Einbeziehung in die Kranken- und Pensionsversicherung und Begünstigungen bei der Berechnung einer etwaigen Abfertigung, ist vor allem das Pflegekarenzgeld als Neuerung und Vorteil der Pflegekarenz zu nennen. Es besteht ein Rechtsanspruch darauf und kann während der Pflegekarenz bzw. aliquotiert während der Pflegezeit bezogen werden. Die Höhe des Pflegekarenzgeldes ist dabei genauso bemessen wie das Arbeitslosengeld nach §21 Arbeitslosenversicherungsgesetz. Das Pflegekarenzgeld kann zukünftig auch bei Familienhospizkarenz bezogen werden. (Vgl. Aubauer/ Rosenmayr-Khoshideh [2013] Pflegekarenz und Pflegezeit, in: taxlex 2013, 300 und vgl. Saurugger/ Rath [2013] Arbeitsrechts-Änderungsgesetz 2013, in: ASoK 2013, 282)

Allerdings wurde im Fall der Pflegekarenz in Bezug auf den Kündigungs- und Entlassungsschutz derselbe legistische Mangel wiederholt wie bei der Betreuungsteilzeit. So besteht zwar ein individueller Kündigungsschutz, auf die Schaffung eines Entlassungsschutzes wurde allerdings verzichtet. Diese offenkundige Lücke ist nach herrschender Meinung durch Analogie zu schließen, sodass in diesen Fällen auch ein Schutz vor ungerechtfertigten Entlassungen zur Umgehung des Kündigungsschutzes vorhanden ist. (Vgl. Jabornegg in Jabornegg/Resch, Rechtsfragen des ASRÄG 1997, 13ff)

Fazit

Die neuen Regelungen in Form der Pflegekarenz und der Pflegezeit zeigen, dass die Situation von pflegenden Angehörigen ins Bewusstsein der Öffentlichkeit und der Politik gerückt ist und ein Bestreben vorhanden ist, sie zu entlasten. Besonders das Pflegekarenzgeld als Zeichen, dass die finanzielle Belastung von Pflegenden erkannt wurde und nun abgedeckt werden soll, ist als sehr positiv zu werten. Es sollte aber keineswegs der Eindruck entstehen, dass gerade unter Berücksichtigung des demographischen Wandels und der daraus folgenden Herausforderungen für das Kranken- und Pflegewesen, mit der Schaffung einer Neuregelung, welche zudem sehr restriktiv ausgestaltet wurde, das Thema „Pflegende Angehörige“ guten Gewissens als erledigt von der sozialpolitischen Agenda gestrichen werden kann.

*Christine Follner
Barbara Trost*

Verwendete Abkürzungen

ABGB	Allgemeines bürgerliches Gesetzbuch
AngG	Angestelltengesetz
ArbVG	Arbeitsverfassungsgesetz
ASRÄG	Arbeits- und Sozialrechts-Änderungsgesetz
AVRAG	Arbeitsvertragsrechts-Anpassungsgesetz
UrlG	Urlaubsgesetz

Literatur

- Aubauer, Helwig/ Rosenmayr-Khoshideh, Martina (2013): Pflegekarenz und Pflegezeit, in: taxlex 2013, 300
- Cerny, Josef (2011): Urlaubsrecht, 10. Auflage, Wien: ÖGB Verlag
- Cerny, Josef (2011): Urlaubsunterbrechung durch Pflegefreistellung, nicht aber durch Betreuungsfreistellung, in: DRdA 2011, 327
- Ercher, Gerda (2003): Die Familienhospizkarenz wirkt in der Praxis immer wieder arbeitsrechtliche Fragen und Auslegungsprobleme auf, in: ASoK 2003, 74
- Geist, Reinhard (2002): Begleitung sterbender und schwerst erkrankter Angehöriger: Gesetzliche Neuregelung, in: RdW 2002, 665
- Jabornegg, Peter (1998): Arbeitsrechtliche Aspekte des ASRÄG 1997, in: Jabornegg, Peter/ Resch, Reinhard (1998): Rechtsfragen des ASRÄG 1997. Wien: Linde Verlag, S. 13-40
- Löschnigg, Günther (2011): Arbeitsrecht. Gesetze und Kommentare 129, 11. Auflage, Wien: ÖGB Verlag
- Löschnigg (2008), in: Rudolf/ Jabornegg, Peter/ Resch, Reinhard [Hrsg.] (2008): Kommentar zum Arbeitsverfassungsgesetz, Wien
- Melzer-Azodanloo (2012), in Löschnigg, Günther [Hrsg.] (2012): Angestelltengesetz, 9. Auflage, Wien: Verlag des ÖGB
- Pfeil, Walter J. (2011): Arbeitsvertragsrechts-Anpassungsgesetz- AVRAG, §§ 11-14b, in: Neumayr, Matthias/ Reissner, Gert-Peter (Hgg.) (2011): Zeller Kommentar zum Arbeitsrecht, 2. Auflage. Wien: Manzsche Verlags- und Universitätsbuchhandlung, S. 1065-1096
- Gerhartl, Andreas (2010): Keine Unterbrechung des Erholungsurlaubs durch Betreuungsfreistellung, in: RdW 2010, 293
- Saurugger, Beate/ Rath, Erwin (2013): Arbeitsrechts-Änderungsgesetz 2013, in: ASoK 2013, 282
- Trost, Barbara (2012), in Strasser, Rudolf/ Jabornegg, Peter/ Resch, Reinhard [Hrsg.] (2012): Kommentar zum Arbeitsverfassungsgesetz, Wien
- Winkler Petra, Pochobradsky Elisabeth, Wirl Charlotte, in: Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (2012): Gesundheit und Krankheit der älteren Generation in Österreich. Wien: Bundesministerium für Gesundheit. [i. A. v. Bundesministerium für Gesundheit]

Betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelständischen Unternehmen

„Small, Healthy and Successful“ – unter diesem Motto machten sich Studierende an der Johannes Kepler Universität (JKU) in Linz auf die Suche nach Strategien zur nachhaltigen Implementierung einer Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) in Klein- und Mittelständischen Unternehmen (KMU). Ziel war es herauszufinden, welche Rahmenbedingungen KMUs zur Einführung bzw. nachhaltigen Umsetzung einer BGF benötigen und welche Handlungsempfehlungen aus den Ergebnissen abgeleitet werden können.

„Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz“ (Luxemburg Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union 2008: 2)

Die wachsende Bedeutung des Arbeitsplatzes als Handlungsfeld von „Public Health“ wird mehr und mehr zur Herausforderung der Arbeitswelt im 21. Jahrhundert. BGF sowie Gesundheitsprävention sind wesentliche Faktoren für die Entwicklung eines „gesunden Unternehmens“. Wirtschaftlicher Erfolg wird in Zukunft in besonderem Maße von hoch qualifizierten, motivierten und gesunden ArbeitnehmerInnen und einer „gesundheitsfördernden“ Unternehmens- und Führungsstrategie abhängig sein. (Institut für Gesundheitsplanung 2013). Nachhaltige BGF muss mindestens auf zwei Ebenen ansetzen: Auf der betrieblichen Ebene, als Verhältnisprävention, wo Arbeitsbedingungen und gesundheitsfördernde Rahmenbedingungen im Betrieb gestaltet und geschaffen werden können, und auf der Verhaltensebene der Mitarbeitenden. Das bedeutet, Mitarbeitenden Kompetenzen zu vermitteln, wie sie ihre individuellen Gesundheitsressourcen stärken und die eigene Gesundheit positiv beeinflussen können (Badura/Hehlmann 2003: 19f).

Bereits im Jahr 2011 zeigte die Johannes Kepler Universität Linz (JKU) in Kooperation mit dem Österrei-

chischen Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung in einer Studie auf, dass BGF einerseits arbeitsbedingte Belastungen reduziert und andererseits interpersonelle Ressourcenpotentiale fördert. Darüber hinaus wird die Gesundheit gestärkt sowie die Motivation und Arbeitszufriedenheit der Belegschaft erhöht (Österreichisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung 2013: 3). Aus diesem Grund sollte die Bedeutung einer nachhaltigen Integration von Gesundheit und mitarbeiterInnenorientierter Personalpolitik in die Unternehmenspolitik forciert werden. Nicht sichtbare Unternehmenswerte wie Gesundheit, das Engagement und die Motivation der MitarbeiterInnen sind wichtige Treiber für eine positive Unternehmensperformance (Enterprise for Health 2012). Große Unternehmen (über 250 MitarbeiterInnen) und Konzerne haben dies schon länger erkannt und sehen BGF bereits als Selbstverständlichkeit an bzw. erkennen auch den Nutzen (Triple-Win) auf ArbeitgeberInnen-, ArbeitnehmerInnen- sowie auf Seite der Österreichischen KrankenversicherungsträgerInnen und somit der Gesellschaft als Ganzes. KMUs „hinken“ oftmals noch hinterher und können keine oder nur einzelne Maßnahmen in Richtung Gesundheitsförderung aufweisen (Hirtenlehner/Sebinger 2004: 67f.). Angesichts der Tatsache, dass 99,5 Prozent aller österreichischen Unternehmen KMUs sind und 65 Prozent aller österreichischen ArbeitnehmerInnen in diesen KMUs arbeiten (Fonds Gesundes Österreich 2013), stellt sich die Frage, welche Rahmenbedingungen es braucht, um hier ein Umdenken bei den Betrieben bzw. eine Verbesserung der Situation insgesamt zu erzielen. Vorab müssen sich UnternehmerInnen aber vor allem über Gesundheit im Allgemeinen und ihre Bedeutung – vor allem auch im Zusammenhang mit Erwerbsarbeit – bewusst werden.

Gesundheit und Arbeit

Theoretische Konzepte zum Thema Gesundheit liefern beispielsweise Hurrelmann (2010) oder Antonovsky (1997). Beide verstehen Gesundheit nicht nur als Abwesenheit von Krankheit, sondern geben zu bedenken, dass Gesundheit nur dann erreicht werden kann, wenn eine Person „sich körperlich, psychisch und sozial in Einklang mit den jeweils gegebenen inneren und äußeren Lebensbedingungen befindet“ (Hurrelmann 2010: 7). Sowohl Antonovsky als auch Hurrelmann weisen darauf hin, dass es keine exakte Trennung von Gesundheit und Krankheit gibt. Vor allem Antonovsky überwindet mit seinem Salutogenese-Modell die Dichotomie von Gesundheit und Krankheit. Er geht davon aus, dass Menschen sich immer zwischen den Polen Krankheit und Gesundheit – gleichzeitig sowohl

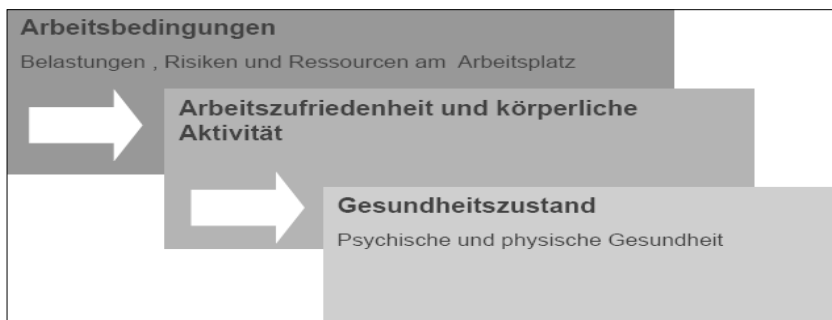


Abbildung 1: Auswirkung von Erwerbsarbeit auf die Gesundheit (vgl. Krieger/Graf 2007:11)

krank als auch gesund – bewegen. Folgt man diesen Konzepten, so wird klar, dass zum „Gesundsein“ mehr gehört als nur ein gesunder Körper.

Hurrelmann definiert dazu drei wesentliche Faktoren, die unmittelbar mit Gesundheit in Zusammenhang stehen: erstens personale Faktoren wie Alter, Geschlecht, ethnische Herkunft, Disposition etc., zweitens soziale Faktoren, darunter auch Arbeitsbedingungen und Arbeitsanforderungen, und als dritten Faktor das Gesundheitssystem selbst, d.h. seine Erreichbarkeit, Zugänglichkeit, Versorgungsqualität usw. (Hurrelmann 2010: 30ff). Diese Faktoren können auch kumulativ auftreten und sich gegenseitig verstärken.

Für die Forschungsfrage der Studierenden besonders interessant waren die sozialen Faktoren, d.h. die Zusammenhänge von der persönlichen Gesundheit und der (Erwerbs-)Arbeit. Die Auswirkungen der Erwerbsarbeit auf die Gesundheit können in drei Ebenen gegliedert werden:

Die erste Ebene betrachtet den Einfluss der Arbeitsbedingungen i.e.S., physische und psychosoziale Risiken und Belastungen wie etwa Lärm, Vibrationen und hohe Temperaturen, aber auch Stress, Zeitdruck, Spannungen oder Mobbing am Arbeitsplatz. Neben diesen Einflüssen sind auch Arbeitszufriedenheit und körperliche Aktivität entscheidend für die Gesundheit der MitarbeiterInnen, d.h. der Gesundheitszustand einer erwerbstätigen Person ist stets vielfältig begründet und kann durch die Arbeit und damit verbundene Bedingungen und Empfindungen positiv wie auch negativ beeinflusst werden. Ein Arbeitsplatz, welcher die ergonomischen sowie arbeitspsychologischen Kriterien eines „guten Arbeitsplatzes“ erfüllt, kann positive Auswirkungen auf die Gesundheit haben (vgl. Krieger/Graf 2007: 11ff). Umgekehrt können ein „schlecht

konzipierter“ Arbeitsplatz bzw. belastende Umstände in der Arbeitsumgebung die Gesundheit trotz gesundem Verhalten in den Freizeitbereichen beeinträchtigen, wenngleich dieses die belastenden Auswirkungen von Arbeitsumständen abfedern kann. Beispielsweise sind berufstätige Personen, die in ihrer Freizeit regelmäßig Sport treiben, in der Regel seltener von Krank-

heiten befallen und können sich so eher auf berufsbedingte Risiken einstellen. (vgl. Krieger/Graf 2007: 31).

Neben dieser Studie von Krieger/Graf gibt es zahlreiche weitere Untersuchungen, die das Verhältnis von Arbeit und Gesundheit oder zumindest Teilaspekte des Zusammenhangs von Arbeit und bestimmten Erkrankungen erforschen bzw. den Einfluss von Arbeit auf die Gesundheit belegen. Aus diesem Grund hat das Thema BGF große Bedeutung und wird in Österreich vom „Netzwerk BGF“ und dem „Fonds Gesundes Österreich“ unterstützt und weiter vorangetrieben. Unternehmen können sich hier Unterstützung von außen in ihren Betrieb holen und die Einführung einer BGF zusammen mit bspw. der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse (ÖÖGKK) durchführen. Wie bereits erwähnt, sind es derzeit hauptsächlich große Unternehmen, die das Thema BGF aufgreifen und umsetzen. Aus diesem Grund war es für die Forschungsgruppe besonders interessant zu erfahren, warum gerade kleine Unternehmen eher darauf verzichten bzw. welche Rahmenbedingungen helfen könnten, eine Veränderung herbeizuführen.

Methodik

Unter Miteinbeziehung der Erkenntnisse aus verschiedenen Vorgesprächen¹ wurde ein Interviewleitfaden entwickelt, welcher für teilstrukturierte, persönlich durchgeführte Befragungen von MitarbeiterInnen in KMUs und ExpertInnen zum Thema BGF diente. Da die Tiefe des Materials sehr wichtig für den Erkenntnisgewinn und die Beantwortung der eingangs formulierten Forschungsfragen war und es weniger um Häufigkeiten, sondern vielmehr um inhaltliche Erkenntnisse ging, fiel die Wahl der Methode auf quali-

¹ Mag. Christoph Heigl/ÖÖGKK, Monika Reitingner/ÖÖGKK, Dr. Peter Scheinecker/WKO, Mag. Martin Barth/AK ÖÖ

Merkmale	Ausprägungen
Branche der zu Befragenden:	Tischlereibetriebe bzw. ExpertInnen zum Thema BGF
Geografische Eingrenzung:	Raum Oberösterreich
Art der Unternehmung:	Klein- und Mittelbetrieb (KMU)
Max. MitarbeiterInnenanzahl:	50

Tabelle 1: Merkmale der Grundgesamtheit (eigene Darstellung)

tative, teilstrukturierte (Experten-)Interviews, welche Face-to-Face durchgeführt wurden. Um vergleichbare Aussagen zu erhalten, wurde die Grundgesamtheit wie folgt festgelegt:

Durch eine bewusste Auswahl wurden von Jänner bis März 2013 insgesamt 13 Personen in sieben verschiedenen oö. Tischlereibetrieben interviewt und nach ihren Erfahrungen und Einstellungen zum Thema befragt. Das Alter der Befragten lag zwischen 29 und 54 Jahren. Vier der befragten Personen waren weiblich, wobei drei davon mit Führungs- und/oder Verwaltungsagenden betraut waren. Von den neun männlichen Interviewpartnern waren fünf im Produktionsbereich tätig, die anderen vier waren mit der Führung der Geschäfte betraut. Weiters ist zu beachten, dass drei der sieben Tischlereien bereits ein paar Maßnahmen zur Gesundheitsförderung umsetzen. Zusätzlich zu diesen Personen wurden vier ExpertInnen, welche sich in ihrem Berufsleben mit dem Thema BGF auseinandersetzen, befragt.

Ausgewählte Ergebnisse

„Ein freies Wochenende allein reicht nicht aus, um gesund zu bleiben – jeder Tag beeinflusst die Gesundheit.“ Neben dieser wohl sehr treffenden Aussage wurden in den Interviews viele weitere verschiedene und interessante Aspekte angesprochen, die helfen können, BGF auch in kleinen Unternehmen zu etablieren. Nachfolgend werden einige sehr wichtige Erkenntnisse aus den Themenbereichen Arbeitsbedingungen und Entwicklungsmöglichkeiten, Kommunikation, Unternehmenskultur sowie Kooperations- und Netzwerkfähigkeit vorgestellt.

Arbeitsbedingungen und Entwicklungsmöglichkeiten

Wie eingangs bereits erwähnt, müssen sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Maßnahmen im Zuge einer erfolgreichen BGF bedacht werden. Die Interviews von Arbeitskräften in KMUs zeigen, dass die MitarbeiterInnen mit einem „guten“ Arbeitsplatz

nicht nur das Betriebsklima oder eine hohe Entlohnung verbinden, sondern auch die Ergonomie des Arbeitsplatzes und/oder auftretende körperliche Belastungen als Indikatoren zur Beurteilung ihres Arbeitsplatzes heranziehen. MitarbeiterInnen verknüpfen hier die Verhältnisebene mit der Verhaltensebene und es wird ersichtlich, dass ein „guter“ Arbeitsplatz in den meisten Fällen auch ein „gesunder“ Arbeitsplatz ist bzw. dass den Menschen Gesundheit am Arbeitsplatz sehr wohl wichtig ist. Leider wird aber genau die Verhältnisebene oftmals nicht mitgedacht, wenn es um das Thema „Gesundheit am Arbeitsplatz“ geht, dabei können gerade hier UnternehmerInnen – bspw. durch Optimierung der Arbeitszeiten bzw. durch verschiedene Arbeitszeitmodelle oder persönliche Entwicklungsmöglichkeiten – ohne großen finanziellen Aufwand Anreize setzen. Freiräume und Gestaltungsmöglichkeiten am Arbeitsplatz sowie betriebliche Partizipation wurden immer wieder von den InterviewpartnerInnen angesprochen und fördern demnach das Wohlbefinden und die Arbeitszufriedenheit und tragen so zu einer erhöhten Motivation und auch zur Erhaltung der Gesundheit der Belegschaft bei. Aber auch auf der Verhaltensebene können Betriebe im Zuge einer Personalentwicklung sowie in Form von Schulungs- und Weiterbildungsangeboten positive Akzente setzen, sei es durch eine „Rückenschule“, Stress- und Konfliktmanagement oder auch Teambildungsseminare. Vor allem letztere können einen sehr wichtigen Beitrag liefern, da das Betriebsklima den Menschen in den Betrieben besonders wichtig ist. Ein wertschätzender Umgang der Führungskraft mit den MitarbeiterInnen, aber auch der Umgang und das Verhältnis zwischen den MitarbeiterInnen selbst tragen wesentlich zur Arbeitszufriedenheit und somit auch zu einer Reduzierung von Krankheiten bei.

Kommunikations- und Unternehmenskultur und klare Verantwortlichkeiten

Neben den Arbeitsbedingungen ist insbesondere die Thematisierung von Gesundheit in KMUs noch opti-

mierungsbedürftig. In den meisten Tischlereibetrieben wird Gesundheit nur im Rahmen der Evaluierung durch ArbeitsmedizinerInnen bzw. hinsichtlich der Einhaltung des ArbeitnehmerInnenschutzes zur Sprache gebracht. Dabei stellt eine umfassende und transparente Informationspolitik eine der wichtigsten Rahmenbedingungen für die erfolgreiche Umsetzung von BGF-Prozessen in KMUs dar. Hier ist allerdings zu beachten, dass das Vorantreiben einer Gesundheits-Kommunikation bzw. das Entstehen-Lassen einer BGF-Kultur in KMUs vorwiegend Führungsaufgabe ist. Anders als in großen Unternehmen, wo es meist mehrere Mitarbeitende gibt, welche sich um das Thema annehmen und BGF in Abstimmung mit der Geschäftsleitung koordinieren und umsetzen, sind es in kleinen Unternehmen die InhaberInnen bzw. GeschäftsführerInnen selbst, die mit guten Beispiel vorgehen und MitarbeiterInnen ‚ins Boot‘ holen müssen. Wie die Interviews zeigen, sind jedoch Führungskräfte in KMUs oftmals mit der Führung der täglichen Geschäfte mehr als ausgelastet und verwenden eher wenig Zeit dafür, sich zusätzliche Gedanken um Gesundheitsmaßnahmen und -prävention zu machen. Hier ist eindeutig Aufklärungsarbeit zu leisten – es muss klar werden, welche Vorteile eine Investition in die Gesundheit der MitarbeiterInnen in sich birgt und wie „einfach“ diese oftmals umgesetzt werden kann. Wenn dieses Verständnis vorhanden ist, kann auch eine Unternehmenskultur entstehen und wachsen, welche Gesundheit nicht nur als Wort, sondern vor allem als Wert versteht, den es herzustellen und zu erhalten gilt.

Kooperationen und Netzwerke

Die Interviews zeigen auch, dass Unternehmensleitungen in KMUs oft zu wenig über

Förder- und Unterstützungsmöglichkeiten bei der Einführung von BGF informiert sind, deswegen soll hier dezidiert darauf hingewiesen werden, dass ein noch stärkerer und vor allem effektiverer Austausch zwischen den Förderverbänden bzw. -netzwerken und den KMUs geschaffen werden muss, denn nur Information, die bei der Zielgruppe wirklich ankommt, kann sinnstiftend wirken und letzten Endes auch tatsächlich in Form von BGF-Projekten umgesetzt werden. Unterstützungsangebote sollen zukünftig von einer anfänglichen Beratung bis hin zu einer permanenten Unterstützung und Begleitung reichen. Darüber hinaus sollten KMUs auch selbst tätig werden und sich in Form von Kooperationen und Netzwerken organi-

Problembereich	Mögliche Ansatzpunkte und Handlungsfelder für KMUs
Arbeits(platz)bedingungen und Entwicklungsmöglichkeiten	<ul style="list-style-type: none"> • Arbeitssituationsanalyse durch ExpertInnen, z.B. Arbeitsmedizin, Sicherheitsvertrauensperson <ul style="list-style-type: none"> ◦ Möglichkeiten für gesundes Mittagessen schaffen, z.B. Koch- und Kühlmöglichkeit, Sozialraum mit Wasserspender, Essensmarken, Essenszuschuss • Bei baulichen Veränderungen Gesundheit und Bewegung „mitdenken“, z.B. die Stiege in das Zentrum rücken und nicht den Lift • Etablierung von geschlechts- und altersgemischten Tandems und Anreizsystemen • Förderung der Zufriedenheit am Arbeitsplatz, z.B. Partizipation der MA, Motivation durch Führungskraft • Partizipation an BGF-Projekten: BGF-Verantwortlichen definieren, Förderung der MA zur aktiven Mitarbeit und -gestaltung, Arbeitsgruppen und BGF-Maßnahmen auch während der Dienstzeit • Jährliche MitarbeiterInnengespräche durchführen, z.B. Erarbeitung/ Festlegung gesundheitsfördernder Meilensteine und Ziele, Feedback • Weiterbildungsangebote - Gestaltung: z.B. Abstimmung der Art der Angebote und der Problemstellungen, Angebote von Betroffenen für Betroffene , Kooperation mit großen Unternehmungen, regionale und überregionale Zusammenschlüsse mit KMUs, Kostenübernahme von regionalen Kursangeboten
Kommunikations- und Unternehmenskultur	<ul style="list-style-type: none"> • Vermittlung einer gesundheitsfördernden Unternehmenskultur als Führungsaufgabe • Schaffung von Transparenz und Offenheit als Führungsaufgabe, z.B. regelmäßige Jour-fixe-Gespräche • Fokussierung auf Bewusstseinsbildung und Wertevermittlung, z.B. BGF im Leitbild, niederschwellige Informations- und Aktionstage • Erhöhung der (gesundheitlichen) Lernbereitschaft durch gezielte Begleitung und Maßnahmen, z.B. Feedbackgespräche, Förderung Eigenverantwortung • Verbesserte Kommunikation über die Sinnhaftigkeit von Regelungen und Richtlinien (z.B. nach dem ASchG) • Erweiterung der sozialen Kompetenz Bildungsmaßnahmen, z.B. Kommunikationstraining, Konfliktbewältigung • Aktivitäten zur Teamentwicklung und Kommunikation zur Stärkung des Wir-Gefühls zwischen verschiedenen Bereichen setzen

Tabelle 2: Handlungsempfehlungen für KMUs (eigene Darstellung)

Problembereich	Mögliche Ansatzpunkte und Handlungsfelder
<p>Informationsaustausch, Bildung von Netzwerken und Kooperationen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Regionale und überregionale Zusammenschlüsse einzelner KMUs zwecks verbessertem Austausch und Informationsmöglichkeit • Veranstaltungen zum Erfahrungsaustausch für KMUs nach Branchen (Führungskräfte bzw. BGF-Verantwortliche/r) <ul style="list-style-type: none"> ○ Z.B. Gesundheitsmessen, Vorträge ○ monatliche Netzwerktreffen bzw. Workshops zur Diskussion und Reflexion ○ regelmäßige Durchführung von BGF-Konferenzen, um Diskussionsmöglichkeiten zwischen VertreterInnen der Landesregierung, der Kammern sowie KMU-UnternehmerInnen zu fördern • Vermehrte persönliche Kommunikation und Information durch BGF-Fachberatungen ,z.B. durch Einführung eines „BGF-Busses“; (In Anlehnung an den „Love-Tour-Bus“ oder „Hörtest-Bus“) <ul style="list-style-type: none"> ○ Beantwortung konkreter Fragen vor Ort von ausgebildeten FachberaterInnen ○ Durchführung unverbindlicher „Tests“: Wie „gesund“ ist mein Betrieb? ○ Vorstellung und Testmöglichkeit von einfachen, kostengünstigen und schnell zu implementierenden gesundheitsfördernden BGF-Maßnahmen • Veranstaltungen und Kommunikationsmöglichkeiten von Wohnsitzgemeinden nutzen, die sich als „Gesunde Gemeinden“ definieren <ul style="list-style-type: none"> ○ „Gemeinde- oder Amtsblatt“ für Einladungen und BGF-Bewusstseinsbildung nutzen • „Fitness-Netzwerke“ in „Gesunden Gemeinden“ <ul style="list-style-type: none"> ○ Ansässigen Unternehmen und deren Belegschaften können Fitness-Center, Fitnessgeräte in öffentlichen Sportanlagen oder VHS-Sportangebote kostenfrei oder vergünstigt nutzen
<p>Coaching/Trainings für Führungskräfte und BGF-Verantwortliche</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Begleitung von der Planung bis zur Implementierung einer BGF-Maßnahmen seitens OÖGKK oder WKO <ul style="list-style-type: none"> ○ Entwicklung eines strategischen Gesundheitskonzepts ○ Erstellung von MitarbeiterInnen-Fragebögen ○ MitarbeiterInnenbefragung und Auswertung ○ konkrete Strategien für die aktive Umsetzung ○ Evaluationsgespräche • Jährlicher Besuch einer BGF-Beratung zusätzlich oder gemeinsam mit der Gesundheitsinspektion/ArbeitsmedizinerIn <ul style="list-style-type: none"> ○ Unentgeltliche Beratung vor Ort, z.B. Schulungen, Vorträge, Workshops ○ Angebote müssen zumindest zu einem Teil während der regulären Arbeitszeit stattfinden. • Führungskräfte trainings für die Schlüssel- und Vorbildfunktion im bewussten, gesunden Führungsverhalten • Coaching beim Aufbau einer BGF-Kultur im Unternehmen vor Ort

Tabelle 3: Handlungsempfehlung für Interessensvertretungen (eigene Darstellung)

sieren, um die Kosten für BGF-Maßnahmen senken und gleichzeitig das Angebot, z.B. durch Sport- oder Essensangebote, erweitern zu können.

Handlungsempfehlungen für kleinere und mittlere Unternehmungen

Abgeleitet aus den oben erklärten Problembereichen, werden in Tabelle 2 (S. 27) strategische und auch operative Ansatzpunkte und Überlegungen der Forschungsgruppe für kleine und mittlere Unternehmungen (KMUS) vorgestellt,

die einen Beitrag zur Implementierung von nachhaltiger Gesundheitsförderung im Betrieb leisten können.

Handlungsempfehlungen für Interessensverbände

Auf Grundlage der durchgeführten ExpertInnen-Interviews wurden auch Handlungsfelder für die Interessenvertretungen von KMUs, wie Wirtschaftskammer oder Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, identifiziert und formuliert. Die einzelnen Bereiche setzen sich zum einen aus bereits bestehenden Ideen und Strategien zusammen, zum anderen finden sich darin auch innovative Überlegungen wieder. Diese, insbesondere für Kammern und Krankenversicherungsträger ausgelegten Empfehlungen, sind in Tabelle 3 zusammengefasst.

Conclusio

Betriebliche Gesundheitsförderung gestaltet sich als Prozess und setzt sich aus vielen einzelnen und immer wiederkehrenden Phasen zusammen. Wie das Forschungsprojekt zeigt, hängt der Erfolg von vielen verschiedenen Faktoren ab und nicht immer ist dieser unmittelbar ersichtlich. Doch langfristig betrachtet stiftet BGF einen Nutzen auf mehreren Ebenen und daher sollten auch kleine Unternehmungen in

BGF investieren. Die Ergebnisse weisen weiters darauf hin, dass es in kleinen Unternehmen vor allem auf die Führungskraft ankommt, d.h. dass BGF vorwiegend Führungsaufgabe ist und nur dann erfolgreich gestaltet werden kann, wenn die Geschäftsleitung wirklich hinter der Idee steht, diese auch kommuniziert und fortwährend vorantreibt. Da die Unternehmensleitungen aber oftmals ohnehin schon sehr ausgelastet sind,

bedarf es in Zukunft einer effektiveren Zusammenarbeit oder auch Unterstützung von Interessenvertretungen, GeschäftsführerInnen und MitarbeiterInnen – auch deswegen, weil BGF wenn möglich keine oder nur geringe zusätzliche (finanzielle) Aufwendungen für KMUs bedeuten soll. Auch eine Installation von Netzwerken und Kooperationen kann hier Abhilfe schaffen. Jedenfalls sind alle drei Interessengruppen aufgefordert, gemeinsam an einer Einführung bzw. dauerhaften Weiterentwicklung von Betrieblicher Gesundheitsförderung in KMUs zu arbeiten.

Arbeit soll Gesundheit fördern und erhalten, motivierend und sinnstiftend sein sowie Zufriedenheit erzeugen – Betriebliche Gesundheitsförderung liefert dazu einen wichtigen Beitrag.

*Sonja Matzinger
Karin Stichelberger*

Literatur

- Altenpflegeschule (2013): <http://www.altenpflegeschuler.de/psychologie-soziologie/salutogenese.php>, dl 17.12.2012
- Badura, B. / Hehlmann, T. (2003): Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg
- Enterprise for Health (2013): <http://www.enterprise-for-health.org/unternehmenskultur-gesundheitspolitik/gesunde-unternehmenskulturen-in-krisenzeiten.html> dl 06.06.2013

- Fonds Gesundes Österreich (2012): <http://info.projektguide.fgoe.org/index.php?id=24>, dl. 02.01.2013
- Fonds Gesundes Österreich (2013): <http://www.fgoe.org/der-fonds/inhaltliche-handlungsfelder/Menschen%20am%20Arbeitsplatz%20-%20BGF/erwerbstatige-in-kleinen-und-mittleren-unternehmen-kmu> dl. 18.05.2013
- Hirtenlehner, H./ Sebinger, S. (2004): Betriebliche Gesundheitsförderung für KMU. Ergebnisse einer Bedarfsanalyse für Oberösterreich, http://www.vgkk.at/mediaDB/MMDB103063_BGF%20f%C3%BCr%20mittlere%20und%20gr%C3%B6%C3%9Fere%20Unternehmen.pdf dl. 10.10.2012
- Hurrelmann, Klaus (2010): Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, Juventa Verlag Weinheim
- Krieger, R. / Graf, M. (2007): Arbeit und Gesundheit. Zusammenfassung der Schweizerischen Gesundheitsbefragung: <http://www.news-service.admin.ch/NSBSubscriber/message/attachments/16426.pdf>, dl. 05.02.2013
- Institut für Gesundheitsplanung (2013): <http://www.gesundheitsplanung.at/index.php/ziele/ziel-2-arbeitsplatze-gesuender-gestalten.html>, dl. 02.01.2013
- Luxemburg Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung (2012): http://www.dguv.de/inhalt/praevention/themen_a_z/gesundheitsfoerderung/documents/Anlage_2_Luxemburger_Deklaration.pdf, dl. 02.01.2013
- Netzwerk BGF (2004): Betriebliche Gesundheitsförderung für KMU. Ergebnisse einer Bedarfsanalyse für Oberösterreich, http://www.netzwerk-bgf.at/mediaDB/MMDB123879_Bericht_KMU4.pdf, dl. 05.05.2013

Flexible Arbeitszeitmodelle in österreichischen Industriebetrieben

Auswirkungen auf die Work-Family-Balance und die Arbeitszufriedenheit der Arbeitnehmer_innen

Die Arbeitswelt unterliegt einem stetigen Wandel und die Flexibilisierung der Arbeitszeit spielt dabei eine große Rolle. Dadurch resultieren Herausforderungen und Potentiale sowohl für die Unternehmen als auch für die Erwerbstätigen. Vorherrschende Arbeitszeitmodelle in österreichischen Industriebetrieben sind nach wie vor Schichtarbeit, Gleitzeit oder Teilzeit. Neu

ist, dass diese traditionellen Modelle immer mehr mit Arbeitszeitkonten und Bandbreitenmodellen erweitert werden, die Flexibilität nicht nur auf Unternehmerseite, sondern auch bei den Beschäftigten voraussetzen.

Der Vorteil von flexiblen Arbeitszeitmodellen liegt aus betrieblicher Sicht eindeutig bei der Kostenersparnis. Die Einführung von Arbeitszeitkonten ermöglicht den Unternehmen, Überstundenzahlungen zu vermeiden, da Mehrstunden auf Arbeitszeitkonten aufgebaut und in schwachen Konjunkturzeiten wieder abgebaut werden. Neben diesem Vorteil sind für die Firmen aufgrund einer flexiblen Arbeitszeitgestaltung eine bessere Effizienzausnutzung kapitalintensiver Maschinen und eine bessere Anpassung an eine schwankende Marktlage möglich.

Für die Beschäftigten haben die flexiblen Arbeitszeitmodelle Konsequenzen sowohl für das Arbeitsleben

als auch für das Familien- und Freizeitleben. Bisherige Arbeiten untersuchen hauptsächlich die negativen Aspekte der flexiblen Gestaltung der Arbeitszeit. Ab 2006 haben sich Greenhaus und Powell mit dem Modell „Work-Family Enrichment“ beschäftigt, welches positive Effekte zwischen Arbeit und Familie darlegt. Demnach können Bereicherungen im Arbeitsleben Chancen für das Familienleben bringen oder umgekehrt. Es besteht aufgrund von Ergebnissen der Work-Family-Forschung auch die Annahme, dass Bereicherungen im Erwerbs- und im Familienleben maßgeblich für die Arbeitszufriedenheit sind (vgl. Greenhaus/Powell 2006: 72 f.).

Aufgrund dieser Forschungsansätze habe ich im Zuge meiner Diplomarbeit (Buchinger 2013) konkret untersucht, ob die derzeit vorherrschenden flexiblen Arbeitszeitmodelle in österreichischen Industriebetrieben positive Auswirkungen auf die Work-Family-Balance und die Arbeitszufriedenheit der Arbeitnehmer_innen haben. Die methodische Vorgehensweise setzt bei der Desk Research an, die durch zehn qualitative Interviews von Mitarbeiter_innen nieder- und oberösterreichischer Industriebetriebe erweitert wurde. Die Ergebnisse der Diplomarbeit zeigen, dass keine Generalaussage gemacht werden kann, ob sich flexible Arbeitszeitmodelle in österreichischen Industriebetrieben positiv auf die Work-Family Balance und die Arbeitszufriedenheit der Arbeitnehmer_innen auswirken. Deshalb werden die Auswertungen und Ergebnisse differenziert für Arbeitszeitkonten, Schichtarbeit und All-in Verträge betrachtet.

Auswirkungen von Arbeitszeitkonten

Grundsätzlich wirken sich Arbeitszeitkonten (z.B. Gleitzeit mit Überstundenpauschale, Bandbreitenmodelle) positiv auf die Work-Family Balance und die Arbeitszufriedenheit der Interviewteilnehmer_innen aus. Vor allem Gleitzeitmodelle mit „überschaubarer“ Überstundenpauschalevereinbarung (bis etwa 10 Stunden pro Monat) in Verbindung mit Arbeitszeitkonten finden Zustimmung. Die Freizeit bzw. Familienzeit kann gut koordiniert werden. Bei spontanen Verpflichtungen ist die Zeiteinteilung, im Vergleich zu starren Arbeitszeiten, besser zu managen. Die zusätzliche finanzielle Abgeltung aufgrund der Pauschale bringt positive Aspekte für die Familie und die Existenzsicherung. Damit die Zufriedenheit vorherrscht, stellen die befragten Arbeitnehmer_innen drei Anforderungen:

- eine relative Regelmäßigkeit bei der Gestaltung der Arbeitszeit, da ein Familienleben (vor allem mit Kindern) ebenso gewisse Regelmäßigkeiten fordert,

- Mitbestimmung bei den Arbeitszeiten, wenn die Notwendigkeit einer Abweichung zur Normalarbeitszeit vorliegt (z.B. Abbau oder Aufbau von Arbeitszeitkonten) und
- elastische Arbeitszeiten, um spontan auf Lebenssituationen reagieren zu können.

Bei Überstundenpauschalen über 10 Stunden pro Monat kippt die positive Stimmung eher ins negative, da die Spontaneität durch die verpflichtenden Mehrstunden nicht mehr gegeben ist. Arbeitnehmer_innen sehen z.B. eine Pauschale von 20 Stunden pro Monat eher als Belastung. Die Erklärung liegt darin, dass ca. eine Stunde Mehrarbeit pro Arbeitstag neben der Normalarbeitszeit geleistet werden muss, um „Minusstunden“ auf dem Arbeitszeitkonto zu vermeiden. Diese Modelle hemmen die Work-Family-Balance und wirken sich negativ auf die Arbeitszufriedenheit aus. Deshalb streben manche Arbeitnehmer_innen einen Wechsel in ein anderes Arbeitszeitmodell an.

Die Problematik bei Arbeitszeitkonten liegt für alle Interviewteilnehmer_innen bei der Überstundenabgeltung. In vielen Industriebetrieben erfolgt keine finanzielle Abgeltung von Überstunden, die über der vereinbarten Pauschale geleistet werden. Bei manchen Modellen werden nach einem bestimmten Durchrechnungszeitraum die angehäuften Überstunden am Arbeitszeitkonto gekappt. Neben der Nichtabgeltung der Überstunden wird auch der angeordnete Abbau von Arbeitszeitkonten als Kritikpunkt gesehen. Unternehmen bestimmen den Zeitpunkt für abzubauenende Stunden, ein fehlendes Mitspracherecht seitens der Arbeitnehmer_innen wird als negativ empfunden.

Auswirkungen von Schichtarbeit

Schichtarbeit im Produktionsbereich führen mehr männliche Erwerbstätige als weibliche aus (vgl. Statistik Austria 2005: 22). Bei den befragten Männern, die Schichtarbeit ausüben, herrscht hohe Zufriedenheit mit dem Arbeitszeitmodell vor. Der Zuspruch zum Arbeitszeitmodell Schichtarbeit hängt mit den Blockfreizeiten zusammen, die regelmäßige Bestandteile von Schichtmodellen sein müssen. In diesen Blockfreizeiten werden Freiräume für das Familienleben geschaffen. Wie gut die Vereinbarkeit mit Arbeit und Familie gelingt, hängt von der Beständigkeit der Schichteinteilung ab. Ist sie konstant und planbar, können die Arbeits- und Lebensbereiche und vor allem Kinderbetreuungspflichten organisiert werden. Umso flexibler die Schichteinteilung ist, umso schwieriger wird der Ausgleich von Berufs- und Familienalltag. Die Zufriedenheit mit dem Arbeitszeitmodell Schicht-

arbeit hängt ebenfalls vom Erwerbsstatus der Partnerinnen ab, da bei Berufstätigkeit der Frauen die Work-Family-Balance schwieriger zu koordinieren ist.

Ein anderes Bild zeigt sich bei den Arbeitnehmerinnen. Frauen, die vor der Mutterschaft Schichtarbeit ausgeführt haben, steigen ab den Kinderbetreuungspflichten bzw. nach der Karenzzeit nur mehr sehr selten in das vorige Arbeitszeitmodell ein. Die Gründe für diese Entscheidung liegen überwiegend bei der schwierigen Vereinbarkeit des Arbeits- und Familienlebens.

Schichtarbeit in Verbindung mit Arbeitszeitkonten kann viele Herausforderungen sowohl für die Arbeitnehmer_innen als auch für die Unternehmen bringen. Unplanbare Arbeitszeiten, kurze Blockfreizeiten oder Konflikte mit dem Arbeitszeitgesetz und dem Arbeitsruhegesetz sind hier zu nennen.

Auswirkungen von All-in Verträgen

All-in Verträge sind auch außerhalb der Managementebene zu finden, obwohl diese Vereinbarungen vorerst nur für leitende Angestellte vorgesehen waren. Die Ergebnisse der Interviews sind deshalb differenziert zwischen leitenden und nicht leitenden Angestellten zu betrachten.

Alle befragten Angestellten (egal ob in Führungsposition oder nicht) befürworten die höhere Entlohnung, die sich positiv auf das Familienleben und die Arbeitszufriedenheit auswirkt. Die verschwimmenden Grenzen zwischen Arbeit und Familienleben wirken sich unterschiedlich auf die Arbeitszufriedenheit und die Work-Family Balance aus. Übermäßig längere Arbeitszeiten, die nicht finanziell abgegolten werden, empfinden Angestellte außerhalb der Managementebene als Belastung und Benachteiligung. Die Folge für eine andauernde Unzufriedenheit kann ein Wechsel in ein anderes Arbeitszeitmodell oder ein Arbeitsplatzwechsel sein.

Leitende Angestellte sind grundsätzlich mit den vereinbarten All-in Verträgen zufrieden und sehen die längeren Arbeitszeiten oder ihre Verfügbarkeit außerhalb der Normalarbeitszeit nicht als Nachteil. Grund für diese Abweichung kann u.a. eine höhere Grundentlohnung oder auch eine zielorientierte Gewinnbeteiligung sein.

Resümee

Die Ergebnisse der Diplomarbeit zeigen, dass flexible Arbeitszeitmodelle in österreichischen Industriebetrieben grundsätzlich positive Auswirkungen auf die Work-Family Balance und die Arbeitszufriedenheit der Arbeitnehmer_innen haben. Festzustellen ist aber,

dass die Schlüsselfrage für dieses Resümee nicht allein bei den flexiblen Zeitmodellen liegt, sondern viele Faktoren, wie Geschlecht, individuelle Werte, Einstellungen über Rollenbilder oder Familienverhältnisse zusammenspielen. Die Familien reagieren auf die geänderten Arbeitszeitbedingungen und treffen individuelle Vorkehrungen, um eine gute Work-Family-Balance und Arbeitszufriedenheit zu ermöglichen. Die Erhaltung der Balance zwischen Familie und Arbeit liegt vorwiegend in der Verantwortung der Frauen, die sich großteils für den Wechsel in kinderbetreuungsfreundliche Arbeitsmodelle entscheiden.

Der Wunsch der Interviewpartner_innen für die Zukunft wäre eine flexible Arbeitszeitgestaltung, die sich mehr an die Lebensphasen der Beschäftigten anpasst und sich nicht immer nach den Bedürfnissen der Unternehmen richtet. Produktionsverlagerungen in Schwellenländer, die Drohung mit genereller Standortschließung oder ein fehlendes Mitbestimmungsrecht bei Arbeitszeitgestaltungen wirken sich negativ auf die Arbeitszufriedenheit aus.

Es gibt viel Handlungsbedarf für die Zukunft seitens der Unternehmen und seitens des Staates. Auch die vorherrschenden Rollenbilder von Mann und Frau haben einen wichtigen Stellenwert in dieser Thematik. Flexible Arbeitszeitmodelle werden nicht allein das Allheilmittel zur besseren Vereinbarkeit von Arbeit und Familie aller Arbeitnehmer_innen sein, vielmehr liegen die Herausforderungen bei eingefahrenen Rollenbildern und den betrieblichen und politischen Gestaltungsmöglichkeiten.

Heidmarie Buchinger

Quellen

- Buchinger, Heidmarie, Flexible Arbeitszeitmodelle in österreichischen Industriebetrieben – Positive Auswirkungen auf die Work-Family Balance und die Arbeitszufriedenheit der Arbeitnehmer_innen, Diplomarbeit, JKU Linz 2013.
- Greenhaus, Jeffrey H./Powell, Gary N., When work and family are allies: A theory of Work-Family enrichment, in: Academy of Management Review, 2006, S. 72-92.
- Statistik Austria, Arbeitsorganisation und Arbeitszeitgestaltung. Modul der Arbeitskräfteerhebung 2. Quartal 2004, Verlag Österreich GmbH, 2005.

Raus aus dem Laufrad

Das Konzept der Work-Life-Balance erfährt seit der Jahrtausendwende steigende Aufmerksamkeit. Die aktuellen Ergebnisse einer von der deutschen Techniker Krankenkasse in Auftrag gegebenen Stress-Studie belegen einmal mehr das Ausmaß der durch Stress und fehlende Work-Life-Balance verursachten Erkrankungen. Insbesondere Großstädtern fällt es immer schwerer, das Berufs- und Privatleben zur eigenen Zufriedenheit miteinander zu vereinbaren. Die Gründe hierfür liegen in den vielfältigen Veränderungen der Arbeitswelt, der Zunahme berufsbedingter psychischer Erkrankungen sowie der steigenden Entgrenzung zwischen Arbeits- und Privatleben, aber auch im veränderten Rollenbild zwischen Mann und Frau.

Das Konzept der Work-Life-Balance erfährt daher seit der Jahrtausendwende steigende Aufmerksamkeit. Uta Kirschten, Professorin für Human Resource Management an der AKAD Hochschule Leipzig, hat nun ein Buch vorgelegt, das aktuelle Phänomene aufgreift und praktische Konzepte für Unternehmen und Betroffene vorstellt.

Die Autorin behandelt in „Work-Life-Balance. Herausforderungen – Konzepte – Praktische Erfahrungen“ die negativen Auswirkungen einer einseitig dominierenden Arbeitswelt und stellt Konzepte und Instrumente zur Work-Life-Balance vor. Anhand von Praxisbeispielen werden die Chancen der betrieblichen Umsetzung einer Work-Life-Balance für alle Beteiligten diskutiert. Das Buch richtet sich an alle, die sich mit dem Konzept der Work-Life-Balance ausführlich beschäftigen möchten, zum Beispiel an PraktikerInnen aus Unternehmen und Beratungen.

*Uta Kirschten: Work-Life-Balance
Herausforderungen – Konzepte – Praktische
Erfahrungen
AKAD Forum, Band 3, Leipzig 2013
320 Seiten, EUR 35,00*

Reden von Europa

Alle reden von Europa – der soeben erschienene Sammelband „Deutschland und Europa: Wächst zusammen, was zusammen gehört?“ zeigt, dass ‚Europa‘ ein zukunftsweisendes Thema auch der Akademie der Wissenschaften in Hamburg ist. Er basiert auf Vorträgen, die im Winter 2011/2012 im Rahmen der gleichnamigen Akademievorlesungsreihe gehalten wurden. Aus unterschiedlichen Perspektiven antworten WissenschaftlerInnen aus verschiedenen Disziplinen auf

Fragen nach einer europäischen Identität jenseits von wirtschaftlicher und politischer Integration.

„EUtopia – Wo liegt Europa?“ fragt der Hamburger Literaturwissenschaftler Heimo Reinitzer gleich zum Auftakt des Bandes. Als Utopie aus den Katastrophen der Geschichte geboren, ist Europa heute so konkret wie noch nie: Parlament, Gerichtshof und Währungsunion sind Realität. Den einen ist dies zu wenig, den anderen zu viel: Wo also liegt Europa und wo wir in ihm? Die wechselseitige Beziehung zwischen der Lösung der deutschen Frage und der Entwicklung des europäischen Integrationsprozesses nach dem Zweiten Weltkrieg thematisiert die Historikerin Gabriele Clemens aus Hamburg in ihrem Beitrag.

Inwieweit die Globalisierung vor allem das Bild des Mittelalters in der deutschen Gesellschaft verändert und damit die europäischen Bindungen der Deutschen neu akzentuiert, stellt der Berliner Mediävist Michael Borgolte in „Krisen des Mittelalters? Zerstörung und Aufbau historischer Identitäten in Zeiten der Europäisierung und Globalisierung“ dar. „Wegstrecken europäischer Gedächtnisse: Vom Nachkrieg bis zur Gegenwart“ stehen dagegen im Mittelpunkt der Überlegungen des Jerusalemer Historikers Dan Diner zu einer vergleichenden europäischen Gedächtnisgeschichte. Die höchst unterschiedlichen Religionskulturen in Europa und die damit verbundenen Herausforderungen beschreibt der Theologe Friedrich Wilhelm Graf unter dem Titel „Ganz viele Sonderwege. Religiöse Vielfalt in Deutschland und Europa“. Mit einem Ausblick auf „Deutschland und Europa: Visionen von Vielfalt und Verständigung in Deutschland“ beschließt die Islamwissenschaftlerin Anja Pistor-Hatam aus Kiel den Band.

*Heimo Reinitzer (Hg.): Deutschland und Europa:
Wächst zusammen, was zusammen gehört?
Verlag De Gruyter, Berlin 2013
88 Seiten, EUR 30,80
Die Publikation ist als eBook frei zugänglich unter:
www.degruyter.com/isbn/9783110296433*

Jugend ohne Werte?

Intensive Wertediskussionen flackern überall dort auf, wo überkommene Haltungen vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Veränderungen in Frage gestellt werden. Angesichts einer zunehmenden Beschleunigung der Lebens- und Arbeitswelt, des Verlusts eines allgemein verbindlichen Wertekanons und der damit einhergehenden Orientierungslosigkeit erachteten es die Trend- und Jugendkulturforscher Bernhard Heinzlmaier und Philipp Ikrath für

angebracht, die davon geprägten Werthaltungen der jungen Generation ins Auge zu fassen.

Kennzeichnend für die Gesellschaft der Gegenwart sind den beiden Forschern zufolge die eng miteinander verbundenen Tendenzen zunehmender Individualisierung und Ökonomisierung. Das Individuum wird aus traditionellen Bindungen herausgelöst. An deren Stelle tritt vielfach der von allen Adjektiven entkleidete Markt. Dessen Denkfiguren gelten inzwischen auch in einst von ihm getrennten Sphären wie Familie, Bildung und Sozialsystem. Der oder die Einzelne hat sich in allen Lebensbereichen selbst zu vermarkten. Er oder sie muss als kreativ und unverwechselbar erscheinen, um Erfolg zu haben, ohne gleichzeitig von gesellschaftlichen Normvorstellungen abzuweichen. Die Autoren verweisen auf die ausgefeilten Inszenierungspraktiken nicht nur junger Menschen in den sogenannten „Sozialen Netzwerken“ oder an populäre Castingshows wie „Deutschland sucht den Superstar“, wo die einzelnen KandidatInnen gezielt zu eigenständigen Marken aufgebaut werden und dabei um des Erfolges willen mitspielen (müssen).

Ihr Buch „Generation Ego“ widmet sich den Werthaltungen, die junge Menschen angesichts dieser gesellschaftlichen Rahmenbedingungen entwickeln und den Strategien, die sie anwenden, um das prekäre Gleichgewicht zwischen individueller Selbstverwirklichung und dem Wunsch nach Sicherheit in einem Klima allgemeiner gesellschaftlicher Verunsicherung zu bewahren.

Mit empirischen Daten und Beispielen bereichern die beiden Jugendkulturforscher ihren Ansatz. Bernhard Heinzlmaier ist Vorsitzender des Instituts für Jugendkulturforschung in Wien und Geschäftsführer des Marktforschungsunternehmens „tfactory“ in Hamburg. Philipp Ikrath leitet den Verein „jugendkulturforschung.de e. V.“ in Hamburg und ist in der Geschäftsleitung von „tfactory“ tätig.

Bernhard Heinzlmaier, Philipp Ikrath:
Generation Ego

Die Werte der Jugend im 21. Jahrhundert
Promedia Verlag, Wien 2013
224 Seiten, EUR 17,90

Alternative Gesellschaftsentwürfe der Perestroika-Bewegung

In den Perestroika-Jahren von 1985–1991 entstand in der Sowjetunion eine Vielzahl zivilgesellschaftlicher Gruppierungen verschiedenster ideologischer Aus-

richtungen, die angesichts der multiplen Systemkrisen über Alternativen sowohl zum östlichen Staatssozialismus als auch zum westlichen Realkapitalismus nachdachten. Die ebenso große Anzahl an alternativen demokratischen Ideen, die unter Schlagwörtern wie Marktsozialismus, Volkskapitalismus, Computerdemokratie, zivilgesellschaftlicher Parlamentarismus, selbstverwalteter Ökosozialismus und imaginierte liberale Demokratie zusammengefasst werden können, zeugt vor allem davon, dass es in den Köpfen der Menschen zur Zeit der Perestroika weitaus mehr als nur die eine unvermeidliche Option, sich in die erfolgreiche kapitalistische Hauptrichtung (Kornai) einzuordnen, gab. Die diversen Visionen dieser Zeit wurden jedoch durch das Paradigma des siegreichen Kapitalismus und eines vermeintlichen „Endes der Geschichte“ (Fukuyama) von den Sozialwissenschaften weitgehend ignoriert und gerieten in Vergessenheit.

Hans Asenbaum eröffnet durch die Erschließung bisher unerforschten Materials eine neue Perspektive auf ein kleines Stück Geschichte rapiden Wandels. Er analysiert Originaldokumente, wie Gründungspapiere, Parteiprogramme und Reformdeklarationen heterogener Gruppierungen der sogenannten „Informellenbewegung“ und lässt in sechzehn Interviews ZeitzeugInnen wie Boris Kagarlitsky und Alexander Buzgalin zu Wort kommen, die zum Teil auch heute noch in Opposition zum Herrschaftssystem aktiv sind. Die vielfältigen demokratischen Alternativen diskutiert Asenbaum vor dem Hintergrund aktueller Debatten über die Krise der westlichen, liberalen Demokratie (Entdemokratisierung, Postdemokratie) und ihrer Alternativen, um Antworten auf heutige Fragen zu finden.

Für die Postsozialismusforschung werfen Asenbaums Darlegungen ein neues Licht auf die üblicherweise als passiv und konservativ beschriebene russische Bevölkerung und erklären die Informellenbewegung als Wurzel der heutigen aktiven Zivilgesellschaft. Überdies verweisen sie auf eine Konvergenz von Demokratie und Sozialismus in den untersuchten zivilgesellschaftlichen Diskursen und stellen damit das Grundprinzip der Egalität in den Vordergrund, das durch die neoliberale Fixierung auf ökonomische Freiheit oft außer Acht gelassen wird.

Hans Asenbaum:
Alternative Gesellschaftsentwürfe der russischen Perestroika-Bewegung
new academic press, Wien 2013
221 Seiten, EUR 29,90

Traditionen und Zukünfte

Unter diesem Motto findet der 24. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Erziehungswissenschaft (DGfE) statt. Das 50. Jubiläum der DGfE wird zum Anlass genommen, Wege pädagogischer Theorie und Praxis, der Bildungsinstitutionen und ihrer jeweiligen Rahmenbedingungen nachzuzeichnen, zu analysieren, zu vergleichen und zu extrapolieren.

Termin und Ort: 9. – 12. März 2013; Humboldt-Universität Berlin
Information: www.dgfe2014.de

Kultur ist politisch

Als Beitrag zur Didaktik einer interkulturell orientierten politischen Erwachsenenbildung hat die Österreichische Gesellschaft für Politische Bildung ein zweitägiges Trainingsprogramm entwickelt. Es bietet erfahrungsorientierte, biografische und sensibilisierende Übungen sowie Raum für Reflexion über den politischen Aspekt der Interkulturalität an.

Termin: 13. – 14. März, jeweils 9.00 – 17.00 Uhr
Ort: VHS Ottakring, Ludo-Hartmann-Platz 7, 1160 Wien
Anmeldung: Tel. 01 89 174 116 000; ottakring@vhs.at

Werkstättenmesse 2014

Die Werkstätten:Messe zeigt, welche wichtigen Rollen Werkstätten für Menschen mit Behinderung in unserer Gesellschaft einnehmen und welche Leistungen und Visionen hinter dem Begriff Inklusion stehen. Neue Angebote und Produkte werden gezeigt, Fortbildungsmaßnahmen für Fachkräfte vorgestellt sowie Ausbildungsmöglichkeiten und Konzepte präsentiert, die Menschen mit Behinderung Raum zur Entfaltung ihrer Möglichkeiten bieten.

Termin und Ort: 13. – 16. März 2014; Nürnberg
Information: www.werkstaettenmesse.de

Fachsymposium zum Thema Herausforderndes Verhalten

Der Umgang mit verhaltensauffälligen KlientInnen und Interventionen bei herausforderndem Verhalten ist das Thema der Hartheim-Impulse 2014. Herausfordernde Verhaltensweisen bringen Menschen in sozialen Berufen oft an die Grenzen ihrer Belastbarkeit. Wo liegen die Unterschiede und Besonderheiten im Umgang mit herausforderndem Verhalten im Betreuungsalltag bei Kindern, Jugendlichen, Menschen mit Beeinträchtigungen oder alten Menschen? Was ist das Gemeinsame in der Gestaltung des Alltags, im Miteinander-Leben über die gesamte Lebensspanne?

Termin: 14. März 2014, 9.00 – 16.00 Uhr
Ort: JKU Linz, Uni-Center, Altenbergerstraße 69, 4040 Linz
Information: www.hartheim-impulse.at/veranstaltungen

3. Berufskongress Soziale Arbeit

Mit dem Titel „Wir stehen für Ethik in der Sozialen Arbeit“ wurden die Grundaussage und das Grundthema für den 3. Berufskongress Soziale Arbeit festgelegt, der von der Alice Salomon Hochschule Berlin (ASH) und dem Deutschen Berufsverband für Soziale Arbeit (DBSH) ausgerichtet wird. In drei Symposien zu „Ethik/ Berufsethik“, „Ökonomisierungstendenzen in der Sozialen Arbeit“ sowie dem „Symposium der Hochschule“ wird das Grundthema in entsprechenden Workshops aufgearbeitet.

Termin: 20. – 22. März 2014
Ort: Alice Salomon Hochschule Berlin
Information: www.berufskongress-soziale-arbeit.de/

Versorgung von Menschen mit Behinderung im Krankenhaus

Folgende Fragen stehen im Mittelpunkt der Veranstaltung des Deutschen Ethikrates: Inwiefern stehen die Rahmenbedingungen in einer Klinik den Bedürfnissen von Menschen mit Behinderung entgegen? Welche Standards der Versorgung und Behandlung sind erforderlich? Welche Beispiele guter Praxis gibt es? Inwieweit lassen sich die Probleme auch auf andere Patientengruppen im Krankenhaus übertragen?

Termin: 26. März 2014, 18.00 – 20.30 Uhr
Ort: Tagungszentrum Kardinal Wendel Haus, Vortragssaal, Mandlstraße 23, D 80802 München
Information: www.ethikrat.org/veranstaltungen/forum-bioethik/menschen-mit-behinderung

Aktuelle Fragen des Arbeits- und Sozialrechts

Die 49. Wissenschaftliche Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Arbeitsrecht und Sozialrecht bietet Vorträge zu den europäischen Entwicklungen im Kündigungsschutz, zu arbeitsrechtlichen Grenzen der Compliance, zur neuen Verwaltungsgerichtsbarkeit im Sozialversicherungsrecht und zur Wiedereingliederung in der Arbeitslosenversicherung. Im Anschluss an die Referate finden Diskussionen statt.

Termin: 27. – 28. März 2014
Ort: Ferry Porsche Congress Center, 5700 Zell am See, Brucker Bundesstraße 1a
Anmeldung: Tel. 0732 2468 8270; astrid.boenisch@jku.at

Ressourcenmobilisierung durch Nonprofit-Organisationen

Nonprofit-Organisationen sind gesellschaftlich bedeutsame Ressourcengeber, wenn es um die Bewältigung gesellschaftlicher Probleme geht. Damit sie diese Funktion erfüllen können, benötigen sie aber selbst eine ausreichende Ausstattung mit personellen, finanziellen und sonstigen Ressourcen. Das 11. Internationale NPO-Colloquium verfolgt das Ziel, den gegenwärtigen Entwicklungsstand der Ressourcenmobilisierung in Forschung und Praxis zu behandeln und Perspektiven für weiterführende Überlegungen aufzuzeigen.

Termin und Ort: 3. – 4. April 2014; JKU Linz, Altenbergerstraße 69, 4040 Linz
Information: www.jku.at/ima; www.pnp.jku.at
Anmeldung: npo-colloquium2014@jku.at

Kinder, die keiner will

JU-Quest erhebt Trends und Entwicklungen in der österreichischen Kinder- und Jugendhilfe und stellt sie zur Diskussion. Die 8. JU-Quest-ExpertInnen-Konferenz 2014 vertieft Themen der JU-Quest-ExpertInnen-Befragung, die im Vorjahr zum Thema „GrenzgängerInnen der Kinder- und Jugendhilfe“ durchgeführt wurde. Damit sind Kinder und Jugendliche gemeint, für die es schwierig bis unmöglich scheint, angemessene Unterstützungs-, Betreuungs- oder Fremdunterbringungsmöglichkeiten zu finden.

Termin und Ort: 3. – 4. April 2014; Eugendorf bei Salzburg
Information: www.ju-quest.at/

Förderung des Selbstmanagements durch Advanced Practice Nurses (ANP)

ReferentInnen aus Österreich, den Niederlanden, Deutschland und der Schweiz geben beim 4. ANP-Kongress Einblick in ihre Arbeitsergebnisse mit den PatientInnen/KlientInnen/BewohnerInnen. Ebenso wird der Bezug zur gesundheitspolitischen ANP-Diskussion sowie zur ANP-Forschung in Österreich hergestellt.

Termin und Ort: 7. April 2014; Fachhochschule OÖ, Campus Linz, Garnisonstraße 21
Information, Anmeldung: www.fh-ooe.at/anp-kongress2014

kontraste

Presse- und Informationsdienst für Sozialpolitik

Erscheinungsort Linz, P.b.b. Verlagspostamt Linz.

Wenn unzustellbar, zurück an die Redaktion KONTRASTE:
Johannes Kepler Universität Linz, Institut für Gesellschafts- und
Sozialpolitik, Altenbergerstr. 69, 4040 Linz

Herausgeber, Medieninhaber, Verleger:

Sozialwissenschaftliche Vereinigung, mit Unterstützung der Johannes
Kepler Universität Linz (JKU), Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik

Erscheinungsweise:

8 Ausgaben pro Jahr

Redaktionsadresse:

kontraste: JKU Linz, Institut für Gesellschafts- und
Sozialpolitik, Altenbergerstr. 69, 4040 Linz
Tel. 0732 2468 7168

Mail: hansjoerg.seckauer@jku.at

Web: <http://www.gespol.jku.at/> Menüpunkt Kontraste

Aboservice, Sekretariat: Irene Auinger, Tel. 0732 2468 7161

Fax DW 7172 Mail: irene.auinger@jku.at

Redaktionsteam:

Mag. Hansjörg Seckauer, Dr. Christine
Stelzer-Orthofer, Dr. Bettina Leibetseder,
Dr. Susanna Rothmayer, Dr. Angela
Wegscheider

Wir freuen uns über zugesandte Manuskripte,
die Redaktion behält sich jedoch das Recht auf Kürzung
und Entscheidung über die Veröffentlichung vor.
Redaktionsschluss ist jeweils der 20. des Vormonats.
Namentlich gekennzeichnete Beiträge können,
müssen aber nicht die Meinung
der Redaktion wiedergeben.

Wissenschaftliche Beratung:

Univ. Prof. Dr. Josef Weidenholzer, MEP
Em. Univ. Prof. Dr. Irene Dyk-Ploss
a.Univ. Prof. Dr. Evelyn Schuster
Dr. Brigitte Kepplinger

Lektorat; Satz:

Mag. Hansjörg Seckauer

Grafisches Konzept:

Mag. Gerti Plöchl

Kontraste finanzieren sich fast ausschließlich aus Abonnements und
Mitgliedsbeiträgen: Jahresabo EUR 65,40; Halbjahresabo EUR 32,70;
StudentInnen, Arbeitslose und PensionistInnen EUR 36,30;
Einzelheft EUR 6,70; Referierte Ausgabe EUR 18,70
Alle Preise inklusive Versand.
Gratis Probeabo für drei Monate
Kündigung bis einen Monat vor Ablauf möglich.

Bankverbindung:

Sparkasse OÖ, BLZ 20320, Kontonr. 7500-002453
BIC: ASPKAT2LXXX, IBAN: AT972032007500002453

