

Gesundheit inklusiv Partizipative Gesundheitsförderung in einem inklusiven Setting

Endbericht Externe Evaluation

September 2020

Gesundheit inklusiv - Partizipative Gesundheitsförderung in einem inklusiven Setting
Endbericht Externe Evaluation

Impressum

Eigentümerin, Herausgeberin und Verlegerin:

LIQuA - Linzer Institut für qualitative Analysen
Untere Donaulände 10, 4020 Linz

Autor:

Thomas Philipp

Erscheinungsjahr:

2020

Druck:

LIQuA - Linzer Institut für qualitative Analysen
Untere Donaulände 10, 4020 Linz

Downloadmöglichkeit:

LIQuA - Linzer Institut für qualitative Analysen
Untere Donaulände 10, 4020 Linz
+43 732 216974, liqua.net, office@liqua.net

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	7
1.1	Ausgangslage und Hintergrund.....	7
1.2	Evaluationsdesign	8
2	Phase I: Planung und Entwicklung.....	10
2.1	Kick-Off-Meeting	10
2.2	Analyse der Projektdokumentation.....	10
2.3	Fokusgruppendifkussion mit Projektleitung (KI-I)	11
2.4	Qualitative Interviews mit Mitgliedern des Fachbeirats.....	16
2.4.1	Grundsätzliche Erwartungshaltung an das Projekt.....	16
2.4.2	Inklusion in der betrieblichen Gesundheitsförderung	17
2.4.3	Gesundheitliche Chancengerechtigkeit	18
2.4.4	Partizipation im Projekt „Gesundheit inklusiv“	19
2.4.5	Einbindung von Entscheidungsträger_innen.....	20
2.4.6	Weitere Ziele des Projekts „Gesundheit inklusiv“	21
2.4.7	Hinderliche Faktoren.....	21
2.4.8	Sicherstellung von Nachhaltigkeit.....	22
2.4.9	Erfolgskriterium für „Gesundheit inklusiv“	23
2.5	Qualitative Interviews mit Mitarbeiter_innen in den beteiligten Betrieben	24
2.5.1	Bedeutung von Gesundheit und Wohlbefinden	24
2.5.2	Wohlbefinden und Unwohlbefinden in der Arbeit	25
2.5.3	Betriebliche Gesundheitsförderung	27
2.5.4	Stärkung des eigenen Wohlbefindens in der Arbeit	28
2.5.5	Ratschläge für den „Gesundheit inklusiv“-Prozess	29
3	Phase II: Inklusiver BGF-Prozess mit externer Begleitung.....	30
3.1	Analyse der Projektdokumentation.....	30
3.2	Fokusgruppendifkussion mit Projektleitung (KI-I)	31
3.3	Qualitative Interviews mit Mitgliedern des Fachbeirats.....	34
3.3.1	Einschätzung zum bisherigen Projektverlauf	34
3.3.2	Kommentare zu den Erkenntnissen aus den Interviews vom Juni 2018	35
3.3.3	Weitere wichtige Hinweise für den Projektverlauf.....	42
3.3.4	Kommentare der Projektleitung zu den Erkenntnissen aus den qualitativen Interviews mit den Mitgliedern des Fachbeirats.....	43
3.4	Qualitative Interviews mit Mitarbeiter_innen in den beteiligten Betrieben	44
3.4.1	Erfahrungen mit dem Projekt in den letzten Monaten	44
3.4.2	Bewertung der Instrumente und Maßnahmen	45
3.4.3	Wahrnehmung von ineffizienten Aktivitäten	46
3.4.4	Information über Ergebnisse aus dem Projekt und Kenntnis über den weiteren Verlauf ..	47
3.4.5	Sonstige Wünsche an das Projekt.....	47

4	Phase II und III: Inklusiver BGF-Prozess mit externer Begleitung, Information und Öffentlichkeitsarbeit.....	48
4.1	Analyse der Projektdokumentation.....	48
4.2	Fokusgruppendifkussion mit Projektleitung (KI-I).....	50
4.3	Qualitative Interviews mit Mitgliedern des Fachbeirats und Fokusgruppenreflexion der Projektleitung (KI-I).....	61
4.3.1	Wahrnehmung des gesamten Projektverlaufs und Erfüllung von Erwartungshaltungen ..	61
4.3.2	Inklusion in der betrieblichen Gesundheitsförderung.....	62
4.3.3	Gesundheitliche Chancengerechtigkeit	62
4.3.4	Partizipation im Projekt „Gesundheit inklusiv“	63
4.3.5	Einbindung von Entscheidungsträger_innen.....	63
4.3.6	Zielerreichung und Zielgruppenerreichung.....	63
4.3.7	Sicherstellung von Nachhaltigkeit.....	64
4.3.8	Information und Öffentlichkeitsarbeit	65
4.3.9	Erfolg des Projekts „Gesundheit inklusiv“	66
4.4	Qualitative Interviews mit Mitarbeiter_innen in den beteiligten Betrieben	67
4.4.1	Wahrnehmung des gesamten Projektverlaufs	67
4.4.2	Partizipation im Projekt	68
4.4.3	Zufriedenheit mit Maßnahmen	68
4.4.4	Erfolg des Projekts.....	68
5	Anhang.....	70
5.1	Leitfäden für die Fokusgruppendifkussion mit Projektleitung (KI-I).....	70
5.2	Leitfäden für die Interviews mit Mitgliedern des Fachbeirats	83
5.3	Leitfäden für die Interviews mit Mitarbeiter_innen in den beteiligten Betrieben.....	91

1 Einleitung

1.1 Ausgangslage und Hintergrund

Das Kompetenznetzwerk KI-I wurde im Jahr 2003 auf Initiative des Landes Oberösterreich gegründet. Es hat sich vor allem zum Ziel gesetzt, die Lebenssituation von Menschen mit Beeinträchtigung und älteren Menschen durch Informations- und Kommunikationstechnologien zu verbessern. In den letzten Jahren hat sich das KI-I zu einem wesentlichen Kompetensträger für leichte Sprache und barrierefreies Informationsdesign entwickelt. In diesem Zusammenhang nimmt am KI-I auch die Forschung einen zunehmend wichtigen Stellenwert ein, um barrierefreie und inklusive Lösungen für verschiedene Situationen zu entwickeln.

Beispielhaft dafür steht das Projekt „Gesundheit inklusiv“, gefördert vom Fonds Gesundes Österreich, der Österreichischen Gesundheitskasse (ehem. Oberösterreichische Gebietskrankenkasse), dem Sozialressort des Landes Oberösterreich und der Arbeiterkammer Oberösterreich. Mit diesem Projekt soll betriebliche Gesundheitsförderung in einem partizipativen und inklusiven Setting ermöglicht werden. Ziel ist es dabei, bestehende Methoden der betrieblichen Gesundheitsförderung für ein derartiges Setting zu adaptieren und anzuwenden. Dabei sollen sowohl Mitarbeiter_innen mit als auch Mitarbeiter_innen ohne Beeinträchtigung in das Setting miteinbezogen werden.

Das Projekt sah einen Testlauf am Kompetenznetzwerk KI-I und in drei ausgewählten Werkstätten des Gallneukirchen vor. Zielgruppe waren dabei alle Mitarbeiter_innen mit und ohne Beeinträchtigungen der vier Pilotbetriebe (November 2018: 139 Personen), wobei auf die besonderen Bedürfnisse der Menschen mit Beeinträchtigung besondere Rücksicht genommen wurde.

In drei Phasen wurden verschiedene Aktivitäten gesetzt:

- Phase I Planung und Entwicklung (Februar 2018 bis September 2018):
Sichtung und Bewertung vorhandener Materialien und Instrumente der betrieblichen Gesundheitsförderung, Überprüfung und Adaptierung von Indikatoren, Entwicklung neuer Instrumente;
- Phase II Inklusiver BGF-Prozess mit externer Begleitung (Oktober 2018 bis April 2020):
Ist-Analyse (Diagnose), Einsatz der Instrumente in den beteiligten Organisationen, projektinterne Evaluation und Dokumentation;
- Phase III Information und Öffentlichkeitsarbeit (Juli 2018 bis August 2020):
Erstellung eines Leitfadens „Inklusiver BGF-Prozess“, Öffentlichkeitsarbeit, Vorträge.

Bei allen Aktivitäten sollte besonderer Wert auf die Partizipation der Mitarbeiter_innen gelegt werden.

Gegenstand der vorliegenden externen Evaluation ist das Gesamtprojekt, d. h. sie umfasst alle drei Phasen. Die externe Evaluation analysiert die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität des Projektes und zeigt Verbesserungspotenziale auf. Verschiedene Ergebnisse, die im Projekt entstanden, flossen in die externe Evaluation mit ein (z. B. der projektinterne Evaluationsbericht aus der Phase II oder die Review-Ergebnisse zum Leitfaden in Phase III). Andererseits flossen Ergebnisse der externen Evaluation auch in das Projekt zurück (z. B. der Zwischenbericht aus Phase II oder die Endergebnisse in den Leitfaden in Phase III). Die externe Evaluation wurde darüber hinaus in Form dieses Berichts an den Hauptfördergeber des Projekts, den Fonds Gesundes Österreich, übermittelt.

1.2 Evaluationsdesign

Obwohl sich Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) mittlerweile etabliert haben, müssen sie im Gegensatz zu anderen Systemen (z. B. Qualitätsmanagement) oder Bereichen (z. B. Kuration) häufiger ihre Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit unter Beweis stellen, nicht zuletzt aufgrund von Einsparungsdiskursen. Betriebliche Gesundheitsförderung ist allerdings nicht rein auf monetäre Gewinne ausgerichtet (Wellmann 2008, S. 123), sondern auf Gesundheitsgewinne, d. h. mehr Gesundheit für MitarbeiterInnen von Organisationen (und damit einhergehend für Bevölkerungsgruppen und die gesamte Bevölkerung). Der Nutzen arbeitsbezogener Maßnahmen zur Maximierung von Gesundheitsgewinnen ist in den letzten Jahren in zahlreichen Evaluationen behandelt worden (vgl. Sockoll et al. 2008, Bambra et al. 2009, Hopkins et al. 2010, Neuner et al. 2011, Kogel et al. 2014, Altenhöner et al. 2015, Jenny et al. 2015)

Aus methodologischer Sicht sind insbesondere Erkenntnisse der Partizipativen Evaluation bzw. Responsiven Evaluation zu berücksichtigen (vgl. Brandes/Schäfer, Partizipative Evaluation in Praxisprojekten. Chancen und Herausforderungen, in: Wright et al., Prävention und Gesundheitsförderung, Volume 8, Issue 3, S. 132 - 137, Springer-Verlag, Berlin Heidelberg 2013 und Lamprecht, Responsive Evaluation: Partizipative Initiierung organisationalen Lernens, in: Weber et al., Organisation und Partizipation, S. 139 - 147, Springer Fachmedien, Wiesbaden 2013). Diese Form der Evaluation ist durch einen partnerschaftlichen Forschungsprozess zwischen den Evaluierenden und jenen Akteurinnen und Akteuren gekennzeichnet, welche die Ergebnisse in die Praxis umsetzen. Partizipative Evaluation will nicht nur den Nutzen eines Projekts ermitteln, sondern auch Entwicklungen anstoßen und Lernen ermöglichen. Es gilt in diesem Zusammenhang, die Partizipationsprozesse selbst zu analysieren, um nicht bei den Meinungen bzw. dem expliziten Wissen der Beteiligten zu verbleiben, sondern die Bedeutung ihres Erfahrungswissens für organisationale Wandlungsprozesse zu untersuchen.

Im Rahmen der externen Evaluation wurden zu diesem Zweck die verpflichtenden Fragen aus dem FGÖ Evaluationsfragebogen beantwortet, die bereits teilweise Fragestellungen der Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation abdecken und sich an den Grundprinzipien der Gesundheitsförderung orientieren. Insbesondere folgende Themenbereiche wurden dadurch abgedeckt:

- Gesundheitliche Chancengerechtigkeit
- Aktivitäten und Methoden
- Partizipation
- Ziel- und Zielgruppenerreichung
- Nachhaltigkeit
- Zentrale Lernerfahrungen und Empfehlungen

Beispielhafte Indikatoren in diesem Zusammenhang beziehen sich etwa darauf:

- ob für die spezielle Zielgruppe die Parameter der betrieblichen Gesundheitsförderung gültig sind,
- ob am Ende des Projektes passende und von der Zielgruppe getestete Instrumente und Methoden vorliegen,
- ob eine Verringerung der Belastung und Erhöhung der Ressourcen bei den Mitarbeiter_innen im BGF-Prozess eingetreten ist,
- ob entsprechendes Know-how bei den BGF-Berater_innen für inklusive BGF-Prozesse aufgebaut wurde,
- ob ein gut anwendbarer Leitfaden für die Durchführung eines partizipativen, inklusiven Prozesses der betrieblichen Gesundheitsförderung vorliegt.

Zusätzlich wurden im Rahmen der externen Evaluationen – basierend auf dem Evaluationsfragebogen – weitere prozessbegleitende Fragestellungen behandelt:

- Wie hat sich das Projekt tatsächlich entwickelt, wie war sein Verlauf?
- Inwieweit haben sich die ursprünglichen Projektabsichten (insbesondere im Hinblick auf die Fragestellungen im Evaluationsbogen) verändert?
- Wieso haben sich Projektpläne verändert?
- Wie verläuft die Zusammenarbeit im Projektteam?

Folgende Methoden kamen im Rahmen der externen Evaluation zum Einsatz:

- kontinuierliche Analyse der Projektdokumentation, jeweils zu Beginn der drei Phasen;
- Fokusgruppendifkussion mit Projektleitung (KI-I), jeweils zu Beginn der drei Phasen;
- Qualitative Leitfaden-Interviews mit Mitgliedern des Fachbeirats in der Mitte von Phase I und Phase III;
- Qualitative Leitfaden-Interviews mit Mitarbeiter_innen in den beteiligten Organisationen, jeweils in der Mitte der drei Phasen;
- Qualitatives Leitfaden-Interview mit Mitgliedern der Steuerungsgruppe in der Mitte der Phase II;
- Analyse der Ergebnisberichte der im Rahmen des BGF-Projekts erhobenen Daten am Ende der Phase II;
- Analyse der Rückmeldungen aus dem Review-Prozess zum Handbuch gegen Ende der Phase III;
- Kodierung, Kategorisierung und verdichtete Interpretation in Form von Zwischen- und Endberichten, jeweils am Ende der drei Phasen;
- Evaluations-Workshop mit Feedback zu Ergebnissen der externen Evaluation mit Projektleitung (KI-I) am Ende der Phase III.

Folgende Produkte wurden im Zuge der externen Evaluation erstellt:

- Detailliertes Evaluationskonzept zu Projektbeginn im Anschluss an Kick-Off-Meeting;
- Verdichtete Kurzberichte direkt nach jeder Fokusgruppendifkussion und zeitnah nach der Durchführung der qualitativen Leitfaden-Interviews in jeder Phase;
- Zwischenbericht nach der Phase I;
- Zwischenbericht nach der Phase II;
- Endbericht mit Ergebnissen aller drei Phasen nach Phase III (inkl. Übermittlung an FGÖ);
- Evaluations-Workshop mit Feedback zu bisherigen Ergebnissen nach dem Ende jeder Phase;
- Bewertung des Projektes anhand des FGÖ Evaluationsbogens (inkl. Übermittlung an FGÖ).

Die folgenden Kapitel orientieren sich an den drei Phasen und den einzelnen Schritten, die dabei im Rahmen der externen Evaluation gesetzt wurden.

2 Phase I: Planung und Entwicklung

2.1 Kick-Off-Meeting

Bei einem Kick-Off-Meeting mit der Projektleiterin, Dipl.-Ing.in Birgit Peböck (KI-I), wurde im Jänner 2018 der Evaluationsauftrag nochmals im Detail besprochen. Dabei wurden kleinere Adaptierungen vorgenommen:

- Der Zeitplan der externen Evaluation wurde entsprechend dem geänderten Projektverlauf angepasst.
- Die qualitativen Interviews wurden auf die verschiedenen, am Projekt beteiligten Gruppen abgestimmt (Projektleitung, Steuerungsgruppe und Fachbeirat).
- Die qualitativen Interviews mit den Mitarbeiter_innen in den vier beteiligten Organisationen wurden auf jeweils einen Termin pro Organisation zusammengezogen.

2.2 Analyse der Projektdokumentation

Unmittelbar zu Beginn des Projekts wurden von der Projektleitung zwei Dokumente bereitgestellt:

- Das **Projektkonzept**, in dem die grundlegende Beschreibung des gesamten Projektes festgehalten ist. Es enthält auf 21 Seiten die Liste der Projektpartner, die Liste der Fördergeber, eine Darstellung der Ausgangslage und Problemstellung, das Projektziel inklusive sechs Wirkungszielen, eine Beschreibung des Settings für den betrieblichen Gesundheitsförderungsprozess bei den vier beteiligten Organisationen, einen Projektablaufplan in Form eines Gantt-Diagramms, die geplanten Aktivitäten und Methoden, die Rollen der Projektpartner, kurze Ausführungen zur Nachhaltigkeit des Projekts, Anmerkungen zu eingebundenen Kooperationspartnern und der geplanten Nutzung von Netzwerken zur Dissemination der Ergebnisse, eine Beschreibung der geplanten Dokumentation und Ausführungen zur externen Evaluation.
- Eine **Projekttrollenliste** in tabellarischer Form, in der verschiedene Details zu den am Projekt beteiligten Organisationen und Personen festgehalten sind, u. a. deren Rolle im Projekt, die Aufgaben und Verantwortlichkeiten und der zeitliche Aufwand.

Mit den beiden Dokumenten werden wesentliche Punkte beschrieben, die für die Qualität des Projektes von besonderer Bedeutung sind. So wird die Struktur des gesamten Projektes umfassend dargestellt, u. a. auch in grafischer Form. Sie besteht aus einer übergeordneten Steuerungsgruppe, in die neben zwei Vertreter_innen der beteiligten Organisationen auch Expert_innen für betriebliche Gesundheitsförderung miteinbezogen werden, Steuerungsgruppen in den beteiligten Organisationen, einem Fachbeirat, der von Wissenschaftler_innen und Expert_innen besetzt ist, und einer externen Projektberatung. Die gewählte Struktur zeigt sich gut durchdacht und sollte eine effiziente und effektive Erreichung der im Projektkonzept definierten Ziele ermöglichen. Die im Konzept festgehaltenen Ziele und die zur Erreichung dieser notwendigen Aktivitäten und Methoden sind ein wesentlicher Bestandteil, um den Prozess in seiner Gesamtheit am Ende auch qualitativ beurteilen zu können.

Eine Analyse weiterer Projektdokumentation folgt zu Beginn der zweiten Phase:

- Bewertungsbericht über die vorhandenen Instrumente
- Bericht zur Überprüfung der Indikatoren in den Fokusgruppen
- Beschreibung der angepassten und neu entwickelten Instrumente
- Testprotokolle

2.3 Fokusgruppendifkussion mit Projektleitung (KI-I)

Ende März 2018 fand am Kompetenznetzwerk KI-I an der Johannes Kepler Universität Linz eine zweistündige Fokusgruppendifkussion mit der Projektleitung statt, die von Dipl.-Ing.ⁱⁿ Birgit Peböck wahrgenommen wird. Sie ist auch Bereichsleiterin von Proqualis und Leichte Sprache / Leicht Lesen am KI-I. An der Diskussion nahmen außerdem die beiden Projektmitarbeiter_innen Mag.^a Karina Lattner, außerdem Projektmitarbeiterin bei Leichte Sprache / Leicht Lesen / Visualisierung, sowie Rene Morwind, außerdem Evaluator bei Proqualis, teil.

Die Diskussion unterteilte sich in zwei Blöcke. Im ersten Block ging es um eine Reflexion der einzelnen Arbeitsschritte in der ersten Projektphase. Im zweiten Block wurden verschiedene Themen besprochen, die sowohl für das Projekt selbst als auch für die externe Evaluation von besonderer Relevanz sind.

Als **grundsätzliche Erwartungshaltung** wurde in der Diskussion erwähnt, dass der am Ende des Projekts vorliegende Leitfaden passende Instrumente zur Durchführung einer inklusiven und partizipativen betrieblichen Gesundheitsförderung enthalten soll. Erwartet wird dabei auch, dass diese Instrumente nach Projektende tatsächlich in Einrichtungen, die Leistungen nach dem OÖ. Chancengleichheitsgesetz anbieten, und in inklusiven Betrieben eingesetzt werden. Wesentlicher Bestandteil dabei ist, dass bei der Entwicklung der Instrumente die Sichtweisen von Menschen mit Beeinträchtigung bzw. Lernschwierigkeiten möglichst gut eingebracht werden können.

Die **erste Projektphase** unter dem Titel „Planung und Entwicklung“ läuft von Februar bis September 2018. Sie besteht aus acht Arbeitspaketen. Im Februar 2018 erfolgte eine **Sichtung und Bewertung vorhandener Materialien, Methoden und Instrumente der betrieblichen Gesundheitsförderung**. Dazu wurden vier etablierte und geprüfte Instrumente, die im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zum Einsatz kommen, einer Untersuchung unterzogen: der Kombinationsfragebogen Arbeit und Gesundheit (Kombi-AG), der BGF-Kompass, die salutogenetische subjektive Arbeitsanalyse (SALSA) und der Kurz-Fragebogen zur Arbeitsanalyse (KfzA). Bei dieser Untersuchung stand vor allem die Anwendbarkeit für das Projekt „Gesundheit inklusiv“ im Vordergrund. Dabei zeigte sich, dass bei den bestehenden Instrumenten der Bereich „Barrierefreiheit“ vollständig fehlt. Dies betrifft erstens die inhaltliche Dimension, d. h. etwa das Fehlen von Fragen zu physischer oder inhaltlicher Barrierefreiheit in den Fragebögen. Indikatoren zum Bereich „Barrierefreiheit“, aber auch zu etwaigen anderen Bereichen, sollen in einem nächsten Schritt im Zuge von Tests mit Fokusgruppen erarbeitet werden. Zweitens ist damit die formale Dimension angesprochen, d. h. das Vorliegen der Instrumente in einem barrierefreien Layout und einer leicht verständlichen Sprache. Die erste Wahl fiel auf den BGF-Kompass. Angemerkt werden muss hier, dass in keiner der teilnehmenden Organisationen bislang eines der vier genannten Instrumente oder gezielte Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung zum Einsatz gekommen sind. Aus diesem Grund wurden externe Partner mit entsprechender Expertise in betrieblicher Gesundheitsförderung in das Projekt miteingebunden (IGP und PROGES), was zu qualitativ hochwertigeren Ergebnissen führen soll.

In einem weiteren Schritt erfolgt ab März 2018 die **Überprüfung der Dimensionen und Indikatoren mit der Zielgruppe**. Dazu werden in den beteiligten Organisationen vier Fokusgruppen gebildet. In diesen Fokusgruppen wird das Instrument des adaptierten BGF-Kompasses reflektiert und weiter entwickelt. Darüber hinaus setzen sich die Projektmitarbeiter_innen mit betrieblicher Gesundheitsförderung und der eigenen Arbeitsplatzsituation auseinander und integrieren Erkenntnisse dazu in das neue Instrument. Eine **Übersetzung in Leicht Lesen** findet in einem weiteren Schritt bis Ende April 2018 statt. Dazu wird auf den Kriterienkatalog des capito-Netzwerks zurückgegriffen, bei dem das KI-I seit 2007 Partner ist. Die Übersetzung in die Zugänglichkeitsstufe A2 geht dabei mit einer assistierenden Überprüfung durch mindestens drei Personen aus der Zielgruppe einher. Mit diesen Schritten wird die **Anpassung bestehender Instrumente und Materialien an die Bedürfnisse der Zielgruppe** abgeschlossen.

Daran schließt sich nahtlos die **Entwicklung neuer Instrumente mittels Methoden und Prinzipien der Partizipativen Sozialforschung** an, die von Mai bis Juli 2018 dauert. Hier wird der adaptierte BGF-Kompass in eine neue, auf das Projekt abgestimmte Variante weiterentwickelt. Außerdem werden weitere Instrumente für jene Zielgruppen erstellt, die nicht so einfach an einer Befragung teilnehmen können (z. B. teilnehmende Beobachtung, Begehungen, Photovoice, ...). Hierbei wird einerseits auf Methodenerfahrungen des KI-I aus vergangenen Projekten aufgebaut, andererseits sollen Methoden aus Best-Practice-Beispielen wie etwa dem PartKommPlus-Projekt „GESUND!“ überprüft und so weit wie möglich eingebaut werden (vgl. <http://partkommplus.de/teilprojekte/gesund>).

Als nächster Schritt steht die **Entwicklung eines inklusiven Ablaufplans** bis Juni 2018 an. In diesem Zusammenhang werden die bis dahin entwickelten Instrumente in ein abgestimmtes Gesamtpaket integriert. In den beteiligten Organisationen des Diakoniewerks Gallneukirchen sollen außerdem Schulungen durchgeführt werden. Grundsätzlich sollen dabei Hilfestellungen gegeben werden, wie betriebliche Gesundheitsförderung in einem partizipativen und inklusiven Setting gelingen kann. Für Mitarbeiter_innen mit Beeinträchtigung wird zusätzlich eine grundlegende Auseinandersetzung mit dem Gesundheitsbegriff an sich in die Schulungen integriert.

Im Mai und Juni 2018 erfolgen weiterführende **Textprüfungen Leicht Lesen** der neu entwickelten Instrumente und Materialien, die später in der zweiten Phase zum Einsatz kommen sollen. Die erste Phase schließt danach Ende September 2018 mit einer **Testung der neu entwickelten Instrumente und Methoden mit der Zielgruppe** ab. Dabei soll unter anderem untersucht werden, ob es für Menschen mit Beeinträchtigungen bzw. mit Lernschwierigkeiten möglich ist, die Befragungen selbständig durchzuführen oder ob eine assistierende Unterstützung notwendig ist.

Von Oktober 2018 bis Jänner 2020 folgt in der **zweiten Projektphase** die Umsetzung eines inklusiven Prozesses der Betrieblichen Gesundheitsförderung mit externer Begleitung beim Kompetenznetzwerk KI-I und in den Werkstätten des Diakoniewerks. Als Erfolgskriterien für diese Phase wurden in der Fokusgruppendifkussion genannt:

- Anwendbarkeit der angepassten und neu entwickelten Instrumente bei den Zielgruppen;
- Aufbau und Sicherung von Beratungs-Know-how in betrieblicher Gesundheitsförderung bei den beteiligten Organisationen;

Die **dritte Projektphase** beginnt bereits parallel zur ersten Phase im Juni 2018 und läuft bis August 2020. Zentral sind hier die Erstellung eines Leitfadens, die Verbreitung der Ergebnisse aus dem Projekt und der Antrag auf das BGF-Gütesiegel. Um diese Phase erfolgreich abzuschließen, sind folgende Punkte besonders wichtig:

- Vorliegen des Leitfadens in Leicht Lesen B1;
- Teilnahme an Tagungen (bereits jetzt sind etwa eine Teilnahme an der 21. wissenschaftlichen Jahrestagung der Österreichischen Gesellschaft für Public Health im Mai 2018 in Wien und am 20. Österreichischen Gesundheitsförderungskonferenz des Fonds Gesundes Österreich im Juni 2018 in Wien geplant);
- Vorstellung des Projekts und der Ergebnisse in ausgewählten Medien (z. B. im Newsletter des Österreichischen Netzwerks für Betriebliche Gesundheitsförderung).

Nachdem das Projekt in einem inklusiven Betrieb und in drei Einrichtungen, die Leistungen nach dem OÖ. Chancengleichheitsgesetz anbieten, entwickelt wird, wird der Leitfaden vor allem auf ähnliche Organisationen abgestimmt sein. Um den Leitfaden für andere Organisationen, die an einer partizipativen und inklusiven betrieblichen Gesundheitsförderung interessiert sind, ebenfalls anwendbar zu machen, sollten entsprechende Empfehlungen in den Leitfaden aufgenommen werden. Denkbar wäre etwa eine Liste an besonderen Empfehlungen für die Anwendung der verschiedenen Instrumente, differenziert nach Maßnahmenbereichen (am ersten Arbeitsmarkt, im Rahmen einer beruflichen Qualifikation, bei einer geschützten Arbeit, im Zuge einer fähigkeitsorientierten Aktivität, ...).

Im zweiten Block der Fokusgruppendifkussion wurden verschiedene Themen angesprochen, die für das Projekt von besonderer Relevanz sind: Gesundheitliche Chancengerechtigkeit, Partizipation, Zielerreichung, Zielgruppenerreichung und Nachhaltigkeit.

Ein gerechter Zugang zu den Ressourcen für Gesundheit, also z. B. zu gesundheitsfördernden Angeboten, bedeutet, dass grundsätzlich alle Menschen die gleichen Möglichkeiten zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung ihrer Gesundheit geboten bekommen. So setzt auch der FGÖ in seiner Arbeit einen Schwerpunkt auf diese **gesundheitliche Chancengerechtigkeit**. Im Projekt „Gesundheit inklusiv“ soll die Förderung von gesundheitlicher Chancengerechtigkeit insbesondere dadurch erreicht werden, dass sowohl Menschen mit als auch ohne Beeinträchtigung auf Augenhöhe in die Entwicklung der Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung miteinbezogen werden. Dies betrifft den gesamten Projektverlauf. Im Zuge des partizipativen Prozesses wird es dabei zu einem ständigen Interessensausgleich kommen müssen, da vorteilhafte Maßnahmen für eine Gruppe auch nachteilige Wirkungen auf eine andere Gruppe mit sich bringen können. Bedacht werden sollte dabei, dass Menschen mit Beeinträchtigung zumeist einen weniger guten Zugang zu gesundheitsfördernden Maßnahmen haben als Menschen ohne Beeinträchtigung. Ein Beitrag zu mehr gesundheitlicher Chancengerechtigkeit kann sich daher bereits ergeben, wenn der Zugang für Menschen mit Beeinträchtigung erleichtert wird.

Partizipation ist ein wichtiges Grundprinzip der Gesundheitsförderung. Partizipation kann allerdings in verschiedener Form in einem Prozess angewandt werden. In einem Modell, das am Ludwig Boltzmann Institut für Health Promotion Research in Wien entwickelt wurde, werden drei Formen der Partizipation an Entscheidungs- und Umsetzungsprozessen unterschieden:

- Themen, Meinungen, Wissen und Erfahrungen einbringen (z. B. in Diskussionsgruppen);
- Wesentliche Projektschritte mitentscheiden (z. B. in Form einer Abstimmung, Wahl zwischen Alternativen);
- Aktiv an der Projektplanung und -durchführung mitarbeiten (z. B. bei der Umsetzung von konkreten Aktivitäten).

Wie bereits erwähnt, nimmt Partizipation im gesamten Projektverlauf einen zentralen Stellenwert ein. Bis auf die erste Analysephase soll bei „Gesundheit inklusiv“ in allen Schritten auf eine möglichst aktive Mitarbeit von Menschen mit und ohne Beeinträchtigung geachtet werden. In der Fokusgruppendifkussion wird daher betont, dass die aktive Mitarbeit von der Entwicklung der neuen Instrumente (z. B. basierend auf Erfahrungen mit baulicher Barrierefreiheit) bis hin zu gemeinsamen durchgeführten Präsentationen von Projektergebnissen reichen soll. Von der Projektleitung wird außerdem besonderer Wert darauf gelegt, dass alle beteiligten Organisationen und Projektpartner umfassend miteinbezogen werden (Kompetenznetzwerk KI-I, Diakoniewerk Gallneukirchen, PROGES und IGP). Da die Rollenverteilung klar definiert wurde und bei den beteiligten Organisationen die notwendige Bereitschaft für partizipative Prozesse gegeben ist, werden hier keine Probleme erwartet.

Die aktive Einbindung von Schlüsselpersonen, die zu einer nachhaltigen Wirkung des Projekts beitragen können, wird insbesondere über die Projektpartner und die Mitglieder des Beirats hergestellt. Damit kann bei der Verbreitung der Ergebnisse auf verschiedene Netzwerke zugegriffen werden (z. B. capito- und nueva-Netzwerk, Netzwerke im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung, Netzwerke im Public-Health-Bereich, ...). Eine aktive Einbindung von politischen Entscheidungsträger_innen, die etwa für die längerfristige Entwicklungsperspektive von partizipativer und inklusiver betrieblicher Gesundheitsförderung unterstützend sein könnte, wurde bislang noch nicht angegangen.

In enger Verbindung mit der zu Beginn der Fokusgruppendifkussion geäußerten Erwartungshaltung steht die **Zielerreichung**. Folgende drei Hauptziele werden von der Projektleitung bei „Gesundheit inklusiv“ verfolgt:

- Partizipative Entwicklung eines Instruments zu Durchführung von inklusiver betrieblicher Gesundheitsförderung für die verschiedenen Zielgruppen des Projekts;
- Ermöglichung des Zugangs zu gesundheitsfördernden Maßnahmen für Menschen mit Beeinträchtigung bzw. Lernschwierigkeiten;
- Verwendung des entwickelten Instruments nach Ende des Projekts in verschiedensten Einrichtungen, insbesondere in solchen der Behindertenhilfe.

Die wichtigste Zielgruppe im Projektverlauf stellen die Mitarbeiter_innen in den beteiligten Organisationen dar. Eine Frage, die sich hier stellt, ist, wie diese Zielgruppe optimal erreicht werden kann. Für die **Zielgruppenerreichung** sind dabei potenziell förderliche bzw. hinderliche Faktoren von besonderer Bedeutung. In der Fokusgruppendifkussion wurden dabei die beiden Faktoren Sprache und Partizipation hervorgehoben:

- Bei einzelnen Mitarbeiter_innen mit Beeinträchtigung stellt das Sprachverständnis und damit die Verständlichkeit der entwickelten Instrumente einen potenziell hinderlichen Faktor dar. Der Einsatz von leichter und verständlicher Sprache setzt andererseits auch bei den anderen Mitarbeiter_innen ein entsprechendes Bewusstsein voraus.
- Ebenfalls als potenziell hinderlich wird ein niedriger Grad von Partizipation gesehen, vor allem was die Zielgruppe der Mitarbeiter_innen mit Beeinträchtigung betrifft. Sie sollten daher am Projekt nicht nur teilnehmen, sondern auch mitentscheiden und mitarbeiten können.

Ein Projekt ist dann nachhaltig, wenn die durch das Projekt erzielten Veränderungen (z. B. Strukturen, Prozesse und Maßnahmen) auch nach Projektende weiterbestehen und die Zielgruppen, aber auch andere Personengruppen, weiter davon profitieren können. In der Fokusgruppendifkussion werden mit **Nachhaltigkeit** vor allem die drei Punkte Anwendung des Leitfadens, Verbreitung von Ergebnissen und Durchführung des Projekts verbunden:

- Der Leitfaden wird für eine möglichst hohe Verständlichkeit in „Leicht Lesen B1“ geschrieben. Er wird außerdem als barrierefreies PDF-Dokument erstellt und ist damit unabhängig von der assistierenden Technologie am Computer zugänglich.
- Auf die begleitende Öffentlichkeitsarbeit und die aktive Nutzung von bestehenden Netzwerken wird im Projekt großer Wert gelegt. Wie bereits erwähnt, liegen bereits zu Projektbeginn Einladungen für Präsentationen vor. Darüber hinaus wurde von der Projektleitung in Abstimmung mit den Projektpartnern begonnen, potenziell interessante Möglichkeiten der Verbreitung von Erkenntnissen aus dem Projekt zu identifizieren. Dazu zählen etwa Netzwerke im wissenschaftlichen Bereich oder im Leicht-Lesen-Bereich, insbesondere jedoch Netzwerke im Bereich der Einrichtungen, die Leistungen nach dem OÖ. Chancengleichheitsgesetz anbieten. Hier sind Kontakte wie jener zur Vereinigung der Interessenvertretungen der Menschen mit Beeinträchtigung in OÖ oder zur IV Sozialunternehmen in OÖ sehr hilfreich. Eine detailliertere Planung für eine nachhaltige Verbreitung von Projektergebnissen, die im Rahmen der vorhandenen Ressourcen leistbar ist, steht noch aus.
- Die in der ersten Phase entwickelten Instrumente werden in der zweiten Phase in den beteiligten Organisationen getestet. Falls diese Phase erfolgreich verläuft, könnte dies dazu beitragen, dass eine betriebliche Gesundheitsförderung in den beteiligten Organisationen nachhaltig verankert wird.

Als potenziell förderliche bzw. hinderliche Faktoren für die Nachhaltigkeit des Projekts wurden in der Fokusgruppendifkussion vor allem Geld, Kontakte und Innovation angeführt:

- Die Nutzung von finanziellen Projektmitteln für die Öffentlichkeitsarbeit erlaubt es, das Projekt auf breiterer Ebene zu vermitteln (z. B. Teilnahme an Tagungen).
- Die bestehenden Netzwerke der Projektpartner ermöglichen es, dass „Gesundheit inklusiv“ einer breiteren Öffentlichkeit bekannt gemacht werden kann.
- Der Innovationsgehalt des Projekts führt dazu, dass von verschiedenen Seiten erhöhtes Interesse an den Erkenntnissen und Ergebnissen des Projekts besteht.
- Die vom Fördergeber vorgegebene Beschränkung der wissenschaftlichen Phase auf ein halbes Jahr stellt einen einschränkenden Faktor dar. Von der Projektleitung wurden daher entsprechende Maßnahmen ergriffen, um mit den knappen Zeitressourcen in dieser ersten Phase auszukommen. Einzelne methodische Schritte, die bei der Entwicklung der Erhebungsinstrumente relevant sind, werden daher womöglich erst in der zweiten Phase durchgeführt (z. B. die Frage, wie die mit den Instrumenten erhobenen Daten ausgewertet werden können).
- Die zeitlichen Vorgaben und der definierte Projektzeitraum birgt verständlicher Weise immer ein Risiko für das Scheitern des gesamten Projekts oder einzelner Teile davon. Aufgrund des partizipativen Ansatzes bei „Gesundheit inklusiv“ kann dies zu Verzögerungen führen, die insbesondere gegen Ende des Projekts hin zu größeren Problemen führen würden. Eine ausführliche Dokumentation der partizipativen Prozesse ermöglicht gerade in solchen Fällen, dass trotz eines etwaigen Scheiterns wichtiges Erfahrungswissen gesichert wird.
- Der Projektfortschritt könnte auch durch den Ausfall von personellen oder finanziellen Ressourcen behindert werden, wobei in der Fokusgruppendifkussion betont wird, dass in derartigen Fällen genügend Projekterfahrung vorhanden ist, um derartige Ereignisse abzufedern.

In der Fokusgruppendifkussion wurde erwähnt, dass es innerhalb der ersten eineinhalb Monate zu keinen Änderungen gegenüber den ursprünglichen Projektabsichten gekommen ist. Die Zusammenarbeit im Projektteam und mit den Projektpartnern verläuft sehr gut. Einzig und allein ein Mitglied des Fachbeirats konnte trotz mehrmaligen Versuchs nicht zur Teilnahme bewogen werden und zog seine ursprünglich geäußerte Bereitschaft dazu im Mai 2018 zurück.

2.4 Qualitative Interviews mit Mitgliedern des Fachbeirats

Mit folgenden Mitgliedern des Fachbeirats wurden Ende Mai 2018 qualitative Interviews durchgeführt:

- Alfred Grausgruber, Assistenzprofessor an der Abteilung für Empirische Sozialforschung am Institut für Soziologie der Johannes Kepler Universität Linz;
- Renate Hackl, Leiterin der Gruppe 3 „Leistungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Wohnungslosenhilfe“ in der Abteilung Soziales der Direktion Soziales und Gesundheit am Amt der Oö. Landesregierung;
- Alfred Prantl, Obmann der Vereinigung der Interessenvertretungen der Menschen mit Beeinträchtigung in OÖ (IVMB);
- Bettina Stadlmayr, Leiterin der Abteilung Gesundheitsförderung bei der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK).

Der Interviewablauf folgte dabei in weiten Teilen einem Leitfaden, der den Interviewpartner_innen im Vorfeld übermittelt wurde:

- Welche grundsätzliche Erwartungshaltung haben Sie an das Projekt?
- Was muss Ihrer Meinung nach getan werden, um den Aspekt der Inklusion in der betrieblichen Gesundheitsförderung auf einem qualitativ hochwertigen Niveau zu berücksichtigen?
- Inwieweit trägt das Projekt „Gesundheit inklusiv“ zur Förderung von gesundheitlicher Chancengerechtigkeit bei? Welche Aktivitäten erscheinen sinnvoll, um in den beteiligten Betrieben zu gesundheitlicher Chancengerechtigkeit für alle Mitarbeiter_innen beizutragen? Sind darüber hinaus einzelne Aktivitäten sinnvoll, die auf eine gesundheitliche Chancengerechtigkeit nur für Mitarbeiter_innen ohne Beeinträchtigung oder nur für Mitarbeiter_innen mit Beeinträchtigung abzielen?
- Bei welchen Aktivitäten im Projekt „Gesundheit inklusiv“ wäre es aus Ihrer Sicht sinnvoll, dass Partizipation ermöglicht wird? Um welche Form der Partizipation sollte es dabei jeweils gehen (Einbringen, Mitentscheiden, Mitarbeiten)?
- Wie sollte Ihrer Meinung nach sichergestellt werden, dass sich die Führungskräfte der beteiligten Betriebe am Projekt beteiligen? Was sollte getan werden, um politische Entscheidungsträger_innen in das Projekt mit einzubinden?
- Was sind – neben dem Hauptziel der Entwicklung eines Instruments zur betrieblichen Gesundheitsförderung für ein inklusives und partizipatives Setting – aus Ihrer Sicht weitere Ziele, die mit dem Projekt „Gesundheit inklusiv“ verfolgt werden können?
- Welche Faktoren könnten uns daran hindern, die Mitarbeiter_innen der beteiligten Organisationen optimal zu erreichen und das Projekt „Gesundheit inklusiv“ erfolgreich bis Mitte 2020 abzuschließen?
- Was ist alles notwendig, um die Nachhaltigkeit des Projekts sicherzustellen? Welche Faktoren könnten uns im Projekt daran hindern, dass diese Nachhaltigkeit sichergestellt wird? Anders gesagt: Auf was müssen wir besonders aufpassen, damit das Projekt auch über das Jahr 2020 hinaus seine Wirkung entfaltet?
- In einem Satz: Wann wäre das Projekt „Gesundheit inklusiv“ aus Ihrer Sicht ein Erfolg?

2.4.1 Grundsätzliche Erwartungshaltung an das Projekt

Die Einstiegsfrage an die Fachbeiratsmitglieder lautete, welche grundsätzliche Erwartungshaltung sie an das Projekt hätten. Die Antworten **beziehen sich insbesondere auf das Instrument**, das im Rahmen des Projektes entwickelt wird, und für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung eingesetzt werden soll und die mit diesem einhergehende **Wirkung**:

- „Ganz kurz und prägnant ausgedrückt ist es, das am Ende des Projekts ein Instrumentarium und ein Konzept entwickelt wurden, die auf andere ähnliche Einrichtungen erfolgreich angewandt werden können.“
- „Meine Erwartung ist es, dass Menschen mit Beeinträchtigung und ohne Beeinträchtigung miteinander arbeiten und dass es dadurch möglich wird, Gesundheitsprogramme in den Betrieben, Einrichtungen und Werkstätten so zu gestalten, dass es Menschen mit Beeinträchtigung und ohne Beeinträchtigung dort gemeinsam unterstützt. Bisher war es so, dass Programme für die Nicht-Beeinträchtigten gemacht wurden und dann eventuell – in geringerem Ausmaß – Programme für Menschen mit Beeinträchtigung. Das finde ich nicht gut.“
- „Für die Kernelemente in der Gesundheitsförderung erwarten wir uns Instrumente, dass wir genau diese Zielgruppe mit ins Boot holen können und ihre Ressourcen und Belastungen mittransportieren und mitberücksichtigen können. Das haben wir bis jetzt nicht. Das wird für mich ganz wesentlich, weil die Erwartungshaltung auch die ist, dass, wenn da Produkte rauskommen, versucht werden wird, diese Elemente in ein Gesamtum einzubauen. [...] dass wir da ein Werkzeug in die Hand bekommen, etwas Praktikables. Das ist mir wichtig. [...] Ich stelle mir das tatsächlich wie einen Baukasten vor, dass man sagt, das wäre für den Betrieb top, aber ich kann auch einen Teil herausnehmen – wissentlich, dass ein bestimmter Teil dann nicht abgedeckt sein wird, aber das passt trotzdem und das kann man ausprobieren. Vielleicht kann man das auch ausbauen auf ein besseres Niveau, aber man fängt mit etwas an und zeigt ihnen, dass es möglich ist.“
- „Ich glaube, die Auseinandersetzung mit dem Thema ist wichtig, auch in einer Form, dass es verständlich und nachvollziehbar ist für die Personen, dass man das Thema so aufbereitet, dass Menschen mit Beeinträchtigungen das nachvollziehen und verstehen können. Und damit auch selbstbestimmt entscheiden können, ob sie das wollen oder nicht. Das ist für mich ein ganz wichtiger Kern dabei.“

2.4.2 Inklusion in der betrieblichen Gesundheitsförderung

Inklusion in der betrieblichen Gesundheitsförderung erfordert ausreichende Ressourcen und entsprechende Kompetenzen. Dies umfasst alle Bereiche, von einer zeitweisen arbeitsmedizinischen Betreuung des Betriebs bis hin zur täglichen Kommunikation mit Mitarbeiter_innen mit Beeinträchtigungen oder Lernschwierigkeiten, wenn es um Themen wie Wohlbefinden und Gesundheit geht. Die Frage, wie Inklusion in der betrieblichen Gesundheitsförderung auf einem qualitativ hochwertigen Niveau gelingen kann, wurde auch den Interviewpartner_innen gestellt.

Folgende Punkte werden dabei von ihnen als wichtig erachtet:

- ein **schrittweiser und geduldiger Aufbau von neuen Kenntnissen und Erfahrungen**, bei dem auf die individuellen Bedürfnisse der Mitarbeiter_innen mit Beeinträchtigungen bzw. Lernschwierigkeiten besonders Rücksicht genommen wird;
- die besondere Beachtung von **Verständlichkeit** bei der Entwicklung und Anwendung von Instrumenten, die für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung eingesetzt werden, etwa durch Verwendung von einfacher bzw. leichter Sprache;
- die Ermöglichung von Situationen, in denen sich Mitarbeiter_innen mit Beeinträchtigungen bzw. Lernschwierigkeiten **gleichberechtigt und ohne Angst** in die Entwicklung und Anwendung dieser Instrumente einbringen können;
- die Schaffung von Bewusstsein bei den Mitarbeiter_innen ohne Beeinträchtigung, dass eine **Adaptierung bestehender Maßnahmen** der betrieblichen Gesundheitsförderung notwendig sein kann;
- die **umfassende Beteiligung von Mitarbeiter_innen mit und ohne Beeinträchtigungen bzw. Lernschwierigkeiten** in den Betrieben, von der Entwicklung der Instrumente bis zur Umsetzung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung;

Gesondert wurde nachgefragt, wie bei der Entwicklung von Instrumenten, die für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung eingesetzt werden, vorgegangen werden sollte, damit diese einem inklusiven Anspruch gerecht werden:

- „Es gehört gemeinsam entwickelt und dann überlegt, was man noch Spezielles braucht.“
- „Da wäre es für mich bei dem Projekt auf alle Fälle notwendig, dass man sagt, für die Personengruppe, mit der man sich da speziell auseinandersetzt, braucht man mindestens so viele Maßnahmen wie für die andere.“
- „Ich glaube, dass man bei allen Instrumenten, die eingesetzt werden – wirklich bei allen – darauf achten muss, nicht etwas nur für die Personen zu entwickeln, die schon im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung berücksichtigt werden und daneben etwas Neues für die Zielgruppe der beeinträchtigten Menschen. Für mich wäre die Herausforderung, wie man es schafft, dass in einem Instrument zu kombinieren. [...] Für mich bedeutet Inklusion, das ich auch die gleichen Instrumente für die Zielgruppen einsetze und diese möglichst einfach mache, damit ich alle erreiche. Sonst wird das ein Problem.“
- „Die Gefahr darin wäre, dass man speziell für die Zielgruppe der Menschen mit Beeinträchtigungen etwas macht und etwas anderes für die Zielgruppe der Betreuer_innen, dass man verschiedene Maßnahmen trifft. Das müsste eigentlich ein Gesamtes sein, damit man dem inklusiven Gedanken gerecht wird.“

2.4.3 Gesundheitliche Chancengerechtigkeit

Gesundheitliche Chancengerechtigkeit spielt sowohl in der Arbeit des FGÖ als auch im Projekt „Gesundheit inklusiv“ eine wichtige Rolle. Ein gerechter Zugang zu den Ressourcen für Gesundheit, also etwa zu gesundheitsfördernden Angeboten, bedeutet, dass grundsätzlich alle Menschen die gleichen Möglichkeiten zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung ihrer Gesundheit geboten bekommen. In den Interviews wurde daher gefragt, inwieweit das Projekt „Gesundheit inklusiv“ zur Förderung von gesundheitlicher Chancengerechtigkeit beiträgt. Nach Ansicht der Fachbeiratsmitglieder geschieht dies durch mehrere Punkte. Diese betreffen in den meisten Fällen sowohl die Durchführung des Projekts im Rahmen des Testlaufs in den vier beteiligten Betrieben als auch danach, wenn das im Rahmen des Projekt entwickelte Instrument in der betrieblichen Gesundheitsförderung in anderen Betrieben zum Einsatz kommen sollte.

Das Projekt leistet grundsätzlich einen Beitrag zur **Beseitigung bzw. Verminderung von bestehenden Nachteilen für Menschen mit Beeinträchtigung**, vor allem wenn es um Arbeitsmöglichkeiten geht, aber auch bei der sozialen Anerkennung. Es eröffnet allen Teilnehmer_innen darüber hinaus einzigartige **Lernchancen**, wie betriebliche Gesundheitsförderung in einem inklusiven und partizipativen Setting funktionieren kann. Im Innenverhältnis der Organisationen ergeben sich dadurch beispielsweise interessante Möglichkeiten, zu erörtern, wie sich gesundheitliche Chancengerechtigkeit im **Verhältnis von betreuten und betreuenden Mitarbeiter_innen** gestalten kann. In einem Interview wird in diesem Zusammenhang explizit das Betreuungsverhältnis angesprochen, dass mitunter durch Abhängigkeiten gekennzeichnet ist: „Ich glaube, dass es gelingen könnte, gerade in diesem Abhängigkeitsverhältnis, in dem Menschen mit Beeinträchtigungen sich befinden, weil sie angewiesen sind auf den Betreuer, etwas zu bewirken. [...] Ich glaube, dass hier etwas mehr Bewusstsein gut wäre, was die Herausforderungen und Bedürfnisse für die Menschen mit Beeinträchtigungen sind: Was braucht jemand, damit er einen halbwegs optimalen Gesundheitszustand hat? Das schreibt ein Betreuer dem Betreuten ja meistens vor. Er weiß, was der braucht. Aber die Sensibilität der Auseinandersetzung, was der für sich selbst glaubt, ist noch einmal etwas anderes. Da könnte man noch einiges herauslösen. Das andere ist auch im Sinne des Betreuten, dass der ein Stück weit objektiver mitbekommt, was der Betreuer braucht, um halbwegs gesund am Arbeitsplatz tätig sein zu können. Was macht einen gesunden Arbeitsplatz aus? Was sind da Hindernisse? Ich glaube, dass das Miteinander ein ‚Aha-Erlebnis‘ für den Betreuten sein könnte, aber auch für den Betreuer.“

Die **Teilnahme und Teilhabe am Projekt** stärkt die **Selbstwirksamkeit** bei den Teilnehmer_innen, d. h. die Überzeugung, auch schwierige Situationen und Herausforderungen aus eigener Kraft erfolgreich bewältigen zu können. Der Aspekt der Partizipation ist im Rahmen der gesundheitlichen Chancengerechtigkeit besonders zu betonen: „Es geht um gemeinsames Machen, gemeinsame Präventionsveranstaltungen, gemeinsame Informati-

onsveranstaltungen, gemeinsame Aufklärung und Unterstützung.“ Im Projekt „Gesundheit inklusiv“ stellen derartige partizipative Aspekte einen wesentlichen Bestandteil dar und sollten sich am Ende auch im entwickelten Instrument und den Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung wiederfinden: „Wenn man von gesundheitlicher Chancengerechtigkeit spricht, wären für mich die Maßnahmen die schönsten, bei denen beide Zielgruppen mitmachen können und wo jeder davon profitieren kann.“

Ein Beitrag zu gesundheitlicher Chancengerechtigkeit wird im Übrigen bereits dadurch geleistet, indem das Projekt in den vier Betrieben durchgeführt und an die **Öffentlichkeit** getragen wird.

2.4.4 Partizipation im Projekt „Gesundheit inklusiv“

Partizipation ist ein wichtiges Grundprinzip der Gesundheitsförderung, meint allerdings oft Unterschiedliches. In der wissenschaftlichen Literatur werden zumeist verschiedene Stufenmodelle für eine differenzierte Erklärung von Partizipation herangezogen, etwa die achtstufige „Ladder of Citizen Participation“ von Sherry Arnstein (1969) oder die ebenfalls achtstufige „Ladder of Young People’s Participation“ von Roger Hart (1992). In einem Modell, das am Ludwig Boltzmann Institut für Health Promotion Research in Wien entwickelt wurde, werden in vereinfachter Form drei Formen der Teilhabe an Entscheidungs- und Umsetzungsprozessen unterschieden:

- Einbringen: Themen, Meinungen, Wissen und Erfahrungen einbringen (z. B. in Diskussionsgruppen)
- Mitentscheiden: Wesentliche Projektschritte mitentscheiden (z. B. in Form einer Abstimmung, Wahl zwischen Alternativen)
- Mitarbeiten: Aktiv an der Projektplanung und -durchführung mitarbeiten (z. B. bei der Umsetzung von konkreten Aktivitäten)

Die Interviewpartner_innen wurden mit diesen drei Formen der Teilhabe konfrontiert und gebeten, eine Einschätzung abzugeben, welcher Grad der Partizipation bei verschiedenen Aktivitäten des Projekts „Gesundheit inklusiv“ sinnvoll ist:

- Bei der **Analyse des Ausgangszustandes** ist nach Meinung der befragten Expert_innen die Ermöglichung des Einbringens für die beteiligten Mitarbeiter_innen ausreichend.
- In der **Planung und Entwicklung der Strategien, Konzepte und Instrumente** sollte der Partizipationsgrad zwischen Mitentscheiden und Mitarbeiten gewählt werden.
- Beim **Testlauf der betrieblichen Gesundheitsförderung** mit dem entwickelten Instrument in den beteiligten Betrieben sollte naheliegender Weise auf Mitarbeit gesetzt werden.
- In der **Evaluation der entwickelten Instrumente**, die im Grunde von den Wissenschaftler_innen durchgeführt wird, sind Mitentscheidungsmöglichkeiten für die Mitarbeiter_innen der Betriebe sinnvoll.
- Die **Verbreitung der Ergebnisse des Projekts** sollte wiederum dem höchsten Grad der Partizipation folgen und damit eine Mitarbeit ermöglichen.

In den Interviews werden darüberhinaus mehrere Punkte angesprochen, die für das **partizipative Setting** bei „Gesundheit inklusiv“ von besonderem Interesse sind:

- „Die Maxime kann nur sein: Partizipation so weit es geht, in allen Stufen. [...] Aber es gibt natürlich die Rahmenbedingungen: da ist die Ressource Zeit sicher etwas, die dem irgendwann einmal ein Ende setzen wird – was man berücksichtigen muss.“
- „[...] aber es ist auch aufwändig, wenn man nicht partizipieren lässt, sondern immer nur vorgibt. Weil es bei den Mitarbeiter_innen dann irgendwann eine Unzufriedenheit geben wird. Wenn man aber weiß, dass es etwas gibt, dann kann man immer noch entscheiden, ob man teilnehmen möchte oder nicht. Man muss das ja dann nicht immer zwingend machen. Man kann das immer entscheiden lassen. Und das macht den Unterschied aus.“

- „Haben die Mitarbeiter_innen denn das Fachwissen dazu? Das wäre meine Frage. Das sind doch sehr theoretische und wissenschaftliche Fragen, in welche Richtung das weiter entwickelt werden soll. Ich denke, dass die Partizipation in jeder Phase stark davon abhängig ist, ob die Kompetenzen dafür vorhanden sind.“
- „Ich glaube, dass bei Menschen mit Beeinträchtigungen das Bewusstsein noch mehr gefördert werden muss, dass Gesundheit eine wichtige Sache ist und dass sie selbst, so weit das möglich ist, das auch mittragen und mitgestalten müssen. Viele Menschen, die in Einrichtungen oder bei ihren Eltern aufwachsen, haben nicht gelernt, für sich zu reden, haben nicht gelernt, zu sagen, was sie wollen oder, was noch wichtiger ist, was sie nicht wollen.“
- „Ich glaube aber auch, dass ein ständige aktive Mitgestaltung bei allen Mitarbeiter_innen diese überfordert. Das bekommt man in anderen Organisationen als Rückmeldung, wo man diese Konstellationen nicht hat. Manche interessiert das nicht. Oder sie sagen, dass sie das schon wollen, aber dazu keine Ideen haben und sich den Kopf darüber nicht zerbrechen wollen. Ich glaube, das muss man sich gut überlegen.“
- „Wobei aber auch Erfahrungen wertvoll sind, zu wissen, dass das Umwege sind oder dass das Probleme und Stolpersteine sind, die beim Versuch der Einführung von partizipativer und inklusiver Gesundheitsförderung auftreten können. Also nicht nur zu erfahren, wie es idealtypisch ablaufen sollte oder könnte, das zu entwickeln, sondern eben auch zu sehen, dass da Phasen sind, wo es schwierig werden kann, wo sich unter Umständen Frustration zeigen kann, weil es um Entscheidungen geht, welche Maßnahmen für welche Gruppen gesetzt werden.“
- „Was ich wichtig finde, ist, dass es zumindest immer eine Transparenz beim Prozess gibt.“

2.4.5 Einbindung von Entscheidungsträger_innen

Neben der Ermöglichung von Partizipation für die Mitarbeiter_innen in den beteiligten Betrieben ist es für das Projekt „Gesundheit inklusiv“ auch von zentraler Bedeutung, die wichtigsten Entscheidungsträger_innen mit in das Projekt einzubinden. Dies betrifft einerseits die Leitungsebene in den beteiligten Betrieben, insbesondere wenn es um den Prozess der Entwicklung des Instruments und späteren Anwendung in diesen Betrieben geht. Andererseits ist damit die Einbindung von politischen Entscheidungsträger_innen angesprochen, deren Unterstützung bei der Einführung des Instruments bei anderen Betrieben erstrebenswert ist.

Neben dem Projektteam, das die Gesamtsteuerung des Projekts „Gesundheit inklusiv“ übernimmt, wurden zwei mit ihm verbundene Steuerungsgruppen eingerichtet. Mitglieder der Steuerungsgruppe „KI-I“ sind die Projektleiterin von „Gesundheit inklusiv“, die zugleich auch im Projektteam vertreten ist, die Geschäftsführung des KI-I, die Sicherheitsvertrauensperson am KI-I sowie der Vertreter der Menschen mit Beeinträchtigungen am KI-I. In der Steuerungsgruppe „Diakoniewerk“ sitzen der Leiter des Kompetenzmanagements Behindertenarbeit beim Diakoniewerk, der ebenfalls zugleich im Projektteam vertreten ist, die drei Leiter_innen der beteiligten Werkstätten, Interessensvertreter_innen dieser drei Werkstätten und eine Vertretung des Betriebsrats.

Über diese Struktur ist sichergestellt, dass sowohl beim KI-I als auch beim Diakoniewerk die **Leitungsebene** in den Prozess miteingebunden ist. Beim KI-I ist dies direkt über die Mitgliedschaft der Geschäftsführung in der Steuerungsgruppe der Fall. Beim Diakoniewerk ist eine Einbindung über den Leiter des Kompetenzmanagements Behindertenarbeit gegeben, wobei hier sichergestellt werden sollte, dass auch die übergeordneten Leitungsebenen, die Geschäftsführung Diakoniewerk Oberösterreich und über diese auch der Vorstand, punktuell eingebunden werden. Dies ist vor allem mit Blick auf die Nachhaltigkeit des Projekts von essenzieller Bedeutung: „[...] sobald es um eine Strukturveränderung geht, braucht man die Spitze. Und wenn man die nicht von Anfang an mit eingebunden hat, ist das in vielen Projekten ein KO-Kriterium. Und die Form der Einbindung oder Miteinbeziehung oder Partizipation, das muss die Person sagen, wie sie es haben will. Und dann macht man es genau so, wie sie es will. [...] Welche Informationen will man wann haben? Welche Entscheidungen braucht es wann? Das muss möglichst zu Beginn definiert sein. Nur die Unterzeichnung eines Vertrags ist wohl zu wenig. [...] auch wenn es Informationen an die Belegschaft gibt, ist es immer ganz toll, wenn sie ein Statement dazu abgeben, wenn sie noch einen Absatz dazu schreiben. Das wäre ganz wichtig.“

Als Fördergeber tragen vier wichtige Akteure das Projekt „Gesundheit inklusiv“ mit, die eng mit der **politischen Ebene** verbunden sind: die Arbeiterkammer Oberösterreich, der Fonds Gesundes Österreich als einer der Geschäftsbereiche der Gesundheit Österreich GmbH (und diesen tragend das jeweils für die Gesundheitsaufgaben zuständige Bundesministerium), die Österreichische Gesundheitskasse und das Land Oberösterreich über das Sozialressort. Die beiden letztgenannten Fördergeber sind über zwei ausgewiesene Expertinnen im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. im Bereich der Leistungen für Menschen mit Beeinträchtigungen im Fachbeirat des Projekts vertreten. Insbesondere in einer möglichen, späteren Anwendung des Instruments auf breiterer Ebene würde ihnen eine besondere Rolle zukommen.

Für eine nachhaltige Einbindung des Landes Oberösterreich sollte überlegt werden, wie die mit dem Projekt beabsichtigten Zielsetzungen einer Inklusion mit dem Thema Chancengleichheit und dem Oö. Chancengleichheitsgesetz sinnvoll in Verbindung gebracht werden können. Eine Einbindung des Gesundheitsressorts des Landes Oberösterreich sollte ebenfalls bereits während der jetzigen Entwicklungsphase anvisiert werden, wobei zu berücksichtigen ist, dass es hier eine andere und vom Sozialressort weitestgehend unabhängige Strategie benötigt. Mit der Österreichischen Gesundheitskasse ist eine Institution eingebunden, die nicht nur in einer möglichen, späteren Anwendung des Instruments auf breiterer Ebene von zentraler Bedeutung ist, sondern auch im Österreichischen Netzwerk BGF oder in der OÖ Plattform BGF und Prävention¹ für entsprechende Unterstützung sorgen kann. Abhängig von der langfristigen Zielsetzung, die mit dem Projekt „Gesundheit inklusiv“ verfolgt wird, ist zu bedenken: „Wenn das Ziel nur ist, dass ein Pilotprojekt gemacht und dann geschaut wird, was man damit erreichen kann, was sich in den einzelnen Betrieben verändert, ist das eine Sache. Aber wenn man etwas weiter ausrollen möchte, dann ist das eine andere Zielformulierung. Wenn man das vorhat, dann muss man schon darauf achten, dass man die Player mit ins Boot holt und sie fragt, welche Beiträge sie für die Zielerreichung leisten können.“

2.4.6 Weitere Ziele des Projekts „Gesundheit inklusiv“

Hauptziel des Projekts „Gesundheit inklusiv“ ist es, Methoden der betrieblichen Gesundheitsförderung in einem partizipativen und inklusiven Setting zu erproben, um darauf basierend ein inklusives Instrument und Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu entwickeln.

Als weitere Ziele in den Interviews mit den Fachbeiratsmitgliedern wurden genannt:

- Stärkung des **Selbstbewusstseins** bei den teilnehmenden Mitarbeiter_innen;
- Erwerb des **BGF-Gütesiegels** für die am Testlauf teilnehmenden Betriebe;
- **Bekanntmachung des Projekts** in der Öffentlichkeit, etwa bei Tagungen, Konferenzen und Messen;
- Erleichterung des Zugangs zu **Leistungen aus dem Gesundheitsbereich für Menschen mit Beeinträchtigungen**;
- Sicherstellung der **Nachhaltigkeit** des Projekts.

2.4.7 Hinderliche Faktoren

Welche Faktoren könnten die Projektleiter_innen daran hindern, dass die Mitarbeiter_innen in den beteiligten Betrieben optimal erreicht und das Projekt „Gesundheit inklusiv“ erfolgreich bis Mitte 2020 abgeschlossen werden kann? Nach Ansicht der Fachbeiratsmitglieder handelt es sich vor allem um folgende Faktoren:

¹ Mitglieder der OÖ Plattform BGF und Prävention sind neben der Österreichischen Gesundheitskasse übrigens das Land Oberösterreich über die Abteilung Gesundheit, die Arbeiterkammer Oberösterreich, die Wirtschaftskammer Oberösterreich und die AUYA mit der Landesstelle Linz.

- die zur Verfügung stehenden **Ressourcen** reichen nicht aus (obwohl mit Projektstart die notwendigen personellen, zeitlichen und finanziellen Ressourcen allokiert wurden und dies damit abgeklärt sein sollte);
- die Entwicklung der Instrumente und Maßnahmen **dauert zu lange**, was zu Demotivation bei den teilnehmenden Personen führt;
- die **zeitliche Belastung** für die am Testlauf beteiligten Mitarbeiter_innen in den Betrieben wird zu groß;
- es werden **Forderungen von außen** aufgestellt, die den Prozess zu stark beeinflussen;
- den Mitarbeiter_innen wird der **Nutzen** einer inklusiven betrieblichen Gesundheitsförderung nicht ausreichend vermittelt;
- die im Testlauf verwendeten Materialien und Dokumente bzw. die entwickelten Instrumente sind für die Mitarbeiter_innen zu wenig **verständlich** (z. B. nicht in einfacher und leichter Sprache vorhanden);
- das entwickelte **Instrument ist zu eng** auf die vier am Testlauf beteiligten Betriebe abgestimmt und kann später nicht bei anderen Betrieben verwendet werden (z. B. da eine Evaluierung rund um psychische Belastungen nicht enthalten ist, die etwa bei der betrieblichen Gesundheitsförderung der Österreichischen Gesundheitskasse in der Regel mitgemacht wird);
- den Personen, die sich darum bemüht haben, sich in den Prozess einzubringen, wird zu wenig **Wertschätzung** entgegengebracht;
- die Möglichkeiten für die beteiligten Mitarbeiter_innen, sich **offen äußern** zu können, ohne Nachteile zu erleiden, sind nicht angemessen gegeben;
- wesentliche Akteur_innen werden nicht ausreichend **eingebunden** (z. B. Betriebsrät_innen, Sicherheitsvertrauenspersonen, Interessensvertreter_innen, ...)
- die **betriebspezifischen Gegebenheiten** und die bestehenden kulturellen Eigenheiten werden zu wenig berücksichtigt.

2.4.8 Sicherstellung von Nachhaltigkeit

Ein Projekt ist dann nachhaltig, wenn die durch das Projekt erzielten Veränderungen (z. B. Aktivitäten, Maßnahmen, Strukturen) nach Projektende weiterbestehen und die Zielgruppen, aber auch andere Personengruppen, weiter davon profitieren können. Bei „Gesundheit inklusiv“ soll die Nachhaltigkeit laut Projektantrag darin bestehen, dass Instrumente und Maßnahmen für eine inklusive betriebliche Gesundheitsförderung entwickelt werden, die später auch in ähnlichen Betrieben wie den vier am Testlauf beteiligten verwendet werden können. In diesem Zusammenhang soll außerdem um das BGF-Gütesiegel angesucht werden, um die Qualität des Projekts zu dokumentieren. Die Ergebnisse aus dem Projekt sollen in einem handhabbaren Leitfaden bzw. Handbuch dokumentiert und darüber hinaus bei verschiedenen Tagungen und Konferenzen präsentiert werden.

Um die Nachhaltigkeit des Projekts sicherzustellen, empfehlen die Fachbeiratsmitglieder:

- eine laufende **Evaluierung** der Abläufe, Ziele und Ergebnisse;
- die **Umsetzung der entwickelten Instrumente und Maßnahmen** bei den am Testlauf beteiligten Betrieben (dazu sollte es möglichst frühzeitig ein klares Bekenntnis von diesen geben);
- **bewusstseinsbildende Aktivitäten**, um Verantwortliche in Betrieben davon zu überzeugen, dass die entwickelten Instrumente und Maßnahmen sowohl dem Betrieb selbst als auch den Mitarbeiter_innen im Betrieb nutzen;
- die **laufende Information einer erweiterten Öffentlichkeit** über das Projekt und seine Ergebnisse;
- die **politische Verankerung** von inklusiver betrieblicher Gesundheitsförderung als wichtiges gesundheits-, wirtschafts- und gesellschaftspolitisches Thema;
- die **Einrichtung einer Anlaufstelle**, um das aufgebaute Know-how weitervermitteln zu können;
- die **Durchführung einer Tagung** zum Thema „Inklusive betriebliche Gesundheitsförderung“;

- die **Entwicklung einer Strategie**, damit die Instrumente und Maßnahmen durch andere Betriebe in ihre **Tagesroutine** übernommen werden (Fokus zuerst auf Oberösterreich und ähnliche Betriebe wie jene im Testlauf, danach Ausdehnung auf andere Bundesländer und andere Betriebe);
- die Planung von ausreichenden personellen Ressourcen für die **Begleitung der Umsetzung** durch BGF-Berater_innen;
- die Erstellung von **Schulungsunterlagen bzw. Curricula**, in denen die Kompetenzen und Schlüsselqualifikationen für die Umsetzung einer inklusiven betrieblichen Gesundheitsförderung festgehalten werden;
- die **Kommunikation von erfolgreichen Umsetzungsbeispielen** an eine breitere Öffentlichkeit, wobei die Betriebe selbst über ihre Erfahrungen berichten sollten;
- auf langfristige Sicht die allgemeine Überführung von betrieblicher Gesundheitsförderung in eine inklusive Gesundheitsförderung und die **Entwicklung eines inklusiven Gesundheitsmanagements**.

2.4.9 Erfolgskriterium für „Gesundheit inklusiv“

In der abschließenden Frage wurden die Mitglieder des Fachbeirats gebeten, in einem Satz zu formulieren, wann sie das Projekt „Gesundheit inklusiv“ als Erfolg bewerten würden. Folgende Antworten wurden gegeben:

- „Wenn es gelingt, die Idee dieser inklusiven Gesundheitsförderung in der Öffentlichkeit breit bekannt zu machen und es in möglichst vielen Einrichtungen adaptiert eingesetzt wird.“
- „Für mich wäre es ein Erfolg, wenn von Betrieben Anfragen kommen würden, die ein BGF-Projekt machen und dabei ‚Gesundheit inklusiv‘ integrieren wollen.“
- „Ein Erfolg ist es für mich dann, wenn es gelingt über das Pilotprojekt hinaus andere Betriebe zu begeistern, sei es im Chancengleichheitsbereich, aber noch mehr im Bereich des ersten Arbeitsmarkts.“
- „Wenn Gesundheit in den Betrieben eine alltägliche Routine bekommt.“

2.5 Qualitative Interviews mit Mitarbeiter_innen in den beteiligten Betrieben

Ende Juni 2018 wurden in den vier beteiligten Betrieben, dem KI-I und den drei Werkstätten des Diakoniewerks, qualitative Interviews durchgeführt. Dabei wurden folgende Fragen gestellt:

- Können Sie mir sagen: Was heißt das für Sie, sich wohl zu fühlen und gesund zu sein?
- Wenn Sie an Ihre Arbeit hier denken: Fühlen Sie sich hier wohl? Falls ja: Und warum ist das so? Was trägt dazu bei, dass Sie sich wohl fühlen?
- Gibt es auch Tage, an denen Sie sich hier einmal nicht so wohl fühlen? Falls ja: Und weshalb ist das so? Woran liegt das? Wer hilft Ihnen dann, damit es Ihnen wieder besser geht?
- Was wird ganz allgemein hier in der Arbeit getan, damit es Ihnen gesundheitlich besser geht?
- [Eventuell: Gibt es hier irgendwelche besonderen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung?]
- Was würden Sie sich denn wünschen, damit Sie sich hier in der Arbeit noch wohler fühlen?
- Kommt auch einmal jemand zu Ihnen und fragt: „Wie geht es Ihnen bei der Arbeit? Können wir etwas machen, damit Sie sich wohler fühlen?“
- [Eventuell: Wenn hier Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung gesetzt werden: Können Sie da mitentscheiden oder sogar bei der Entwicklung und Umsetzung der Maßnahmen mitarbeiten?]
- Stellen Sie sich vor, Sie sind der Chef hier und Sie hätten ausreichend Geld zur Verfügung: Was würden Sie machen, damit es allen hier noch besser geht und damit sich alle hier noch wohler fühlen?
- [Eventuell: Beim Projekt „Gesundheit inklusiv“ wird in den nächsten Monaten ausprobiert, wie die Gesundheit und das Wohlbefinden hier für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erhöht werden kann. Auf was sollte Ihrer Meinung nach dabei besonders acht gegeben werden?]

Mit folgenden Mitarbeiter_innen, an die hier ein besonderer Dank geht, wurden Interviews durchgeführt²:

- Gabriele Trautendorfer, KI-I, Koordinatorin von Proqualis
- Johann Danner, KI-I, Evaluator bei Proqualis
- Cornelia Griessler, Diakoniewerk, Leiterin der Werkstätte Linz-Stifterstraße
- Melanie Wasner, Diakoniewerk, Mitarbeiterin in der Werkstätte Linz-Stifterstraße
- Michaela Mekina, Diakoniewerk, Leiterin der Werkstätte Bad Hall
- Katrin Habenberger, Diakoniewerk, FDSB für Altenarbeit in der Werkstätte Bad Hall
- Angelika Kohl, Diakoniewerk, Mitarbeiterin in der Werkstätte Bad Hall
- Christian Eibensteiner, Diakoniewerk, Stellvertretender Leiter der Werkstätte Hagenberg
- Stefan Jager, Diakoniewerk, Mitarbeiter in der Werkstätte Hagenberg

2.5.1 Bedeutung von Gesundheit und Wohlbefinden

Gesundheit und Wohlbefinden sind für den Großteil der befragten Mitarbeiter_innen eng miteinander verbunden. Manche von ihnen differenzieren dabei zwischen den beiden Begriffen. Für sie bedeutet Gesundheit, vor Krankheiten bzw. Verletzungen verschont zu bleiben und eine sowohl physische als auch psychische gute Verfasstheit. Gesundheit in diesem Sinn verweist auf hohe Lebensqualität und schließt Wohlbefinden mit ein.

Nur vereinzelt wird auf die Frage auch mit Antworten reagiert, die nicht direkt mit der Arbeitswelt verbunden sind. So tragen beispielsweise ein intaktes familiäres Umfeld, eine ausgewogene Ernährung oder genügend frische Luft zum Wohlbefinden einzelner Mitarbeiter_innen bei. Durchgängig werden ansonsten Erklärungen abgegeben, bei denen Wohlbefinden in enger Beziehung zur Arbeitswelt und zur eigenen Arbeitssituation gesetzt

² Im folgenden Text wird durchgängig von Mitarbeiter_innen gesprochen, wobei dies unabhängig vom Grad einer etwaigen Beeinträchtigung passiert. Nur in Fällen, in denen es notwendig erscheint, werden zusätzliche Adjektive wie „betreut“ oder „betreuend“ verwendet.

wird. Eine Begründung dafür liegt mit Sicherheit im Interview-Setting und dem Kontext des Projektes „Gesundheit inklusiv“, das eben auf betriebliche Gesundheitsförderung abzielt.

Wohlbefinden bedeutet in diesem Zusammenhang für die befragten Mitarbeiter_innen vor allem:

- in einem guten Team zusammen zu arbeiten und sich mit den Kolleg_innen gut zu verstehen;
- einer abwechslungsreichen Arbeit nachgehen zu können, die auch Spaß macht;
- keinem Stress ausgesetzt zu sein, sei es durch die Arbeit selbst oder durch Mitarbeiter_innen;
- in der Arbeit gehört zu werden und eigene Wünsche einbringen zu können;
- Rückzugsmöglichkeiten zu haben;
- sich in der Arbeitsumgebung gesund halten zu können, etwa durch ergonomische oder ergotherapeutische Unterstützungsmaßnahmen.

2.5.2 Wohlbefinden und Unwohlbefinden in der Arbeit

Die Frage nach dem Wohlbefinden in der Arbeit wird von beinahe allen befragten Mitarbeiter_innen mit einem eindeutigen „Ja“ beantwortet und nur in einzelnen Fällen mit einschränkenden Zusätzen wie „Ja, schon“ oder „teils, teils“ versehen. Als Begründungen werden vor allem die im vorhergehenden Kapitel bereits angeführten Bedeutungen herangezogen. Vor allem handelt es sich dabei um solche, bei denen es um die **Zusammenarbeit mit den Kolleg_innen**, die **Umgangsformen untereinander** und die **Wertschätzung der Vorgesetzten einem selbst gegenüber** geht: „Weil es hier ein gutes Teamwork gibt und Zusammenarbeit hier groß geschrieben wird.“, „Weil es wie eine Familie ist. Ich habe vor sechs Jahren hier begonnen und schon am ersten Tag habe ich mir gedacht: ‚Das passt, da bleibe ich.‘“ oder „Weil die Leute hier einfach zusammenhalten. Ich sage immer: ‚Zusammen sind wir stark, einzeln gehen wir unter.‘“ sind nur einige Antworten, die dies belegen.

Weitere Begründungen betreffen u. a. die **abwechslungsreiche Arbeit**, **Freiheiten bei der Gestaltung von Arbeitszeiten und Arbeitsinhalten**, das **Vorhandensein von Ruhephasen** (z. B. durch entsprechende Regelungen, geänderte räumliche Situationen oder Entspannungszeiten) und ganz allgemein der Umstand, dass im Betrieb auch auf die Gesundheit und das Wohlbefinden geachtet wird.

Eine gegenteilige Frage im Interview bezog sich auf Tage, Momente oder Situationen, an denen sich die Mitarbeiter_innen einmal „nicht so wohl fühlen“. Der Eindruck eines durchgängig hohen Wohlbefindens in den beteiligten Betrieben verstärkte sich hier. Oftmals wurden nur nach einer kurzen Nachdenkpause oder auf Nachfrage einzelne Beispiele genannt, die Unwohlbefinden in der Arbeit hervorrufen. Am häufigsten nannten die Interviewpartner_innen dabei **Anstrengung, Stress und Hektik**. Auslöser dafür sind verschiedene Umstände, die in den meisten Fällen alle Mitarbeiter_innen betreffen:

- Zu hoher Lärmpegel und damit einhergehend fehlende Rückzugsmöglichkeiten und Ruheräume: „[...] zum Beispiel, dass man darauf acht gibt, dass man nicht quer durch den gesamten Raum schreit und wenn man Musik hört, dass man dabei die Kopfhörer verwendet. Aber es ist ein Thema, an dem man immer wieder arbeiten muss, aufgrund der Raumsituation.“
- Personalmangel bei den betreuenden Mitarbeiter_innen: „Wenn wenig Besetzung da ist, dann sind auch die Betreuer mehr gestresst, oder wenn nur ein Betreuer da ist, der auf alle Gruppen aufpassen muss. Wenn dann jemand Probleme macht, dann wird es stressig. Das heißt, es wird stressig, wenn zu wenig Betreuer da sind. Die Betreuer versuchen es dann, einem nicht so zu zeigen, aber wir bekommen das schon auch mit.“
- Situationen, in denen Aggressivität oder Gewalt im Spiel ist: „Bei der Arbeit direkt fühle ich mich eigentlich immer wohl. Aber es gibt einen Kollegen, der auch einmal aggressiv gegenüber anderen wird. [...] dann bin ich schon vorsichtig. Es hat auch Situationen gegeben, wo ich dann nicht einmal mehr in Ruhe meine Arbeit machen konnte. Das stört schon sehr.“

- Besonders besorgte Angehörige: „Es gibt Stresssituationen, aber eher wenn von außen Einflüsse kommen. Das ist eher ein Thema, wobei das in der Werkstätte sehr selten der Fall ist. Zum Beispiel sehr besorgte Angehörige, die immer nachfragen. Das ist eher etwas, was mich unruhig werden lässt.“
- Umgang mit Aufträgen und Projekten: „[...] da geht es klassischer Weise meistens um irgendwelche Infrastrukturfragen, dass die verschiedenen Projekte schauen müssen, wer welche Ressourcen zur Verfügung hat und sich dann abstimmen müssen.“

Für die betreuenden Mitarbeiter_innen kommen dazu noch Belastungen durch intensive Pflege- und Betreuungssituationen und durch die Übernahme von Organisations- und Koordinationsaufgaben, insbesondere auf der leitenden Ebene: „Jetzt hat man dann schon öfters auch Tage dabei, wo man wirklich müde und erschöpft aus der Arbeit geht und denkt: ‚Bitte, was alles noch liegen geblieben ist. Was jetzt noch alles hereintrudelt.‘ Aber ich denke, wenn man das kommuniziert, dann ist das einmal gesagt, dann steht das da und dann passt das auch.“

Im Umgang mit Anstrengung, Stress und Hektik werden vielfältige Methoden angewandt:

- Individuelle Strategien, die in erster Linie auf Selbstverantwortung setzen (z. B. „Ich versuche, ruhig und cool zu bleiben.“, „Ich persönlich kann auch gut abschalten.“, „In der Regel sehe ich mich selbst in der Verantwortung, die Dinge zu lösen.“, „Grundsätzlich ist es bei mir so: Wenn ich ankomme, dann komme ich an. Das ist eine Strategie, die ich mir persönlich über die Jahre geschaffen habe.“);
- Gegenseitige Unterstützung der Mitarbeiter_innen (z. B. „Wenn ich Hilfe brauche, kann mir da ein Kollege helfen? Wenn das nicht geht, dann gehe ich zu einem Betreuer.“, „Da helfen wir zusammen. Da sage ich: ‚Bitte, können wir das in Ruhe angehen.‘“, „Wenn zum Beispiel einmal die Maus nicht funktioniert oder der Tisch irgendwie verstellt ist, dann wird das gleich von den Mitarbeitern gerichtet. Das passt eigentlich alles. Das sage ich schon ganz offen und ehrlich: das sind die besten Mitarbeiter, die man sich vorstellen kann.“);
- Hinzuziehung von professioneller Unterstützung (z. B. Supervision, psychologischer Fachdienst, ...);
- Aktivitäten, die entsprechenden Ausgleich schaffen (z. B. Spazierengehen, gemeinsamer Grillnachmittag, Physiotherapie, Yoga, ...);
- Laufende Reflexion und Kommunikation im Team (z. B. in regelmäßigen Diskussionsforen).

Im Interview wurde auch die **Kommunikation über das Wohlbefinden in der Arbeit** erörtert, d. h. inwieweit aktiv auf die Mitarbeiter_innen zugegangen wird und sie gefragt werden, wie es ihnen bei der Arbeit geht und ob Maßnahmen zur Steigerung des Wohlbefindens ergriffen werden sollen. Im Grunde gestaltet sich hier die Situation bei den vier Betrieben ähnlich. Von den betreuten Mitarbeiter_innen wird zwar berichtet, dass sich eher selten jemand direkt nach dem Wohlbefinden oder dem gesundheitlichen Zustand und etwaigen Maßnahmen zu deren Steigerung erkundigt, auf einer allgemeineren Ebene ist dies allerdings schon des Öfteren der Fall, etwa indem betreuende Mitarbeiter_innen nachsehen, ob alles passt und über auftretende Probleme offen gesprochen wird. Darüber hinaus ist zu erwähnen, dass die betreuten Mitarbeiter_innen Fragen des Wohlbefindens laufend untereinander besprechen und danach selbst an die betreuenden Mitarbeiter_innen herantreten oder bei größeren Themen diese von den Interessensvertreter_innen in den Betrieben an die Leitung herangetragen werden.

Dass die Betriebe von außerhalb über das Wohlbefinden in der Arbeit oder betriebliche Gesundheitsförderung aktiv gefragt werden, ist ebenfalls eher selten der Fall. Vereinzelt passiert dies über Erhebungen der AUYA, Mitarbeiter_innenbefragungen zur psychischen Belastung oder den Besuch von Seminaren und Vorträgen – wobei dies im Regelfall nur die betreuenden Mitarbeiter_innen betrifft. Inklusive Erhebungen und Befragungen von außen, wie sie etwa von Proqualis im Rahmen eines Projekts mit dem Diakoniewerk durchgeführt werden, sind bislang nur die Ausnahme.

2.5.3 Betriebliche Gesundheitsförderung

Die befragten Mitarbeiter_innen erwähnen in allen vier beteiligten Betrieben eine Reihe von bestehenden Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, wobei hier in den drei Werkstätten der Diakonie mehr Angebot besteht. Manche der Maßnahmen werden dabei nur für die betreuenden Mitarbeiter_innen, manche nur für die betreuten Mitarbeiter_innen angeboten, ein Teil auch inklusiv für alle Mitarbeiter_innen.

Eine erste Maßnahme betrifft die Unterstützung des gesetzlichen Arbeitnehmer_innenschutzes, der zur **Verhinderung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten** beitragen soll. Im Rahmen des Präventionsansatzes der sozialen Krankenversicherung werden von der AUYA betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen gesetzt. Sie zeigen sich in den beteiligten Betrieben beispielsweise durch regelmäßige Evaluierungen arbeitsbedingter psychischer Belastungen oder Beratungen zur Gestaltung menschengerechter Arbeits- und Umgebungsverhältnisse.

Fragen der **Arbeitsplatzgestaltung und Ergonomie** werden auch mit Physiotherapeut_innen besprochen, die für die betreuten Mitarbeiter_innen in den Betrieben im Einsatz sind. Dies ist u. a. sinnvoll, da dadurch besser auf deren individuelle Bedürfnisse abgestellt werden kann: „Dadurch dass jede Beeinträchtigung [...] so verschieden ist, kann man das eigentlich nicht von Arbeitsplatz zu Arbeitsplatz durchziehen, sondern man muss das ganz individuell anschauen, was für denjenigen passt und was nicht.“ Aus ergonomischer Perspektive ist auch die Unterstützung durch technische Hilfsmittel ein wichtiges Thema, etwa wenn es um die Ausstattung mit Tischen, Sesseln, Computern, Tastaturen, Lesegeräten und ähnlichem geht. Fehlende finanzielle Mittel sind dabei ein erhebliches Problem, gerade wenn es um die Beschaffung von modernen technischen Hilfsmitteln geht. In einem Interview wird in diesem Zusammenhang die Bedeutung der eigenen Kreativität hervorgehoben, um alternative Lösungen zu entwickeln: „Vor einem Jahr gab es das Beispiel, wo eine Mitarbeiterin gekommen ist und gesagt hat: ‚Ich möchte mir selbst die Schuhe anziehen können, zumindest die Hausschuhe.‘ Und da werden wir dann einfach kreativ. Da haben wir eine Kiste aufgebaut, damit der Fuß nicht wegrutschen kann, haben einfach Leisten rundherum geklebt. Mittlerweile kann sie die Hausschuhe selbst anziehen.“

Physiotherapeut_innen unterstützen die Betriebe auch im Bereich der **Bewegungsangebote**, die eine wichtige Rolle spielen. Neben Information und Beratung geht es dabei vor allem um die unterstützende Therapie bei Bewegungsabläufen, die sich zwischen „bestehende Mobilität erhalten“ und „neue Bewegungen erlernen“ aufspannt. Bewegung ist in den Betrieben oftmals auch auf einer allgemeinen Ebene in den Arbeitsalltag integriert. Dies reicht von der Übernahme einzelner Botengänge bis hin zum Spazierengehen: „Es sind oft Leute dabei, die einmal rausgehen möchten, eine Runde [...] gehen. Das wird dann schon auch getan, einmal frische Luft schnappen, weil dann fühlt man sich wieder wohler.“ Ebenfalls angeboten werden besondere **Freizeitaktivitäten**, wobei sich hier mitunter das Problem ergibt, dass die Eltern der betreuten Mitarbeiter_innen dies als unpassend für diese empfinden. Bei betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen, die auf Inklusion abzielen, sollte daher immer auch über eine etwaige Miteinbeziehung von Eltern oder Erwachsenenvertreter_innen nachgedacht werden. In den Werkstätten des Diakoniewerks besteht über den Betriebsrat eine besondere gesundheitsfördernde Maßnahme, die allerdings nur den betreuenden Mitarbeiter_innen offen steht: eine professionelle Massage, die vor Ort im Betrieb wahrgenommen werden kann und deren erste Anwendungen vergünstigt sind.

Für die betreuenden Mitarbeiter_innen in den Werkstätten des Diakoniewerks besteht die Möglichkeit, sich laufend **Unterstützung in Fragen der Pflege und Betreuung** zu holen. Dies reicht von telefonischer Beratung bis hin zu Weiterbildungsmöglichkeiten und Seminaren (z. B. Kinästhetik, Betreuungskonzepte, ...). Inklusive Seminare, etwa zum Thema Gesundheit, oder gemeinsame Besuche von Fachmessen, um sich über neue Unterstützungsmöglichkeiten zu informieren, stellen für alle beteiligten Betriebe weitere Maßnahmen dar, die dem Erhalt und Ausbau von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz dienen.

Wenn es um betriebliche Gesundheitsförderung in den beteiligten Betrieben geht, ist auch das Thema **Ernährung** von zentraler Bedeutung: Von wo wird das Essen bezogen? Sind die Portionen ausreichend? Gibt es genügend Beilagen? Wird auch klassische österreichische Küche angeboten? Wie soll mit der Zunahme von Softdrinks und Fertiggerichten umgegangen werden? Wie ist eine ausgewogene und gesunde Ernährung für alle Mitarbeiter_innen denkbar, ohne diese zu bevormunden? Wenngleich auf gesunde und ausgewogene Ernährung in allen beteiligten Betrieben Wert gelegt wird, gestaltet sich das tatsächliche Angebot – vor allem situationsbedingt – unterschiedlich. Es reicht vom klassischen Obstkorb über gemeinsame Kochtage bis hin zur Belieferung mit Essen durch den hauseigenen Betrieb, der das Zertifikat „Gesunde Küche“ trägt.

Ein weiteres großes Thema im Kontext von betrieblicher Gesundheitsförderung stellt der **Umgang mit Lärm** dar. Abgesehen von wenig beeinflussbaren Lärmquellen wie beispielsweise Baustellen in unmittelbarer Nähe ist damit auch die direkte Beeinflussung des Arbeitsplatzumfeldes angesprochen, etwa durch aufmerksamen und respektvollen Umgang miteinander, wenn es um die Vermeidung von Lärm geht, oder durch die lärmreduzierende Gestaltung von Büroflächen und Werkstätten, die im Normalfall von mehreren Mitarbeiter_innen gleichzeitig genutzt werden. Ähnlich wie bei den technischen Hilfsmitteln sind hier Umgestaltungsmaßnahmen durch fehlende finanzielle Ressourcen nur selten möglich.

In den Interviews werden noch **weitere Maßnahmen** genannt, die zu einem Mehr an Wohlbefinden und Gesundheit beitragen. Dazu zählen so unterschiedliche Maßnahmen wie die Einhaltung regelmäßiger Pausen, die Möglichkeit der Inanspruchnahme von Supervision (für die betreuenden Mitarbeiter_innen), Unterstützungsangebote zum Umgang mit Gewaltsituationen oder die Bestellung von Sicherheitsvertrauenspersonen (die laut Gesetz für Betriebe mit regelmäßig mehr als zehn Arbeitnehmer_innen verpflichtend zu bestellen sind).

Dass betriebliche Gesundheitsförderung grundsätzlich auch in einem weiteren Kontext zu sehen ist, kommt in einem Interview gut zum Ausdruck. Wohlfühlen in der Arbeit wird dort mit Themen wie eigener Wohnraum, eigenständige Mobilität oder selbstbestimmte Sexualität in Verbindung gebracht.

Gefragt wurde auch nach den **Beteiligungsmöglichkeiten bei der Umsetzung von gesundheitsfördernden Maßnahmen** in den Betrieben. In den Antworten finden sich dazu durchwegs positive Meinungen. Berichtet wird etwa von offenen Organisationskulturen, die es in diesem Zusammenhang ermöglichen, sich einbringen zu können. Unterstützt wird dies u. a. durch die gut organisierten Interessensvertreter_innen, die Anliegen der betreuten Mitarbeiter_innen gezielt einbringen. Die Mitarbeiter_innen entscheiden grundsätzlich auch selbst, wer an gesundheitsfördernden Maßnahmen teilnehmen möchte und wer nicht (z. B. Bewegungsangebote, Yoga-Kurse, ...). Einzelne Entscheidungen werden aus organisatorischen Gründen allerdings zentral getroffen, etwa die Entscheidung, von wo das Essen bezogen wird.

2.5.4 Stärkung des eigenen Wohlbefindens in der Arbeit

Anschließend an das eigene Wohlbefinden bzw. Unwohlbefinden in der Arbeit, wurde in den Interviews auch darüber reflektiert, was sich die befragten Mitarbeiter_innen wünschen würden, um sich in der Arbeit noch wohler zu fühlen. Das bereits dort feststellbare hohe Wohlbefinden in der Arbeit ist auch hier deutlich wahrnehmbar.

Die geäußerten Wünsche zur Stärkung des eigenen Wohlbefindens in der Arbeit sind dabei selbstverständlich auch von den gegebenen Rahmenbedingungen abhängig, die sich von Betrieb zu Betrieb unterscheiden. Sie beziehen sich vor allem auf die **Behebung von personellen Engpässen**, die **Verbesserung der räumlichen Situation** (zusätzliche Räume für Einzelgespräche, Rückzugsmöglichkeiten, neues Mobiliar, das den Anforderungen nach Ergonomie und Funktionalität gerechter wird), **mehr Freizeitangebote** (z. B. Tagesausflüge, Schwimmen gehen, ...) und die **Förderung von Vernetzung und Austausch**, etwa durch projekt- und gruppenübergreifende Aktivitäten.

In einer zusätzlichen Frage wurde versucht, neben dem eigenen Wohlbefinden in der Arbeit auch das Wohlbefinden für alle Mitarbeiter_innen im Betrieb zu berücksichtigen: „Stellen Sie sich vor, Sie sind der Chef hier und Sie hätten ausreichend Geld zur Verfügung: Was würden Sie machen, damit es allen hier noch besser geht und damit sich alle hier noch wohler fühlen?“ Die Antworten auf diese Frage unterscheiden sich allerdings nur marginal von jenen zur Stärkung des eigenen Wohlbefindens. Auch hier würde es um zusätzliches Personal, mehr Raum, verbesserte Infrastruktur und mehr Freizeitangebote gehen. Dazu würden einige Interviewpartner_innen verstärkt in **Therapiematerial und Hilfsmittel** investieren, um den betreuten Mitarbeiter_innen ein selbstbestimmteres Arbeiten und Leben zu ermöglichen.

2.5.5 Ratschläge für den „Gesundheit inklusiv“-Prozess

In einer abschließenden Frage wurden Ratschläge für den anstehenden „Gesundheit inklusiv“-Prozess in den vier beteiligten Betrieben eingeholt. Die Antworten liefern wertvolle Erkenntnisse, auf was von den Projektverantwortlichen in diesem Zusammenhang besonders geachtet werden sollte:

- bei den betreuten Mitarbeiter_innen nachfragen, ob alles verstanden wurde: „Man spricht über ein Thema oder macht etwas aus und man ist sich sicher: ‚Ok, die Person hat das verstanden‘, aber zwei Tage später spricht man nochmals darüber und die Person hat keine Ahnung von dem. Es ist sicher eine gute Möglichkeit, dass man das ein paar Mal wiederholt und dann auch aufschreibt und gemeinsam noch einmal durchgeht.“;
- sich immer individuell genau ansehen, wie das Befinden der betreuten Mitarbeiter_innen ist: „Es gibt manche Phasen, wo es allen voll gut geht, wo alle ausgeglichen sind, und wenn das nicht der Fall ist, dann werden das die Betreuer_innen vor Ort sicher auch sagen. Es gibt dann eventuell einige, die euphorisch sagen: ‚Ja, da bin ich jetzt voll dabei!‘, aber die Stimmung kann dann doch auch schnell einmal kippen. Da muss sich der Betreuer einfach einschalten können und sagen: ‚Nein, heute vielleicht nicht.‘“;
- mehr Bewusstsein für das Thema „gesunde Ernährung“ schaffen: „Die Gewichtszunahme mit dem Essen und Trinken in Verbindung bringen, ist ein heikles Thema. Es muss jeder für sich entscheiden, was er isst und was er trinkt. Wir versuchen dann, zu vermitteln, dass gesüßtes Wasser trotzdem etwas mit dem Körper macht. Da stehen wir gerade ziemlich an. Das ist vor allem durch die jungen MitarbeiterInnen zum Thema geworden.“;
- auch die bereits bestehenden Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung gut hervorheben: „Es ist schon auch wichtig, darauf zu schauen, was gut läuft und ich befürchte tatsächlich, dass das ein wenig zu kurz kommt.“;
- den Fokus auf die Arbeitswelt nicht verlieren: „Menschen mit Lernschwierigkeiten sind seit 2012 am ersten Arbeitsmarkt angestellt. Vorher gab es nur die Werkstatt. Der Betreuungskontext ist teilweise noch im Wohnen gegeben, teilweise nicht. Früher war die Trennung zwischen Wohnen und Arbeiten weniger. Wir haben in der Arbeit mit den MitarbeiterInnen gemerkt, dass es nicht einfach war, das zu klären, was Arbeit ist und was Privat ist, wenn es zum Beispiel um Arbeitszeit geht. Und hier die Trennung zu finden, das wird auch eine Herausforderung.“;
- grundsätzlich eine umfassende Beteiligung und die nachfolgende Umsetzung sicherstellen: „So wie es jetzt läuft, finde ich das sehr gut [...] Ich würde mir wünschen, dass das Papier, das dann entsteht, man auch selbst bekommt und dass dann auch gemacht wird.“;
- die Umsetzung selbst bereits während des Prozesses gut mitplanen: „[...] es wird natürlich die Organisationsstruktur betreffen. Am Ende wird es immer um die Frage gehen, wer was entscheidet. Mit den Projekten und Gruppen, die nebeneinander laufen, und dem Gesamten, das irgendwie drüber liegt [...] wird das natürlich interessant, wie dann ein Prozess, der die gesamte Organisation umfasst, auch umgesetzt wird.“;
- bei der Entwicklung des Instruments gut überlegen, wie dieses nachher angewendet werden kann: „[...] sehe ich auch die Schwierigkeit, wie man das messen kann. [...] was bleiben wird, ist meiner Meinung nach der Bezugsbetreuer, also der Mitarbeiter ohne Beeinträchtigung, der den Menschen mit Beeinträchtigung gut kennt und tagtäglich begleitet. Der kann genau sagen, was das heißt, wenn sich die Lippen nur einen Millimeter bewegen. Das wird nicht ausbleiben.“

3 Phase II: Inklusiver BGF-Prozess mit externer Begleitung

3.1 Analyse der Projektdokumentation

Mitte November 2018 wurden von der Projektleitung einzelne Dokumente bereitgestellt, die im Zuge der ersten Phase erstellt wurden. Aus Sicht der externen Evaluierung ergeben sich dazu folgende Erkenntnisse:

- **Bewertungsbericht über die vorhandenen Instrumente:** In einem 50-seitigen Dokument, das im April 2018 erstellt wurde, findet sich eine Sichtung und Bewertung von vier Instrumenten der betrieblichen Gesundheitsförderung: Kombinationsfragebogen Arbeit und Gesundheit (Kombi-AG), BGF-Kompass, soziogenetische subjektive Arbeitsanalyse (SALSA) und Kurz-Fragebogen zur Arbeitsanalyse (KfzA) sowie eine Auswahl und Ergänzung von Indikatoren. Dargestellt werden auf zwei Seiten die Aufgabenstellung, die Vorgehensweise, die Ergebnisse und eine kurze Zusammenfassung. Den größten Teil des Dokuments nimmt ein Anhang ein, der einerseits aus der Darstellung der wichtigsten Themengebiete und Indikatoren der vier BGF-Instrumente besteht, andererseits eine thematisch gegliederte Übersicht der für die weitere Auswahl vorgeschlagenen Dimensionen und Erhebungsinstrumente enthält. Abschließend findet sich eine Liste mit offenen Fragen und Aufgaben. Das Dokument ist gut strukturiert, vor allem der Anhang ist sehr detailliert ausgearbeitet und bietet damit eine gute Grundlage für die Adaption eines BGF-Instruments für das Projekt „Gesundheit inklusiv“, wobei im Bewertungsbericht festgehalten ist, dass als erste Wahl vorrangig auf die Erhebungsdimensionen des BGF-Kompasses zurückgegriffen werden sollte.
- **Überprüfung und Ergänzung der im Arbeitspaket 1.1 ausgewählten Indikatoren:** Der im August 2018 erstellte Bericht folgt in der Struktur jenem des Bewertungsberichts über die vorhandenen Instrumente. Auf eineinhalb Seiten werden kompakt Aufgabenstellung, Vorgehensweise, Ergebnisse und Zusammenfassung dargestellt. Im Jänner 2019 wurde der Bericht um einen Anhang ergänzt, der den Ablauf und Fragestellungen zu den Fokusgruppen darstellt.
- **Entwicklungs- und Ergebnisbericht der neuen Instrumente:** Der im November 2018 angefertigte Bericht gibt die Aufgabenstellung, Vorgehensweise, Ergebnisse und Zusammenfassung wieder, die in Zusammenhang mit der Entwicklung des leicht verständlichen Fragebogens stehen. Im Anhang des Berichts findet sich der neu entwickelte Fragebogen, der auf 13 Seiten insgesamt leicht verständliche 71 Fragen zu Gesundheit und Arbeit enthält.
- **Testprotokolle zum neu entwickelten Erhebungsinstrument:** Ebenfalls im November 2018 angefertigt, enthält dieses Dokument auf einer Seite die Aufgabenstellung, Vorgehensweise, Ergebnisse und Zusammenfassung zum Test des adaptierten Instruments bei den Zielgruppen (Prüfung der Leicht-Lesen-Übersetzung und des gewählten Layouts).

Alle Dokumente folgen einer einheitlichen Struktur und stellen in kompakter und nachvollziehbarer Form die Aufgabenstellung, Vorgehensweise und Ergebnisse dar, die bei einzelnen Meilensteinen des Projekts erreicht wurden. Außerdem wurde ein einseitiges **Statement zum aktuellen Evaluierungsbericht** verfasst, das insbesondere auf die Integration der Vorschläge des Fachbeirats eingeht.

3.2 Fokusgruppendifkussion mit Projektleitung (KI-I)

Zu Beginn der zweiten Phase wurde mit der Projektleitung in einer einstündigen Fokusgruppendifkussion über den Projektfortschritt reflektiert. Da die bisherige Projektleiterin, Dipl.-Ing.ⁱⁿ Birgit Peböck, kurz vor Beginn der zweiten Phase ihre Arbeit am Kompetenznetzwerk KI-I beendet hat, wurde die Projektleitung von der bisherigen Projektmitarbeiterin Mag.^a Karina Lattner übernommen. So wie an der ersten Fokusgruppendifkussion nahm auch dieses Mal Rene Morwind, Evaluator bei Proqualis und Projektmitarbeiter bei „Gesundheit inklusiv“, teil.

Der **Wechsel in der Projektleitung** wurde in der Fokusgruppendifkussion zu Beginn besprochen. Obwohl er überraschend kam, konnte er nach Angabe der Projektleitung relativ problemlos bewältigt werden, da alle Materialien und Dokumente gut aufbereitet waren und Dipl.-Ing.ⁱⁿ Birgit Peböck auch nach ihrem Ausscheiden aus dem Kompetenznetzwerk KI-I noch ihr Know-how zur Verfügung gestellt hat. Außerdem wurde eine neue Mitarbeiterin hinzugezogen, welche die Position von Mag.^a Karina Lattner als Projektmitarbeiterin einnimmt. Als problematischer wurde der **Ausstieg des Instituts für Gesundheitsplanung (IGP)** im September 2018 aus dem Projekt erachtet, bedingt durch dessen folgende Auflösung. Begegnet wird dieser Herausforderung, indem Teile des Projekts von ehemaligen Mitarbeitern des IGP übernommen werden.

In der Fokusgruppendifkussion wurde die **erste Projektphase** reflektiert, wobei vor allem auf die acht Arbeitspakete, die begleitende Öffentlichkeitsarbeit und die Zusammenarbeit mit dem Fachbeirat eingegangen wurde:

- Das **Arbeitspaket 1.1 „Sichtung und Bewertung vorhandener Materialien, Methoden und Instrumente der BGF“** wurde noch im Februar 2018 abgeschlossen und bereits bei der ersten Fokusgruppendifkussion im März 2018 behandelt. In seinem Rahmen erfolgte eine Untersuchung der vier etablierten und geprüften Instrumente der betrieblichen Gesundheitsförderung Kombi-AG, BGF-Kompass, SALSA und KfzA. Die erste Wahl fiel dabei auf den BGF-Kompass.
- Alle in Arbeitspaket 1.1 ausgewählten Indikatoren wurden daran anschließend im Rahmen des **Arbeitspakets 1.2 „Überprüfung und Ergänzung der im Arbeitspaket 1.1. ausgewählten Indikatoren“** auf ihre Anwendbarkeit auf die Zielgruppe überprüft: Welche Dimensionen gibt es? Was wird mit dem Instrument abgefragt? Inwieweit bietet er sich für die Zielgruppe bei „Gesundheit inklusiv“ an? Dazu wurden u. a. moderierte Fokusgruppen in den vier beteiligten Organisationen durchgeführt. Dabei stellte sich heraus, dass zwar die zuvor identifizierten Themenbereiche und Indikatoren auch in den Fokusgruppen eine wichtige Rolle spielten, es jedoch einer inhaltlichen Erweiterung um weitere Themenbereiche wie Barrierefreiheit, Kommunikation und Selbstkompetenz (Umgang mit Mobbing, Konflikten und Gewalt) bedarf. Darüber hinaus zeigte sich, dass der BGF-Kompass aufgrund seiner Komplexität wenig geeignet für den geplanten Einsatzzweck ist. Dadurch wurde der Fokus verstärkt auf den KfzA gerichtet. Wesentliche Dimensionen des BGF-Kompass wurden jedoch als Basis für die Entwicklung des BGF-Instruments festgehalten.
- Im **Arbeitspaket 1.3 „Übersetzung vorhandener Materialien in Leicht Lesen“** erfolgte eine Übersetzung des KfzA in Leicht Lesen A2, aber auch von weiteren Materialien wie beispielsweise Präsentationsfolien für die BGF-Prozesse, Dokumenten für die Sensibilisierungsphase in den beteiligten Organisationen oder wissenschaftlichen Unterlagen (z. B. das Determinanten-Modell nach Whitehead und Dahlgren).
- Im Zuge des **Arbeitspakets 1.4 „Anpassung vorliegender Instrumente und Materialien an die Bedürfnisse der Zielgruppe“**, das ursprünglich von März bis April 2018 angesetzt war, kam es durch die Abklärung von Lizenzfragen zu einer mehrmonatigen Verzögerung. Obwohl die Übersetzung und zusätzliche Materialien wie beispielsweise Beobachtungsbögen bereits vorlagen, konnte keine Einigung mit dem Lizenzgeber erzielt werden. Schlussendlich wurde erst Anfang September 2018 die Entscheidung getroffen, stärker auf die Indikatoren der in Arbeitspaket 1.1 gesichteten Instrumente und der identifizierten Themenbereiche auszuweichen. Die Arbeitspakete 1.2 und 1.3 wurden im September 2018 erledigt, womit eine Entwicklung eines Instruments in Leicht Lesen A2 und die Ausarbeitung eines Beobachtungsbogens einherging.

- Das im ursprünglichen Konzept von April bis Juli 2018 vorgesehene **Arbeitspaket 1.5 „Entwicklung neuer Instrumente“** konnte nicht in der geplanten Form realisiert werden. Neben den oben genannten Gründen trug dazu auch durch eine vom Fördergeber vorgegebene Beschränkung der wissenschaftlichen Phase auf ein halbes Jahr bei (siehe dazu Kapitel 2.3). Im Bericht zum Arbeitspaket 1.1, der im November 2018 zur Verfügung gestellt wurde, finden sich im Anhang jene Indikatoren bzw. Dimensionen wieder, die als Grundlage für das BGF-Instrument im Projekt „Gesundheit inklusiv“ dienen sollen. Sie basieren zum überwiegenden Teil auf dem BGF-Kompass, ergänzt um Indikatoren bzw. Dimensionen aus dem KfzA, dem Kombi-AG und weiteren Tests und Befragungen, die nach Einschätzung des KI-I für die Zielgruppe relevant sind (z. B. WHO-5-Wohlbefindens-Index 1998, Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens (FEG) von Dlugosch und Krieger 1995, Österreichische Gesundheitsbefragung A-THIS 2014 (Patient Health Questionnaire PHQ-8), Life-Oriented-Tests (LOT-R) von Scheier, Carver und Bridges 1994, Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugung zu Krankheit und Gesundheit (KKG) von Lohaus & Schmitt 1989, Fragebogen zur Erfassung gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugung (FEGK) Ferring und Filipp 1989, ...). Bei der weiteren Integration der Indikatoren und Dimensionen sollte sichergestellt werden, dass es zu keinen lizenz- oder urheberrechtlichen Problemen kommt.
- Für das **Arbeitspaket 1.6 „Entwicklung eines inklusiven Ablaufplans“** wurden gegen Ende der ersten Phase entsprechende Vorbereitungsarbeiten getroffen, insbesondere hinsichtlich der Entwicklung eines Leitfadens für den Einsatz des Instruments. So wurden u. a. aus dem PartKommPlus-Projekt „GESUND!“ Quiz- und Spielformate zu Themen wie Bewegung, Herz-Kreislauf oder Ernährung für Menschen mit Lernschwierigkeiten in den Leitfaden integriert, die später auch zum Download bereitgestellt werden sollen. Ein inklusiver Ablaufplan als gesamtes liegt noch nicht vor, allerdings wurden entsprechende Überlegungen für die Durchführung des BGF-Prozesses in den beteiligten Organisationen angestellt, etwa hinsichtlich der Beteiligungsmöglichkeiten für Mitarbeiter_innen, die verbal nicht befragt werden können (geplant ist hier die Anwendung von Beobachtungsbögen), Mitarbeiter_innen, die nicht lesen können oder ein geringes Sprachverständnis haben, oder die Fragebögen aufgrund von körperlichen Beeinträchtigungen nicht mit Papier und Bleistift ausfüllen können (geplant ist hier die Unterstützung durch geschulte Personen von Proqualis direkt bei der Befragung und die Möglichkeit, den Fragebogen als ausfüllbares PDF auszufüllen).
- Das **Arbeitspaket 1.7 „Textprüfungen Leicht Lesen“** wurde im Rahmen der Entwicklung des neuen Erhebungsinstruments in das Arbeitspaket 1.4 integriert. Aufgrund der zeitlichen Verzögerungen konnte das **Arbeitspaket 1.8 „Testung der Instrumente und Methoden mit der Zielgruppe“**, ursprünglich im August und September 2018 geplant, nicht mehr durchgeführt werden: „Es gibt keine Testphase. Der Test ist die Befragung. Da muss man dann wirklich schauen, wie das funktioniert. Wir haben uns das vorher gut überlegt. Wir haben hier auch in der Steuerungsgruppe mit den Einrichtungsleiter_innen darüber reflektiert. Die wissen genau, welche Anforderungen es für die Befragungen braucht.“ In der Fokusgruppendifkussion wird ergänzend erwähnt, dass die langjährige Erfahrung bei Proqualis ebenfalls dazu beitragen sollte, dass es hier zu keinen Komplikationen kommen wird. Bereits in der ersten Phase wurde wie geplant mit der **begleitenden Öffentlichkeitsarbeit** begonnen. Das Projekt „Gesundheit inklusiv“ wurde im Februar 2018 im Newsletter des Netzwerks Betriebliche Gesundheitsförderung, im Mai 2018 bei der 21. wissenschaftlichen Tagung der Österreichischen Gesellschaft für Public Health in Wien, im Juni 2018 bei einem Workshop im Rahmen der 20. Österreichischen Gesundheitsförderungskonferenz in Wien und im Juli 2018 bei zwei Tracks des IKT-Forums in Linz vorgestellt. Weitere Präsentationen in den nächsten Monaten sind bereits in Planung und werden laufend ins Auge gefasst. Die Publikation in Fachmedien und die Veröffentlichung von Beiträgen in Medien, die sich an allgemeines Publikum richten, ist für einen späteren Zeitpunkt vorgesehen, wenn erste Ergebnisse vorliegen. Erste Veröffentlichungen Außerdem wird eine ca. 15- bis 20-seitige Begleitbroschüre geplant, in der Prozess und Umsetzung des Projekts dokumentiert werden sollen.
- Beim ersten **Treffen des Fachbeirats** wurden von dessen Mitgliedern zahlreiche Ratschläge abgegeben, wenngleich diese aus Sicht der Projektleitung in vielen Fällen aufgrund fehlender zeitlicher und finanzieller Ressourcen nicht umsetzbar sind. Ein zweites Treffen des Fachbeirats ist zu Beginn der zweiten Phase geplant. Während der gesamten Projektdauer sind drei Treffen vorgesehen.

Die zweite Hälfte der Fokusgruppendifkussion war der folgenden, **zweiten Projektphase** gewidmet, die von Oktober 2018 bis Juni 2020 läuft. Bei ihr geht es um die Umsetzung der inklusiven betrieblichen Gesundheitsförderung mit externer Begleitung beim Kompetenznetzwerk KI-I und in den drei Werkstätten des Diakoniewerks. Unterteilt ist die zweite Projektphase in sechs Arbeitspakete:³

- Im **Arbeitspaket 2.1 „Ist-Analyse“** (Oktober - Dezember 2018) wird das entwickelte Instrument verwendet, um Befragungen und Beobachtungen durchzuführen. Die Abläufe bei den vier beteiligten Organisationen finden dabei unabhängig voneinander statt, wobei allerdings darauf geachtet wird, dass sie komplett gleich sind und dasselbe gemacht wird. Besonderer Wert wird auf die Dokumentation der Ist-Analyse in den beteiligten Organisationen gelegt, für die es jeweils eine zuständige Person pro Organisation gibt und Fragen auf Antworten wie diese liefern soll: Wie ist es mit dem Instrument gegangen? Haben die Methoden für die Sensibilisierung funktioniert? Wo hat es Probleme gegeben? Wo war die Umsetzung nicht klar? Basierend auf den Auswertungen wird anschließend ein Gesundheitszirkel gebildet, in dem die Ergebnisse aus diesem Arbeitspaket analysiert werden.
- Der daraus resultierende Bericht wird im **Arbeitspaket 2.2 „Planung“** (Januar - März 2019) verwendet, um zu überlegen, welche Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung für eine Umsetzung in den beteiligten Organisationen potenziell in Frage kommen könnten.
- In den Steuerungsgruppe der einzelnen Pilotbetriebe wird dann im Rahmen des **Arbeitspakets 2.3 „Maßnahmen werden erarbeitet“** (April - Juni 2019) entschieden, welche Maßnahmen tatsächlich umgesetzt werden sollen. Dabei werden im Sinne der Partizipation auch die Mitarbeiter_innen mit Lernschwierigkeiten in die Entscheidungsfindung mit einbezogen.
- Von Jänner bis Juni 2020 (ursprünglich geplant von Oktober bis Dezember 2019, Veränderung durch Verlängerung der Umsetzungsphase und durch COVID-19) folgt das **Arbeitspaket 2.4 „Evaluation der BGF-Prozesse“**, eine interne Evaluierung der vorangegangenen BGF-Prozesse.
- Das **Arbeitspaket 2.5 „Dokumentation“** (April 2020, ursprünglich geplant für Jänner 2020) beinhaltet vor allem die Zusammenführung der Dokumentation.
- Über die gesamte Dauer der Projektphase 2 hinweg zieht sich das **Arbeitspaket 2.6 „Aufbau von Beratungs-Know-how für inklusive BGF-Prozesse“**. Eine Beraterin, die im BGF-Prozess begleitend eingesetzt wird, hat in diesem Zusammenhang bereits eine Einschulung erhalten, um in der Moderation und Dokumentation des Prozesses leichte Sprache anzuwenden. Angedacht ist außerdem nach wie vor, dass sich auch in den Einrichtungen selbst Personen in Richtung einer BGF-Beratung qualifizieren können.

³ Zu einem späteren Zeitpunkt wurde ein zusätzliches Arbeitspaket „Umsetzung der Maßnahmen“ zwischen 2.3 und 2.4 eingefügt.

3.3 Qualitative Interviews mit Mitgliedern des Fachbeirats

Mitte Juli 2019 wurde mit den vier Mitgliedern des Fachbeirats, Alfred Grausgruber, Renate Hackl, Alfred Prantl und Bettina Stadlmayr, eine zweite Serie an qualitativen Interviews durchgeführt. Der Interviewleitfaden umfasste dabei folgende Punkte:

- eine Einschätzung zum bisherigen Projektverlauf;
- die Bitte um Kommentare zur Analyse der Themenbereiche „Inklusion in der betrieblichen Gesundheitsförderung“, „gesundheitliche Chancengerechtigkeit“, „Partizipation im Projekt“, „Einbindung von Entscheidungsträger_innen“, „Hinderliche Faktoren“ sowie „Sicherstellung von Nachhaltigkeit“, die auf Basis der ersten Interviewserie vom Juni 2018 ausgearbeitet wurde;
- eine Frage nach weiteren wichtigen Hinweisen für den Projektverlauf.

3.3.1 Einschätzung zum bisherigen Projektverlauf

Die erste Frage an die Fachbeiratsmitglieder lautete: „Wie ist Ihre Einschätzung zum Projekt ‚Gesundheit inklusiv‘ derzeit im Allgemeinen? Inwieweit verläuft alles nach Plan? Haben Sie irgendwelche unerwarteten Probleme mitbekommen, die den weiteren Projektverlauf in Gefahr bringen könnten?“

Informationen erhielten die Beiratsmitglieder in den letzten Monaten im Rahmen der zweiten und dritten Fachbeiratssitzung, die Anfang Februar bzw. Ende Juni 2019 abgehalten wurden. Kritisch angemerkt wird dabei in einem Interview in diesem Zusammenhang, dass bei der Fachbeiratssitzung Ende Juni nur zwei der vier Fachbeiratsmitglieder anwesend waren.⁴

Die **personellen Änderungen in der Projektleitung** wurden von allen Fachbeiratsmitgliedern in den Interviews erwähnt, wobei durchgängig die Meinung vertreten wird, dass der Übergang gut bewältigt wurde: „Dort wurde eben berichtet, dass es eine Änderung in der Leitung des KI-I bzw. in weiterer Folge dann auch beim Projekt gab. Die Personen, die das präsentiert haben, haben aber einen kundigen und engagierten Eindruck gemacht. Mein Eindruck war, dass nach der Verarbeitung der Überraschung und der neuen Aufgaben, die damit aufgetreten sind, das neue Team das eigentlich ganz gut im Griff hat.“ Die Fachbeiratsmitglieder stimmen auch darüber ein, dass das Projekt nach wie vor weitestgehend nach Plan verlaufen würde, wiewohl eine Ausweitung der Maßnahmenanwendung von Oktober 2019 auf Januar 2020 erfolgen musste (Zweitbefragungen in den beteiligten Betrieben⁵).

Alfred Prantl merkt im Interview an, dass man im Rahmen des Projekts auf den **Inklusionsaspekt** besonders aufpassen müsse, „[...] dass nicht durch das Abhängigkeitsverhältnis, das von Natur aus besteht, eine Schiefelage entsteht. Auf der einen Seite, dass Mitarbeiter nicht die Kollegen, die sie unterstützen, beeinflussen, dass aber auch auf der anderen Seite die Menschen mit Beeinträchtigungen das Gefühl haben, dass die anderen Mitarbeiter auch offen dafür sind. Da sehe ich ein bisschen ein Problem.“ In ähnlicher Weise äußert sich Renate Hackl im Interview, indem sie auf die Schwierigkeiten bei der inklusiven Herangehensweise hinweist: „Man muss sich das überlegen. Man hat sich gefragt, wie man die Workshops macht, dass es nur zu bestimmten Themen gemeinsame Workshops gibt und ansonsten gesondert. Dann dachte ich mir, dass das eigentlich nicht das ist, was wir unter inklusiv verstehen. Ist die Gesellschaft noch nicht so weit? Oder geht das in der Konstellation einfach überhaupt nicht, solange sich ein Betreuer als Betreuer versteht und nicht als Mitarbeiter in einer Organisation? Oder ist das dann schwierig zuzugeben, dass es belastend ist, mit Menschen mit Beeinträchtigung zu arbeiten, wenn der zufällig daneben sitzt?“

⁴ Laut Projektleitung hatten bei der Terminvergabe alle vier Fachbeiratsmitglieder den Termin für die Sitzung bestätigt.

⁵ Laut Projektleitung wurde diese Ausweitung der Maßnahmenumsetzung beim Steuerungsgruppentreffen beschlossen. Grund: Eine längere Umsetzungsphase bringt bei der Zweiterhebung aussagekräftigere Daten. Laut Expertise von Petra Nosek (ÖGK), Mag.a Birgit Küblböck (BGF-Beraterin) und Mag. Markus Peböck (ehem. Geschäftsführer des IGP, nunmehr selbstständiger Berater) war die zu Projektbeginn einberaumte Umsetzungszeit etwas zu kurz. Daher wurde sie verlängert. Dies hat allerdings keinen Einfluss auf den Verlauf des Projekts, d. h. alle anderen Arbeitspakete werden davon nicht beeinflusst.

Eine differenzierte Kritik auf drei verschiedenen Ebenen bringt Bettina Stadlmayr im Interview vor:

- **Standardisierbarkeit des entwickelten Instruments:** „Unser Zugang war es, dass wir dann neben dem Handbuch Instrumente haben, die wir nehmen können und allen unseren Beratern – da gibt es 20 davon in Oberösterreich – vorstellen und präsentieren, um sie zu schulen. Und die nehmen das mit, wenn sie es brauchen. Dann können sie sagen, sie haben in einer Reinigungsfirma eine bestimmte Gruppe an Mitarbeitern, bei denen wir die herkömmlichen Instrumente nicht einsetzen können und es wäre zielführender, wenn man diese leichter lesbaren Instrumente nimmt und einsetzt. [...] Jetzt habe ich aber ein Instrument, das so umgebaut wurde, dass ich für ein Instrument eine ganz neue Schiene bräuchte. Ich als Abteilungsleiterin habe aber nicht die Ressourcen, dass ich das Instrument parallel in einem Unternehmen einsetze, dass ich eine Parallelstruktur zur Analyse aufbaue.⁶ Das wird spannend, wie man das löst. Jetzt hat man ein Befragungsinstrument, aber wie bringt man das in eine standardisierte Struktur? [...] Und wie wertet man das aus? Wie führt man das zusammen, wenn man zwei Belegschaftszielgruppen hat und die einen das normale machen und die anderen die abgewandelte Version? Was braucht man? Welche Personen können das auswerten? Gibt es ein Handwerkzeug dazu? Kann das nur das KI-I auswerten? Muss man sich das dann dazukaufen? Gibt es einen Anspruch auf das Instrument? Wem gehört es? Das sind Fragen, die für mich offen sind.“
- **Innovationsgehalt des entwickelten Instruments:** „Da ist sehr viel Standard, was wir schon haben. Die Befragung ist drinnen, die Photo-Voice-Methode ist kurz beschrieben, das besondere Modell des Gesundheitszirkels. Dafür hätte ich aber das Projekt nicht gebraucht, um auf dieses Modell zu kommen. Mich freut es besonders, dass es so gut in den Betrieben ankommt, mich freut es, dass die Betriebe auch viel umsetzen. Da passiert durchaus was. Ich habe mir das angesehen, wo ich auch denke, dass das in eine gute und richtige Richtung geht. Ich bin ganz optimistisch, dass diese Betriebe alle das Gütesiegel der betrieblichen Gesundheitsförderung erhalten. Da denke ich, dass wir es gut schaffen werden. Die Frage ist aber, und das ist der zentrale Punkt: Inwieweit ist das dann nachhaltig? Wie weit können wir das dann übernehmen? Das ist für mich auch eine große Bitte an die Projektleitung: Was können wir aus diesem Projekt anderen Betrieben zur Verfügung stellen? Und unter welchen Voraussetzungen? Was muss man können, um das anwenden zu können?“
- **Zielgruppe in der weiteren Umsetzung:** „Vielleicht kann man auch überlegen, auf welche Zielgruppe von Menschen mit Beeinträchtigung man sich konzentriert: Lässt man es wirklich so breit oder ist es für eine Zielgruppe einfacher geeignet? Ist es für eine Zielgruppe besser umsetzbar? Ich brauche es nicht, dass man so weiter macht und dann fördert man jedes Projekt wieder einzeln, wie man es jetzt macht. Unser Zugang ist schon, dass wir mit allem, was wir machen, in die Fläche gehen und groß werden. Das Gefühl habe ich momentan beim Projekt nicht, sondern ich glaube, man bleibt da klein und fein und wird dann um eine Spur größer. Das ist aber nicht unser Zugang.“

3.3.2 Kommentare zu den Erkenntnissen aus den Interviews vom Juni 2018

3.3.2.1 Inklusion in der betrieblichen Gesundheitsförderung

Die Frage, wie Inklusion in der betrieblichen Gesundheitsförderung auf einem qualitativ hochwertigen Niveau gelingen kann, wurde den Interviewpartner_innen im Rahmen der ersten Projektphase im Juni 2018 gestellt. Folgende Punkte wurden dabei von ihnen als wichtig erachtet:

- ein **schrittweiser und geduldiger Aufbau von neuen Kenntnissen und Erfahrungen**, bei dem auf die individuellen Bedürfnisse der Mitarbeiter_innen mit Beeinträchtigungen bzw. Lernschwierigkeiten besonders Rücksicht genommen wird;
- die besondere Beachtung von **Verständlichkeit** bei der Entwicklung und Anwendung von Instrumenten, die für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung eingesetzt werden, etwa durch Verwendung von einfacher bzw. leichter Sprache;

⁶ Anm. der Projektleitung: Das Instrument muss nicht parallel eingesetzt werden, es kann für alle Mitarbeiter_innen verwendet werden.

- die Ermöglichung von Situationen, in denen sich Mitarbeiter_innen mit Beeinträchtigungen bzw. Lernschwierigkeiten **gleichberechtigt und ohne Angst** in die Entwicklung und Anwendung dieser Instrumente einbringen können;
- die Schaffung von Bewusstsein bei den Mitarbeiter_innen ohne Beeinträchtigung, dass eine **Adaptierung bestehender Maßnahmen** der betrieblichen Gesundheitsförderung notwendig sein kann;
- die **umfassende Beteiligung von Mitarbeiter_innen mit und ohne Beeinträchtigungen bzw. Lernschwierigkeiten** in den Betrieben, von der Entwicklung der Instrumente bis zur Umsetzung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung;

Nichts diesen Punkten hinzuzufügen haben Alfred Prantl und Alfred Grausgruber in den Interviews. Bettina Stadlmayr betont, dass ihr der dritte Punkt, die Ermöglichung von gleichberechtigten und angstfreien Situationen für die Mitarbeiter_innen mit Beeinträchtigungen bzw. Lernschwierigkeiten, besonders wichtig ist.

Einer grundsätzlichen **Reflexion zum Thema „Inklusion“** widmet sich Renate Hackl im Interview: „Das ist eigentlich der Punkt, wo ich wirklich der Auffassung war, dass dadurch eine Sensibilisierung passiert, wann man sie braucht oder nicht. Aber wenn sich nur ein Teil öffnet, wird es schwierig. Da ist man nicht auf gleicher Augenhöhe. Und die Frage ist, ob das überhaupt geht oder ob wir als Gesellschaft noch nicht so weit sind, dass das funktionieren wird? Es gibt die Fragestellung, ob es aufgrund der verschiedenen Rollen überhaupt möglich ist, gemeinsam diese Gesundheitsförderung zu sehen oder zu betrachten. Ich habe das Gefühl, da ist nicht der Raum dafür. Das kann man positiv oder negativ sehen, wie auch immer. Das möchte ich gar nicht werten. Aber da ist kein Platz, wo sich betreuende Mitarbeiter öffnen, aus welchen Gründen auch immer. Der ist nicht da. Und ich kann bei dem anderen noch gar nicht sagen, ob die Ausrichtung etwas bewirkt hat. Eine bessere Sensibilisierung oder Verständnis für die Betroffenen, das kann ich noch nicht wahrnehmen.“

3.3.2.2 Gesundheitliche Chancengerechtigkeit

Bei der Reflexion zum Thema „Gesundheitliche Chancengerechtigkeit“ weist Alfred Grausgruber auf die **Wichtigkeit der sozialen Interaktion in Zusammenhang mit der Erhöhung von Selbstwirksamkeit** hin, die allerdings entsprechend Zeit benötigt: „Das kann nicht nebenbei zwischen Tür und Angel gemacht werden oder indem ich als Betreuer irgendetwas zurecht richte. Das wäre ein guter Prozess, wenn es da wirklich zu vermehrten Gesprächen kommt, die sich nicht so sehr auf ‚der Ebene der Leistungserbringung‘ abspielen, sondern wirklich in der sozialen Interaktion, wie die Betreuer und die Kunden miteinander umgehen und wo auch wechselseitig die Schwierigkeiten thematisiert werden [...]. Das glaube ich, [...] wäre eine Nebenwirkung von den Bemühungen aus den Gesundheitszirkeln, Maßnahmen abzuleiten, [...] auch im alltäglichen Umgang miteinander, auch diese ‚Augenhöhe‘ vermehrt wirken zu lassen. Insofern würde ich sagen, dass das wichtig ist. Es erfordert Zeit und ist vielleicht am Anfang auch nicht so ganz mitberücksichtigt worden.“

3.3.2.3 Partizipation im Projekt „Gesundheit inklusiv“

Zum partizipativen Setting äußern sich die befragten Beiratsmitglieder in mehrfacher Hinsicht. Alfred Grausgruber erklärt im Interview, dass er den Eindruck hat, „[...] dass das nach wie vor einen hohen Stellenwert im Rahmen des Projekts hat. Ich bin überzeugt, dass das notwendig ist, dass das gut ist und dass man sich auch in diese Richtung hin bemüht.“ Partizipation **auf gleicher Augenhöhe** ist nach Ansicht von Alfred Prantl ein wesentlicher Bestandteil für das Gelingen des Projekts: „[...] was mir da auch wichtig ist, dass bei der Entwicklung auch Menschen mit Lernbeeinträchtigung dabei sind, dass die aktiv miteinbezogen werden, dass nicht wieder über ihre Köpfe hinweg entschieden wird, sondern dass sie bei der Entwicklung der Konzepte dabei sind.“ Neben den dazu notwendigen Kompetenzen ist für ihn dabei das Engagement aller beteiligten Personen notwendig. Prantl hat dabei einen guten Eindruck vom Projekt selbst: „Die sind engagiert, das habe ich auch gestern bei der Präsentation beim IKT-Forum gesehen. Das hat man auch gemerkt, dass da der Austausch zwischen Menschen mit Beeinträchtigung und ohne Beeinträchtigung da war. Sie haben immer darauf geachtet, dass beide das präsentieren. Das war wichtig. Es sollte einfach auch immer gemeinsam gemacht werden. Das scheint mir wichtig. Man muss bewusst engagiert sein, Zeit zur Verfügung stellen, Zeitressourcen, damit das auch möglich ist.“

Auch Grausgruber weist darauf hin, dass es für richtige Partizipation **entsprechend Zeit** benötigt: „Partizipation hat ein Z drinnen. Zeit braucht es auch.“ Eine kritische Position dazu nimmt hingegen Renate Hackl im Interview ein: „Ich hinterfrage schön langsam, ob Partizipation und ein partizipativer Prozess wirklich immer mehr Zeit bedeutet. Am Ende des Tages. Das hinterfrage ich, wenn ich das mit den Ressourcen lese. [...] Wenn es aber eher um etwas geht, wo die unmittelbare Arbeitswelt des Menschen davon betroffen ist, wie er arbeitet – nicht was, sondern wie –, wo er Pausen einlegt, und wenn da Vorgaben von oben kommen, dann weiß ich, dass das am Ende des Tages so viel Mühe und Mehraufwand bedeutet, dass man das auch anders hätte anlegen können.“

3.3.2.4 Einbindung von Entscheidungsträger_innen

Alfred Prantl macht im Interview nochmals bewusst, dass bei einem Projekt wie „Gesundheit inklusiv“ bzw. bei inklusiver Gesundheitsförderung im Allgemeinen besonders auf die **Einbindung der Behindertenvertreter_innen bzw. Interessensvertretungen im Arbeitsbereich** zu achten ist.

Von Alfred Grausgruber wird im Interview die **OÖ Plattform BGF und Prävention** angesprochen: „Wenn sich da einige Organisationen zusammenfinden oder gefunden haben, würde ich sagen, dass das gut ist. Die müssten sich gemeinsam überlegen, welche Strategien sie akkordiert angehen können, damit da etwas gemacht wird.“ Zu den Mitgliedern der Plattform zählen das Land OÖ (Abteilung Gesundheit), die Arbeiterkammer OÖ, die Wirtschaftskammer OÖ, die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (Landesstelle Linz) und die Österreichische Gesundheitskasse als koordinierende Stelle. Über deren Beteiligung wäre es möglich, die Plattform gezielt für das Projekt „Gesundheit inklusiv“ zu nutzen, etwa durch die Schaffung spezieller Anreize für Betriebe, um inklusive BGF-Maßnahmen umzusetzen. Als erster Schritt dazu sollte über die bisherigen Ergebnisse des Projekts bei einer der nächsten Sitzungen der Plattform berichtet werden, was laut Bettina Stadlmayr bislang noch nicht geschehen ist.

Renate Hackl merkt im Interview kritisch an, dass im Evaluierungsbericht zur ersten Phase das **Oö. Chancengleichheitsgesetz** angesprochen wird: „Ich finde das nicht gut, wenn ich das mit einem Gesetz in Verbindung bringe, sondern eigentlich muss das eine Strategie des Landes sein, wo man hin möchte. Aber das wird sicher nie in einem Gesetz einen Niederschlag finden [...]. Und das würde ich auch kontraproduktiv finden. In eine solche Detaillierung geht man da nicht hinein.“ Darüberhinaus weist sie darauf hin, dass die im Evaluierungsbericht festgehaltene, vom Sozialressort weitestgehend unabhängige **Strategie des Gesundheitsressort** des Landes Oberösterreich irritierend sei: „Warum soll die Strategie der Sozialabteilung eine andere sein als die des Gesundheitsressorts? Das finde ich nicht nachvollziehbar. [...] Die Frage wäre gewesen, hätte man die Gesundheitsabteilung vorher schon mit ins Boot holen sollen? Aber das ist jetzt zu spät und ich glaube, das muss man mitten im Prozess nicht machen. Das hat keinen Sinn.“

3.3.2.5 Hinderliche Faktoren

In der ersten Interviewserie im Mai 2018 wurden die Beiratsmitglieder nach Faktoren gefragt, welche die Projektleitung daran hindern könnten, dass die Mitarbeiter_innen in den beteiligten Betrieben optimal erreicht und das Projekt „Gesundheit inklusiv“ erfolgreich bis Mitte 2020 abgeschlossen werden kann. Im Wesentlichen werden diese Faktoren auch in den zweiten Interviews im Juli 2019 als nach wie vor gültig erachtet, wobei einzelne von ihnen von den Interviewpartner_innen folgendermaßen kommentiert werden:

- die zur Verfügung stehenden **Ressourcen** reichen nicht aus;
Alfred Grausgruber: „Ja, dass es sich mit den Ressourcen nicht ausgehen könnte, da mag durchaus bald die Erkenntnis kommen, dass das leider so ist. Die Zeit wird meistens bei derartigen Projekten danach kalkuliert, wie es im optimalen Fall wäre. Das könnte schnell gehen. Das ist sicherlich ernst zu nehmen.“
- die **zeitliche Belastung** für die am Testlauf beteiligten Mitarbeiter_innen in den Betrieben wird zu groß;
Alfred Prantl: „Der Druck, dass man doch auch Sachen produziert und verkauft, dass das im normalen Arbeitsbetrieb untergeht.“
Alfred Grausgruber: „Das ist nebenbei noch etwas Neues mit zusätzlichen Aufgaben. Insofern erzeugt das mehr Anforderungen. Das muss nicht Stress als Folge haben, aber es ist sicherlich mit mehr Arbeit verbunden und insofern kann ich mir schon vorstellen, dass bei den Mitarbeitern eine Zunahme von Belastung entstehen kann, dass sie sagen, dass sie sich damit etwas angefangen haben, so auf die Art und Weise. Man sieht ja derzeit in erster Linie den Mehraufwand, den zeitlichen, mit den Gesundheitszirkeln, mit den Überlegungen, was man jetzt wirklich macht. Da kann ich mir schon vorstellen, dass das ein wenig anstrengend ist.“
Bettina Stadlmayr: „Aber ist es dann wichtig am Ende des Tages und wir müssen versuchen, das auch dahingehend zu vermarkten, dass das, was als Mehrwert überbleibt, zu argumentieren mit dem, was man mehr an Ressourcen braucht. Das hat man in allen Projekten, das hat man immer. Es gibt keine zusätzlichen Ressourcen, sondern die bestehenden Ressourcen in dieser Zeit des Projekts gehören aufgestockt oder werden aufgestockt. Ganz wenige Betriebe nehmen da noch zusätzliche Ressourcen auf. Aber am Ende des Tages hat man einfach kürzere Prozesse, mehr Wohlbefinden.“
- es werden **Forderungen von außen** aufgestellt, die den Prozess zu stark beeinflussen;
Alfred Grausgruber: „Es ist wahrscheinlich im Einzelnen oft schwierig, die zeitlichen Vorgaben, die man sich zunächst selbst gemacht hat und die dann von Fördergebern vorangestellt werden, unter zunächst einmal relativ unklaren Bedingungen, realisieren zu können. Und ich glaube da wird es sicherlich eine Schwierigkeit sein, da eine Balance zu finden. Das hängt sicherlich auch sehr stark davon ab, eine Balance zu finden zwischen dem zeitlichen Druck oder den zeitlichen Vorgaben, die man sich gegeben hat, und den Ansprüchen, die man sich vom Inhaltlichen, vom Methodischen, vom Partizipativen gestellt hat. Das wird sicherlich eine Herausforderung. [...] Aber es wäre schade, nur um das zeitliche Budget einzuhalten, vom Inhaltlichen oder Methodischen her zurückzustecken, weil der Sinn darin zu sehen ist, ein Pilotprojekt mit einem gewissen Instrumentarium zu entwickeln. [...] Lieber Qualität als quick and dirty.“
Bettina Stadlmayr: „Was auch stimmt ist, dass es viele Bemühungen seitens der Projektleitung gibt, das umzusetzen, was an Ansprüchen definiert wurde. Man merkt dann aber schon, wenn sich die Strukturen in einem Projekt so gewaltig ändern. [...] die ganzen bilateralen Gespräche und den Gedankenaustausch, den es im Vorfeld gab. Das kann man gar nicht weitergeben. Das ist so viel implizites Wissen, da macht sich keiner mehr die Mühe, das noch einmal zu erzählen. Da ist wirklich etwas verloren gegangen. Da können aber die, die das jetzt übernommen haben, nichts dafür.“
- den Mitarbeiter_innen wird der **Nutzen** einer inklusiven betrieblichen Gesundheitsförderung nicht ausreichend vermittelt;
Alfred Grausgruber: „Der Punkt, dass den Mitarbeitern der Nutzen einer inklusiven betrieblichen Gesundheitsförderung nicht ausreichend vermittelt wird, wäre ganz interessant, zu überprüfen. Weil ich glaube, dass sich das im Nachhinein durchaus noch einschätzen ließe, ob es dem Betrieb etwas gebracht hat, ihnen selbst, ob es den anderen etwas gebracht hat. Das wäre jetzt eine wichtige Sache. Erst wenn der Nutzen erlebbar wird, akzeptiert man Veränderungen oder dergleichen viel schneller.“

- das entwickelte **Instrument ist zu eng** auf die vier am Testlauf beteiligten Betriebe abgestimmt und kann später nicht bei anderen Betrieben verwendet werden (z. B. da eine Evaluierung rund um psychische Belastungen nicht enthalten ist, die etwa bei der betrieblichen Gesundheitsförderung der Österreichischen Gesundheitskasse in der Regel mitgemacht wird);

Alfred Prantl: „Das muss man so implementieren, dass es ein Dauerthema wird, genau wie der Schutz, dass ich mich nicht verletze. Man muss es auch in den Regelbetrieb mit reinnehmen, dass es genug Pausen gibt, gesundes Essen, genug Bewegung. Es sollte in den Alltagsbetrieb eingebunden werden, sonst wird das Projekt nach der Pilotphase gestorben sein.“

Alfred Grausgruber: „Alle unterschiedlichen Typen wird man sowieso nie erreichen können. Eine Anpassung wird immer notwendig sein. Da sehe ich jetzt eigentlich weniger Probleme. Wenn die vier Pilotprojekte halbwegs Beispiele sind, was die Größe, Komplexität, Arbeitsinhalte oder Auftragsituation betrifft, dann kann man schon etwas entsprechendes daraus ableiten.“

- den Personen, die sich darum bemüht haben, sich in den Prozess einzubringen, wird zu wenig **Wertschätzung** entgegengebracht;

Alfred Grausgruber: „Das ist eine Aufgabe an die Projektleitung und auch an die beteiligten Betriebe, das von oben entsprechend zu kommunizieren.“

- die Möglichkeiten für die beteiligten Mitarbeiter_innen, sich **offen äußern** zu können, ohne Nachteile zu erleiden, sind nicht angemessen gegeben;

Alfred Prantl: „Dann will auch der Mensch ohne Beeinträchtigung sich öffnen und das auch akzeptieren, dass der Mensch mit Beeinträchtigung etwas erfährt, dass der ohne Beeinträchtigung Schwächen oder Fehler hat, dass der auch kein perfekter Mensch ist. Das schwingt ja immer etwas unterschwellig mit, dass wir Menschen mit Beeinträchtigung mehr Unterstützung brauchen und die anderen brauchen nichts, weil denen geht es eh gut. Das Bild stimmt ja nicht. Das könnte auch schon dazu führen, dass es schwierig wird, das langfristig umzusetzen.“

Renate Hackl: „[...] dass die Betreuer von sich aus nicht offen reden und sich der Mensch mit Beeinträchtigung offenbaren muss. Das passiert demnach nicht auf gleicher Augenhöhe und das ist dann ganz schwierig zusammen. Das sind gemeinsame Maßnahmen. [...] Mich würde interessieren, ob da überhaupt eine Sensibilität dafür existiert. Ich glaube, dass man das Thema vorher massiv beackern muss, was das bedeutet und man muss Mitarbeiter suchen, die dafür offen sind. Dazu zwingen kann man schließlich niemanden, das macht keinen Sinn. Ich finde das ganz schwierig. Oder vielleicht brauchen auch die Mitarbeiter einen Schutzraum, weil sie sagen, dass das ihre Betreuungssituation ist? Ihre Gesundheit am Arbeitsplatz hängt wesentlich von der Person, die sie betreuen, davon wie sie agiert und wie man selbst damit zurecht kommt. [...] Wir sind im Vorfeld einfach davon ausgegangen, dass das geht und haben das viel zu wenig berücksichtigt und thematisiert während der ganzen Prozesse. [...] das Zweite ist, das kann jeder, glaube ich, absolut nachvollziehen, dass wenn jemand davon abhängig ist, dass ich ihn unterstütze und betreue, möchte ich ihn nicht auch noch damit belasten, dass mich die Arbeit vielleicht krank macht, weil seine Art und Weise so ist oder weil bestimmte Hilfsmittel nicht zur Verfügung stehen. Das hat ja auch einen Effekt auf den Betroffenen, wenn er das hört. Und das macht ja auch mit einem selbst etwas, wenn man das so offen kommuniziert. [...] Vielleicht hätte man sagen müssen, dass es die Werkstätten gibt, in denen Gesundheitsförderung für die Menschen mit Beeinträchtigung passiert. Die Mitarbeiter spielen dabei eine wesentliche Rolle in der Sensibilisierung, dass sie von sich aus aktiv werden und dass man sie dabei unterstützt. Nicht dass der Mitarbeiter kommt und sagt, dass der eigentlich jetzt keinen Kuchen essen sollte, weil er schon so dick ist oder solche Zuckerwerte hat, oder sonst was. Vielleicht müsste man das so aufziehen.“

- wesentliche Akteur_innen werden nicht ausreichend **eingebunden** (z. B. Betriebsrät_innen, Sicherheitsvertrauenspersonen, Interessensvertreter_innen, ...)

Alfred Grausgruber: „Ich hoffe, dass die wesentlichen Akteure eingebunden werden, Betriebsräte, Interessensvertretungen, die praktisch parallel aus dem Kontext von Menschen mit Lernschwierigkeiten kommen. Eigene Interessensvertretungen.“

Bettina Stadlmayr: „Was sich in anderen Betrieben bewährt hat, ist wenn man mit unterschiedlichen Akteuren im Betrieb Capacity Building macht. Aufschulung. Das fehlt mir hier auch etwas. Eine Fortbildungsstruktur habe ich mit der BGM-Academy schon einmal angesprochen, für diese Zielgruppe, für diese Betriebe selbst. Weil beim Nicht-eingebunden-sein ist es oft so, dass man gar nicht eingebunden sein will, weil man zu wenig weiß, was am Ende des Tages rauskommt. Und man hat eh so viele Projekte. Mit Schulungsmöglichkeiten schafft man das schon immer wieder. Der FGÖ hat da ein super Ausbildungsprogramm. Er bildet Gesundheitszirkelmoderatoren, Projektleiter und so weiter aus. Eventuell könnte man sich in diese Richtung überlegen, spezielle Ausbildungen, auch für die Begleiter und Betreuer von solchen Betrieben, zu machen.“

- die **betriebsspezifischen Gegebenheiten** und die bestehenden kulturellen Eigenheiten werden zu wenig berücksichtigt;

Alfred Grausgruber: „[...] nämlich dass es Mentalitätsunterschiede in einzelnen Betrieben gibt, wo die einen sagen, dass muss man machen und die anderen fragen, wie es einem geht und ob man das eventuell machen könnte. Das sind ganz unterschiedliche Voraussetzungen für eine erfolgreiche Umsetzung. Ich habe zunächst daran gedacht, weil so eine Unternehmenskultur kann schon ein harter Brocken sein. Das verändert man nicht von heute auf morgen. Und mit einem Projekt zur betrieblichen Gesundheitsförderung ist das vielleicht ein Anstoß, ein Tropfen auf dem heißen Stein. Aber wenn sich da ein bestimmtes System oder Regime etabliert hat, dann kann es schwierig werden.“

3.3.2.6 Sicherstellung von Nachhaltigkeit

Bettina Stadlmayr spricht im Interview an, dass die zweite Projektphase intensiv für die **Öffentlichkeitsarbeit** genutzt werden sollte: „Es ist zu spät, wenn man am Ende, wenn man alle Ergebnisse hat, berichtet. Dann ist es gelaufen. Man muss im Vorfeld entscheiden, wie es weiter geht. [...] Vielleicht wendet sich die Projektleiterin auch noch einmal mit der konkreten Bitte an uns, wo genau und in welcher Form berichtet werden soll. Das gehört auch abgestimmt, was wir wollen. Wir müssen alle das Gleiche sagen, damit wir zu dem Thema eine gemeinsame Sprache sprechen. Das wäre mir auch noch wichtig. Ich glaube sukzessive gehört das jetzt aufgenommen. Es war sogar Mal ein Thema, ob man eine Pressekonferenz in Oberösterreich macht. Das Thema passt auch dazu. Als Oberösterreichische Gebietskrankenkasse müssten wir es dieses Jahr noch machen.“⁷ Ähnlich argumentiert Alfred Grausgruber: „Es ist wichtig, Berichte über laufende Aktivitäten zu machen. Man muss natürlich auch die Zeitschriften finden, die solche Sachen integrieren. Da kann man unterschiedliche Wege und Kanäle nutzen innerhalb der Betriebe, aber das ist nur ein Teil der Öffentlichkeit.“ Er weist darauf hin, dass die Nutzung von TV-, Radio- und Printmedien mit größerer Reichweite insbesondere im Übergang von der zweiten zur dritten Phase von besonderer Bedeutung sein wird und nennt im Interview auch eine konkrete Möglichkeit: „[...] der Bericht über das Gelingen von derartigen inklusiver Gesundheitsförderung in Medien wäre sicher etwas ganz Wichtiges. Da gibt es ja im ‚Standard‘ am Samstag immer einige Seiten dazu. Da gibt es ganz unterschiedliche Beispiele. Und das wäre sicher etwas für Karin Bauer, die für das Ressort ‚Arbeit & Gesundheit‘ schreibt. Wenn man die einlädt, damit sie sich das ansieht, dann wäre das eine tolle Wirkung.“ Auch der Newsletter der betrieblichen Gesundheitsförderung oder das FGÖ-Magazin „Gesundes Österreich“ bieten sich für die Information über das Projekt an.

⁷ Anm. Projektleitung: Die Phase für Öffentlichkeitsarbeit läuft von Juli 2018 bis August 2020. Während des gesamten Projekts wird immer wieder intensive Öffentlichkeitsarbeit betrieben, welche sich gegen Ende noch intensiviert wird. Zudem hat es in jeder Beiratssitzung Abstimmungen zur Öffentlichkeit mit den Beiratsmitgliedern gegeben.

Die möglichst weitgehende **Sicherstellung der Umsetzung der Maßnahmen in den beteiligten Pilotbetrieben** schon während des Projektverlaufs ist für Grausgruber ein weiterer wichtiger Punkt, wenn es um Nachhaltigkeit geht: „Ich glaube, wenn dann nicht die entsprechenden Maßnahmen umgelegt werden oder darauf geachtet wird, dass sie möglichst weit umgelegt werden, könnte es zu Problemen kommen. Die Selbstwirksamkeit kann auf verschiedene Art und Weise gestärkt werden, [...] wenn die Kunden und Betreuer sehen, dass sich tatsächlich etwas verändert. Dann hätten sie auf ‚Gruppen- oder Organisationsebene‘ das Gefühl, tatsächlich etwas bewirken zu können.“

Hinsichtlich der **Entwicklung einer Roll-Out-Strategie**, damit die Instrumente und Maßnahmen nach Projektende von anderen Betrieben in ihre Tagesroutine übernommen werden, wurde in den ersten Interviews im Juni 2018 durchgängig die Meinung vertreten, dass der Fokus zuerst auf Oberösterreich und ähnliche Betriebe wie jene im Testlauf gelegt werden sollte, und danach eine Ausdehnung auf andere Bundesländer und andere Betriebe erfolgen könnte. Für dieses Roll-Out auf bundesweiter Ebene ergänzt Alfred Prantl im Interview, dass die Schnittstelle zwischen Bund und Ländern von besonderer Bedeutung ist: „Für mich stellt sich die Frage, wie man es schaffen kann den Bund da mit ins Boot zu holen, wenn das nach dem Pilotprojekt bundesweit umgesetzt werden soll. Oder ist nur an Oberösterreich gedacht? Das erschließt sich mir noch nicht ganz, wie weit man das macht. Sollte man das bundesweit wollen, müsste man darauf achten, den Bund mit reinzuholen, oder die Gewerkschaft.“ Die rechtzeitige Information und Einbindung der politischen Entscheidungsträger_innen auf Landesebene, insbesondere der derzeit zuständigen Landesrätinnen Birgit Gerstorfer (Soziales) und Christine Haberland (Gesundheit), wird für ein Roll Out auf Landesebene notwendig sein. Auf gesundheitspolitischer Ebene wird es des Weiteren wichtig sein, die Erkenntnisse aus dem Projekt „Gesundheit inklusiv“ in die Planung der OÖ Gesundheitsziele für die Jahre 2020 bis 2025 einfließen zu lassen.⁸ Selbiges gilt für das zu erwartende neue Regierungsprogramm auf Bundesebene nach den Nationalratswahlen im September 2019.

Zur **Erstellung von Schulungsunterlagen bzw. Curricula**, in denen die Kompetenzen und Schlüsselqualifikationen für die Umsetzung einer inklusiven betrieblichen Gesundheitsförderung festgehalten werden, wird in den Interviews ergänzend hinzugefügt, dass die Unterlagen in Leichter Sprache sein sollten, damit auch Menschen mit Lernschwierigkeiten damit etwas anfangen können. Eine zentrale Rolle in diesem Zusammenhang wird das geplante Handbuch einnehmen, in das Bettina Stadlmayr im Interview besondere Hoffnung setzt: „[...] das ja eigentlich ein Handwerkszeug sein soll, wo man dann weiter arbeiten kann. Das kann ich aber auch noch zu wenig greifen. Das ist dann das Endprodukt des ganzen Projekts. Und da sage ich als Fördergeber schon, dass ich da etwas sehen möchte, mit dem ich dann weiter arbeiten kann – zumindest punktuell.“

Prantl weist im Interview darauf hin, dass für eine nachhaltige Implementierung einer inklusiven Gesundheitsförderung in den Betrieben das **Thema „Selbstbestimmung“** von besonderer Relevanz ist: „Man ist einfach für sich selbst ein Stück verantwortlich, ob man gesund lebt oder nicht. Nicht dass wieder von jemandem etwas aufoktroziert wird, weil das haben die Leute sowieso schon lang genug erlebt. Wir sind heute noch in dem Prozess, dass die Leute lernen müssen, was ihre eigenen Interessen sind, was die Interessen der anderen sind. Wie kann man da einen Ausgleich finden? Wie kann man auch seine Interessen gegenüber anderen vertreten? Das ist ein langwieriger Prozess.“

⁸ Die aktuellen OÖ Gesundheitsziele laufen von 2012 bis 2020 (vgl. dazu: <https://www.gesundheitskasse.at/cdscontent/?contentid=10007.827981&portal=oegkportal>)

Auf die **Entwicklung eines inklusiven Gesundheitsmanagements** geht Stadlmayr im Interview nochmals besonders ein, und zwar in Zusammenhang mit dem Thema „Capacity Building“. Sie verweist dabei auf die BGM-Academy des IfGP, deren Ziel es ist, die BGF-Expert_innen der Regional- und Servicestellen des ÖNBGF bei ihrer Arbeit im Rahmen ihrer Betriebsberatungen zu unterstützen.⁹ Alfred Grausgruber merkt an, dass eine Entwicklung eines inklusiven Gesundheitsmanagements eine große Herausforderung sei, „[...] weil das umfassender ist und andere Ansätze braucht. Das wäre aber eine ganz spannende Sache. [...] Eine Möglichkeit wäre, die externen Ressourcen von FHs oder Universitäten zu nutzen, um die Erkenntnisse, die da gewonnen werden und die Empfehlungen, die man ableiten kann und Maßnahmen, die man entwickeln kann, auf die Beine zu stellen. Das wird manchmal unterschätzt. Das heißt noch nicht, dass man da auch wirklich Leute findet, aber man sollte in diese Richtung überlegen.“

Eine **kritische Anmerkung zu all den im Evaluierungsbericht angeführten Nachhaltigkeitskriterien** kommt im Interview von Renate Hackl: „Wenn der Wille nicht da ist, braucht man alles andere nicht. Ich glaube, darauf muss man sich fokussieren. Wie kann man sicherstellen, dass das weiter betrieben wird? Da sehe ich ganz viele Maßnahmen stehen. Ich bringe es jetzt ganz pragmatisch auf den Punkt. Wenn man das will, dann tut man das. Und da gibt es jetzt keine Frage der Zeitressourcen, auch nicht der personellen Ressourcen. Sondern man baut das ganz normal in den Ablauf ein, wenn man die Priorität und den Willen dazu hat. Natürlich ist es super, wenn man irgendwo eine Austauschbörse hat, wo man nachfragen kann, wenn man das Thema hat, wo man fragen kann, wo man sich einen Referenten holen kann oder wie man das angehen soll. Das ist gar kein Thema. Aber wenn das erste nicht passiert, dann ist das andere umsonst.“

3.3.3 Weitere wichtige Hinweise für den Projektverlauf

In den Interviews fallen auch noch weitere wichtige Hinweise für den Projektverlauf, die insbesondere politische und rechtliche Rahmenbedingungen betreffen:

- Bettina Stadlmayr: „Es gibt ja neben der BGF diese erste Säule, wo es darum geht, auch die Evaluierung der arbeitsbedingten psychischen Fehlbelastungen zu machen. Das Beispiel [...] mit Lärm und den damit verbundenen Arbeitsbedingungen müsste ja auch bei der Evaluierung der arbeitsbedingten psychischen Fehlbelastungen aufkommen. [...] wie weit dieser gesetzliche Auftrag sich mit unserem Projekt koppelt, wie weit das abgestimmt ist? [...] Es ist ja egal, aus welcher Ecke das dann am Ende des Tages kommt.“
- Alfred Prantl: „Gerade bei Gesundheit geht es ja auch um sensible Daten, darum wie es mir geht, was meine Schwächen sind. Da muss man schon aufpassen. Für mich ist auch eine Frage, wie die DSGVO da hineinspielt, nicht dass dann in einer Werkstätte Leute nicht genommen werden, die spezielle Krankheiten haben. Dokumentation ist wichtig, Transparenz ist wichtig, aber halt so, dass der Schutz des Einzelnen gewährt ist. Ganz wichtig.“

⁹ vgl. dazu <https://www.ifgp.at/cdscontent/?contentid=10007.791724>

- Bettina Stadlmayr: „Zu betonen gibt es, was die Fusionierung der Krankenkassen noch mit sich bringt. Das war vor einem Jahr noch anders. Das ist für mich auch ein wesentlicher Punkt. Das hat nicht direkt etwas mit dem Projekt zu tun, aber es ist zu berücksichtigen. Wir machen das ja als Pilotprojekt in Oberösterreich mit oberösterreichischen Betrieben, mit Unterstützung vom FGÖ. Das Ziel wäre es aber, dass wir überlegen, wie wir das für andere Bundesländer umsetzen können. [...] Mittlerweile müssen wir bundesweit denken. Bei der betrieblichen Gesundheitsförderung wird schon sukzessive danach gesucht, wo Themen sind, die man vereinheitlichen kann – nicht mit dem Anspruch, alles sofort und gleich zu machen. Aber es gibt die 15 Qualitätskriterien, die auch mitbedacht gehören. So etwas wie diese Qualitätskriterien braucht man auch zu den Angebotsstrukturen dazu. Da muss man schon überlegen, wie weit man das bundesweit ausrollen kann, was das bedeutet.“

3.3.4 Kommentare der Projektleitung zu den Erkenntnissen aus den qualitativen Interviews mit den Mitgliedern des Fachbeirats

Nach Vorlage der aktuellen Fassung des Evaluierungsberichts im September 2019 wurden von der Projektleitung folgende Kommentare eingebracht:

- Im Anfangsstadium des Projektes hat es auch Überlegungen gegeben, nur für die Zielgruppe der Menschen mit Beeinträchtigungen ein eigenes Instrument zu entwickeln und für alle anderen Personen eines der bestehenden Instrumente zu verwenden. Hier war auch die Meinung des Beirates ausschlaggebend, im Sinne der Inklusion nur ein Instrument für alle Personengruppen zu entwickeln. (vgl. dazu die Frage zur Inklusion im Kapitel 2.4.2)
- Ebenso sollte es wie vom Beirat vorgeschlagen, ein Instrument werden, dass nicht nur in Einrichtungen, die Leistungen nach dem OÖ. Chancengleichheitsgesetz anbieten, anwendbar ist, sondern auch in Betrieben am ersten Arbeitsmarkt, in welchen Menschen mit Behinderungen arbeiten. Im Großen und Ganzen sollte es also ein Instrument werden, das, wie im Beirat so treffend formuliert, „diese Zielgruppe mit ins Boot holen kann.“
- Der Beirat hat im Zuge der Erwartungen an das Instrument geäußert, dass es wie ein Baukasten sein soll, wo auch einzelne Bereiche herausgenommen werden können. Das hat die Projektleitung darin bestärkt, den Fragebogen in verschiedene Themengebiete aufzuteilen, die auch einzeln verwendet erhoben und ausgewertet werden könnten.
- Da es sich beim Projekt um ein partizipatives Projekt handelt, war es oberstes Ziel, Menschen mit Beeinträchtigungen in besonders hohem Maße gleichberechtigt miteinzubeziehen. Dies wurde auch im Vorfeld vom Beirat angeregt.
- Der Beirat hat angemerkt, dass es Sensibilisierung braucht, damit betriebliche Gesundheitsförderung in einem inklusiven und partizipativen Setting funktionieren kann. Im Leitfaden für partizipative BGF-Prozesse, welcher für das Projekt erstellt wird, wurde daher ein ganzer Abschnitt dem Thema gewidmet, wie für Betreuer_innen und Menschen mit Beeinträchtigungen ein Zusammenarbeiten auf Augenhöhe möglich sein kann. Die Sensibilisierung erfolgt dabei für beide Personengruppen und ist für Gesundheitliche Chancengleichheit wichtig.
- Im Beirat wurde angemerkt, dass die Vermutung naheliegt, dass bei Menschen mit Beeinträchtigungen das Bewusstsein für Gesundheit noch mehr gefördert werden muss. Dies hat die Projektleitung bestärkt, in den BGF-Prozessen im Rahmen des Projektes die zusätzliche Projektphase „Sensibilisierung“ zu integrieren. In dieser Phase werden Menschen mit Beeinträchtigungen mit geprüften, für die Zielgruppe passenden und zum Teil neu entwickelten Methoden, für das Thema Gesundheit sensibilisiert.

3.4 Qualitative Interviews mit Mitarbeiter_innen in den beteiligten Betrieben

Zwischen Ende Juni und August 2019 wurde auch in den vier beteiligten Betrieben, dem KI-I und den drei Werkstätten des Diakoniewerks, eine zweite Serie an qualitativen Interviews durchgeführt. Dabei wurde vor allem der Projektverlauf reflektiert:

- Erfahrungen mit dem Projekt in den letzten Monaten
- Bewertung der Maßnahmen und Instrumente Befragung, Beobachtung und Gesundheitszirkel
- Wahrnehmung von ineffizienten Aktivitäten
- Information über Ergebnisse
- Kenntnis über den weiteren Projektverlauf
- Sonstige Wünsche an das Projekt

Mit folgenden Mitarbeiter_innen, an die hier ein besonderer Dank geht, wurden Interviews durchgeführt¹⁰:

- Myriam Karlinger, in Vertretung von Gabriele Trautendorfer, KI-I, Koordinatorin von Proqualis
- Johann Danner, KI-I, Evaluator bei Proqualis
- Cindy Schullerer, in Vertretung von Cornelia Griessler, Diakoniewerk, Leiterin der Werkstätte Linz-Stifterstraße
- Melanie Wasner, Diakoniewerk, Mitarbeiterin in der Werkstätte Linz-Stifterstraße
- Michaela Mekina, Diakoniewerk, Leiterin der Werkstätte Bad Hall
- Angelika Kohl, Diakoniewerk, Mitarbeiterin in der Werkstätte Bad Hall
- Josef Lengauer, Diakoniewerk, Leiter der Werkstätte Hagenberg
- Stefan Jager und Max Buchegger, Diakoniewerk, Mitarbeiter in der Werkstätte Hagenberg

3.4.1 Erfahrungen mit dem Projekt in den letzten Monaten

In den Interviews mit den befragten Mitarbeiter_innen kommt zum Ausdruck, dass das Projekt „Gesundheit inklusiv“ in den letzten Monaten einen **hohen Stellenwert im betrieblichen Ablauf** eingenommen hat. Vor allem zur Sprache gebracht werden die durchgeführten Gesundheitszirkel, aus denen entsprechende Maßnahmenkataloge erarbeitet wurden.

Berichtet wird dabei über die bearbeiteten **Themen in den Gesundheitszirkeln**, wobei dies von Organisation zu Organisation leicht unterschiedlich ausfällt. Das **Thema „Lärm“** war dabei durchgängig präsent, wie es in dieser Aussage zum Ausdruck kommt: „Was ein großes Anliegen unserer betreuten Mitarbeiter_innen war, war zum Beispiel mehr Ruhe während der Arbeitszeit schaffen, die Gruppen anders strukturieren, dass sich die Mitarbeiter_innen besser konzentrieren und besser miteinander arbeiten können.“ Gleiches gilt für das **Thema „Gesundes Essen“**, was u. a. zur Einführung von gesunden Jausen oder zur Erarbeitung eines Jausenbuchs geführt hat: „Wir haben beispielsweise eine gesunde Jause. Die hatten wir jetzt schon drei Mal. Das machen dann immer zwei Kollegen. Ich habe mich auch schon mit einem Kollegen darum gekümmert. Das dauert ungefähr eine dreiviertel Stunde. Das haben wir immer Montag gemacht, weil da die meisten da sind. Da waren wir immer zehn Personen. Das finde ich schon eine sehr gute Sache, weil man da anders zum Reden kommt und man sich selbst mit dem Thema gesunde Ernährung beschäftigt.“

Vereinzelt wurden in den Gesundheitszirkeln auch andere Themen bearbeitet, darunter **körperliche Probleme und Bewegungsübungen** („Wir haben Maßnahmen erarbeitet, wo wir jetzt dabei sind, diese umzusetzen. Zum Beispiel werden Leute von außen geholt, um gemeinsam Maßnahmen zu setzen, wo es um Übungen für den Schulterbereich geht.“), **psychische Herausforderungen** („Wir wollen jetzt auch eine Maßnahme zum Umgang

¹⁰ Im folgenden Text wird durchgängig von Mitarbeiter_innen gesprochen, wobei dies unabhängig vom Grad einer etwaigen Beeinträchtigung passiert. Nur in Fällen, in denen es notwendig erscheint, werden zusätzliche Adjektive wie „betreut“ oder „betreuend“ verwendet.

in der Gruppe miteinander machen, also wie man miteinander umgeht.“), **räumliche Ressourcen** (z. B. Ruheräume, Umgestaltung von Büros) oder das **Kranksein in der Arbeit** („Was mich überrascht hat, war, dass das Thema Krankheit, also krank in die Arbeit zu gehen, ein ganz großes Thema bei ihnen war. [...] Das sollen sie nicht. [...] Das beste war, dass ich dann die Rückmeldung bekomme, dass ich ja auch krank arbeiten gehe. Und da sage ich, dass ich Husten und Schnupfen habe, da bleibe ich nicht einfach zu Hause. Man bekommt das schon auch zurückgespiegelt. [...] das habe ich mir mitgenommen, dass man auch wenn man krank ist, im Krankenstand sein darf. Das habe ich mir daraus mitgenommen, dass ich da persönlich besser darauf achte.“)

Im Rückblick hervorgehoben wird in einzelnen Interviews der **inklusive Ansatz des Projekts** („[...] dass der inklusive Beitrag das erste Mal anscheinend österreichweit gemacht wird, dass Menschen mit Beeinträchtigung und Mitarbeiter ohne Beeinträchtigung gemeinsam so ein Projekt machen, ist das einzigartige daran. Und das hat uns schon einige Dinge aufgezeigt. Das war schon sehr interessant.“) und die besondere **Wichtigkeit der Herangehensweise auf gleicher Augenhöhe zwischen Mitarbeiter_innen mit und ohne Beeinträchtigung** („Da muss man darauf achten, wie das Verhältnis ist. Wenn man etwas vorgibt, dass dann nicht alle das nachmachen, was der vorgibt. Das war schon auch interessant. Zu sehen, wie man das am besten macht, dass auch wirklich die Meinung aller zu Tragen kommt. Da waren die Rückfragebögen sehr hilfreich. Die haben sie alleine gemacht. Das war anonym. Und ohne Mitarbeiter. Dass man ein möglichst objektives Bild bekommt. Weil wenn der Betreuer sagt, dass das ein Problem bei uns ist, dann wird das von den Betreuten sehr schnell übernommen, obwohl es vielleicht anders wahrgenommen wird. Das war eine Herausforderung zum Teil.“).

Ebenfalls positiv werden mehrmals die **hilfreichen unterstützenden Maßnahmen der Projektleitung** erwähnt: „[...] es gab wesentlich mehr Input durch das KI-I und die ganzen Beteiligten, weil ein klarer Leitfaden mit Fragestellungen vorgegeben war, auch durch die gesamte Dokumentation.“

3.4.2 Bewertung der Instrumente und Maßnahmen

Die Mitarbeiter_innen wurden auch um eine Einschätzung zu den in der zweiten Projektphase erarbeiteten Instrumente und angewandten Maßnahmen gebeten.

Die **Befragung zu Gesundheit und Arbeit** war allen Interviewpartner_innen gut in Erinnerung. Vom KI-I und dem IGP wurde dazu ein inklusiver Erhebungsbogen mit 71 Fragen erarbeitet, darüber hinaus auch ein Beobachtungsbogen für Mitarbeiter_innen, denen das Ausfüllen des Fragebogens nicht eigenständig möglich war. Die Übersetzung in Leichte Sprache, die Anpassung des Layouts und die Bereitstellung in Form eines ausfüllbaren PDF-Dokuments werden in diesem Zusammenhang besonders hervorgehoben. In mehreren Interviews wird auch positiv darauf hingewiesen, dass die Ergebnisse der Befragung in nutzbringender Form übermittelt wurden. So konnten diese in Dienstbesprechungen, Betriebsversammlungen, runden Tischen und insbesondere bei den darauf aufbauenden Gesundheitszirkeln sinnvoll reflektiert und weiter bearbeitet werden.

In einem Interview wird angemerkt, dass die Ergebnisse der Befragung keine Überraschungen mit sich brachten, da die Probleme auch schon vorher bekannt waren (z. B. die hohe Lautstärke oder das schlechte Raumklima). Allerdings wird zugleich erwähnt, dass sich durch den Fokus auf inklusive Gesundheit neue Möglichkeiten in diesem Zusammenhang ergeben würden. In zwei anderen Interviews wird hingegen explizit erwähnt, dass einzelne Ergebnisse durchaus für Überraschung gesorgt haben (z. B. der hohe Anteil an Befragten, die sehr oft starke Kopfschmerzen verspüren oder nach der Arbeit so müde sind, dass sie fast nichts mehr tun können).

Sehr positiv wurde in den Interviews auf die **Gesundheitszirkel** reagiert, wie folgende Aussage exemplarisch belegt: „Das ist sehr gut gegangen. Das hätte man sich nicht gedacht, dass man miteinander so gut arbeiten kann. Es ging dabei über psychische Belastungen, was man verbessern kann und was man tun kann.“ In den beteiligten Organisationen wurden dabei bis Ende Juni 2019 mehrere Gesundheitszirkel durchgeführt:

- KI-I: 4 Termine á 2 - 4 Stunden
- Stifterstraße: 2 Termine á 2 - 3 Stunden
- Hagenberg: 2 Termine á 1 - 2 Stunden
- Bad Hall: 2 Termine á 1 - 2 Stunden

Die Gesundheitszirkel wurden von einer Mitarbeiterin mit Lernschwierigkeiten, die bei Proqualis am KI-I mitarbeitet, co-moderiert. Sie widmeten sich verschiedenen Themen, die sich vor allem aus der Befragung heraus ergaben: Reduktion der Lautstärke, Minimierung von Konfliktsituationen, mehr Bewegung, gesundes Essen, sinnvolle Nutzung von Pausen, Schaffung von Rückzugsmöglichkeiten, Umgang mit körperlichen Belastungen, Abschalten am Ende des Arbeitstages, Verbesserung des Raumklimas, weniger Müdigkeit am Arbeitsplatz, Umgang mit Erkrankungen oder Umgang mit besonderen Beeinträchtigungen (z. B. Rollstuhlfahrer_innen).

Als schwierig wurde in mehreren Interviews erachtet, die Maßnahmen **in den täglichen Arbeitsrhythmus zu integrieren** bzw. sie aufgrund beschränkter räumlicher, zeitlicher oder personeller Ressourcen überhaupt umsetzen zu können. Einzelne Maßnahmen wurden allerdings auch bereits umgesetzt (z. B. gesunde Jause, Umstrukturierung von Bürosituationen, ...), andere sind in Umsetzung bzw. wird dies überlegt, wie es in folgender Interviewpassage gut zum Ausdruck kommt:

„Aber was im Zuge dieser Maßnahmen und der Ziele vor allem gemeinsam entwickelt wurde – und sehr viel kam von unseren Betreuten – das sehe ich als Aufforderung an mich, dass ich da dran bleibe. Sie wollen zum Beispiel Leute hereinholen. Externe Berater nenne ich das jetzt einmal, zum Beispiel eine Physiotherapeutin, die hier einen kleinen Workshop hält. Das haben wir bisher weniger gemacht, weil unserer Betreuer zum Teil ja auch so Beraterausbildungen haben. Also was man halt in der Schulform, die wir haben, lernt. Das machen wir immer wieder. Aber das könnte ich mir vorstellen, dass man das beibehält, zum Beispiel im Sinne der körperlichen Gesundheitsförderung. Vielleicht Übungen mit Schultern. Dann vielleicht ein Jahr später Augenübungen. Oder Verspannungen.“

3.4.3 Wahrnehmung von ineffizienten Aktivitäten

Eine Frage im Interviewleitfaden lautete: „Haben Sie sich bei den Sachen auch einmal gedacht: Das bringt jetzt nichts.“ Die befragten Mitarbeiter_innen mit Beeinträchtigung verneinten dies durchwegs, was sich auch mit der Einschätzung der befragten Einrichtungs- bzw. Abteilungsleiter_innen deckt. In Kombination mit den spezifischen Anforderungen des Arbeitsalltags wird allerdings von den befragten Leiter_innen der Betriebe bzw. Abteilungen in den Interviews Kritik geübt. Dies betrifft insbesondere **zeitliche Anforderungen des Projekts**:

- „Was viel ist, sind einfach diese knappen Termine, wo dann auch für unsere Mitarbeiter_innen der Zeitdruck dahinter ist [...] Wenn dann das Protokoll noch geschrieben werden muss und in Leichte Sprache ‚übersetzt‘ werden muss. Es versuchen alle mitzuhelfen, wo es nur geht, aber es ist dann schon ein Druck dahinter.“
- „Man hat immer nur sehr knapp Zeit, wenn Unterlagen gebraucht werden oder wenn Fragen ausgeschickt werden. Die soll man dann schnell bearbeiten. Wir haben in unserem Alltag etwas anderes zu tun als nur die Fragen auszusenden. Vor allem arbeiten wir mit Menschen mit Beeinträchtigung.“
- „Der Dokumentationsaufwand, wie lange ich bei etwas sitze, wie lange der Gesundheitszirkel geht oder wenn ich einen Mailverkehr habe oder die Vorbereitung, das würde ich pauschalisieren, dass man sagt, man hat im Monat zehn Stunden zur Verfügung. Und damit sollte man auskommen. Und alles was über die zehn Stunden geht, schreibt man dann auf. Das wäre weit weniger Aufwand. Jetzt muss man immer daran denken, dass man etwas gemacht hat und die Liste holen muss. Viele Dinge schreibt man auch gar nicht auf, obwohl man sie gemacht hat, weil das schon so in den Alltag integriert ist. Dann muss man sich wieder hinsetzen und im Kalender nachsehen, wie lange man da gebraucht hat. Ich würde eine monatliche Pauschale machen und alles was darüber ist aufschreiben.“

- „Ja, das ist schon mühsam. Es ist gut, dass das in leichter Form und Sprache ist. Das ist wesentlich bei vielen Dingen, weil es das einfacher macht. Aber das in einfacher Sprache zu formulieren, ist wieder eine eigene Form der Auseinandersetzung.“
- „Den bürokratischen Aufwand stelle ich in Frage, den zeitlichen Aufwand. Weil wir das ja so und so machen. Das gesamte Paket gefällt mir gut. Aber wenn ich Kritik äußern kann, das müsste doch gehen, dass man es noch einfacher macht. Aber vielleicht liegt es daran, dass man das zum ersten Mal macht. Vielleicht kann man daraus Schlüsse ziehen.“

3.4.4 Information über Ergebnisse aus dem Projekt und Kenntnis über den weiteren Verlauf

Über die Ergebnisse, die im Projektverlauf erarbeitet wurden (z. B. im Rahmen der Befragungen oder bei den Gesundheitszirkeln), fühlen sich die befragten Mitarbeiter_innen **sehr gut informiert**: „Wenn etwas Neues ist, werden wir gleich informiert. Das ist voll cool.“ Hervorgehoben wird auch die Klarheit und Transparenz in der Kommunikation: „Ich habe das Gefühl, dass die Maßnahmen wirklich sehr klar kommuniziert wurden, auch wer zuständig ist und bis wann es passiert. Da habe ich das Gefühl, dass es sehr transparent gemacht wurde. Ich bekomme viel mit, was den Prozess angeht.“

Ebenfalls positiv erwähnt wird die **Zurverfügungstellung von Kurzfassungen der Ergebnisse**, was eine Diskussion bei Betriebsversammlungen, Teambesprechungen, runden Tischen oder Jour Fixés erleichtert. Über den **weiteren Projektverlauf** fühlen sich die Leiter_innen gut informiert – im Gegensatz zu den befragten Mitarbeiter_innen mit Beeinträchtigung, für die dieser überwiegend unklar ist.

3.4.5 Sonstige Wünsche an das Projekt

In den Interviews wurden darüber hinaus auch einzelne Wünsche an das Projekt gerichtet:

- „Eine Frage wäre noch, ob es eine Zwischenevaluierung gibt? Es wäre spannend zu sehen, was zuerst beim Fragebogen rausgekommen ist und dann zu schauen, wo jetzt alles umgesetzt wird und sich entwickelt, wie sich dann das Ergebnis verändert.“
- „Ich wäre froh, wenn die Workshops zu Gesundheit noch weiter gemacht werden. Da kann man noch viel einbringen.“
- „Dass es weitergeht, dass es weiterverfolgt wird, weil es ein gutes Projekt ist.“
- „Ich glaube bei uns ist die Stimmung sehr positiv gegenüber diesen Dingen, dass man da gerne mitmacht und dass das etwas Gutes ist. Aber ich denke, dass es auch passieren kann, dass so etwas kippt. Man hat das auch öfter in solchen Bereichen, dass man sagt, dass es einen nicht interessiert, oder das will ich nicht, oder ich mach das nicht in meiner privaten Zeit. Da glaube ich, dass man andere Strukturen aufbauen muss, damit das neben den grundsätzlichen Arbeitshierarchien funktioniert, dass man da keine Hierarchien hat, sondern Systeme, wo jeder das Gefühl hat, dass er eine gute Rolle hat, die er sich auch selbst ausgesucht hat.“
- „Na ja, wo könnte man Abstriche machen? In der Organisation dahinter, in dem ganzen Dokumentarischen. Das lässt sich sicher noch kompakter gestalten. Da bin ich mir sicher.“
- „[...] die Zeitplanung realistischer zu gestalten. Es sind beeinträchtigte Menschen. Und ich kann nicht einfach da stehen und sagen, dass wir heute das auf dem Programm haben, also müssen wir das durchbringen. [...] Da ein bisschen mehr das Gespür oder die Sensibilität aufzubringen und nicht einfach das Ganze durchpeitschen. Und das für die Geldgeber oder die, die das Projekt sponsern, etwas transparenter zu gestalten und zu sagen, dass das nicht geht. Oder es geht nicht so, wie ihr euch das vorstellt.“
- „Das wollen wir als Einrichtung schon haben. [BGF-Gütesiegel, Anm.] Und das wäre schon schade. Ich hoffe, dass ich nichts übersehe. Aber wir haben bei uns im Kompetenzzentrum auch jemanden, der darauf achtet.“

4 Phase II und III: Inklusiver BGF-Prozess mit externer Begleitung, Information und Öffentlichkeitsarbeit

4.1 Analyse der Projektdokumentation

Mitte Mai 2020 wurden von der Projektleitung mehrere Dokumente bereitgestellt, die im Zuge der zweiten Phase erstellt wurden. Aus Sicht der externen Evaluierung ergeben sich dazu folgende Erkenntnisse:

- **Adaptierter Projektablaufplan ab Mai 2020:** Insbesondere aufgrund der seit März 2020 erfolgten Einschränkungen im Zuge der COVID-19-Pandemie (Soziale Distanzierung, Ausgangsbeschränkungen, Betriebsschließungen, Kurzarbeit, Home-Office, ...) kam es im Projektverlauf zu entsprechenden Verzögerungen. Diese wurden in einen adaptierten Projektablaufplan eingearbeitet:
 - (a) Die Evaluierungs-Workshops mussten auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden, wodurch die Phase II um zwei Monate auf Juni 2020 verlängert wurde. In diesem Zusammenhang wurde auch der Meilenstein 5 „BGF-Prozesse sind durchgeführt, Evaluation und Dokumentation liegen vor“ auf Ende Juni verschoben.
 - (b) Der Meilenstein 6 „Leitfaden in gedruckter Form und als barrierefreies PDF liegt vor und wurde veröffentlicht und beworben“ musste auf Ende August 2020 verschoben werden, da die Textprüfung durch die Zielgruppe der Menschen mit Lernschwierigkeiten nicht oder nur sehr eingeschränkt möglich war.
 - (c) Die Abgabe des Antrags für das BGF-Gütesiegel wurde ebenfalls auf Ende Juni verschoben, da die ÖGK den Antrag erst zu einem späteren Zeitpunkt benötigte als bislang angenommen wurde.
- **2. Controllingbericht zur Reflexion des Projektfortschritts:** In dem 30-seitigen Bericht an den FGÖ wird der Projektfortschritt für den Berichtszeitraum 1. Jänner bis 30. November 2019 dargestellt. In einem ersten Teil wird ein Soll-Ist-Vergleich des im Projektantrag beschriebenen Konzepts gegenüber der tatsächlichen Umsetzung angestellt. Ein zweiter Teil befasst sich anschließend mit den Qualitätskriterien und Grundprinzipien der Gesundheitsförderung sowie der Ziel- und Zielgruppenerreichung.
- **Ziele des BGF-Prozesses:** Der im November 2019 angefertigte Bericht gibt die Aufgabenstellung, Vorgehensweise, Ergebnisse und Zusammenfassung wieder, die in Zusammenhang mit der Formulierung von Zielen des BGF-Prozesses in den vier beteiligten Organisationen stehen. Im Anhang werden für jede der beteiligten Organisationen jeweils fünf bis sechs Ziele sowie die eingesetzten Methoden und Kennzahlen bzw. Indikatoren zur Messung der Zielerreichung aufgelistet, zuerst in tabellarischer Form, danach in Leicht Lesen.
- **Maßnahmenplanung:** Dieser ebenfalls im November 2019 erstellte Bericht behandelt zwei Aspekte, die im Rahmen von partizipativen Gesundheitszirkeln in den vier beteiligten Organisationen bearbeitet wurden: die Identifikation von Ressourcen und Belastungen bezüglich Gesundheit am Arbeitsplatz sowie die Entwicklung von verhaltens- und verhältnisorientierten Maßnahmenvorschlägen. Die Struktur des Berichts folgt dem bekannten Schema Aufgabenstellung, Vorgehensweise, Ergebnisse und Zusammenfassung. Daran anschließend findet sich ein Anhang, in dem die geplanten Maßnahmen in tabellarischer Form dargestellt und mit Detailinformationen ergänzt werden. Dabei werden für jede Maßnahme mehrere Aspekte festgehalten: Thema, Verhaltens-Maßnahme, Kategorisierung, Häufigkeit, Zielgruppe, Anzahl der Mitarbeiter*innen der Zielgruppe, Zuständigkeit und Zeitraum. Die Maßnahmen werden darüber hinaus auch in Leicht Lesen wiedergegeben.
- **Dokumentation über durchgeführte Maßnahmen in den BGF-Prozessen:** Im Mai 2020 wurde dieses Dokument fertig gestellt. Es enthält den Stand der Maßnahmenumsetzung aus Sicht der vier beteiligten Organisationen: „Was wurde/wird schon umgesetzt?“, „Was wurde noch nicht umgesetzt?“ und „Was wurde verschoben?“ sind dabei die drei zentralen Fragen.

- **Feinkonzept für den BGF-Umsetzungsprozess in den Pilotbetrieben (Ziele und Maßnahmen der BGF-Prozesse):** In diesem Feinkonzept sind die Ziele des BGF-Prozesses und die Maßnahmenplanung in einem 61-seitigen Dokument zusammengeführt.
- **Auswertungsberichte zur 2. Befragung zu BGF in den beteiligten Organisationen:** Auf jeweils ca. 80 bis 100 Seiten werden in diesen Berichten die Auswertungen der zweiten Befragungen in den vier beteiligten Organisationen dargestellt, die im Jänner 2020 durchgeführt wurden. Sowohl die Einleitung („Was ist Betriebliche Gesundheits-Förderung“, „Wie ist die Befragung gemacht worden?“, „Wann ist die Befragung gemacht worden?“, ...) als auch die Auswertung der 76 Fragen selbst, die aus Balkendiagrammen und textlichen Interpretationen besteht, sind in Leicht Lesen abgefasst. Die Berichte enthalten außerdem am Ende eine Zusammenfassung der wesentlichen Erkenntnisse.

Alle Dokumente folgen einer einheitlichen Struktur und stellen in kompakter und nachvollziehbarer Form die Abläufe und Ergebnisse dar, die in den verschiedenen Arbeitspaketen des Projekts erreicht wurden. Hervorzuheben ist, dass wesentliche Erkenntnisse durch die Verwendung von Leicht Lesen inklusiv dargestellt wurden.

4.2 Fokusgruppendifkussion mit Projektleitung (KI-I)

Eine gegen Ende der zweiten Phase geplante Fokusgruppendifkussion mit der Projektleitung wurde aufgrund der COVID-19-Pandemie nicht face-to-face, sondern in Form einer schriftlichen Befragung durchgeföhrt. Die gestellten Fragen wurden dabei von der Projektleiterin Mag.^a Karina Lattner und den Projektmitarbeiter*innen Margaretha Bäck, MA, Franziska Mitter, Johann Danner sowie Rene Morwind beantwortet.

Aufgrund der COVID-19-Pandemie gab es **Änderungen im zeitlichen Projektablaufplan**, da der Abschluss einzelner Arbeitspakete bzw. Meilensteine nach hinten verschoben werden musste. Folgende Arbeitspakete und Meilensteine waren laut Projektleitung davon betroffen:

- Der BGF-Prozess wurde von April auf Juni 2020 verlängert, da aufgrund der COVID-19-Pandemie die Evaluierungs-Workshops nicht durchgeföhrt werden konnten und auf einen späteren Zeitpunkt verschoben werden mussten. Das KI-I war im Home-Office und die Werkstätten des Diakoniewerks hatten zur Gänze geschlossen.
- Der Meilenstein 5 „BGF-Prozesse sind durchgeföhrt, Evaluation und Dokumentation liegen vor“ wurde auf Ende Juni 2020 verschoben, da die Evaluierungsworkshops nicht stattfinden konnten und verschoben werden mussten.
- Der Meilenstein 6 „Leitfaden in gedruckter Form und als barrierefreies PDF liegt vor und wurde veröffentlicht und beworben“ musste auf Ende August 2020 verschoben werden, da die Textprüfung durch die Zielgruppe der Menschen mit Lernschwierigkeiten aufgrund der COVID-19-Pandemie nicht oder nur sehr eingeschränkt möglich waren.
- Damit einhergehend kommt es auch zu einer Verzögerung der Öffentlichkeitsarbeit in Hinblick auf die Veröffentlichung des Leitfadens.
- Die Abgabe des Antrags für das BGF-Gütesiegel wurde auf Ende Juni 2020 verschoben, da die ÖGK mitteilte, dass sie den Antrag erst zu einem späteren Zeitpunkt braucht als bisher angenommen.
- Der FGÖ sowie die Projektpartner wurden über die Verzögerungen umgehend informiert. Da andere Arbeitsschritte vorverlegt werden konnten haben die Verzögerungen keine Auswirkung auf die Gesamtdauer des Projekts.

In einem ersten Block wurde eine Reflexion der einzelnen Arbeitsschritte vorgenommen, die in der ersten und zweiten Projektphase durchgeföhrt wurden bzw. die zum Zeitpunkt des Gesprächs noch anstanden.

Im Arbeitspaket 1.6 stand die **Entwicklung eines inklusiven Ablaufplans** am Programm. Das ursprüngliche Konzept sah dessen Entwicklung bis Ende Juni 2018 vor. Vorarbeiten dazu wurden bis Ende der ersten Phase im September 2018 durchgeföhrt, die Entwicklung des Ablaufplans selbst erfolgte dann aber erst in den folgenden Monaten (vgl. dazu Kapitel 3.2). In der Fokusgruppendifkussion wurde nachgehakt, wie es mit der Fertigstellung des inklusiven Ablaufplans aussieht.

Der Ablaufplan wurde während des Projekts aufgrund neuer Erfahrungen regelmäßig adaptiert und schlussendlich als Kernelement im Leitfaden integriert, dort grafisch dargestellt und schriftlich erklärt. Die Kapitelgliederung des Ablaufplans orientiert sich an den einzelnen Phasen eines inklusiven BGF-Prozesses, dessen Besonderheiten im Leitfaden beschrieben sind. Den üblichen sechs Phasen eines BGF-Prozesses (Strukturaufbau, Start-Veranstaltung und erste Mitarbeiter_innenbefragung, Maßnahmenplanung, Maßnahmenumsetzung, Erfolgsmessung sowie Nachprojektphase) wurde eine siebte Phase der Sensibilisierung hinzugefügt. Sie wurde im Rahmen des Projekts entwickelt und in den Prozess integriert. Die Sensibilisierungsphase war essenziell für den Erfolg des inklusiven BGF-Prozesses und seines partizipativen Anspruchs. In ihr wurden die Mitarbeiter_innen bezüglich der Themen Gesundheit (Wovon hängt diese ab?) und Zusammenarbeit (Wie kann diese auf Augenhöhe zwischen Menschen mit und ohne Lernschwierigkeiten gelingen) sensibilisiert.

Als weitere Besonderheiten in einem inklusiven BGF-Prozess wurden in der Fokusgruppendifkussion folgende Punkte genannt:

- Menschen mit Lernschwierigkeiten sind in allen Bereichen bzw. Gremien vertreten, können bei allen Dingen gleichberechtigt mitbestimmen und treffen Entscheidungen, z. B. in den Steuerungsgruppen, im Gesundheitszirkel oder im Beirat.
- Alle mündlichen und schriftlichen Informationen sind in Leichter Sprache.
- Bei einem inklusiven BGF-Prozess gibt es unterschiedliche Möglichkeiten, den Fragebogen auszufüllen, z. B. per Hand (paper & pencil), elektronisch als ausfüllbares PDF oder durch Peer-Unterstützung. Diese Beteiligungsmöglichkeiten wurden angeboten, damit möglichst viele Menschen selbständig bei der Mitarbeiter_innenbefragung mitmachen können.
- In Betrieben, wo viele Personen mit hohem Unterstützungsbedarf (nonverbale Personen) arbeiten, werden Beobachtungen gemacht.
- Alle Präsentationen erfolgen in Co-Moderation mit einer Person mit Lernschwierigkeiten. Die Moderation der inklusiven Gesundheitszirkel erfolgt durch den Berater bzw. die Beraterin gemeinsam mit einer geschulten Person mit Lernschwierigkeiten.
- Die Maßnahmen werden bei einem inklusiven BGF-Prozess von Menschen mit und ohne Beeinträchtigung gemeinsam umgesetzt. Für die Nachprojektphase gibt es im Betrieb Gesundheitsbeauftragte. Das sollen Menschen mit und ohne Beeinträchtigung sein.

Im Arbeitspaket 1.6 wurden auch Überlegungen hinsichtlich der Beteiligungsmöglichkeiten für Mitarbeiter_innen angestellt, die verbal nicht befragt werden können oder die Fragebögen aufgrund von körperlichen Beeinträchtigungen nicht mit Papier und Bleistift ausfüllen können. Geplant waren hier etwa die Anwendung von Beobachtungsbögen oder die Unterstützung durch geschulte Personen von Proqualis direkt bei der Befragung. In der Fokusgruppendifkussion wurde zuerst nachgefragt, **wie die schriftliche Befragung und die Handhabung des neuen Fragebogens allgemein funktioniert haben.**

Nach Auskunft der Projektleitung war der Fragebogen gut verständlich und ist von den Menschen mit Beeinträchtigung gut angenommen worden. Eine Mitarbeiterin mit Lernschwierigkeiten am KI-I hat dies im Rahmen der Fokusgruppendifkussion nochmals bestätigt, indem sie anmerkte, dass der Fragebogen gut leserlich, verständlich und von der Länge her passend war. Das Ausfüllen des Fragebogens hat durchschnittlich 20 Minuten gedauert. Da es aber nicht allen Menschen mit Beeinträchtigung möglich ist, einen Fragebogen per Hand auszufüllen, war es notwendig, alternative Möglichkeiten für die Teilnahme an der Befragung zur Verfügung zu stellen. Eine Teilnahme an der Befragung wurde daher auch in folgenden Formen ermöglicht:

- Ausfüllen des Fragebogens in elektronischer Form (ausfüllbares PDF);
- Peer-Unterstützung;
- Tandems;
- Beobachtung bei Mitarbeiter_innen mit hohem Unterstützungsbedarf.

Die meisten Personen haben den Fragebogen auf Papier ausgefüllt. Einige Personen haben den Fragebogen als ausfüllbares PDF am Computer oder Tablet ausgefüllt, etwa weil es wegen einer körperlichen Beeinträchtigung nicht möglich war, den Stift halten zu können. Es war wichtig, dass es die Möglichkeit gab, den Fragebogen am Computer auszufüllen, denn ohne diese Möglichkeit hätten einige Personen den Fragebogen nicht selbstständig ausfüllen können. Das Ausfüllen am Computer hat ebenfalls durchschnittlich 20 Minuten gedauert.

Nach dem Ausfüllen haben die Personen den Fragebogen ausgedruckt. Dazu gab es eine Box, in welche die Fragebögen eingeworfen wurden. Dies war wichtig für die Anonymität.

Eine zweite Frage in der Fokusgruppendifkussion betraf die **Unterstützung durch geschulte Peer-Befrager_innen**. Die Projektleitung verwies dabei darauf, dass sowohl bei der ersten als auch bei der zweiten Mitarbeiter_innenbefragung die Mitarbeiter_innen mit Beeinträchtigung die Möglichkeit hatten, beim Ausfüllen des Fragebogens Unterstützung durch externe, eigens dafür geschulte Peers zu bekommen. Im Rahmen des Projekts erfolgte die Unterstützung durch zwei Mitarbeiterinnen mit Beeinträchtigung vom KI-I. Die Peer-Unterstützung erfolgte durch verbale Befragung bei Personen, die nicht lesen können oder ein geringes Sprachverständnis haben.

Durch die Peer-Unterstützung konnten Rückfragen und Unklarheiten geklärt werden. So wurde vielen Menschen mit Beeinträchtigung eine eigenständige Beantwortung des Fragebogens ermöglicht. Eine Unterstützung durch andere Mitarbeiter_innen bzw. Betreuer_innen war nicht vorgesehen, da dies erheblichen Einfluss auf die Anonymität und die Befragungsergebnisse gehabt hätte. Die Personen haben rückgemeldet, dass es gut war, dass die Peer-Befragerinnen von außerhalb waren. So konnten sie den Fragebogen anonym ausfüllen und haben sich getraut, auch negative Sachen anzukreuzen.

Im Pilotbetrieb am ersten Arbeitsmarkt (KI-I) war keine Peer-Unterstützung notwendig. In den drei Pilotbetrieben des Diakoniewerks haben ca. 50 Prozent der Menschen mit Beeinträchtigung die Peer-Unterstützung beim Ausfüllen des Fragebogens in Anspruch genommen, meist in Form eines Vorlesens der Fragen. Die Peer-Befragerinnen haben bei Fragen und Unklarheiten geholfen. Manchmal haben sie nur bei einzelnen Fragen geholfen, manchmal beim ganzen Fragebogen. Ohne diese Unterstützung hätten die Personen nicht eigenständig an der Befragung teilnehmen können. Das Ausfüllen des Fragebogens mit Unterstützung hat durchschnittlich 20 Minuten pro Person gedauert.

Die beiden Peer-Befragerinnen führten folgende Ergänzungen zur Unterstützung an:

- „Als Peer-Befragerin ist es mir sehr gut gegangen. Es hat alles sehr gut geklappt.“
- „Die langjährige Erfahrung als Evaluatorin war ein großer Vorteil. Wir haben gelernt gut einzuschätzen, ob eine Person die Fragen versteht oder nicht.“
- „Die Befragung durch Vorlesen hat super funktioniert. Manche Personen wollten gerne selber ankreuzen, manche Personen wollten gerne mitlesen.“
- „Es hat keine Probleme gegeben. Es ist zwar kein Problem, aber es war schwierig manche Fragen zu erklären.“
- „Es gibt nichts was ich verändern würde. Ich würde alles so machen wie bisher.“

Die Projektleitung weist in der Fokusgruppendifkussion darauf hin, dass zukünftige Peer-Befrager_innen eine Ausbildung brauchen. Bei einer Schulung wäre es zudem wichtig, dass Menschen mit Lernschwierigkeiten als Unterrichtende dabei sind.

Bezüglich der **Verwendung von Beobachtungsbögen** wird erklärt, dass Personen mit hohem Unterstützungsbedarf mittels Beobachtung bzw. durch eine Tandem-Befragung in die Erhebungsphase miteinbezogen wurden. Der für die Beobachtung entwickelte Beobachtungsbogen wurde dabei von der BGF-Beraterin ausgefüllt und war sehr hilfreich. Er war bei der Beobachtung eine wichtige Orientierungshilfe und hat geholfen, nichts zu vergessen und alle wichtigen, beobachtbaren Determinanten zu erfassen.

Insgesamt fanden im Zuge der Ist-Stand-Erhebung drei Beobachtungen statt. Eine Beobachtung hat etwa eine Stunde gedauert und wurde von zwei Personen gemacht. Dies hatte den Vorteil, dass die Ergebnisse später verglichen werden konnten. Wenn es möglich ist, sollten auch in Zukunft die Beobachtungen von zwei Personen gemacht werden, um die Qualität der Beobachtung zu erhöhen.

Am Ende des Beobachtungsbogen gibt es drei offene Fragen, welche zusätzlich den Betreuer_innen gestellt werden. Die in die Beobachtung integrierte Einschätzung durch die Betreuer_innen hat sich im Projekt als wertvoll für die Datenqualität im Zusammenhang mit der Arbeitssituation von Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf erwiesen.

Die Methode der Tandem-Befragung wurde im Projekt angewandt, um grundsätzlich ihre Anwendbarkeit und Eignung zur Einbeziehung von Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf zu testen. Wenn nur einzelne Mitarbeiter_innen mit hohem Unterstützungsbedarf in einer Werkstätte waren, wurden Tandem-Befragungen gemacht. Das Tandem besteht aus (Bezugs)Betreuer_in und BGF-Berater_in. Bezugsbetreuer_in und BGF-Berater_in füllen stellvertretend den Fragebogen für eine Person mit hohem Unterstützungsbedarf aus. Die Betreuer_innen waren sehr kooperativ und konnten sich zum Teil auch gut in die Personen hineinversetzen, da sie diese sehr gut kennen. Dennoch war die stellvertretende Befragung erwartungsgemäß für die Personen sehr schwierig. Viele Fragen konnten aus einer „Außenperspektive“ nicht beantwortet werden bzw. waren schwer zu beantworten. Es wird daher im Leitfaden auch keine Empfehlung für diese Methode geben. Bessere und „saubere“ Datenqualität erhält man durch Beobachtungen.

Das **Arbeitspaket 1.8 „Testung der Instrumente und Methoden mit der Zielgruppe“** konnte aufgrund der Verzögerungen nicht mehr durchgeführt werden. Es gab keine Testphase, sondern die Befragung in den beteiligten Organisationen selbst war der Test. In der zweiten Fokusgruppendifkussion wurde dazu erwähnt, dass die langjährige Erfahrung bei Proqualis dazu beitragen sollte, dass es hier zu keinen Komplikationen kommen werde (vgl. dazu Kapitel 3.2). In der dritten Fokusgruppendifkussion wurde daher nachgefragt, welche Komplikationen in der Befragung sichtbar geworden sind, inwieweit das Instrument nach den ersten Befragungen verändert werden musste und ob eine zeitgerechte Testung der Instrumente mit der Zielgruppe geholfen hätte.

Die Projektleitung verweist in der Fokusgruppendifkussion darauf, dass die Instrumente vorab mit der Zielgruppe getestet wurden. Dies erfolgte etwas später als geplant zu Beginn der zweiten Phase im November 2018, entsprechende Testprotokolle zum neu entwickelten Erhebungsinstrument wurden zur Verfügung gestellt und im Rahmen der externen Evaluation auch analysiert (vgl. dazu Kapitel 3.1).

Im **Arbeitspaket 2.1 „Ist-Analyse“** (Oktober - Dezember 2018) wurden die entwickelten Instrumente verwendet, um Befragungen und Beobachtungen durchzuführen. Die Abläufe bei den vier beteiligten Organisationen fanden dabei unabhängig voneinander statt, wobei allerdings darauf geachtet wurde, dass sie komplett gleich waren und dasselbe gemacht wurde. Besonderer Wert wurde auf die Dokumentation der Ist-Analyse in den beteiligten Organisationen gelegt. Basierend auf den Auswertungen wurden anschließend Gesundheitszirkel gebildet, in dem die Ergebnisse aus diesem Arbeitspaket analysiert wurden.

Folgende Anmerkungen zum Verlauf in diesem Arbeitspaket wurden von der Projektleitung in der Fokusgruppendifkussion gemacht:

- Diagnosephase: Die Ist-Analyse fand im Rahmen der Diagnosephase wie geplant im November 2018 statt. Alle entwickelten Befragungsmethoden (Fragebogen Paper & Pencil, Fragebogen als ausfüllbares PDF, Peer-Unterstützung, Tandem, Teilnehmende Beobachtung) wurden im Zuge der Erhebung eingesetzt und getestet. Die Ergebnisberichte wurden in leichter Sprache erstellt. In allen vier beteiligten Betrieben war eine hohe Teilnahmequote zu verzeichnen (KI-I: 90%, Werkstätte Hagenberg: 86%, Werkstätte Bad Hall: 74%, Werkstätte Stifterstraße: 74%).
- Durchführung partizipativer Gesundheitszirkel: In den vier beteiligten Betrieben fanden wie geplant von Februar bis April 2019 partizipative Gesundheitszirkel mit Mitarbeiter_innen mit und ohne Beeinträchtigung statt. Um eine partizipative Umsetzung zu gewährleisten, sollten mindestens 50 Prozent der Teilnehmer_innen Menschen mit Beeinträchtigungen sein. Dies wurde in allen Betrieben eingehalten. Bei der Zusammensetzung der Teilnehmer_innen wurde grundsätzlich darauf geachtet, dass Mitarbeiter_innen aus unterschiedlichen Abteilungen bzw. aus unterschiedlichen Werkstätten vertreten sind. Die Moderation der Gesundheitszirkel erfolgte unter Verwendung von Leichter Sprache und vermehrter visueller Un-

terstützung. Die verwendeten Moderationsmethoden wurden erweitert und an die Zielgruppe angepasst. Zudem erfolgte in allen partizipativen Gesundheitszirkeln eine Co-Moderation durch eine Person mit Lernschwierigkeiten. Anzahl und Dauer der Gesundheitszirkel wurde an die Bedürfnisse der Teilnehmenden in den jeweiligen Betrieben angepasst: Sie können nicht vereinheitlicht werden und müssen in jedem Betrieb neu an die Bedürfnisse der dort arbeitenden Mitarbeiter_innen mit Beeinträchtigung angepasst werden. Faktoren wie Aufmerksamkeitsspanne oder Konzentrationsfähigkeit müssen berücksichtigt und miteingeplant werden. Die Anzahl variiert hierbei zwischen zwei und vier Terminen und einer Dauer zwischen einer und vier Stunden. In den partizipativen Gesundheitszirkeln wurden gemeinsam Ressourcen und Belastungen erhoben sowie verhaltens- und verhältnisorientierte Maßnahmen erarbeitet. In den internen Steuerungsgruppensitzungen wurde dann beschlossen, welche Maßnahmen umgesetzt werden. In diesen Steuerungsgruppen waren ebenfalls Mitarbeiter_innen mit Beeinträchtigung vertreten, die gleichwertig mitentschieden. Die geplanten Maßnahmen wurden anschließend in den vier Betrieben zielgruppengerecht kommuniziert.

- Erfahrungen aus den Gesundheitszirkeln: Zur Abstimmung und Vorbereitung von Moderation und Co-Moderation sind genügend zeitliche Ressourcen einzuplanen. Es sollte vor jedem Gesundheitszirkel ein genauer Ablaufplan mit Aufgabenaufteilung erstellt werden. Es ist wichtig, dass die Co-Moderation gut über die konkreten Aufgaben im Gesundheitszirkel informiert ist. Mit der Co-Moderation sollten auch mögliche Szenarien im Vorhinein geübt werden: Was tut man, wenn die Teilnehmer_innen durcheinanderreden? Wer reagiert wie darauf? Wie geht man damit um? Zukünftig ist es nötig, genügend Zeit für die Einschulung von Gesundheitszirkel-Co-Moderator_innen einzuplanen. Ein Schulungsprogramm für Gesundheitszirkel-Co-Moderator_innen mit Lernschwierigkeiten sowie ein Drehbuch für den genauen Ablauf im Gesundheitszirkel wären nötig. Das Verhältnis der Teilnehmer_innen mit mindestens 50 Prozent Menschen mit Lernschwierigkeiten wurde, wie geplant, in allen Gesundheitszirkeln eingehalten. Wichtig ist aber auch, dass die Personengruppe der Menschen ohne Beeinträchtigung nicht unterrepräsentativ ist, damit deren Sicht ebenso vertreten ist. In den Gesundheitszirkeln konnte grundsätzlich festgestellt werden, dass nur wenige Menschen ohne Beeinträchtigung von ihren persönlichen Bedürfnissen gesprochen haben. Dies war besonders dort der Fall, wo ein Betreuungsverhältnis war. Die Betreuer_innen haben den Fokus nicht auf sich selbst, sondern auf die Mitarbeiter_innen mit Beeinträchtigung gelegt. Die Sicht der Menschen ohne Beeinträchtigung ist daher zum Teil etwas untergegangen. Um beide Sichtweisen einzuholen, ist hierbei die Rolle der Moderation besonders wichtig. Bei der Einschulung von zukünftigen Gesundheitszirkel-Moderator_innen für inklusive BGF-Prozesse ist daher u. a. eine intensive Einschulungszeit zur Sensibilisierung hinsichtlich der Zielgruppe nötig. Grundsätzlich waren die gemeinsamen Gesundheitszirkel ein großer Gewinn für das Projekt. Bei einzelnen Themen kann es aber auch ein Vorteil sein, diese getrennt zu bearbeiten. Hier kann zusätzlich ein getrennter themenspezifischer Gesundheitszirkel durchgeführt werden. Wichtig ist dabei, dass vorher gemeinsam festgelegt wird, welche Themen gemeinsam bzw. getrennt bearbeitet werden sollen.
- Beziehung von externen Partnern: Qualitativ hochwertigere Ergebnisse konnten durch die Expertise des Instituts für Gesundheitsplanung (IGP) bei der Fragebogenentwicklung erzielt werden. Bei der Berichtslegung (Erst- und Zweitbefragung) konnten die Erfahrungen von Markus Peböck (ehem. Geschäftsführer des IGP) und Margaretha Bäck (ehem. Mitarbeiterin des IGP) bei der Berichtslegung von Befragungen und der praktischen Umsetzung von BGF-Prozessen genutzt werden. Birgit Küblböck (BGF-Beraterin im Auftrag von PROGES) brachte durch ihre langjährige Erfahrung in der Beratung von BGF-Prozessen wertvolles Know-how in den Beratungsprozess ein.

In der Steuerungsgruppe wurde im Rahmen des **Arbeitspakets 2.3 „Maßnahmen werden erarbeitet“** (April - Juni 2019) entschieden, welche Maßnahmen tatsächlich umgesetzt werden sollen. Dabei wurden im Sinne der Partizipation auch die Mitarbeiter_innen mit Lernschwierigkeiten in die Entscheidungsfindung mit einbezogen. Die Projektleitung wurde gefragt, wie das konkret funktioniert hat, wer tatsächlich entschieden hat und inwieweit einzelne Entscheidungen transparent nachvollziehbar sind. Die Fragen wurden an zwei Kollegen mit Lernschwierigkeiten am KI-I weitergestellt:

- Hast du mitbestimmen können, welche Maßnahmen umgesetzt werden?
„Wir haben mitbestimmen können.“
„Ich würde das auch so sehen. Da sind wir schon überall gefragt worden, ob wir das wollen.“
- Wo hast du mitbestimmen können? Nenne bitte Beispiele:
„Wir haben bei allen Maßnahmen mitbestimmt, was unser Büro betrifft. Kaffeemaschine, Drucker und so weiter.“
„Dann das mit der Bewegungspause. Da haben wir auch durchaus mitbestimmt, dass wir die bekommen. Auch wenn wir sie nicht in dem Ausmaß bekommen haben, wie wir sie ursprünglich wollten.“
„Gesunde Jause – da haben wir auch mitbestimmen können, dass wir sie bekommen.“
„Das mit der Bim-Haltestelle. Da hat sich ja schon was verändert. Nicht zuletzt durch das Betreiben von Kludia Karoliny.“
„Die Augenübung am Computer haben wir auch drinnen bei den Maßnahmen. Der EyeLeo. Das hat sich jeder selbst aussuchen können, ob er das haben will oder nicht.“
„Die Ernährungspyramide. Da habe ich mitbestimmen können, dass wir sie aufhängen im Büro bei uns und im Serverraum.“
„Beim Besprechungsraum. Das ist noch eine Frage. Das gehört ja zu Integriert Studieren dazu. Da haben wir nicht mitbestimmen können.“
„Beim Obstsalat, aber der ist nicht so angenommen worden. Das kann jeder selbst entscheiden, ob er den essen möchte oder nicht.“
- Wo hättest du dir mehr Mitbestimmung gewünscht?
„Also aus unserem Maßnahmenpaket bin ich recht glücklich. Ich hätte mir in diesem Sinne mehr gewünscht, dass Gesundheit inklusiv an der ganzen Uni ausgeweitet wird. Da wäre vielleicht in Bezug auf Barrierefreiheit auch etwas weiter gegangen. Wo ich mir wirklich Mitbestimmung gewünscht hätte, das hängt von der Uni ab. Von den Räumlichkeiten. Dass wir vielleicht zusätzlich Räumlichkeiten bekommen. Dass sich die räumliche Situation verändern lässt, aber das geht eben gerade nicht. Zum Beispiel die Glastür von der KHG-Mensa. Das ist so ein typisches Beispiel. Dass es da noch keinen elektrischen Türantrieb gibt, kann ich nicht verstehen.“
„Wir sind eh viel eingebunden worden.“

Zusätzlich wurde eine Gesundheitszirkel-Co-Moderatorin gefragt, wie die Mitbestimmung von Menschen mit Lernschwierigkeiten in den Gesundheitszirkeln war. Ihre Antwort darauf: „Beim Gesundheitszirkel konnten alle mitbestimmen. Bei der Maßnahmenentwicklung konnten auch die Menschen mit Lernschwierigkeiten mitbestimmen, welche Maßnahmen es geben soll. Jeder hat Dinge eingebracht, die in der Arbeit nicht so gut sind für die Gesundheit.“

Aufgrund des inklusiven Ansatzes war es nach Auffassung der Projektleitung im gesamten Projekt oberste Prämisse, die Sicht der Zielgruppe der Menschen mit Beeinträchtigung überall miteinzubeziehen, und die Zielgruppe gleichberechtigt mitbestimmen und mitentscheiden zu lassen. Diese Vorgehensweise war wichtig für den Erfolg des Projekts.

Im Anschluss an das Arbeitspaket 2.3 wurde ein **neues Arbeitspaket „Umsetzung der Maßnahmen“** (Juni 2019 – Jänner 2020) eingeführt, das im ursprünglichen Konzept nicht extra ausgewiesen war. Außerdem wurde im Rahmen eines Steuerungsgruppentreffens im April 2019 auf Anraten der Expertise der ÖGK und von Markus Peböck entschieden, die Zeit der Maßnahmenumsetzung von Mai 2019 auf Juni bis Dezember 2019 auszuweiten, um bei einer Zweitbefragung bessere und aussagekräftigere Daten zu gewinnen.

In internen Steuerungsgruppentreffen am KI-I, in der Werkstätte Hagenberg, in der Werkstätte Stifterstraße und in der Werkstätte Bad Hall wurde im Dezember 2019 dann der Stand der Maßnahmenumsetzung reflektiert und besprochen. Folgende Fragestellungen wurden bearbeitet:

- Was wurde / wird schon umgesetzt?
- Was noch nicht (warum nicht)?
- Was wurde verschoben (warum)?
- Was wird nicht umgesetzt (warum nicht)?

Ein Großteil der Maßnahmen wurde bis zu diesem Zeitpunkt in allen vier Betrieben bereits umgesetzt. Die Reflexion der Maßnahmenumsetzung wurde in allen Betrieben dokumentiert, an die BGF-Beraterin geschickt und dann an die ÖGK weitergeleitet.

Von Jänner bis Juni 2020 folgte das **Arbeitspaket 2.5 „Evaluation der BGF-Prozesse“**. Hier wurde in der Fokusgruppendifkussion danach gefragt, ob ein spezifisches Evaluierungsmodell angewendet wurde.

Nach Auskunft der Projektleitung erfolgte die laufende Evaluierung der BGF-Prozesse beim KI-I mittels Prozessevaluation:

- Zwischenreflexion zum Stand der Maßnahmenumsetzung mit dem Geschäftsführer und dem Abteilungsleiter des EMC (August 2019);
- Zwischenreflexion zum Stand der Maßnahmenumsetzung mit dem Proqualis-Team (September 2019).

In allen vier Betrieben wurde Ende des Jahres 2019 der Stand der Maßnahmenumsetzung gemeinsam reflektiert und dokumentiert. Zudem erfolgte im Jänner 2020 in allen Betrieben die Zweitbefragung (inkl. zusätzlicher Fragen zum Projekt „Gesundheit inklusiv“) sowie die Berichtslegung in leichter Sprache.

Die Evaluierung des gesamten BGF-Prozesses erfolgt nach dem BGF-Modell der ÖGK (Oberösterreich). Nach diesem Modell gibt es in den Pilotbetrieben:

- Ein Evaluierungsgespräch der BGF-Beraterin mit der Geschäftsführung: Das Evaluierungsgespräch mit dem Geschäftsführer des KI-I fand im März 2020 über Skype statt. Die Evaluierungsgespräche mit den Einrichtungsleiter_innen des Diakoniewerks fanden im Juni 2020 statt.
- Einen Evaluierungsworkshop mit Mitarbeiter_innen und Führungskräften: Der Evaluierungsworkshop am KI-I fand im Mai 2020 über Skype statt. Die Evaluierungswshops in den Werkstätten des Diakoniewerks fanden im Juni 2020 vor Ort statt.

Das **Arbeitspaket 2.6 „Dokumentation“ (April 2020)** beinhaltet vor allem die Zusammenführung der Dokumentation. Auf die Frage, wie der Projektverlauf in der zweiten Phase konkret dokumentiert wurde, antwortete die Projektleitung damit, dass die gesamte Dokumentation wie im Projektantrag vorgesehen erfolgte. Für die Phase II umfasste die Dokumentation (vgl. dazu Kapitel 4.1):

- Bericht Arbeitspaket 1.5 „Beschreibung der Ist-Situation“
- Bericht Arbeitspaket 1.6 „Ziele des BGF-Prozesses“
- Bericht Arbeitspaket 1.7 „Maßnahmenplanung“
- Bericht Arbeitspaket 1.8 „Dokumentation über durchgeführte Maßnahmen in den BGF-Prozessen“
- Bericht über spezielles Beratungs-Know-how für die Zielgruppe, der von der BGF-Beraterin verfasst und im Leitfaden integriert wurde.

Darüber hinaus gibt es eine interne Dokumentation zur Qualitätskontrolle. Dazu wurden zusätzlich Fragen zur Qualitätssicherung für die Dokumentation vom KI-I regelmäßig an die Betriebe des Diakoniewerks sowie an die BGF-Beraterin verschickt, etwa zur Handhabung des Fragebogens bei der Zielgruppe oder zur Verständlichkeit und Anwendbarkeit der getesteten Methoden in Hinblick auf die Zielgruppe der Menschen mit Beeinträchtigung. Dafür wurden vom KI-I zum Teil eigene Feedbackbögen in Leichter Sprache erstellt. Weiters formulierte das KI-I Reflexionsfragen für die Peer-Unterstützerinnen und die Co-Moderatorin der Gesundheitszirkel und protokollierte alle Sitzungen und Besprechungen (z. B. Beirat, Steuerungsgruppe, interne Besprechungen). Sämtliche Dokumentation fließen in die Controllingberichte des FGÖ sowie in den Leitfaden ein.

Über die gesamte Dauer der Phase II hinweg zog sich das **Arbeitspaket 2.7 „Aufbau von Beratungs-Know-how für inklusive BGF-Prozesse“**. Eine Beraterin, die im BGF-Prozess begleitend eingesetzt wurde, hat in diesem Zusammenhang eine Einschulung erhalten, um in der Moderation und Dokumentation des Prozesses Leichte Sprache anzuwenden. Angedacht war außerdem, dass sich auch in den Einrichtungen selbst Personen in Richtung einer BGF-Beratung qualifizieren können. In der Fokusgruppendifkussion wurde hier nachgefragt, was in diesem Zusammenhang getan wurde.

Franziska Mitter, eine Mitarbeiterin mit Lernschwierigkeiten am KI-I, hat im November 2019 die Ausbildung zur Gesundheitszirkelmoderation beim FGÖ absolviert. Sie hat bei allen Gesundheitszirkeln in allen Pilotbetrieben die Co-Moderation übernommen. Ursprünglich war geplant, dass es interne Gesundheitszirkel-Co-Moderator_innen in jedem beteiligten Betrieb gibt. Die Einrichtungen des Diakoniewerks haben allerdings angegeben, dass dies ohne vorherige intensive Einschulung nicht möglich ist und haben daher das KI-I gebeten, dass geschulte Mitarbeiter_innen des KI-I die Co-Moderation übernehmen.

Berater_innen brauchen für die Begleitung inklusiver BGF-Prozesse zusätzliches Wissen. Dieses Wissen ist zum einen im Leitfaden des Projekts beschrieben und zum anderen können Berater_innen zukünftig eine Zusatz-Qualifikation bei PROGES machen. Dafür hat PROGES bereits ein eigenes Curriculum entwickelt. Die geplanten Inhalte der Zusatz-Qualifikation sind:

- Sprechen und Schreiben in Leichter Sprache;
- Methoden für partizipatives Arbeiten mit Menschen mit und ohne Lernschwierigkeiten;
- Methoden, mit denen Menschen mit Lernschwierigkeiten im BGF-Prozess gut teilhaben können;
- Moderieren in Gruppen mit Menschen mit und ohne Lernschwierigkeiten;
- Co-Moderation mit einer Person mit Lernschwierigkeiten.

Im zweiten Block der Fokusgruppendifkussion folgten Fragen zur Phase III „Information und Öffentlichkeitsarbeit“, die sich beinahe über den gesamten Projektzeitraum zog.

Das **Arbeitspaket 3.1 „Erstellung des Leitfadens“** sah mit dem Meilenstein 6 Ende April 2020 die Vorlage eines Leitfadens in gedruckter Form und als barrierefreies PDF vor.

Mitte April wurde die Rohfassung dieses Leitfadens erstellt, den die Projektpartner zur Durchsicht erhalten und Rückmeldungen gegeben haben. Nach Einarbeitung aller Rückmeldungen wurde der Leitfaden für die Verständlichkeitsprüfung durch die Zielgruppe der Menschen mit Lernschwierigkeiten freigegeben. Diese Textprüfungen zu den einzelnen Kapiteln fanden im Mai und Juni über Skype statt. Die Finalisierung des Leitfadens ist für Ende Juni geplant. Dies hat sich aufgrund der Corona-Krise nach hinten verschoben, da die Textprüfungen nicht oder nur schwer möglich waren.

Der Leitfaden enthält folgende Inhalte:

- Einleitung
- Das Projekt „Gesundheit inklusiv“
- Wie kann man die Betriebliche Gesundheits-Förderung inklusiv durchführen?
- Was müssen Berater und Beraterinnen zusätzlich können?
- Was müssen Moderatoren und Moderatorinnen mit Lernschwierigkeiten wissen?
- Literatur
- Wörterbuch
- Anhang

Im Mai und Juni 2020 war im ursprünglichen Konzept das **Arbeitspaket 3.2: „Veröffentlichung des Leitfadens durch Aussendungen, Webseite und Vorträge bei Konferenzen und Fachtagungen“** geplant.

Die Veröffentlichung des Leitfadens verschiebt sich zeitlich ebenfalls nach hinten. Die für 2020 bereits geplanten Vorträge bei Konferenzen und Fachtagungen wurden aufgrund der COVID-19-Pandemie abgesagt (Integra im April 2020, IKT-Forum im Juli 2020) bzw. verschoben (ÖGPH-Tagung von Mai auf November 2020). Es sind aber bereits weitere Maßnahmen im Zuge der Öffentlichkeitsarbeit für 2020 geplant.

Im April 2020 sollte planmäßig das **Arbeitspaket 3.3 „Antrag für das BGF-Gütesiegel wird gestellt“** absolviert werden.

Der BGF-Gütesiegel-Antrag des KI-I wurde mit aktuellem Stand an die BGF-Beraterin zur Durchsicht gesendet. Die Informationen zum Evaluierungsworkshop und damit einhergehend zum Thema Nachhaltigkeit wurden integriert. Die Gütesiegelanträge der drei beteiligten Betriebe des Diakoniewerks sind ebenfalls in Bearbeitung. Diese werden nach Durchführung der Evaluierungswshops noch finalisiert und ebenfalls an die BGF-Beraterin geschickt. Mit der ÖGK wurde beim Steuerungsgruppentreffen im März 2020 vereinbart, dass die ausgefüllten BGF-Gütesiegel-Anträge bis Anfang Juli 2020 an die ÖGK gesendet werden.

Das finale **Arbeitspaket 3.5 „Erstellung des Projektabschlussberichtes“** mit dem Meilenstein 7 „Projektabschlussbericht liegt vor“ war im Antrag mit Ende Juli 2020 terminisiert. Das Projekt wird regelmäßig dokumentiert. Die Dokumentation fließt in den Projektabschlussbericht ein. Der Projektabschlussbericht wird fristgerecht fertiggestellt werden.

Darüber hinaus wurde in der Phase III eine **weitergehende Öffentlichkeitsarbeit** sichergestellt. Sie erfolgte sowohl in schwerer Sprache (Fachsprache) als auch in Leichter Sprache, um eine bessere Teilhabe und Zugänglichkeit für Menschen mit Beeinträchtigung zu gewährleisten:

- 23. Mai 2019: ÖGPH -Tagung in Wien: Tandemvortrag mit einer Person mit Lernschwierigkeiten;
- 10. Juli 2019: IKT-Forum in Linz: Tandemvortrag mit zwei Personen mit Lernschwierigkeiten aus zwei Pilotbetrieben (KI-I und Diakoniewerk, Werkstätte Hagenberg) in Leichter Sprache;
- September 2019: Artikel in Leichter Sprache auf www.gleichgestellt.at. Thema: Vorstellung des Projekts Gesundheit inklusiv (<https://www.gleichgestellt.at/gesundheits-inklusiv-ein-projekt-zur-inklusion-von-menschen-mit-beeintraechtigung/>);
- September 2019: Artikel über das Projekt Gesundheit inklusiv im GfB-Newsletter (Gesundheit fördert Beschäftigung)

Bei den Vorträgen in Leichter Sprache war es immer wichtig, dass diese im Tandem mit einer Person mit Lernschwierigkeiten abgehalten wurden. Bei der ÖGPH-Tagung hat auch Franziska Mitter präsentiert. Ihre Erfahrungen dazu schildert sie folgendermaßen: „Mir ist es bei dem Vortrag bei der ÖGPH Tagung sehr gut gegangen. Die Zusammenarbeit mit der Kollegin ohne Lernschwierigkeiten hat super funktioniert. Wir haben auf Augenhöhe zusammengearbeitet. Es wurden mir und meiner Kollegin gleichwertige Fragen gestellt.“

Das Thema Öffentlichkeitsarbeit stand bei jeder Beiratssitzung und bei jeder Sitzung der Steuerungsgruppe auf der Tagesordnung. Die Beiräte und Projektpartner konnten jederzeit ihre Ideen einbringen und auch Pressekontakte nutzen. Alle Ideen und Vorschläge zur Öffentlichkeitsarbeit wurden laufend beschrieben und gelistet. Eine detaillierte Planung zur Öffentlichkeitsarbeit erfolgte in der Steuerungsgruppe im März 2020. Zudem ist nach Fertigstellung des Leitfadens noch ein eigener Termin zur Planung der Öffentlichkeitsarbeit hinsichtlich der Veröffentlichung des Leitfadens mit den Projektpartnern geplant.

Eine Präsentation des Projekts Gesundheit inklusiv bei der OÖ Plattform BGF und Prävention ist erst nach Fertigstellung des Leitfadens zielführend, da erst dann über die gesamten Erfahrungen eines inklusiven BGF-Prozesses (inkl. Evaluierungsphase) berichtet werden kann und auch der daraus abgeleitete Leitfaden erst dann präsentiert werden kann. Eine Pressekonferenz ist ebenfalls erst nach Fertigstellung des Leitfadens zielführend. Es muss noch abgeklärt werden, wer Ressourcen und Kontakte hat, um eine Pressekonferenz zu organisieren.

In der Fokusgruppendifkussion wurde darüber hinaus erwähnt, dass einige Vorträge aufgrund der COVID-19-Pandemie nicht in der geplanten Weise durchgeführt werden konnten:

- Vortrag auf der Integra im April 2020 (Integra wurde abgesagt);
- ÖGPH-Tagung im Mai 2020 – Einreichung wurde akzeptiert (ÖGPH-Tagung wird auf November 2020 verschoben);
- Vorträge in schwerer und leichter Sprache beim IKT-Forum im Juli 2020 (IKT-Forum wurde abgesagt)
- FGÖ-Magazin „Gesundes Österreich“: Herbst-Termin 2020 – Das KI-I wird telefonisch zum Projekt interviewt.

Darüber hinaus wurde erwähnt:

- Der Leitfaden wird nächstes Jahr in einem eigenen Wissensband des FGÖ veröffentlicht.
- Ein Artikel mit Fotos wird im Newsletter des Österreichischen Netzwerks BGF im September oder Dezember 2020 veröffentlicht.
- Ein Beitrag im DGservice-Newsletter für alle Dienstgeber österreichweit (ca. 350.000 Empfänger_innen) ist für Herbst 2020 geplant.
- Birgit Küblböck kümmert sich um einen Beitrag in „Koordinierungsstelle Arbeitsfähigkeit erhalten“.
- Es sind weitere Maßnahmen im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit nach Fertigstellung des Leitfadens geplant. Die konkrete Planung wird noch mit den Projektpartnern besprochen.

Abschließend wurde in der Fokusgruppendifkussion nach **der Zusammenarbeit mit dem Fachbeirat** gefragt.

Für die Projektleitung sind die Anregungen des Fachbeirates wichtig für die Qualität und das Gelingen des Projekts. Die Anregungen wurden auch immer wieder – soweit im Rahmen des Projekts möglich und vorgesehen – berücksichtigt und im Projekt integriert:

- Bei der Beiratssitzung im Februar 2019 entstand der Titel für den Fragebogen: „Fragebogen zu Gesundheit und Arbeit für Menschen mit und ohne Beeinträchtigung“. In derselben Sitzung wurde angemerkt, dass der Beobachtungsbogen stärker strukturiert werden sollte, um die Berichtslegung zu vereinfachen. Basierend auf dieser Empfehlung erfolgte eine detaillierte Strukturierung des Beobachtungsbogens. Auch über die stellvertretende Befragung wurde diskutiert. Diese war (erwartungsgemäß) für die Personen, die stellvertretend antworteten sehr schwierig. Viele Fragen konnten aus „Außenperspektive“ nicht beantwortet werden bzw. waren schwer zu beantworten. Es wurde daher angedacht, diese Befragungsmethode nicht zu verwenden und stattdessen die Beobachtungen zu erweitern. Dies würde sich auch positiv auf die Qualität der Daten auswirken. Diese Empfehlung stattdessen Beobachtungen durchzuführen wird im Leitfaden dokumentiert.
- In der Beiratssitzung im Juni 2019 wurden folgende Punkte diskutiert, die in den Leitfaden und den inklusiven BGF-Prozess eingeflossen sind:
 - a) Wichtig ist, dass das Verhältnis Menschen mit und ohne Lernschwierigkeiten im Gesundheitszirkel ausgeglichen ist, damit keine Sichtweise untergeht.
 - b) Die Sensibilisierung zur Zusammenarbeit auf Augenhöhe müsste intensiver sein, z. B. in Form eines Workshops.
 - c) Es könnte sowohl getrennte Gesundheitszirkel als auch gemeinsame, themenzentrierte Gesundheitszirkel geben.
- Die Mitglieder des Beirats wurden bei jeder Sitzung nach Ideen für Öffentlichkeitsarbeit gefragt. Beispielsweise wurde bei der Sitzung im Februar 2019 vorgeschlagen, das Projekt bei der Integra 2020 zu präsentieren. Daraufhin hat das KI-I einen Vortrag über das Projekt bei der Integra eingereicht, der angenommen wurde (die Integra wurde allerdings aufgrund der COVID-19-Pandemie abgesagt).

4.3 Qualitative Interviews mit Mitgliedern des Fachbeirats und Fokusgruppenreflexion der Projektleitung (KI-I)

Mitte Juni bis Anfang Juli 2020 wurde mit drei Mitgliedern des Fachbeirats, Alfred Grausgruber, Alfred Prantl und Bettina Stadlmayr, die dritte und letzte Serie an qualitativen Interviews durchgeführt. Renate Hackl als viertes Mitglied des Fachbeirat sah sich außerstande, ein Interview durchzuführen, da sie bei der letzten Fachbeiratsitzung nicht anwesend war und auch sonst keine Informationen erhalten hatte. Die Interviews wurden aufgrund der COVID-19-Pandemie per E-Mail und Telefon geführt.

Der Interviewleitfaden umfasste folgende Punkte:

- eine Einschätzung zum bisherigen Projektverlauf, zur Erfüllung der zu Projektbeginn geäußerten Erwartungshaltungen und zum Erfolg des Projekts;
- die Bitte um Kommentare zur Analyse der Themenbereiche „Inklusion in der betrieblichen Gesundheitsförderung“, „gesundheitliche Chancengerechtigkeit“, „Partizipation im Projekt“, „Einbindung von Entscheidungsträger_innen“, „Zielerreichung und Zielgruppenerreichung“ sowie „Sicherstellung von Nachhaltigkeit“, die auch bei den ersten beiden Interviewserien im Fokus standen;
- eine Frage nach weiteren wichtigen Hinweisen für den Projektverlauf.

Ende Juli 2020 folgte eine abschließende Fokusgruppenreflexion mit der Projektleitung. Dazu wurden die folgenden Erkenntnisse aus den qualitativen Interviews mit den Mitgliedern des Fachbeirats in einem Gespräch mit der Projektleiterin Mag.a Karina Lattner und den Projektmitarbeiter*innen Margaretha Bäck MA sowie Franziska Mitter gemeinsam gelesen, reflektiert und kommentiert.

4.3.1 Wahrnehmung des gesamten Projektverlaufs und Erfüllung von Erwartungshaltungen

Zu Beginn wurde den Fachbeiratsmitgliedern folgende Frage gestellt: „Wie ist Ihre Einschätzung zum Projektverlauf von ‚Gesundheit inklusiv‘ im Allgemeinen? Wie hat sich das Projekt tatsächlich entwickelt? Was verlief nach Plan und was nicht? Was hat sich durch den Ausbruch der COVID-19-Pandemie alles verändert?“ Zusätzlich wurde auch die Frage in den Raum gestellt, inwieweit die ursprüngliche Erwartungshaltung erfüllt wurde (vgl. dazu Kapitel 2.4.1).

Die drei befragten Fachbeiratsmitglieder sind unisono der Meinung, dass sich das **Projekt gut entwickelt** hat. Hervorgehoben wird nochmals die gute Konzeption und die gut gewählte Organisationsstruktur, darüber hinaus auch der Umgang mit den personellen und strukturellen Änderungen nach kurzer Projektlaufzeit (vgl. Kapitel 3.2). Auch auf die **Herausforderungen der COVID-19-Pandemie** wurde nach Meinung der Fachbeiratsmitglieder gut reagiert. Die Frage, wie sich die Corona-Krise auf einen geplanten „Roll-Out“ des Projekts auf andere Betriebe und Bereiche auswirkt, wird allerdings in den nächsten Wochen und Monaten stark in den Fokus gerückt werden müssen, wie auch Bettina Stadlmayr im Interview betont. Eine corona-sichere Adaption der entwickelten Instrumente und Maßnahmen, u. a. durch den Einsatz nun stärker genutzter Technologien, könnte beispielsweise von großem Nutzen sein – allerdings ist es dafür im Rahmen des Projekts einerseits zu spät, andererseits war dies niemals Teil des Projektauftrags.

Kommentar der Projektleitung: Es wird nochmals nachdrücklich darauf hingewiesen, dass eine Rollout-Strategie nie geplant und eine Entwicklung im Rahmen des Projekts aufgrund fehlender Ressourcen nicht möglich war. Der Grundstein wurde aber sehr wohl dafür gelegt, wenngleich es definitiv nicht mehr Aufgabe des KI-I ist, das erarbeitete Produkt zur Anwendung zu bringen. Eine corona-sichere Adaption einzelner Instrumente und Maßnahmen wurde – obwohl nicht Teil des Auftrags – „aus der Not heraus“ sogar gemacht, indem ein Evaluierungs-Workshop am KI-I über Skype durchgeführt wurde. Dies hat sehr gut funktioniert, vor allem, da klare Regeln ausgemacht und eingehalten wurden (z. B. Mikrofon deaktivieren, wenn nicht gesprochen wird oder aufzeigen, wenn etwas gesagt werden möchte). Hierbei ist es wichtig, nicht auf den inklusiven Aspekt zu vergesse-

sen, etwa indem Menschen mit Lernschwierigkeiten in die Moderation eingebunden werden. Zu beachten ist außerdem, dass ein Einsatz von Technologien wie Videokonferenz-Software in Werkstätten mit beeinträchtigten Menschen sich mitunter sehr schwierig gestaltet, da sich hier Grenzen in der Bedienung ergeben. Gezeigt hat sich darüber hinaus, dass sich einzelne Maßnahmen angesichts der COVID-19-Pandemie durchaus adaptieren lassen, etwa indem Anleitungen zu Bewegungsübungen für die Zeiten im Home-Office bereitgestellt werden.

4.3.2 Inklusion in der betrieblichen Gesundheitsförderung

Die drei befragten Fachbeiratsmitglieder sind einstimmig der Meinung, dass bei der Umsetzung des Projekts **inklusive Aspekte bei der betrieblichen Gesundheitsförderung umfassend berücksichtigt** wurden. Begründet wird dies mit folgenden Argumenten:

- weil bei sämtlichen Aktivitäten sowohl Menschen mit Beeinträchtigungen als auch ohne Beeinträchtigungen aktiv in die Umsetzung der einzelnen Schritte miteinbezogen wurden;
- weil eine Reihe von wichtigen Maßnahmen und Instrumenten erfolgreich um- und eingesetzt wurden, etwa die Sensibilisierung für ein „Arbeiten auf Augenhöhe“, die Durchführung partizipativer Gesundheitszirkel oder die partizipative Erarbeitung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung;
- weil auch die Führungskräfte an den einzelnen Standorten zu diesem Thema eingebunden wurden.

Kommentar der Projektleitung: Als ergänzendes Argument wird angeführt, dass sich auch unter den Entscheidungsträger_innen Menschen mit Beeinträchtigung befanden, etwa in der Steuerungsgruppe oder im Forschungsteam. Zur Sensibilisierung für ein „Arbeiten auf Augenhöhe“, die ein entscheidender Punkt im BGF-Prozess war, wird hinzugefügt, dass die Sensibilisierung auch eine Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheit umfasste. So wurden beispielsweise im Rahmen eines Photo-Voice-Workshops positive und negative Aspekte von Gesundheit im Arbeitsalltag reflektiert. Weiters wird hervorgehoben, dass die partizipative Erarbeitung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung für den Erfolg der Maßnahmen ein sehr wesentlicher Aspekt war. Als konkretes Beispiel wird in diesem Zusammenhang angeführt, dass im Proqualis-Team entschieden wurde, die Kaffeemaschine und den Drucker aus dem Büro zu entfernen. Neben der Senkung des Lärmpegels ergab sich als Nebeneffekt, dass eine Kollegin seitdem weniger Spastiken hat, die durch das Einschalten der Geräte ausgelöst wurden.

4.3.3 Gesundheitliche Chancengerechtigkeit

Das Projekt „Gesundheit inklusiv“ hat nach Ansicht aller drei Fachbeiratsmitglieder auch zur Förderung von gesundheitlicher Chancengerechtigkeit in den vier beteiligten Betrieben beigetragen. Dies wird – analog zur Berücksichtigung von Inklusion in der betrieblichen Gesundheitsförderung – damit begründet, dass **von Beginn an auf partizipative Ansätze und ein Arbeiten auf Augenhöhe auf allen Ebenen und in allen Bereichen gesetzt** wurde. Erwähnt wird in diesem Zusammenhang auch, dass sowohl bei Menschen mit als auch ohne Beeinträchtigungen das gegenseitige Verständnis gefördert und versucht wurde, die einzelnen Themen verständlich für beide Seiten und im gegenseitigem Verständnis abzuhandeln.

Inwieweit eine Verringerung der gesundheitlichen Belastung und eine Erhöhung des Zugangs zu gesundheitlichen Ressourcen bei den Mitarbeiter_innen wahrnehmbar ist, kann für die Beiratsmitglieder nur aus den Auswertungen der zweiten Befragung abgeleitet werden. Sie interpretieren die Ergebnisse so, dass sich die Belastung in der Arbeit verringert hat, insbesondere da einzelne Arbeitsprozesse und Arbeitsbereiche umgestaltet wurden.

Kommentar der Projektleitung: Betont wird, dass im Projekt besonders darauf geachtet wurde, dass keine Perspektive untergeht. Dies betraf insbesondere auch die Gruppe der Mitarbeiter_innen ohne Beeinträchtigung.

4.3.4 Partizipation im Projekt „Gesundheit inklusiv“

Das Ziel einer umfassenden Partizipation aller Mitarbeiter_innen in den beteiligten Betrieben wurde für die Fachbeiratsmitglieder auf alle Fälle im Rahmen der vorhandenen Möglichkeiten erreicht. Dazu beigetragen haben nach Meinung der befragten Interviewpartner_innen u. a. die **aktive Einbeziehung von Menschen mit Beeinträchtigungen** (der Anteil der teilnehmenden Menschen mit Lernschwierigkeiten betrug in allen Phasen überall rund 50 Prozent), die **Information in leichter Sprache** und **regelmäßige Veranstaltungen**. Grausgruber weist im Interview darauf hin, dass es aber offenbar gewisser Sensibilisierungsmaßnahmen bedarf, damit die Bedürfnisse, Wünsche und Kritikpunkte der Menschen mit Beeinträchtigungen von den Mitarbeiter_innen auf „Augenhöhe“ wahrgenommen würden: „Es ist augenscheinlich nicht einfach für die Mitarbeiter_innen, einerseits nicht in die Rolle von ‚gutmeinenden Fürsprecher_innen‘ zu verfallen, andererseits auch die eigenen Bedürfnisse im Prozess der Gesundheitsförderung nicht zu unterdrücken.“

Kommentar der Projektleitung: Eine Erkenntnis aus dem BGF-Prozess in diesem Zusammenhang ist, dass auch nach Gruppen getrennte Maßnahmen sinnvoll sind, etwa Gesundheitszirkel sowohl für beeinträchtigte Mitarbeiter_innen als auch separat für nicht beeinträchtigte Mitarbeiter_innen. Hier wurde im Projekt quasi ein Mittelweg zwischen dem Berliner und dem Düsseldorfer Modell gewählt.¹¹ Weiters wird angemerkt, dass die Verwendung von Leichter Sprache notwendig und zielführend war und Know-How in Leichter Sprache ein essenzieller Punkt in der Ausbildung von zukünftigen BGF-Berater_innen sein sollte.

4.3.5 Einbindung von Entscheidungsträger_innen

Bei der Frage, wie gut die wesentlichen Entscheidungsträger_innen in das Projekt miteingebunden wurden, sind die Fachbeiratsmitglieder **unterschiedlicher Ansicht**. Prantl sieht dies als gut gelungen, Grausgruber mit Berufung auf die Angaben im Controlling-Bericht und in der Beiratssitzung ebenfalls. Stadlmayr vertritt dagegen die Ansicht, dass bedingt durch die Corona-Krise hier nachgeholt werden muss. Ihre Empfehlung lautet, die Ergebnisse umgehend aktiv und intensiv an die Entscheidungsträger_innen zu kommunizieren und darauf basierend gemeinsame Szenarien zu formulieren, wie es nach Ende des Projekts weitergehen könnte.

Kommentar der Projektleitung: Die Aufgabe des KI-I im Projektverlauf endet mit der Kommunikation der Ergebnisse im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit. Wie es darüber hinaus mit der Verwertung der Ergebnisse weitergeht, wird als Aufgabe der ÖGK gesehen. Die Formulierung gemeinsamer Szenarien ist nicht mehr Teil des Auftrags. Anzumerken ist hier, dass dies eigentlich verpflichtend für FGÖ-Projekte vorgesehen sein sollte, und dafür auch zeitliche, personelle und finanzielle Ressourcen eingeplant werden können.

4.3.6 Zielerreichung und Zielgruppenerreichung

Nach Auffassung der Fachbeiratsmitglieder ist es dem Projekt **gut gelungen, bestehende Methoden der betrieblichen Gesundheitsförderung für ein inklusives und partizipatives Setting zu adaptieren und anzuwenden**. Neben der umfassenden Beteiligung aller Zielgruppen in allen Phasen des Gesundheitsförderungsprozesses haben dazu insbesondere die Aufbereitung aller Unterlagen und Informationen in Leichter Sprache, die Durchführung von Sitzungen mit Co-Moderator_innen mit Lernschwierigkeiten und die stückweise Auflösung der fixen Rollen zwischen Betreuer_innen und Betreuten beigetragen.

¹¹ vgl. <https://www.netzwerk-bgf.at/cdscontent/?contentid=10007.701080&viewmode=content>

Als **hinderliche Faktoren** werden die zum Teil stark etablierten Strukturen von Betreuer_innen und Betreuten, die schwere Sprache und das anfangs fehlende Verständnis gesehen. Die Frage, wie die notwendigen Ressourcen für das entwickelte Setting auch in einem späteren Regelbetrieb bereitgestellt werden können, wird darüber hinaus berechtigter Weise von Stadlmayr in den Raum gestellt: „Das wäre für mich schon noch wichtig, zu wissen: Was für ein Know-how muss ich zur Verfügung stellen? Welche Personen braucht es? Was muss ich einem Unternehmen sagen, wie viel Mehraufwand da drinnen steckt? Und was ist der Mehrwert, wenn ich mich als Unternehmen auch damit beschäftige?“ Neben einem gut anwendbaren Leitfaden sind dazu laut Stadlmayr mehrere Aspekte von besonderer Wichtigkeit:

- Kann den Unternehmen ein möglichst standardisiertes Produkt angeboten werden, unabhängig davon in welchem Bundesland sich die Unternehmen befinden?
- Wie kann sichergestellt werden, dass für die Beratung und Begleitung der inklusiven BGF-Prozesse in den Unternehmen ausreichend qualifiziertes Personal zur Verfügung steht (z. B. über die Einführung eines neuen inklusiven Ausbildungsangebots)?
- Mit welchen Kosten ist zu rechnen, wenn davon ausgegangen werden muss, dass das Produkt den Unternehmen – zumindest in der Anfangsphase – weitestgehend kostenlos zur Verfügung gestellt wird, und wer wird diese Kosten übernehmen (Bundesministerium, FGÖ, ÖGK, ...)?

Kommentar der Projektleitung: Zum ersten Punkt: Im Rahmen des Projektes wurde ein BGF-Produkt entwickelt und getestet, das sowohl in Werkstätten für Menschen mit Beeinträchtigungen als auch in Betrieben mit Menschen mit Beeinträchtigungen, die am ersten Arbeitsmarkt aktiv sind, einsetzbar ist. Erklärend wird angemerkt, dass die beantragten Forschungsaktivitäten im Rahmen des Projekts nicht genehmigt wurden, wodurch keine Validierung des Instruments vorgenommen werden konnte. Dafür würde es in einem nächsten Schritt entsprechende zeitliche, personelle und finanzielle Ressourcen benötigen. Grundsätzlich ist das entwickelte Produkt aber Österreichweit einsetzbar. Zum zweiten Punkt: Ein Ausbildungsangebot für die Begleitung von inklusiven BGF-Prozessen wird zukünftig von PROGES für zwei oder drei Bundesländer angeboten. Ein darüber hinaus gehendes Ausbildungsangebot zu inklusivem Gesundheitsmanagement wird als sinnvoll erachtet, etwa im Rahmen von Curricula an Fachhochschul-Studiengängen oder Fortbildungsangeboten des FGÖ. Zum dritten Punkt: Die im Rahmen des Projekts entwickelten Produkte sind grundsätzlich frei verfügbar. Die Durchführung eines inklusiven BGF-Prozesses selbst verursacht grundsätzlich keine zusätzlichen Kosten, kostet klarer Weise aber mehr Zeit. Bei der Entwicklung neuer BGF-Instrumente sollten darüber hinaus inklusive Aspekte wie Leichte Sprache oder barrierefreie Erhebungsinstrumente zukünftig von Beginn an implementiert werden. Diese Forderung wurde vom KI-I bereits entsprechend deponiert.

4.3.7 Sicherstellung von Nachhaltigkeit

Die Wahrscheinlichkeit, dass die erarbeiteten Instrumente in den vier beteiligten Betrieben über das Projektende hinaus eingesetzt werden, wird von Alfred Prantl sehr hoch eingeschätzt, da es besser als erwartet gelungen sei, Verständnis für die Maßnahmen des Projektes herzustellen. Alfred Grausgruber äußert im Interview ebenfalls eine berechtigte Hoffnung, dass dies der Fall ist, da neben dem KI-I mit dem Diakoniewerk eine zentrale Trägerorganisation beim Pilotprojekt beteiligt war.

Ein **möglicher Einsatz der erarbeiteten Instrumente in anderen Einrichtungen, die Leistungen nach dem OÖ. Chancengleichheitsgesetz anbieten, und inklusiven Betrieben** wird von den Fachbeiratsmitgliedern unterschiedlich eingeschätzt. Prantl und Grausgruber sind diesbezüglich zuversichtlich, da das Projekt ohne größere Schwierigkeiten umgesetzt und seine Sinnhaftigkeit vermittelt werden konnte, ausreichendes Know-how für inklusive BGF-Prozesse bei den Berater_innen aufgebaut wurde und wesentliche Voraussetzungen für eine weitere Anwendung geschaffen wurden (z. B. umfassende Dokumentation, Verwendung von Leichter Sprache bei den eingesetzten Instrumenten, ...).

Bettina Stadlmayr identifiziert in diesem Zusammenhang mehrere **kritische Faktoren**:

- die Frage, inwieweit es gelingt, eine entsprechende Finanzierung für das Angebot eines inklusiven BGF-Prozesses für Unternehmen sicherstellen zu können;
- die Frage, inwieweit es gelingt, die entwickelten Instrumente auch auf breiterer Basis zum Einsatz zu bringen (z.B. für Menschen mit Sprachschwierigkeiten in Branchen wie Gastronomie und Hotellerie);
- die Frage, inwieweit es gelingt, ausreichend kompetente BGF-Berater_innen zur Verfügung zu haben, um die entwickelten Instrumente wie inklusive Gesundheitszirkel tatsächlich zum Einsatz zu bringen.

Kommentar der Projektleitung: Der mögliche Einsatz der erarbeiteten Instrumente in anderen Einrichtungen, die Leistungen nach dem OÖ. Chancengleichheitsgesetz anbieten, wird sehr positiv eingeschätzt, insbesondere durch das aktive Mitwirken des Diakoniewerks, das nicht nur umfangreiches Know-how, sondern auch entsprechende institutionelle Strukturen mitbringt. Ein Einsatz darüber hinaus hängt stark davon ab, inwieweit die ÖGK inklusive BGF-Prozesse in ihrer zukünftigen Strategie verfolgt und basierend auf den Ergebnissen aus dem Projekt weiterentwickelt.

4.3.8 Information und Öffentlichkeitsarbeit

Bei der Beurteilung der Verbreitung der Erkenntnisse aus dem Projekt an die fachspezifische Community erfolgt eine **coronavirus-bedingte Differenzierung** in den Antworten. Die Umsetzung im Jahr 2019 wird als akzeptabel gesehen. Ausbaufähig wäre eine breitere Streuung von Informationen über die einschlägigen Kreise wie integra-Messe oder BGF-Newsletter hinaus gewesen. Hervorgehoben wird das Vorgehen, Menschen mit Lernschwierigkeiten bei Tagungen als Vortragende und Co-Autor_innen auftreten zu lassen und in die Öffentlichkeitsarbeit einzubinden.

Durch die Einschränkungen der Corona-Krise sind seit März 2020 die Möglichkeiten für Öffentlichkeitsarbeit stark eingeschränkt. Präsentationen der gewonnenen Ergebnisse und Erfahrungen bei facheinschlägigen Veranstaltungen, Tagungen oder Kongressen waren und sind nicht bzw. nur in virtueller Form möglich. Die Fachbeiratsmitglieder äußern in den Interviews die Hoffnung, dass dies entsprechend nachgeholt bzw. auf eine verstärkte Öffentlichkeitsarbeit in verschiedenen Medien gesetzt wird.

Kommentar der Projektleitung: Als Hauptaufgabe zum jetzigen Zeitpunkt wird gesehen, den Leitfaden in den nächsten Wochen und Monaten an die Fachöffentlichkeit zu kommunizieren – soweit es die Einschränkungen durch die Corona-Krise zulassen. In den Fachbeirats- und Steuerungsgruppensitzungen wurde vom KI-I die Wichtigkeit der Öffentlichkeitsarbeit immer wieder vorgebracht und auch angeboten, entsprechende Artikel zu verfassen, damit diese über die Kanäle der Fachbeirats- und Steuerungsgruppenmitglieder verteilt werden. Angemerkt wird außerdem, dass Öffentlichkeitsarbeit über die Veröffentlichung des Leitfadens hinaus nicht Teil des Projekts war. Entsprechende Ressourcen standen dafür nicht zur Verfügung, wobei es hier sinnvoll wäre, dies ebenfalls im Rahmen von FGÖ-Projekten verpflichtend vorzuschreiben und zu finanzieren.

4.3.9 Erfolg des Projekts „Gesundheit inklusiv“

Das Projekt wird **von allen Fachbeiratsmitgliedern als Erfolg gewertet**. Hervorgehoben werden das persönliche Engagement der Projektverantwortlichen, die gute Reaktion auf im Projektverlauf aufgetreten Herausforderungen, die weitestgehende Umsetzung der geplanten Vorhaben, die gute Aufbereitung und Dokumentation des Projekts und die Verwirklichung des partizipativen und inklusiven Grundgedankens. Einzig und allein die mangelnde Information der Öffentlichkeit, mitunter bedingt durch die Corona-Krise, wird als erfolgsschmälernd erwähnt. Auf die durch die COVID-19-Pandemie entstandenen Herausforderungen geht Stadlmayr explizit nochmals am Ende des Interviews ein: „Ich glaube einfach, dass wir da grundsätzlich in einem ganz großen Umbruch sind. Und da heißt es jetzt irgendwie abzuwarten. Es wird vieles schwieriger werden, aber ich glaube, im Endeffekt wird es positiv ausgehen. Und unser Auftrag ist einfach, dass man die Ergebnisse von diesem Projekt überall gut mitdenkt und mitberücksichtigt, weil wünschen täte ich mir, dass wir das bei allen standardisierten Prozessen mitnehmen könnten.“

Kommentar der Projektleitung: Partizipation wird als Schlüssel zum Erfolg gesehen. Die Erkenntnisse aus „Gesundheit inklusiv“ liefern hier auch für andere Projekte wertvolle Hinweise. Hinsichtlich der Implementierung in standardisierte Prozesse muss berücksichtigt werden, dass die Bedürfnisse der Betriebe mit Mitarbeiter_innen mit Beeinträchtigungen ein erhöhtes Maß an Offenheit, Flexibilität und zeitlichem Aufwand erfordern. Als wichtiger Erfolgsfaktor wird außerdem die umfassende Dokumentation des Prozesses gesehen, die in Folge nicht nur den BGF-Gütesiegelantrag entsprechend erleichtert, sondern auch zur Transparenz und Nachvollziehbarkeit beiträgt.

4.4 Qualitative Interviews mit Mitarbeiter_innen in den beteiligten Betrieben

Im Juni 2020 wurde in den vier beteiligten Betrieben, dem KI-I und den drei Werkstätten des Diakoniewerks, die dritte und letzte Serie an qualitativen Interviews durchgeführt. Bedingt durch die Corona-Krise wurde dabei auf E-Mail-Interviews umgestellt. In ihnen wurden Fragen zu folgenden Themen gestellt:

- Wahrnehmung des gesamten Projektverlaufs
- Partizipation im Projekt
- Zufriedenheit mit Maßnahmen
- Erfüllung von Erwartungshaltungen
- Erfolg des Projekts

Mit folgenden Mitarbeiter_innen, an die hier wieder ein besonderer Dank geht, wurden Interviews durchgeführt:

- Myriam Karlinger, KI-I, Koordinatorin von Proqualis
- Johann Danner, KI-I, Evaluator bei Proqualis
- Cindy Schullerer, Diakoniewerk, Leiterin der Werkstätte Linz-Stifterstraße
- Melanie Wasner, Diakoniewerk, Mitarbeiterin in der Werkstätte Linz-Stifterstraße
- Michaela Mekina, Diakoniewerk, Leiterin der Werkstätte Bad Hall
- Josef Lengauer, Diakoniewerk, Leiter der Werkstätte Hagenberg
- Stefan Jager und Max Buchegger, Diakoniewerk, Mitarbeiter in der Werkstätte Hagenberg

4.4.1 Wahrnehmung des gesamten Projektverlaufs

Besonders positiv in Erinnerung sind den Mitarbeiter_innen folgende Punkte geblieben:

- Interesse der betreuten Mitarbeiter_innen am Thema Gesundheit;
- bewusste Auseinandersetzung aller Mitarbeiter_innen mit dem Thema Gesundheit, unabhängig von etwaigen Beeinträchtigungen (u. a. durch die Reflexion in den Gesundheitszirkeln oder die Beteiligung an den Erhebungen);
- Möglichkeit für alle Mitarbeiter_innen, ihre Wünsche, Bedürfnisse und Ideen einbringen zu können;
- gemeinsame Bearbeitung des Themas Gesundheit und damit Beitrag zur Work-Life-Balance;
- Impuls für bessere Strukturierung des Themas Gesundheit am Arbeitsplatz;
- die gewonnene Erfahrung, was Mitarbeiter_innen am Arbeitsplatz in Bezug auf Gesundheit wichtig ist;
- erste Umsetzung von Maßnahmen in den Betrieben (z. B. gesundes Essen, Seminare zu Gesundheitsthemen, Beseitigung von Lärmquellen, ...);
- Anwendung verschiedener Instrumente (Gesundheitsspiele, Körper-Quiz, Lebensmittel-Pyramide, Bewegungseinheiten, Gesundheitszirkel, ...);
- eine Veränderung in einzelnen Verhaltensweisen, die sich positiv auf Gesundheit und Wohlbefinden auswirken (z. B. vermehrtes Trinken, gesünderes Essen, verstärkte Bewegungsübungen);
- eine Stärkung der Gemeinschaft, ein positiveres Miteinander am Arbeitsplatz und eine bessere und höflichere Kommunikation unter den Kolleg_innen;
- ein guter Austausch, auch mit externen Personen;
- viele „Aha-Erlebnisse“, die zum Nach- und Umdenken angeregt haben.

Sehr kritisch gesehen werden hingegen von den Leiter_innen der beteiligten Betriebe der **administrative Aufwand** (z. B. für die Dokumentation) und die oftmals **zu knapp bemessene Zeit bei Aufgabenstellungen**, da gerade im Bereich der Behindertenarbeit andere Bedürfnisse und Rahmenbedingungen existieren.

4.4.2 Partizipation im Projekt

Den Mitarbeiter_innen in den vier beteiligten Betrieben wurde im Interview auch eine Doppelfrage zur Partizipation gestellt: „Wie stark wurden Sie und ihre Kolleg_innen in das Projekt miteinbezogen? Hatten Sie immer das Gefühl, dass Sie informiert werden, dass sie gefragt werden und dass Sie sich auch einbringen können?“

Je nach Position und Grad der Einbindung in die verschiedenen angewandten Instrumente fühlten sich die Mitarbeiter_innen **gut bis sehr gut in das Projekt eingebunden**: „Jeder hat seinen Teil dazu beigetragen. Jeder wurde mit einbezogen“, „Genug um das Gefühl zu haben, mitzubestimmen und Aktivitäten zu entwickeln.“, „Gut. Wir alle haben mitgearbeitet. Es waren unsere Ideen, also die der Mitarbeiter. Was wir uns wünschen und was uns wichtig ist.“, „Schon sehr. Wir haben viele Diskussionen gehabt.“ oder „Voll. Immer eigentlich. Das hab ich sehr gut gefunden, dass wir so stark einbezogen wurden.“ lauteten die Antworten.

Die Versorgung von Informationen wurde **überwiegend als ausreichend** betrachtet. Nur vereinzelt wird Kritik geübt, etwa dass umfassendere Informationen zum Projektablauf nur zu Beginn des Projekts geliefert wurden oder teilweise die interne Kommunikation gefehlt hat, speziell was die Umsetzung der Maßnahmen betrifft.

4.4.3 Zufriedenheit mit Maßnahmen

Mit der Umsetzung der gesundheitsfördernden Maßnahmen im Zuge des Projekts sind die befragten Mitarbeiter_innen **durchwegs zufrieden**. Hervorgehoben wird mehrfach, dass die Maßnahmen aus den Wünschen und Bedürfnissen der Mitarbeiter_innen entstanden sind und gemeinsam vereinbart wurden, was sehr stark zur Zufriedenheit beigetragen hat.

Für einzelne Maßnahmen wurde angemerkt, dass diese durchaus noch öfter zum Einsatz kommen könnten (z. B. Bewegungspausen, Spaziergänge, ...). In einem Interview kommt zum Ausdruck, dass die Maßnahmen auch zu überraschenden Ergebnissen geführt haben: „Bei diesem Burnout-Stress-Prävention-Seminar war es dann so, dass es für mich ein sehr angenehmes Seminar war. Für eine Kollegin im Rollstuhl war das hingegen eine ziemliche Belastung. Das ist dann sehr spät herausgekommen, dass das für sie jetzt eigentlich körperlich zu anstrengend gerade ist. Ich denke mir, das ist etwas, da muss man immer dran bleiben. Und das ist durch ‚Gesundheit inklusiv‘ auch noch einmal bei mir stärker verankert worden.“

4.4.4 Erfolg des Projekts

Das Projekt „Gesundheit inklusiv“ wird von den befragten Mitarbeiter_innen **durchwegs als Erfolg gewertet**. Folgende Aussagen untermauern dies:

- „Auch wenn nicht alle Maßnahmen in diesem Zeitraum umgesetzt werden konnten, finde ich das Projekt als gelungen. Die offenen Themen nehmen wir uns für die Zukunft mit und werden diese, unabhängig vom Projekt, weiter verfolgen. Generell kann man es als Erfolg verbuchen, wenn wieder mehr Bewusstsein für Gesundheit, das eigene Körpergefühl und auch das mentale Selbst geschaffen wird und sich eine Umgebung durch evaluierte Maßnahmen positiv verbessert.“
- „Daumen hoch! Und wir werden weiter daran arbeiten!“
- „Der Grundgedanke und das Herantasten an das Thema sind sehr gut gelungen. Vor allem die Empathie und das Ernstnehmen des Fachpersonals, auf die Frage hin, wie kann ein Mensch mit erhöhtem Unterstützungsbedarf seine Meinung zu dem Thema äußern ohne, dass sie fremdgefärbt ist, wurden als sehr positiv wahrgenommen.“
- „Ich würde sagen, es war auf jeden Fall ein Erfolg. Für mich persönlich in diesen einzelnen Maßnahmen, wo ich halt teilgenommen habe und aktiver war, die wirklich so kleine Pausen waren und einfach gut für das Team Building. Das war sehr erfolgreich.“
- „Man hat es gut sehen können, wie sich die Sicht auf die Gesundheit verändert hat und wie unterschiedlich jede Person das aufgenommen hat. Oder was Gesundheit schließlich für jeden einzelnen bedeutet.“

Abschließend wurde danach gefragt, was bei einer nochmaligen Durchführung des Projekts anders gemacht werden sollte. Dabei wurden folgende Antworten gegeben:

- kategorische Aufschlüsselung und zeitliche Gliederung der Gesundheitsthemen (z. B. Bewegung, gesunde Ernährung, geistige Gesundheit, ...), um zu vermeiden, dass zu viele Themen auf einmal bearbeitet werden;
- Verbesserung der zeitlichen Planung und Durchführung, die sich nach den Rahmenbedingungen (Alltag, Menschen mit Beeinträchtigung, ...) richten sollte;
- Verringerung des bürokratischen Aufwands;
- eventuell einmal auch eine getrennte Anwendung einzelner Instrumente für Betreuer_innen und für betreute Mitarbeiter_innen, um Unterschiede und Wünsche der beiden Gruppen besser zu erkennen;
- eine noch stärkere Vereinfachung der Fragen bei den Erhebungen.

5 Anhang

5.1 Leitfäden für die Fokusgruppendifkussion mit Projektleitung (KI-I)

Gesundheit inklusive: Leitfaden für Fokusgruppengespräch

Externe Evaluation des Projektes „Gesundheit Inklusive“ (Partizipative Gesundheitsförderung in einem inklusiven Setting)

Teilnehmer_innen: Birgit Peböck, Karina Lattner,

Einstieg: Bitte um kurze Vorstellung der Person, der eigenen Rolle im Projekt und der grundsätzlichen Erwartungshaltung an das Projekt.

Das Gespräch ist in zwei Blöcke unterteilt. Im ersten Block wird es um eine Reflexion der einzelnen Arbeitsschritte gehen, die in der ersten Projektphase durchgeführt werden. Im zweiten Block werden wir verschiedene Themenbereiche besprechen, die sowohl für das Projekt selbst als auch für die externe Evaluierung von besonderer Wichtigkeit sind.

Block 1: Reflexion der einzelnen Arbeitsschritte

Die erste Projektphase unter dem Titel „Planung und Entwicklung“ läuft von Februar bis September 2018. Sie besteht aus acht Arbeitspaketen. Wir gehen diese Arbeitspakete in den folgenden Minuten der Reihe nach durch. Ich würde dabei jeweils die eine oder andere Frage zur Reflexion stellen und darum bitten, dass eine/einer von euch zuerst antwortet, die anderen danach noch Ergänzungen hinzufügen, insofern dies notwendig erscheint.

Arbeitspaket 1.1: Sichtung und Bewertung vorhandener Materialien, Methoden und Instrumente der BGF (Februar 2018):

- Was wurde hier bislang gesichtet und bewertet?
- Welche Parameter der Betrieblichen Gesundheitsförderung haben sich hier herauskristallisiert?
- Welche Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung wurden bislang eigentlich bei KI-I erprobt?

Arbeitspaket 1.2: Überprüfung der Parameter für die Zielgruppe (März 2018):

- Wie wurde bzw. wird diese Überprüfung der Parameter durchgeführt?
- Falls bereits durchgeführt: Was hat sich bei der Überprüfung der Parameter für die Zielgruppe ergeben?

Arbeitspaket 1.3: Übersetzung vorhandener Materialien in Leicht Lesen (März - April 2018):

- Könnte kurz ausgeführt werden, wie diese Übersetzung erfolgt?

Arbeitspaket 1.4: Anpassung vorliegender Instrumente und Materialien an die Bedürfnisse der Zielgruppe (März - April 2018):

- Wie soll diese Anpassung konkret geschehen?
- Inwieweit wird die Zielgruppe in diesen Anpassungsprozess miteinbezogen?

Arbeitspaket 1.5: Entwicklung neuer Instrumente (April - Juli 2018) mittels Methoden und Prinzipien der Partizipativen Sozialforschung:

- An welche Methoden der Partizipativen Sozialforschung ist hier konkret gedacht (Interviews, Fokusgruppendifkussionen, ...)?
- Welche Stakeholder werden in die Entwicklung miteinbezogen?
- Welche besonderen Herausforderungen ergeben sich hier bei diesem Projekt, etwa hinsichtlich der Berücksichtigung spezifischer Bedürfnisse der verschiedenen Schwerpunktzielgruppen, d. h. der Mitarbeiter_innen in den beteiligten Organisationen?

Arbeitspaket 1.6: Entwicklung eines inklusiven Ablaufplans (Mai - Juni 2018):

- Welche Grundüberlegungen gibt es zum inklusiven Ablaufplan?
- Ein Element des inklusiven Ablaufplans beinhaltet Schulungen für alle Mitarbeiter_innen, etwa zur Sensibilisierung hinsichtlich des Themas „Gesundheit“: Gibt es hier bereits Überlegungen, auf welcher Grundlage das passieren kann?

Arbeitspaket 1.7: Textprüfungen Leicht Lesen (Mai - Juni 2018):

- Könnte kurz ausgeführt werden, wie diese Textprüfungen erfolgen?

Arbeitspaket 1.8: Testung der Instrumente und Methoden mit der Zielgruppe (August - September 2018):

- Könnte kurz ausgeführt werden, wie diese Testung der Instrumente und Methoden erfolgt?

Inwieweit ist es bereits jetzt zu Änderungen gegenüber den ursprünglichen Projektabsichten gekommen?

Analyse der Dokumentation in der 1. Projektphase:

- Wie wird der Projektverlauf konkret dokumentiert?
- In welcher Form wird die Projektdokumentation der externen Evaluation zugänglich gemacht?

An die erste Projektphase schließen zwei weitere Projektphase an. Von Oktober 2018 bis Jänner 2020 folgt die Umsetzung einer inklusiven betrieblichen Gesundheitsförderung mit externer Begleitung beim Kompetenznetzwerk KI-I und in den Werkstätten des Diakoniewerks:

- Was ist aus eurer Sicht in der zweiten Projektphase besonders wichtig, um erfolgreich zu sein?

Die dritte Projektphase läuft parallel zu den beiden anderen Phasen und dauert von Juni 2018 bis Juni 2020. Zentral sind hier die Erstellung eines Leitfadens und der Antrag auf das BGF-Gütesiegel:

- Was ist aus eurer Sicht in der dritten Projektphase besonders wichtig, um erfolgreich zu sein?

Wie verläuft bislang die Zusammenarbeit im Projektteam?

Block 2: Besprechung wichtiger Themenbereiche

Im zweiten Block werden wir in den folgenden Minuten verschiedene Themenbereiche besprechen, die sowohl für das Projekt selbst als auch für die externe Evaluierung von besonderer Wichtigkeit sind. Konkret geht es dabei um gesundheitliche Chancengerechtigkeit, um Partizipation, um Zielerreichung und Zielgruppenerreichung und um Nachhaltigkeit.

Gesundheitliche Chancengerechtigkeit

Ein gerechter Zugang zu den Ressourcen für Gesundheit, also z. B. zu gesundheitsfördernden Angeboten, bedeutet, dass grundsätzlich alle Menschen die gleichen Möglichkeiten zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung ihrer Gesundheit geboten bekommen. Der FGO setzt in seiner Arbeit einen Schwerpunkt auf diese „Gesundheitliche Chancengerechtigkeit“. Es stellen sich folgende Fragen:

- Welche Ziele im Projekt sind explizit der Förderung von gesundheitlicher Chancengerechtigkeit gewidmet?
- Welche unterschiedlichen Aktivitäten und Methoden sind geplant, um zu gesundheitlicher Chancengerechtigkeit beizutragen: (a) allgemein für alle Mitarbeiter_innen, (b) spezifisch für Mitarbeiter_innen ohne Beeinträchtigung, (c) für Mitarbeiter_innen mit Beeinträchtigung?

Partizipation

Partizipation (Beteiligung) ist ein wichtiges Grundprinzip der Gesundheitsförderung. Partizipation hat allerdings viele Gesichter und meint unterschiedliches. In einem Modell, das am Ludwig Boltzmann Institut für Health Promotion Research in Wien entwickelt wurde, werden drei Formen der Teilhabe an Entscheidungs- und Umsetzungsprozessen unterschieden:

- Themen, Meinungen, Wissen und Erfahrungen einbringen (z. B. in Diskussionsgruppen)
- Wesentliche Projektschritte mitentscheiden (z. B. in Form einer Abstimmung, Wahl zwischen Alternativen)
- Aktiv an der Projektplanung und -durchführung mitarbeiten (z. B. bei der Umsetzung von konkreten Aktivitäten)

Inwieweit ist geplant, dass sich die Schwerpunktzielgruppe, also die Mitarbeiter_innen der beteiligten Organisationen, an folgenden Phasen des Projekts beteiligen können?

- Analyse des Ausgangszustandes (Problemanalyse)
- Entwicklung und Planung der Strategien (Zielformulierung)
- Umsetzung von Aktivitäten
- Evaluation
- Verbreitung der Ergebnisse des Projekts (Transfer)

Inwieweit ist geplant, dass sich Entscheidungsträger_innen, also Mitglieder der Steuerungsgruppe, Führungskräfte der beteiligten Organisationen oder politische Entscheidungsträger_innen, an folgenden Phasen des Projekts beteiligen können?

- Analyse des Ausgangszustandes (Problemanalyse)
- Entwicklung und Planung der Strategien (Zielformulierung)
- Umsetzung von Aktivitäten
- Evaluation
- Verbreitung der Ergebnisse des Projekts (Transfer)

Zielerreichung und Zielgruppenerreichung

Nochmals auf den Punkt gebracht:

- Was sind die drei Hauptziele, die mit dem Projekt „Gesundheit inklusive“ verfolgt werden?
- Und welche weiteren Nebenziele werden verfolgt?

Wenn nochmals an die Schwerpunktzielgruppe, also die Mitarbeiter_innen der beteiligten Organisationen, gedacht wird:

- Wie soll sichergestellt werden, dass diese im Projektverlauf optimal erreicht werden?
- Welche Faktoren fallen euch ein, die für eine optimale Erreichung der Mitarbeiter_innen der beteiligten Organisationen förderlich sind (z. B. Ort, Zeit, Thema, Kultur, Sprache, Erwartungen, Zugangshürden)?
- Und welche Faktoren könnten euch daran hindern, dass die Schwerpunktzielgruppe optimal erreicht wird (z. B. Ort, Zeit, Thema, Kultur, Sprache, Erwartungen, Zugangshürden)?

Nachhaltigkeit

Ein Projekt ist dann nachhaltig, wenn die durch das Projekt erzielten Veränderungen (z. B. Aktivitäten, Maßnahmen, Strukturen) auch nach Projektende weiterbestehen und die Zielgruppen, aber auch andere Personengruppen, weiter davon profitieren können. Es stellen sich folgende Fragen:

- Was ist alles geplant, um die Nachhaltigkeit des Projekts sicherzustellen?
- Welche Faktoren fallen euch ein, die für die Nachhaltigkeit des Projekts förderlich sind?
- Und welche Faktoren könnten euch daran hindern, dass die Nachhaltigkeit des Projekts sichergestellt wird?
- Wie wird der Erfolg überprüft, ob das Projekt tatsächlich nachhaltig war (vgl. Indikatoren)?

Ausstiegsfrage: Gibt es noch etwas Wichtiges, auf das bei der externen Evaluation besonders Rücksicht genommen werden sollte?

Vielen Dank für das Gespräch!

Gesundheit inklusive: Leitfaden für Fokusgruppe

Externe Evaluation des Projektes „Gesundheit Inklusive“ (Partizipative Gesundheitsförderung in einem inklusiven Setting)

Teilnehmer_innen:

Einstieg: Wir sind jetzt am Ende der Phase 1 „Planung und Entwicklung“ und im Übergang zur Phase 2 „Inklusiver BGF-Prozess mit externer Begleitung“. Nach dem ersten Gespräch Ende März ist es damit Zeit für ein weiteres Gespräch, um über den Fortschritt des Projekts zu reflektieren.

Das Gespräch ist in zwei Blöcke unterteilt. Im ersten Block wird es um eine Reflexion der einzelnen Arbeitsschritte gehen, die in der ersten Projektphase durchgeführt wurden bzw. die in der zweiten Projektphase anstehen. Im zweiten Block werden wir verschiedene Themenbereiche besprechen, die sowohl für das Projekt selbst als auch für die externe Evaluierung besonders wichtig sind.

Block 1: Reflexion der einzelnen Arbeitsschritte

Die ersten Fragen betreffen das Projektteam selbst, wo es ja einen unerwarteten Abgang von Birgit Peböck gab: Wie geht ihr mit diesem Abgang um? Was verändert sich dadurch im Projekt? Welche Probleme zieht der Abgang nach sich?

Die erste Projektphase unter dem Titel „Planung und Entwicklung“ ist von Februar bis September 2018 gelaufen. Sie bestand aus acht Arbeitspaketen.

Inwieweit ist es zu Änderungen gegenüber den ursprünglichen Projektabsichten gekommen?

Wie wurde der Projektverlauf konkret dokumentiert?

Ich würde folgende Dokumente benötigen:

- Bewertungsbericht über die vorhandenen Instrumente
- Bericht zur Überprüfung der Indikatoren in den Fokusgruppen
- Beschreibung der angepassten und neu entwickelten Instrumente
- Testprotokolle
- Controlling-Bericht

Wir gehen die acht Arbeitspakete aus der ersten Phase in den folgenden Minuten der Reihe nach durch. Ich würde dabei jeweils das Arbeitspaket nennen und euch dann bitten, ein paar Worte dazu zu sagen, was im Rahmen des Arbeitspaketes in den letzten Wochen und Monaten passiert ist:

- Arbeitspaket 1.1: Sichtung und Bewertung vorhandener Materialien, Methoden und Instrumente der BGF (Februar 2018): Hier erfolgte eine Untersuchung von vier etablierten und geprüften Instrumenten, die im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zum Einsatz kommen. Die Wahl fiel dann auf eine adaptierte Variante des frei verfügbaren Kombi-AGs.
- Arbeitspaket 1.2: Überprüfung der Parameter für die Zielgruppe (März 2018): Der adaptierte Kombi-AG wurde dann in vier Fokusgruppen in den beteiligten Organisationen überprüft. Inwieweit wurde das Instrument dadurch weiterentwickelt?
- Arbeitspaket 1.3: Übersetzung vorhandener Materialien in Leicht Lesen (März - April 2018): Inwieweit wurde der adaptierte Kombi-AG nach dem Kriterienkatalog des capito-Netzwerks in Leicht Lesen A2 übersetzt? Wurde noch weiteres Material übersetzt?
- Arbeitspaket 1.4: Anpassung vorliegender Instrumente und Materialien an die Bedürfnisse der Zielgruppe (März - April 2018): Wurden noch weitere Anpassungen vorgenommen?
- Arbeitspaket 1.5: Entwicklung neuer Instrumente (April - Juli 2018) mittels Methoden und Prinzipien der Partizipativen Sozialforschung: Wie wurde der adaptierte Kombi-AG konkret weiter entwickelt? Konnten Erkenntnisse aus bestehenden Projekten wie dem PartKommPlus-Projekt „GESUND!“ integriert werden? Inwieweit wurden weitere Instrumente für Zielgruppen erstellt, die nicht so einfach an einer Befragung teilnehmen können? Inwieweit wurden externe Partner mit entsprechender Expertise in betrieblicher Gesundheitsförderung in die Entwicklung mit eingebunden (z. B. IGP und PROGES)?
- Arbeitspaket 1.6: Entwicklung eines inklusiven Ablaufplans (Mai - Juni 2018): Was ist hier passiert? Und wie wurde in diesem Zusammenhang an das Thema „Schulungen für alle Mitarbeiter_innen zur Sensibilisierung hinsichtlich des Themas Gesundheit“ vorgegangen?
- Arbeitspaket 1.7: Textprüfungen Leicht Lesen (Mai - Juni 2018): Könnte kurz ausgeführt werden, wie diese Textprüfungen erfolgt sind?
- Arbeitspaket 1.8: Testung der Instrumente und Methoden mit der Zielgruppe (August - September 2018): Könnte kurz ausgeführt werden, wie diese Testung der Instrumente und Methoden erfolgt ist? Wurde untersucht, ob es für Menschen mit Beeinträchtigungen bzw. mit Lernschwierigkeiten möglich ist, die Befragungen selbständig durchzuführen oder ob eine assistierende Unterstützung notwendig ist?

Beim ersten Gespräch wurde angemerkt, dass die vom Fördergeber vorgegebene Beschränkung der wissenschaftlichen Phase auf ein halbes Jahr einen einschränkenden Faktor darstellt. Erwähnt wurde, dass dadurch einzelne methodische Schritte, die bei der Entwicklung der Erhebungsinstrumente relevant sind, womöglich erst in der zweiten Phase durchgeführt werden können, zum Beispiel die Frage, wie die mit den Instrumenten erhobenen Daten ausgewertet werden können. Welche wissenschaftlichen Schritte, die eigentlich in Phase I fallen, konnten dann tatsächlich nicht durchgeführt werden und müssen nun in der zweiten Phase nachgeholt werden?

Wie steht es um die Planung der begleitenden Öffentlichkeitsarbeit?

Wie verläuft die Zusammenarbeit mit dem Fachbeirat?

Von Oktober 2018 bis Januar 2020 folgt nun in der zweiten Phase die Umsetzung einer inklusiven betrieblichen Gesundheitsförderung mit externer Begleitung beim Kompetenznetzwerk KI-I und in den Werkstätten des Diakoniewerks. Wir gehen auch diese Arbeitspakete in den folgenden Minuten der Reihe nach durch. Ich würde dabei wieder jeweils das Arbeitspaket nennen und euch dann bitten, ein paar Worte dazu zu sagen, was im Rahmen des Arbeitspaketes in den nächsten Wochen und Monaten passieren soll:

- Arbeitspaket 2.1: Ist-Analyse (Oktober - Dezember 2018): Wie wird bei dieser Ist-Analyse vorgegangen?
- Arbeitspaket 2.2: Planung (Januar - März 2019): Was passiert in dieser Planungsphase?
- Arbeitspaket 2.3: Maßnahmen werden erarbeitet (April - Juni 2019): Wie sieht das konkret aus?
- Arbeitspaket 2.4: Evaluation der BGF-Prozesse (Oktober - Dezember 2019): Was wird hier gemacht?
- Arbeitspaket 2.5: Dokumentation (Januar 2020): Wie erfolgt diese?
- Arbeitspaket 2.6: Aufbau von Beratungs-Know-How für inklusive BGF-Prozesse (über die gesamte zweite Projektphase hinweg): Wie wird dieser Know-How-Aufbau sichergestellt?

Wie wurden und werden die Erkenntnisse aus der externen Evaluation in das Projekt integriert, zum Beispiel die Ratschläge für den „Gesundheit inklusive“-Prozess aus den Interviews mit Mitarbeiter_innen in den beteiligten Betrieben?

- bei den betreuten Mitarbeiter_innen nachfragen, ob alles verstanden wurde;
- sich immer individuell genau ansehen, wie das Befinden der betreuten Mitarbeiter_innen ist;
- mehr Bewusstsein für das Thema „gesunde Ernährung“ schaffen;
- auch die bereits bestehenden Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung gut hervorheben;
- den Fokus auf die Arbeitswelt nicht verlieren;
- grundsätzlich eine umfassende Beteiligung und die nachfolgende Umsetzung sicherstellen;
- die Umsetzung selbst bereits während des Prozesses gut mitplanen;
- bei der Entwicklung des Instruments gut überlegen, wie dieses nachher angewendet werden kann.

Ausstiegsfrage: Gibt es noch etwas Wichtiges zu sagen?

Vielen Dank für das Gespräch!

Gesundheit inklusiv: Leitfaden für Fokusgruppe

Externe Evaluation des Projektes „Gesundheit inklusiv“

Teilnehmer_innen:

Einstieg: Wir nähern uns dem Ende der Phase II „Inklusiver BGF-Prozess mit externer Begleitung“.

Das Gespräch ist in zwei Blöcke unterteilt. Im ersten Block wird es um eine Reflexion der einzelnen Arbeitsschritte gehen, die in der ersten und zweiten Projektphase durchgeführt wurden bzw. die noch anstehen. Im zweiten Block werden wir verschiedene Themenbereiche besprechen, die sowohl für das Projekt selbst als auch für die externe Evaluierung besonders wichtig sind.

Block 1: Reflexion der einzelnen Arbeitsschritte

Der ursprüngliche Plan sah vor, dass die zweite Projektphase im Oktober 2018 startet. Durch die Umbesetzung der Projektleitung, die nicht vorhersehbaren Herausforderungen bei der Entwicklung des Instruments (adaptierter BGF-Kompass) und andere Umstände haben sich auch einzelne Arbeitsschritte der ersten Phase noch in diese Phase geschoben. Diese würde ich gerne zu Beginn reflektieren:

- Arbeitspaket 1.6 „Entwicklung eines inklusiven Ablaufplans“: Dazu wurden gegen Ende der ersten Phase entsprechende Vorbereitungsarbeiten getroffen, insbesondere hinsichtlich der Entwicklung eines Leitfadens für den Einsatz des Instruments. Ein inklusiver Ablaufplan als gesamtes lag noch nicht vor.

Frage: Wurde dieser inklusive Ablaufplan noch entwickelt? Falls nein: warum nicht?

Es wurden auch entsprechende Überlegungen angestellt, damit Mitarbeiter_innen, die verbal nicht befragt werden können, am BGF-Prozess teilnehmen können, zum Beispiel eine Unterstützung durch geschulte Personen von Proqualis direkt bei der Befragung.

Frage: Wie haben diese Fragebögen funktioniert? Wie hat die Unterstützung durch die geschulte Person funktioniert?

- Arbeitspaket 1.8 „Testung der Instrumente und Methoden mit der Zielgruppe“: Dieses Arbeitspaket konnte aufgrund der Verzögerungen nicht mehr durchgeführt werden. Es gab keine Testphase, sondern die Befragung in den beteiligten Organisationen selbst war der Test. In der Fokusgruppendifkussion wurde dazu erwähnt, dass die langjährige Erfahrung bei Proqualis dazu beitragen sollte, dass es hier zu keinen Komplikationen kommen wird.

Frage: Welche Komplikationen sind in der Befragung sichtbar geworden? Inwieweit musste das Instrument nach den ersten Befragungen verändert werden? Hätte eine Testung der Instrumente mit der Zielgruppe geholfen?

Die zweite Projektphase unter dem Titel „Inklusiver BGF-Prozess mit externer Begleitung“ wurde im Oktober 2018 gestartet und läuft derzeit noch. Sie besteht aus sechs Arbeitspaketen.

Wir gehen die sechs Arbeitspakete aus der zweiten Phase in den folgenden Minuten der Reihe nach durch. Ich würde dabei jeweils das Arbeitspaket nennen und euch dann bitten, ein paar Worte dazu zu sagen, was im Rahmen des Arbeitspaketes in den letzten Wochen und Monaten passiert ist. Wichtig ist auch, inwieweit sich die geplanten Zeiten der Arbeitspakete verschoben haben.

- Im Arbeitspaket 2.1 „Ist-Analyse“ (Oktober - Dezember 2018) wurde das entwickelte Instrument verwendet, um Befragungen und Beobachtungen durchzuführen. Die Abläufe bei den vier beteiligten Organisationen fanden dabei unabhängig voneinander statt, wobei allerdings darauf geachtet wurde, dass sie komplett gleich waren und dasselbe gemacht wurde. Besonderer Wert wurde auf die Dokumentation der Ist-Analyse in den beteiligten Organisationen gelegt. Basierend auf den Auswertungen wurden anschließend Gesundheitszirkel gebildet, in dem die Ergebnisse aus diesem Arbeitspaket analysiert wurden.

Frage: Ist hier alles nach Plan verlaufen?

Evaluierungsbericht, S. 11, Fokusgruppendifkussion mit Projektleitung Ende März 2018: „Die erste Wahl fiel auf den BGF-Kompass, insbesondere aufgrund der Kürze. Angemerkt werden muss hier, dass in keiner der teilnehmenden Organisationen bislang eines der vier genannten Instrumente oder gezielte Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung zum Einsatz gekommen sind. Aus diesem Grund wurden externe Partner mit entsprechender Expertise in betrieblicher Gesundheitsförderung in das Projekt miteingebunden (IGP und PROGES), was zu qualitativ hochwertigeren Ergebnissen führen soll.“

Frage: Inwieweit hat die Beziehung der externen Partner zu qualitativ hochwertigeren Ergebnissen geführt? Kann das beurteilt werden?

Evaluierungsbericht, S. 35, Anmerkung der Projektleitung im September 2019 zum hinderlichen Faktor „die Möglichkeiten für die beteiligten Mitarbeiter_innen, sich offen äußern zu können, ohne Nachteile zu erleiden, sind nicht angemessen gegeben“ war: „Aus diesem Grund wird eine Empfehlung lauten, dass man die GZ zum Teil auch getrennt durchführen kann (themenspezifisch getrennt bzw. gemeinsam)“

Frage: Wurde diese Möglichkeit von getrennten Gesundheitszirkeln in den beteiligten Organisationen durchgeführt?

- Der daraus resultierende Bericht wurde im Arbeitspaket 2.2 „Planung“ (Januar - März 2019) verwendet, um zu überlegen, welche Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung für eine Umsetzung in den beteiligten Organisationen potenziell in Frage kommen würden.
- In der Steuerungsgruppe wurde dann im Rahmen des Arbeitspakets 2.3 „Maßnahmen werden erarbeitet“ (April - Juni 2019) entschieden, welche Maßnahmen tatsächlich umgesetzt werden sollen. Dabei wurden im Sinne der Partizipation auch die Mitarbeiter_innen mit Lernschwierigkeiten in die Entscheidungsfindung mit einbezogen.

Wie hat das konkret funktioniert? Wer hat tatsächlich entschieden? Inwieweit sind einzelne Entscheidungen transparent nachvollziehbar? -> anhand von drei stichprobenhaften Beispielen anschauen!

- Von Oktober bis Dezember 2019 folgte das Arbeitspaket 2.4 „Evaluation der BGF-Prozesse“, eine interne Evaluierung der vorangegangenen Arbeitspakete.

Wie wurde hier vorgegangen? Nach einem Evaluierungsmodell?

- Das Arbeitspaket 2.5 „Dokumentation“ (Januar 2020) beinhaltet vor allem die Zusammenführung der Dokumentation. **Wie wurde der Projektverlauf in der zweiten Phase konkret dokumentiert? Ist auch die Dokumentation der BGF-Beraterin einsehbar?**

- Über die gesamte Dauer der Projektphase 2 hinweg zieht sich das Arbeitspaket 2.6 „Aufbau von Beratungs-Know-how für inklusive BGF-Prozesse“. Eine Beraterin, die im BGF-Prozess begleitend eingesetzt wurde, hat in diesem Zusammenhang eine Einschulung erhalten, um in der Moderation und Dokumentation des Prozesses leichte Sprache anzuwenden. Angedacht war außerdem, dass sich auch in den Einrichtungen selbst Personen in Richtung einer BGF-Beratung qualifizieren können.

Was wurde hier getan?

-> In der Analyse der Projektdokumentation der zweiten Phase soll auch die Dokumentation der BGF-Beraterin analysiert werden!

Parallel zur Phase II läuft die Phase III „Information und Öffentlichkeitsarbeit“. Ich würde darum bitten, zu den einzelnen Arbeitspaketen jeweils etwas zu sagen:

- Arbeitspaket 3.1: Erstellung des Leitfadens (Meilenstein 6 mit Ende April 2020: Leitfaden in gedruckter Form und als barrierefreies PDF liegt vor)
- Arbeitspaket 3.2: Veröffentlichung des Leitfadens durch Aussendungen, Webseite und Vorträge bei Konferenzen und Fachtagungen (Mai bis Juni 2020)
- Arbeitspaket 3.3: Antrag für das BGF-Gutesiegel wird gestellt (April 2020)
- Arbeitspaket 3.5: Erstellung des Projektabschlussberichtes (Meilenstein 7 mit Ende Juli 2020: Projektabschlussbericht liegt vor)

Was wurde darüber hinaus an begleitender Öffentlichkeitsarbeit in der zweiten Phase gemacht?

-> September 2019: GfB aktuell, Gesundheit fördert Beschäftigung (GfB), ÖSB Consulting GmbH

Fokusgruppendifkussion Ende März 2018: „Auf die begleitende Öffentlichkeitsarbeit und die aktive Nutzung von bestehenden Netzwerken wird im Projekt großer Wert gelegt. [...] Eine detailliertere Planung für eine nachhaltige Verbreitung von Projektergebnissen, die im Rahmen der vorhandenen Ressourcen leistbar ist, steht noch aus.“

Frage: Hat es eine detaillierte Planung für eine nachhaltige Verbreitung von Projektergebnissen gegeben? Wie hat diese genau ausgesehen?

„Von Alfred Grausgruber wird im Interview die OÖ Plattform BGF und Prävention angesprochen. [...] Zu den Mitgliedern der Plattform zählen das Land OÖ (Abteilung Gesundheit), die Arbeiterkammer OÖ, die Wirtschaftskammer OÖ, die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (Landesstelle Linz) und die OÖ Gebietskrankenkasse als koordinierte Stelle. Über deren Beteiligung wäre es möglich, die Plattform gezielt für das Projekt ‚Gesundheit inklusiv‘ zu nutzen, etwa durch die Schaffung spezieller Anreize für Betriebe, um inklusive BGF-Maßnahmen umzusetzen. Als erster Schritt dazu sollte über die bisherigen Ergebnisse des Projekts bei einer der nächsten Sitzungen der Plattform berichtet werden, was laut Bettina Stadlmayr bislang noch nicht geschehen ist.“

Frage: Ist das mittlerweile geschehen?

„Es war sogar Mal ein Thema, ob man eine Pressekonferenz in Oberösterreich macht. Das Thema passt auch dazu. Als Oberösterreichische Gebietskrankenkasse müssten wir es dieses Jahr noch machen.“

Frage: Hat es diese Pressekonferenz gegeben?

„Er weist darauf hin, dass die Nutzung von TV-, Radio- und Printmedien mit größerer Reichweite insbesondere im Übergang von der zweiten zur dritten Phase von besonderer Bedeutung sein wird und nennt im Interview auch eine konkrete Möglichkeit: „[...] der Bericht über das Gelingen von derartigen inklusiver Gesundheitsförderung in Medien wäre sicher etwas ganz Wichtiges. Da gibt es ja im ‚Standard‘ am Samstag immer einige Seiten dazu. Da gibt es ganz unterschiedliche Beispiele. Und das wäre sicher etwas für Karin Bauer, die für das Ressort ‚Arbeit & Gesundheit‘ schreibt. Wenn man die einlädt, damit sie sich das ansieht, dann wäre das eine tolle Wirkung.“ Auch der Newsletter der betrieblichen Gesundheitsförderung oder das FGO-Magazin „Gesundes Österreich“ bieten sich für die Information über das Projekt an.“

-> ÖNBGF-Newsletter Februar 2018

Frage: Wurden auch die anderen Möglichkeiten genutzt?

„Die rechtzeitige Information und Einbindung der politischen Entscheidungsträger_innen auf Landesebene, insbesondere der derzeit zuständigen Landesrätinnen Birgit Gerstorfer (Soziales) und Christine Haberlander (Gesundheit), wird für ein Roll Out auf Landesebene notwendig sein. Auf gesundheitspolitischer Ebene wird es des Weiteren wichtig sein, die Erkenntnisse aus dem Projekt „Gesundheit inklusiv“ in die Planung der OÖ Gesundheitsziele für die Jahre 2020 bis 2025 einfließen zu lassen. Selbiges gilt für das zu erwartende neue Regierungsprogramm auf Bundesebene nach den Nationalratswahlen im September 2019.“

Frage: Ist hier etwas passiert?

Wie verläuft die Zusammenarbeit mit dem Fachbeirat?

Ausstiegsfrage: Gibt es noch etwas Wichtiges zu sagen?

Vielen Dank für das Gespräch!

Gesundheit inklusiv: Leitfaden für Fokusgruppe

Externe Evaluation des Projektes „Gesundheit inklusiv“

Teilnehmer_innen:

Einstieg: Wir stehen unmittelbar vor dem Ende des Projekts. Coronavirus-bedingt hat sich die letzte Fokusgruppendifkussion verzögert und in den virtuellen Raum verlagert. Danke für die sehr detaillierten und umfangreichen Antworten auf die Fragen.

Bei der letzten Runde geht es mir noch um zwei Bereiche:

- eine Reflexion des Gesamtprojekts und einzelner wichtiger Themenbereiche wie Inklusion in der betrieblichen Gesundheitsförderung, gesundheitliche Chancengerechtigkeit oder Partizipation im Projekt;
- ein abschließender Blick auf die Ergebnisse der Phase III, insbesondere auf den Leitfaden und das Gütesiegel;

Für den ersten Teil würde ich gerne die verdichteten Erkenntnisse heranziehen, die auf der letzten Runde der **Interviews mit den Fachbeiratsmitgliedern** beruhen, die ich in den letzten Wochen gemacht habe. Ich würde dazu Teilkapitel für Teilkapitel durchgehen und euch jeweils um einen kurzen Kommentar dazu bitten.

Leitfaden: Mitte April wurde die Rohfassung des Leitfadens erstellt, den die Projektpartner zur Durchsicht erhalten und Rückmeldungen gegeben haben. Nach Einarbeitung aller Rückmeldungen wurde der Leitfaden für die Verständlichkeitsprüfung durch die Zielgruppe der Menschen mit Lernschwierigkeiten freigegeben. Diese Textprüfungen zu den einzelnen Kapiteln fanden im Mai und Juni über Skype statt. Die Finalisierung des Leitfadens ist für Ende Juni geplant. Dies hat sich aufgrund der Corona-Krise nach hinten verschoben, da die Textprüfungen nicht oder nur schwer möglich waren.

Der Leitfaden enthält folgende Inhalte:

- Einleitung
- Das Projekt „Gesundheit inklusiv“
- Wie kann man die Betriebliche Gesundheits-Förderung inklusiv durchführen?
- Was müssen Berater und Beraterinnen zusätzlich können?
- Was müssen Moderatoren und Moderatorinnen mit Lernschwierigkeiten wissen?
- Literatur
- Wörterbuch
- Anhang

Die Veröffentlichung des Leitfadens verschiebt sich zeitlich ebenfalls nach hinten. Die für 2020 bereits geplanten Vorträge bei Konferenzen und Fachtagungen wurden aufgrund der COVID-19-Pandemie abgesagt (Integra im April 2020, IKT-Forum im Juli 2020) bzw. verschoben (ÖGPH-Tagung von Mai auf November 2020). Es sind aber bereits weitere Maßnahmen im Zuge der Öffentlichkeitsarbeit für 2020 geplant.

BGF-Gütesiegel: Das BGF-Gütesiegel-Antrag des KI-I wurde mit aktuellem Stand an die BGF-Beraterin zur Durchsicht gesendet. Die Informationen zum Evaluierungsworkshop und damit einhergehend zum Thema Nachhaltigkeit wurden integriert. Die Gütesiegelanträge der drei beteiligten Betriebe des Diakoniewerks sind ebenfalls in Bearbeitung. Diese werden nach Durchführung der Evaluierungswshops noch finalisiert und ebenfalls an die BGF-Beraterin geschickt. Mit der ÖGK wurde beim Steuerungsgruppentreffen im März 2020 vereinbart, dass die ausgefüllten BGF-Gütesiegel-Anträge bis Anfang Juli 2020 an die ÖGK gesendet werden.

5.2 Leitfäden für die Interviews mit Mitgliedern des Fachbeirats

Gesundheit inklusive: Leitfaden für Interviews mit Fachbeirat

Externe Evaluation des Projektes „Gesundheit Inklusive“ (Partizipative Gesundheitsförderung in einem inklusiven Setting)

Teilnehmer_in:

Mit dem Projekt „Gesundheit Inklusive“, das vom Kompetenznetzwerk KI-I getragen wird, soll betriebliche Gesundheitsförderung in einem partizipativen und inklusiven Setting ermöglicht werden. Ziel ist es dabei, bestehende Methoden der betrieblichen Gesundheitsförderung für ein derartiges Setting zu adaptieren und anzuwenden. Dabei sollen sowohl Mitarbeiter_innen mit als Mitarbeiter_innen ohne Beeinträchtigung in das Setting miteinbezogen werden. Das Projekt sieht einen Testlauf am Kompetenznetzwerk KI-I und in drei ausgewählten Werkstätten des Evangelischen Diakoniewerks Gallneukirchen vor. Zielgruppe sind dabei alle Mitarbeiter_innen mit und ohne Beeinträchtigungen der beiden Organisationen (insgesamt 124 Personen), wobei auf die besonderen Bedürfnisse der Menschen mit Beeinträchtigung besondere Rücksicht genommen werden soll.

Derzeit läuft die erste Projektphase unter dem Titel „Planung und Entwicklung“, die von Februar bis September 2018 dauert. An die erste Projektphase schließen zwei weitere Projektphase an. Von Oktober 2018 bis Jänner 2020 folgt die Umsetzung einer inklusiven betrieblichen Gesundheitsförderung mit externer Begleitung beim Kompetenznetzwerk KI-I und in den Werkstätten des Diakoniewerks. Die dritte Projektphase läuft eigentlich parallel zu den beiden anderen Phasen und dauert von Juni 2018 bis Juni 2020. Zentral sind hier die Erstellung eines Leitfadens und der Antrag auf das BGF-Gütesiegel.

Einstieg:

Bitte um kurze Vorstellung der Person, der eigenen Rolle im Projekt und der grundsätzlichen Erwartungshaltung an das Projekt.

Im Interview werden wir verschiedene Themenbereiche besprechen, die sowohl für das Projekt selbst als auch für die externe Evaluierung von besonderer Wichtigkeit sind. Konkret geht es dabei um betriebliche Gesundheitsförderung, gesundheitliche Chancengerechtigkeit, um Partizipation, um Zielerreichung und Zielgruppenerreichung und um Nachhaltigkeit.

Betriebliche Gesundheitsförderung

Mit Hilfe von betrieblicher Gesundheitsförderung soll vor allem Krankheiten am Arbeitsplatz vorgebeugt, Gesundheit gestärkt und das Wohlbefinden der Mitarbeiter_innen verbessert werden. Für eine erfolgreiche betriebliche Gesundheitsförderung sind verschiedene Aspekte von besonderer Bedeutung, zum Beispiel die Integration im Betrieb, eine interdisziplinäre und hierarchieübergreifende Zusammenarbeit oder eine offene und partizipative Vorgehensweise. Beim Projekt „Gesundheit inklusive“ geht es zusätzlich darum, inklusive Aspekte bei der betrieblichen Gesundheitsförderung umfassend zu berücksichtigen. Was muss Ihrer Meinung nach getan werden, damit dieser besondere Aspekt auf einem qualitativ hochwertigen Niveau berücksichtigt wird?

Gesundheitliche Chancengerechtigkeit

Ein gerechter Zugang zu den Ressourcen für Gesundheit, also z. B. zu gesundheitsfördernden Angeboten, bedeutet, dass grundsätzlich alle Menschen die gleichen Möglichkeiten zur Förderung, Erhaltung und Wiederherstellung ihrer Gesundheit geboten bekommen. Der FGÖ setzt in seiner Arbeit einen Schwerpunkt auf diese „Gesundheitliche Chancengerechtigkeit“. Es stellen sich folgende Fragen:

- Inwieweit trägt das Projekt „Gesundheit inklusive“ zur Förderung von gesundheitlicher Chancengerechtigkeit bei?
- Wenn wir uns vorstellen, dass im Kompetenznetzwerk KI-I oder in den Werkstätten des Evangelischen Diakoniewerks Gallneukirchen eine betriebliche Gesundheitsförderung eingeführt wird: Welche Aktivitäten erscheinen sinnvoll, um hier zu gesundheitlicher Chancengerechtigkeit für alle Mitarbeiter_innen beizutragen?
- Sind darüber hinaus einzelne Aktivitäten sinnvoll, die auf eine gesundheitliche Chancengerechtigkeit nur für Mitarbeiter_innen ohne Beeinträchtigung oder nur für Mitarbeiter_innen mit Beeinträchtigung abzielen?

Partizipation

Partizipation (Beteiligung) ist ein wichtiges Grundprinzip der Gesundheitsförderung. Partizipation hat allerdings viele Gesichter und meint unterschiedliches. In einem Modell, das am Ludwig Boltzmann Institut für Health Promotion Research in Wien entwickelt wurde, werden drei Formen der Teilhabe an Entscheidungs- und Umsetzungsprozessen unterschieden:

- Einbringen: Themen, Meinungen, Wissen und Erfahrungen einbringen (z. B. in Diskussionsgruppen)
- Mitentscheiden: Wesentliche Projektschritte mitentscheiden (z. B. in Form einer Abstimmung, Wahl zwischen Alternativen)
- Mitarbeiten: Aktiv an der Projektplanung und -durchführung mitarbeiten (z. B. bei der Umsetzung von konkreten Aktivitäten)

Das Projekt „Gesundheit inklusive“ sieht vor, dass die Mitarbeiter_innen der beteiligten Organisationen sich an den verschiedenen Schritten im Projekt beteiligen können. Aber was kann das genau heißen? Bei welchen Schritten wäre es aus Ihrer Sicht sinnvoll, dass Partizipation ermöglicht wird und um welche Form der Partizipation sollte es dabei gehen (Einbringen, Mitentscheiden, Mitarbeiten)?

- Analyse des Ausgangszustandes (Problemanalyse): Einbringen, Mitentscheiden, Mitarbeiten?
- Entwicklung und Planung der Strategien (Zielformulierung): Einbringen, Mitentscheiden, Mitarbeiten?
- Umsetzung von Aktivitäten (Testlauf): Einbringen, Mitentscheiden, Mitarbeiten?
- Evaluation: Einbringen, Mitentscheiden, Mitarbeiten?
- Verbreitung der Ergebnisse des Projekts (Transfer): Einbringen, Mitentscheiden, Mitarbeiten?

Für den Erfolg des Projektes ist auch wichtig, dass bestimmte Entscheidungsträger_innen aktiv eingebunden werden. Wie sollte Ihrer Meinung nach sichergestellt werden, dass sich die Führungskräfte der beteiligten Organisationen am Projekt beteiligen?

Und was sollte getan werden, um politische Entscheidungsträger_innen in das Projekt einzubinden?

Zielerreichung und Zielgruppenerreichung

Ein Hauptziel des Projekts „Gesundheit inklusive“ wurde zu Beginn genannt, nämlich bestehende Methoden der betrieblichen Gesundheitsförderung für ein inklusives und partizipatives Setting zu adaptieren und anzuwenden.

Was sind aus Ihrer Sicht weitere Ziele, die mit dem Projekt „Gesundheit inklusive“ verfolgt werden können?

Wenn nochmals an die Schwerpunktzielgruppe gedacht wird, also die Mitarbeiter_innen der beteiligten Organisationen: Welche Faktoren könnten uns im Projekt daran hindern, die Mitarbeiter_innen der beteiligten Organisationen optimal zu erreichen (z. B. Ort, Zeit, Thema, Kultur, Sprache, Erwartungen, Zugangshürden)? Anders gesagt: Auf was müssen wir besonders aufpassen, damit wir die Mitarbeiter_innen der beteiligten Organisationen für das Projekt gewinnen?

Nachhaltigkeit

Ein Projekt ist dann nachhaltig, wenn die durch das Projekt erzielten Veränderungen (z. B. Aktivitäten, Maßnahmen, Strukturen) auch nach Projektende weiterbestehen und die Zielgruppen, aber auch andere Personengruppen, weiter davon profitieren können. Es stellen sich folgende Fragen:

- Was ist alles notwendig, um die Nachhaltigkeit des Projekts sicherzustellen?
- Und welche Faktoren könnten uns im Projekt daran hindern, dass die Nachhaltigkeit sichergestellt wird? Anders gesagt: Auf was müssen wir besonders aufpassen, damit das Projekt auch über das Jahr 2020 hinaus seine Wirkung entfaltet?
- Wann wäre das Projekt „Gesundheit inklusive“ aus Ihrer Sicht ein Erfolg?

Ausstiegsfrage: Gibt es noch etwas Wichtiges, auf das bei der externen Evaluation besonders Rücksicht genommen werden sollte?

Vielen Dank für das Gespräch!

Gesundheit inklusiv: Leitfaden für Interviews mit Fachbeirat

Externe Evaluation des Projektes „Gesundheit inklusiv“ (Partizipative Gesundheitsförderung in einem inklusiven Setting)

Teilnehmer_in:

Mit dem Projekt „Gesundheit inklusiv“, das vom Kompetenznetzwerk KI-I getragen wird, soll betriebliche Gesundheitsförderung in einem partizipativen und inklusiven Setting ermöglicht werden. Ziel ist es dabei, bestehende Methoden der betrieblichen Gesundheitsförderung für ein derartiges Setting zu adaptieren und anzuwenden. Dabei sollen sowohl Mitarbeiter_innen mit als Mitarbeiter_innen ohne Beeinträchtigung in das Setting miteinbezogen werden. Das Projekt sieht einen Testlauf am Kompetenznetzwerk KI-I und in drei ausgewählten Werkstätten des Evangelischen Diakoniewerks Gallneukirchen vor. Zielgruppe sind dabei alle Mitarbeiter_innen mit und ohne Beeinträchtigungen der beiden Organisationen (insgesamt 124 Personen), wobei auf die besonderen Bedürfnisse der Menschen mit Beeinträchtigung besondere Rücksicht genommen werden soll.

Nach der ersten Projektphase unter dem Titel „Planung und Entwicklung“ läuft mittlerweile die Umsetzung der inklusiven betrieblichen Gesundheitsförderung beim Kompetenznetzwerk KI-I und in den Werkstätten des Diakoniewerks. Die dritte Projektphase läuft eigentlich parallel zu den beiden anderen Phasen und dauert von Juni 2018 bis Juni 2020. Zentral sind hier die Erstellung eines Leitfadens und der Antrag auf das BGF-Gütesiegel.

Einstieg:

Im Interview werden wir auf den bisherigen Projektverlauf und die nächsten Schritte fokussieren.

Erste Projektphase: Planung und Entwicklung

Das Projekt „Gesundheit inklusiv“ wurde im Februar 2018 gestartet. In dieser ersten Phase wurde ein inklusives Bewertungsinstrument entwickelt, basierend insbesondere auf dem Kombi-AG. Außerdem erfolgte eine Sensibilisierung der Zielgruppen zum Thema „Gesundheit“, u. a. durch Diskussionsrunden und spielerische Formate. Und es fand ein Kick Off in den beteiligten Organisationen statt, im Zuge dessen u. a. erhoben wurde, was der Ist-Stand hinsichtlich der betrieblichen Gesundheitsförderung ist und auf was bei der Anwendung des inklusiven Bewertungsinstruments in der zweiten Phase Rücksicht genommen werden muss.

Am 7. Februar 2019 und am 27. Juni 2019 gab es dazu auch Beiratssitzungen, bei denen über den Verlauf des Projektes berichtet wurde.

Wie ist Ihre Einschätzung zum Projekt „Gesundheit inklusiv“ derzeit im Allgemeinen? Inwieweit verläuft alles nach Plan? Haben Sie irgendwelche unerwarteten Probleme mitbekommen, die den weiteren Projektverlauf in Gefahr bringen könnten?

In der externen Evaluation würde mich interessieren, wie sich die Situation im Vergleich zum ersten Interview vor einem Jahr darstellt. Dazu würde ich die zusammengefassten Erkenntnisse aus den Interviews mit den Beiratsmitgliedern vorlegen und jeweils um einen offenen Kommentar zu den folgenden Themenbereichen bitten.

Es geht dabei um die Themenbereiche

- Inklusion in der betrieblichen Gesundheitsförderung
- Gesundheitliche Chancengerechtigkeit
- Partizipation im Projekt „Gesundheit inklusiv“
- Einbindung von Entscheidungsträger_innen
- Weitere Ziele des Projekts „Gesundheit inklusiv“
- Hinderliche Faktoren
- Sicherstellung von Nachhaltigkeit

Bei einzelnen Kommentaren werde ich eventuell nachfragen.

Ausstiegsfrage: Gibt es noch etwas Wichtiges, auf das bei der externen Evaluation besonders Rücksicht genommen werden sollte?

Vielen Dank für das Gespräch!

Gesundheit inklusiv: Leitfaden für Interviews mit Fachbeirat

Externe Evaluation des Projektes „Gesundheit inklusiv“ (Partizipative Gesundheitsförderung in einem inklusiven Setting)

Teilnehmer_in:

Mit dem Projekt „Gesundheit inklusiv“, das vom Kompetenznetzwerk KI-I getragen wird, soll betriebliche Gesundheitsförderung in einem partizipativen und inklusiven Setting ermöglicht werden. Ziel ist es dabei, bestehende Methoden der betrieblichen Gesundheitsförderung für ein derartiges Setting zu adaptieren und anzuwenden. Dabei sollen sowohl Mitarbeiter_innen mit als Mitarbeiter_innen ohne Beeinträchtigung in das Setting miteinbezogen werden. Das Projekt sieht einen Testlauf am Kompetenznetzwerk KI-I und in drei ausgewählten Werkstätten des Evangelischen Diakoniewerks Gallneukirchen vor. Zielgruppe sind dabei alle Mitarbeiter_innen mit und ohne Beeinträchtigungen der beiden Organisationen (insgesamt 124 Personen), wobei auf die besonderen Bedürfnisse der Menschen mit Beeinträchtigung besondere Rücksicht genommen werden soll.

Das Projekt nähert sich nach Durchführung der Phase I „Planung und Entwicklung“ und der Phase II „Inklusiver BGF-Prozess mit externer Begleitung“ nun dem Ende. Dabei stehen insbesondere noch Aktivitäten der Phase III „Information und Öffentlichkeitsarbeit“, die seit Juni 2018 parallel zu den ersten beiden Phasen läuft, auf der Agenda. Zentral sind hier die Veröffentlichung des Leitfadens, der Antrag auf das BGF-Gütesiegel und die Gesamtevaluation des Projekts.

Einstieg:

Im Interview werden wir auf den gesamten Projektverlauf und die Projektergebnisse fokussieren.

Wie ist Ihre Einschätzung zum Projektverlauf von „Gesundheit inklusiv“ im Allgemeinen? Wie hat sich das Projekt tatsächlich entwickelt? Was verlief nach Plan und was nicht? Was hat sich durch den Ausbruch der COVID-19-Pandemie alles verändert?

Inwieweit wurde die ursprüngliche Erwartungshaltung erfüllt?

In der externen Evaluation interessieren uns bestimmte Themenbereiche besonders, die wir auch bei den ersten beiden Interviews schon reflektiert haben. Es geht dabei vor allem um die Durchführung in den beteiligten Organisationen, also dem KI-I und den drei Diakonie-Werkstätten.

Themenbereich 1: Inklusion in der betrieblichen Gesundheitsförderung

Inwieweit ist es dem Projekt gelungen, dass inklusive Aspekte bei der betrieblichen Gesundheitsförderung umfassend berücksichtigt wurden?

Themenbereich 2: Gesundheitliche Chancengerechtigkeit

In welcher Art und Weise hat das Projekt zur Förderung von gesundheitlicher Chancengerechtigkeit beigetragen?

Inwieweit ist eine Verringerung der gesundheitlichen Belastung und eine Erhöhung des Zugangs zu gesundheitlichen Ressourcen bei den Mitarbeiter_innen wahrnehmbar?

Themenbereich 3: Partizipation

Wie wurde das Ziel einer umfassenden Partizipation aller Mitarbeiter_innen in den beteiligten Organisationen Ihrer Meinung nach erreicht?

Wie gut wurden die wesentlichen Entscheidungsträger_innen in das Projekt miteingebunden?

Themenbereich 4: Zielerreichung und Zielgruppenerreichung

Inwieweit ist es im Projekt gelungen, bestehende Methoden der betrieblichen Gesundheitsförderung für ein inklusives und partizipatives Setting zu adaptieren und anzuwenden?

Welche Faktoren haben im Projekt verhindert, dass die Mitarbeiter_innen der beteiligten Organisationen optimal erreicht und eingebunden wurden (z. B. Ort, Zeit, Thema, Kultur, Sprache, Erwartungen, Zugangshürden)?

Themenbereich 5: Nachhaltigkeit

Wie hoch wird die Wahrscheinlichkeit eingeschätzt, dass die erarbeiteten Instrumente in den vier beteiligten Organisationen über das Projektende hinaus eingesetzt werden?

Inwieweit wurden im Projekt die richtigen Schritte gesetzt, dass die erarbeiteten Instrumente im Leitfaden auch nach Projektende in anderen Einrichtungen der Behindertenhilfe und inklusiven Betrieben zum Einsatz kommen können?

Wie wird der erarbeitete Leitfaden für die Durchführung eines partizipativen, inklusiven Prozesses der betrieblichen Gesundheitsförderung auf seine Brauchbarkeit hin eingeschätzt?

Inwieweit wurde entsprechendes Know-how bei den BGF-Berater_innen für inklusive BGF-Prozesse aufgebaut?

Themenbereich 6: Information und Öffentlichkeitsarbeit

Wie wird die Verbreitung der Erkenntnisse aus dem Projekt an die fachspezifische Community beurteilt?

Inwieweit konnte auch eine breitere Öffentlichkeit über das Projekt informiert werden?

Erfolg

Inwieweit würden Sie die Durchführung des Projekts „Gesundheit inklusiv“ als Erfolg werten? Was wurde für Sie erfüllt und was nicht?

„Wenn es gelingt, die Idee dieser inklusiven Gesundheitsförderung in der Öffentlichkeit breit bekannt zu machen und es in möglichst vielen Einrichtungen adaptiert eingesetzt wird.“ (Alfred Grausgruber, Mai 2018)

„Ein Erfolg ist es für mich dann, wenn es gelingt über das Pilotprojekt hinaus andere Betriebe zu begeistern, sei es im Chancengleichheitsbereich, aber noch mehr im Bereich des ersten Arbeitsmarkts.“ (Alfred Prantl, Mai 2018)

„Für mich wäre es ein Erfolg, wenn von Betrieben Anfragen kommen würden, die ein BGF-Projekt machen und dabei ‚Gesundheit inklusiv‘ integrieren wollen.“ (Bettina Stadlmayr, Mai 2018)

„Wenn Gesundheit in den Betrieben eine alltägliche Routine bekommt.“ (Renate Hackl, Mai 2018)

Ausstiegsfrage: Gibt es noch etwas Wichtiges, auf das bei der externen Evaluation besonders Rücksicht genommen werden sollte?

Vielen Dank für das Gespräch!

5.3 Leitfäden für die Interviews mit Mitarbeiter_innen in den beteiligten Betrieben

Gesundheit inklusive: Leitfaden für Mitarbeiter_innengespräch

Externe Evaluation des Projektes „Gesundheit Inklusive“ (Partizipative Gesundheitsförderung in einem inklusiven Setting)

Teilnehmer_innen:

Klärung der Ansprache: Siezen oder Duzen?

Einstieg: Bitte erzählen Sie mir zu Beginn, was Sie hier in der Arbeit machen.

Ich werde Ihnen jetzt ein paar Fragen stellen. Es geht dabei um [ein Projekt, das wir machen / das Projekt „Gesundheit inklusive“]. Das Projekt [„Gesundheit inklusive“] will erreichen, dass man in der Arbeit mehr auf die Gesundheit [achtet / schaut]. Es geht darum, dass sich alle Leute hier am KI-I wohl fühlen.

Können Sie mir sagen: Was heißt das für Sie, gesund zu sein?

Wenn Sie an Ihre Arbeit hier denken: Fühlen Sie sich hier wohl? Falls ja: Und warum ist das so? Was trägt dazu bei, dass Sie sich [wohl fühlen / nicht wohl fühlen]?

Falls zuvor mit „Ja“ geantwortet wurde. Gibt es Tage, an denen Sie sich hier einmal nicht so wohl fühlen?

Falls ja: Und weshalb ist das so? Woran liegt das?

Wer hilft Ihnen dann, damit es Ihnen wieder besser geht?

Was wird hier in der Arbeit getan, damit es Ihnen gesundheitlich besser geht? Falls keine Antworten kommen: Das kann zum Beispiel etwas sein, damit Sie sich bei der Arbeit nicht weh tun, oder etwas, damit Sie besser arbeiten können, oder etwas, damit Sie sich besser bewegen können.

[Eventuell: Gibt es hier irgendwelche besonderen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung?]

Was würden Sie sich denn wünschen, damit Sie sich hier in der Arbeit noch wohler fühlen?

Kommt auch einmal jemand hier zu Ihnen und fragt: „Wie geht es Ihnen bei der Arbeit? Können wir etwas machen, damit Sie sich wohler fühlen?“

[Eventuell: Wenn hier am KI-I irgendwelche Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung gesetzt werden: Können Sie hier mitentscheiden oder sogar bei der Entwicklung und Umsetzung der Maßnahmen mitarbeiten? Zum Beispiel, wenn es um gesundes Essen geht, oder um mehr Bewegung am Arbeitsplatz?]

Stellen Sie sich vor, Sie sind der Chef hier: Was würden Sie machen, damit es allen hier besser geht und damit sich alle hier wohler fühlen?

[Eventuell: Beim Projekt „Gesundheit inklusive“ wird in den nächsten Monaten ausprobiert, wie die Gesundheit und das Wohlbefinden hier am KI-I für alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter erhöht werden kann. Auf was sollte Ihrer Meinung nach dabei besonders acht gegeben werden?]

Vielen Dank für das Gespräch!

Gesundheit inklusiv: Leitfaden für Mitarbeiter_innengespräch

Externe Evaluation des Projektes „Gesundheit inklusiv“ (Partizipative Gesundheitsförderung in einem inklusiven Setting)

Teilnehmer_innen:

Einstieg: Wir haben uns vor ziemlich genau einem Jahr getroffen. Dabei habe ich ein paar Fragen zu dem Projekt „Gesundheit inklusiv“ gestellt. Mit dem Projekt will man erreichen, dass man in der Arbeit mehr auf die Gesundheit [achtet / schaut]. Es geht darum, dass sich alle Leute hier am KI-I wohl fühlen.

In der Arbeit hier am KI-I wird ja auch darauf geschaut, dass es den Mitarbeitern gut geht. Ist Ihnen da irgendetwas in der letzten Zeit aufgefallen? Hat sich etwas verändert, gerade wenn es um das Thema „Gesundheit“ geht?

[Irgendetwas, wo Sie sich gedacht haben: Aha, das ist jetzt neu!]

[Irgendwelche neuen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung?]

Haben Sie etwas vom Projekt „Gesundheit inklusiv“ in den letzten Monaten mitbekommen? Falls ja: Können Sie mir kurz erzählen, was das war?

Beim Projekt „Gesundheit inklusiv“ sind konkret drei Sachen gemacht worden. Mich würde interessieren, was Sie von diesen drei Sachen mitbekommen haben:

Befragung zu „Gesundheit und Arbeit“, d. h. es wurden Fragen gestellt wie „So gesund fühle ich mich derzeit“, „Wie oft sind Sie müde oder erschöpft?“ oder „An meinem Arbeitsplatz ist sehr schlechte Luft?“

Können Sie sich noch daran erinnern? Erzählen Sie mir kurz etwas dazu.

Beobachtung zu „Gesundheit und Arbeit“, d. h. jemand hat Sie dabei beobachtet, ob es Ihnen bei der Arbeit gut geht und mitgeschrieben, wenn zum Beispiel etwas nicht passt.

Können Sie sich noch daran erinnern? Erzählen Sie mir kurz etwas dazu.

Gesundheitszirkel zu „Gesundheit und Arbeit“, d. h. es hat mehrere Treffen in einer Gruppe gegeben und es wurde über Gesundheit und Arbeit diskutiert.

Können Sie sich noch daran erinnern? Erzählen Sie mir kurz etwas dazu.

Haben Sie sich bei den Sachen auch einmal gedacht: Das bringt jetzt nichts. Falls ja: Was war das?

Wurden Sie nachher darüber informiert, was das Ergebnis war?

Wissen Sie, was beim Projekt „Gesundheit inklusiv“ als nächstes passiert?

Vielen Dank für das Gespräch!

Gesundheit inklusiv: Leitfaden für Mitarbeiter_innengespräch

Externe Evaluation des Projektes „Gesundheit inklusiv“ (Partizipative Gesundheitsförderung in einem inklusiven Setting)

Teilnehmer_innen:

Einstieg: Es geht um das dritte und letzte Interview zum Projekt „Gesundheit inklusiv“. Mit dem Projekt will man erreichen, dass man in der Arbeit mehr auf die Gesundheit [achtet / schaut]. Es geht darum, dass sich alle Leute hier am KI-I wohl fühlen.

Das Projekt „Gesundheit inklusiv“ läuft mittlerweile ja schon seit gut zwei Jahren.

Was ist Ihnen besonders positiv in Erinnerung geblieben?

Und an was erinnern Sie sich weniger gern?

Was hat das Projekt „Gesundheit inklusiv“ für Sie persönlich gebracht?

Und wie hat darüber hinaus das KI-I insgesamt vom Projekt profitiert?

Wie stark wurden Sie und Ihre Kollegen in das Projekt miteinbezogen?

Hatten Sie immer das Gefühl, dass Sie informiert werden, dass sie gefragt werden und dass Sie sich auch einbringen können?

Durch das Projekt „Gesundheit inklusiv“ wurden ja auch verschiedene Maßnahmen am KI-I gesetzt. Zum Beispiel 1 x im Monat Bewegungsübungen, die BGF-Games oder die gemeinsame gesunde Mittagsjause.

Inwieweit sind Sie mit den Maßnahmen zufrieden?

Hätten Sie sich da und dort mehr gewünscht?

Glauben Sie, dass es alle Maßnahmen auch noch nächstes Jahr am KI-I geben wird?

Herr Danner, wie wir uns das erste Mal vor zwei Jahren getroffen haben, haben Sie folgendes zum Projekt „Gesundheit inklusiv“ gesagt: „So wie es jetzt läuft, finde ich das sehr gut, weil wir wissen, dass uns die Chefitäten sehr gut einbinden. Das läuft alles sehr gut. Ich würde mir wünschen, dass das Papier, das dann entsteht, man selbst auch bekommt und dass dann auch gemacht wird. Auch, dass man mehr Informationen bekommt, was beim Projekt läuft, was jetzt zur Zeit der Stand ist.“

Inwieweit wurde das Ihrer Meinung nach erfüllt?

Frau Karlinger, wie wir uns das letzte Mal vor einem Jahr getroffen haben, habe ich Sie gefragt: „Gibt es einen Wunsch oder eine Empfehlung, die Sie dem Projekt als solches mit auf den Weg geben möchten?“

Sie haben geantwortet: „Einerseits die Kommunikation, dass jeder das Gefühl hat, dass er gut informiert ist und das Gefühl hat, dass er mitarbeiten und gestalten kann. Ich glaube, das Thema Wertschätzung entgegenbringen, der dann beispielsweise die Bewegungsübungen vormacht, ist auch wichtig. Ich glaube bei uns ist die Stimmung sehr positiv gegenüber diesen Dingen, dass man da gerne mitmacht und dass das etwas Gutes ist. Aber ich denke, dass es auch passieren kann, dass so etwas kippt. Man hat das auch öfter in solchen Bereichen, dass man sagt, dass es einen nicht interessiert, oder das will ich nicht, oder ich mach das nicht in meiner privaten Zeit. Da glaube ich, dass man da andere Strukturen aufbauen muss, damit das neben den grundsätzlichen Arbeitshierarchien funktioniert, dass man da keine Hierarchien hat, sondern Systeme, wo jeder das Gefühl hat, dass er eine gute Rolle hat, die er sich auch selbst ausgesucht hat. Und dass da nicht irgendwo etwas daherkommt und irgendjemand sich darum kümmern muss. Da passiert das dann irgendwie. Da glaube ich, dass dann Unzufriedenheit entsteht.“

Inwieweit wurden diese drei Punkte: Kommunikation über das Projekt, Entgegenbringen von Wertschätzung und Aufbau von anderen Strukturen Ihrer Meinung nach erfüllt?

Was würden Sie sagen: Inwieweit war das Projekt „Gesundheit inklusiv“ insgesamt ein Erfolg?

Wenn das Projekt nochmals durchgeführt werden würde: Was sollte anders gemacht werden?

Vielen Dank für das Gespräch!