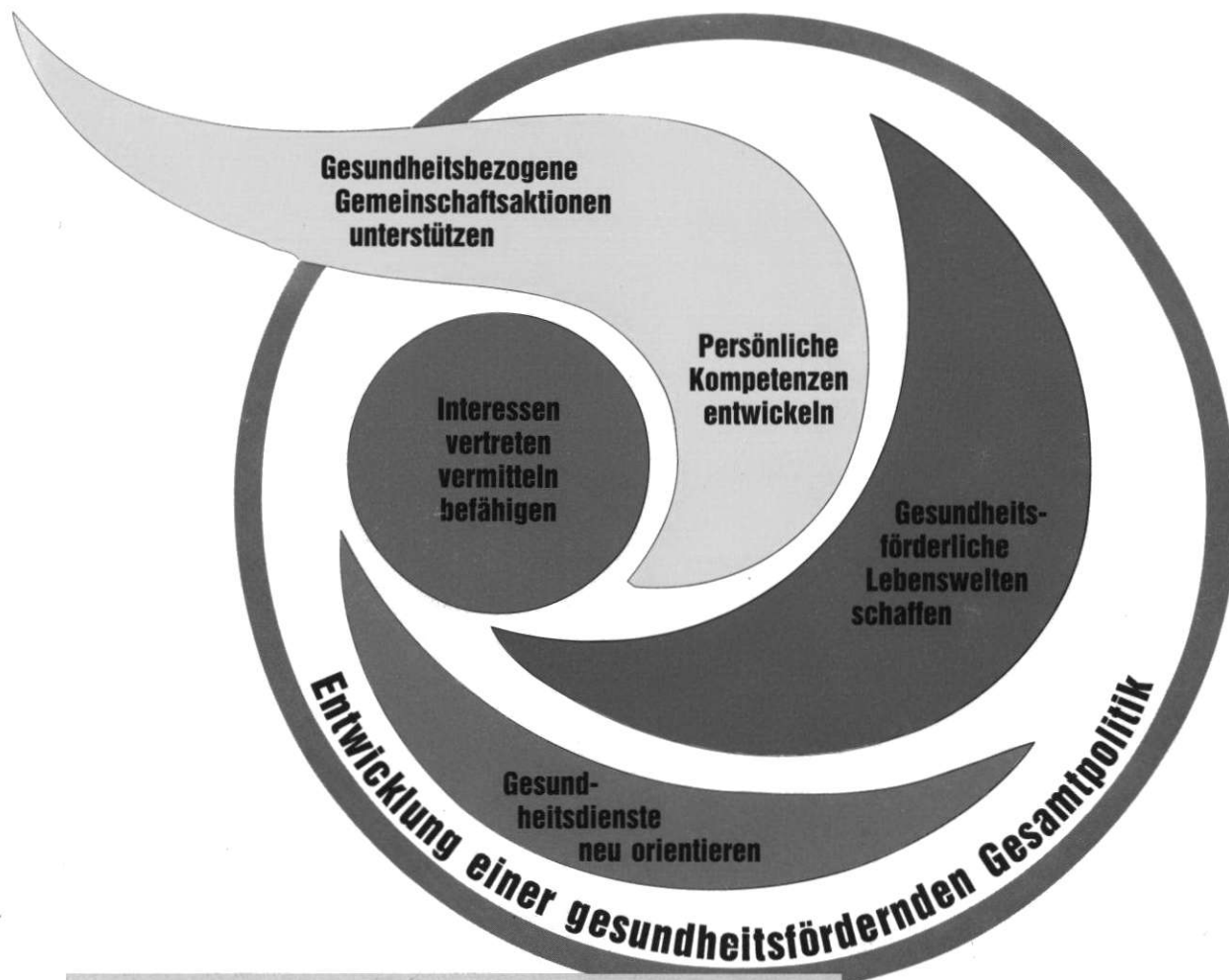


Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt

Internationale Konferenz
Köln, 6.-8. Oktober 1991



070060

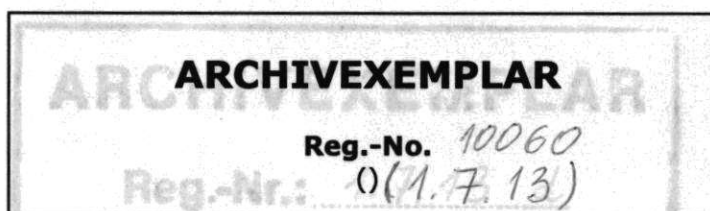


Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung

Konferenzbericht

Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt

Bericht über eine Internationale Konferenz
der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
in Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation,
Regionalbüro für Europa



Fränkische Nachrichten, Druck- und Verlags-GmbH,
Tauberbischofsheim 1993

Beiträge der Internationalen Konferenz „Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt“, die die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung als WHO-Kollaborationszentrum in Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation, Regionalbüro für Europa, im Oktober 1991 in Köln durchgeführt hat.

Die in dieser Publikation geäußerten Auffassungen stellen die Meinung der Autoren dar.

Herausgeber:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
Ostmerheimer Str. 200, W-5000 Köln 91
Tel.: (0) 2 21 / 89 92-0
Fax: (0) 2 21 / 89 92-3 00
Telex: 8 873 658 bzga d

Zusammenstellung und Redaktion:

Günter Conrad, Dipl.-Sozialwirt, MSc.
Berater Gesundheitsförderung
Uissigheimer Straße 12
W-6977 Gamburg

Gesamtherstellung:

FN DRUCK, Grafischer Betrieb der Fränkischen Nachrichten, Druck- und Verlags-GmbH,
6972 Tauberbischofsheim 1993

Gedruckt in der Bundesrepublik Deutschland
ISBN 3-924780-22-6

Inhaltsverzeichnis

VORWORT	7
EINFÜHRUNG IN DIE KONFERENZ	
Harald Lehmann	9
BEGRÜSSUNG UND ERÖFFNUNG	
Elisabeth Pott Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)	11
Rudolf Neidert Bundesministerium für Gesundheit (BMG)	13
Willis B. Goldbeck, Weltgesundheitsorganisation (WHO) Regionalbüro für Europa	17
GRUNDSATZREFERATE	
Gesundheit als Unternehmensaufgabe aus der Sicht der Arbeitgeber Eugen Müller Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände	19
Gesundheit als Unternehmensaufgabe aus der Sicht der Gewerkschaften Erich Standfest Deutscher Gewerkschaftsbund, Bundesvorstand	23
ARBEITSGRUPPE I	
ENTWICKLUNG EINER GESUNDHEITSFÖRDERNDEN UNTERNEHMENSPOLITIK	
EINFÜHRUNG UND ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE	27
Horst Noack und Günter Conrad	
ANSÄTZE UND INITIATIVEN	
Innovative Aktivitäten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes als Teil moderner Produktionskonzepte	30
<i>Friedrich Hauß</i>	
Personalpflege – ein Konzept zur Gesundheitsförderung	35
<i>M. Kastner, R. Brinkmann, M. Kil, E. Mitterweger</i>	
Arbeits- und Gesundheitsschutz im Rahmen betriebswirtschaftlicher Entscheidungen	39
<i>Rainer Thiehoff</i>	
„Wellness-Unternehmensstrategie Gesundheit“ – Gesundheitsförderung bei der BKK des Carlswerks –	41
<i>Detlef Hellmers</i>	
Das Gesundheitsberatungszentrum der BKK Bayer Leverkusen	44
<i>Dankward Klamp</i>	

Das „Bewußt-gesund-Programm“: Gesundheitsförderung und Prävention bei Boehringer Mannheim	46
<i>Georg Büchler</i>	
Verhältnisorientierte Gesundheitsförderung im Betrieb unter Beteiligung einer AOK	49
<i>Christian Vetter</i>	
Betriebliche Gesundheitsförderungsprogramme: Entwicklungstendenzen in der Schweiz	51
<i>Heinz Buchmann</i>	

KOOPERATIONSPARTNER

Prinzipien und Infrastrukturen der BKK-Gesundheitsförderung	53
<i>Wolfgang Kammerer</i>	
Ansätze und Erfahrungen betrieblicher Gesundheitsförderung durch die AOK	55
<i>Sybille Brückel</i>	
Wege zur betrieblichen Gesundheitsförderung mittels gemeinsamer Vereinbarungen zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern	58
<i>Ingra Freigang-Bauer</i>	
Sozialarbeit in Gewerkschaften und Ihre Zusammenarbeit mit kommunalen Diensten	60
<i>Gun Stigelius</i>	
„Investitionen in die Gesundheit – Gesundheit als Unternehmensziel“	61
<i>Hans-Martin Schian</i>	

ARBEITSGRUPPE II

GESUNDHEITZIRKEL UND ANDERE BETEILIGUNGSVERFAHREN BETRIEBLICHER GESUNDHEITSFÖRDERUNG

EINFÜHRUNG UND ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE	63
Reinhold Sochert und Wolfgang Slesina	
BEISPIELE BETRIEBLICHER GESUNDHEITZIRKEL	
Gesundheitsförderung im Betrieb durch Gesundheitszirkel – Konzept und Erfahrungen der Volkswagen AG –	66
<i>Uwe Brandenburg</i>	
Modellversuch „Gesundheitszirkel“ bei der Hoesch Rothe Erde AG	69
<i>Wilhelm Fischer</i>	
Erprobung von Gesundheitszirkeln bei der Flughafen Frankfurt/Main AG	71
<i>Gerhard Pressel, Wolfgang Slesina</i>	
Zirkelarbeit zur Gesundheitsförderung: Betriebliche Erfahrungen bei der Mannesmann AG	74
<i>Rüdiger Röbbke</i>	

BEISPIELE ÄHNLICHER BETEILIGUNGSVERFAHREN

Arbeitsschutzzirkel bei der Deutschen Lufthansa <i>Martina Morschhäuser</i>	76
Mitarbeitergespräche und deren Auswirkungen auf die Arbeitssicherheit <i>Ralf Quasten</i>	77
Optimierung von Arbeitssicherheit und Arbeitsgestaltung unter Beteiligung der Betroffenen <i>Bernhard Lohrum</i>	79
Sicherheitsaktionen des Bergwerks Warndt im Tagesbetrieb (1988) und seit 1990 im Untertagebetrieb <i>Erwin Sauerwein</i>	82
Die Förderung psychischer Gesundheit und psychischen Wohlbefindens <i>Sofia Vaas</i>	85
Streßreduktion und Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz: ein partizipativer Aktionsforschungsansatz <i>M. Hugentobler, B. Israel, S. Schurmann u. a.</i>	87
„Projekt Klima“: Verbesserungen des Betriebsklimas und der Arbeitszufriedenheit bei der J. M. Voith GmbH <i>Klaus Wolf</i>	90
Konzept „Betriebshygiene“ des Arbeitsmedizinischen Zentrums Pforzheim <i>Georg Mall</i>	92
Gruppenbezogene Gestaltungssätze zur Reorganisation von Fertigungsstrukturen <i>Rainer Skrotzki</i>	94

ARBEITSGRUPPE III

PROGRAMMPALETTE BETRIEBLICHER GESUNDHEITSFÖRDERUNG

EINFÜHRUNG UND ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE Rupert Ahrens und Harald Lehmann	97
BEISPIELE AUS GROSSBETRIEBEN	
Betriebsverpflegung bei Mercedes-Benz in Bremen <i>Peter Haller</i>	99
Aktion „Kantinenberatung bei der Lufthansa“ durch die AOK Köln <i>Michael Kolwes</i>	100
Einführung einer Fitneß-Pause am Arbeitsplatz im Werk Hildesheim der Blaupunkt-Werke GmbH <i>Michael Kentner, Angelika Wiege</i>	101
Streßprophylaxe im Betrieb: Streß-Management-Seminare bei der Bayer AG <i>Irene Röbbeling</i>	104

Bewegung und Entspannung am Arbeitsplatz: Das Wagus-Arbeitsplatzprogramm	107
<i>Matthias Meinert</i>	
Suchtgefahren: Grundsätze und Beispiele von betrieblichen Aktionen	109
<i>Detlev Schwarze</i>	
BEISPIELE FÜR MITTLERE UNTERNEHMEN	
Programme zur Haltungs- und Bewegungsschulung in einem Mittelbetrieb	111
<i>Hans Günter Abt</i>	
Ein externes Modell des Zentrums für Abhängigkeitsprobleme (bbz) für mittlere und kleine Betriebe	112
<i>Dieter Bercker</i>	
INITIATIVEN AUS DEM BEREICH DES HANDWERKS	
Kooperationspartner für Maßnahmen der Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelbetrieben	113
<i>Olaf Trapphagen</i>	
Gesundheitsförderung im Kfz-Handwerk: Entwicklung eines Praxismodells handwerksbezogener Gesundheitsförderung der Innungskrankenkassen (IKK)	115
<i>Rainer Seegert</i>	
„Gesundheit im Stukkateur-Handwerk“	118
<i>B. Kilgus, H. Nitsche, R. Pitsch</i>	
ZUSAMMENARBEIT MIT ANDEREN ÖFFENTLICHEN UND PRIVATEN EINRICHTUNGEN	
Qualifizierung von Arbeitnehmervertretern für das Politikfeld „Arbeit und Gesundheit im Betrieb“ – Das Seminarkonzept AGiB	122
<i>Peter Ochs</i>	
Suchtprävention am Arbeitsplatz am Beispiel eines eintägigen Kurses für Lehrlinge und Lehrmeister durch ein Dienstleistungsunternehmen in Zürich	125
<i>Martin Küng</i>	
Vermeidung vorzeitiger Fahrdienstuntauglichkeit in einem öffentlichen Verkehrsbetrieb	128
<i>Werner Ell</i>	
Gesundheitsfördernde Unternehmenspolitik der Zukunft: Gesundheitsförderung nach innen und außen	130
<i>Helmut Hildebrandt</i>	
ZUSAMMENFASSUNG UND SCHLUSSFOLGERUNGEN	135
<i>Günter Conrad</i>	
KONFERENZORGANISATION, MODERATOREN UND BERICHTERSTATTER	136
AUTOREN- UND TEILNEHMERVERZEICHNIS	137
ANHANG	
Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) – Ziele, Arbeitsschwerpunkte, Organisations- und Kooperationsstrukturen –	142

Vorwort

Die Arbeitswelt ist ein zentraler Lebensbereich der Menschen und damit ein vorrangiges Aktionsfeld der Gesundheitsförderung. Bereits 1985 veranstaltete die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation (WHO) eine internationale Konferenz zu diesem Thema und präsentierte erste Beispiele betrieblicher Aktionen für Gesundheit. Ein Umdenken betrieblicher Gesundheitsförderung im Sinne von „Investitionen für Gesundheit“ und nicht nur Ausgaben für Krankheitsheilung und Krankenpflege war eines der zentralen Anliegen der Konferenz „Investment in Health“ 1990 in Bonn. Im Mittelpunkt der Konferenz „Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz“, im April 1991 in Barcelona, standen Probleme der Anpassung gesundheitsförderlicher Programme im Zuge der Verwirklichung des europäischen Binnenmarkts. Die von der BZgA und WHO im Oktober 1991 durchgeführte Konferenz „Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt“ baute auf diesen Erfahrungen auf.

Die in diesem Band vorgestellten „Praxisbeispiele“ betrieblicher Gesundheitsförderung zeigen, daß sich Elemente wie Selbstbestimmung, Partizipation, interdisziplinäres Denken und multisektorales Handeln in der betrieblichen Praxis langsam durchzusetzen beginnen. Dazu gehört vor allem die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik entlang den 1986 in der „Ottawa Charta“ formulierten allgemeinen Grundsätzen und Strategien der Gesundheitsförderung. Eine solche Gesundheitsförderungspolitik gilt es nicht nur in den Großunternehmen, sondern auch in den mittleren und kleinen Unternehmen und Betrieben um- und durchzusetzen. Die hier im einzelnen vorgestellten Beispiele von betrieblichen „Gesundheitszirkeln“ und „Arbeitskreisen für Gesundheit“, von Pilotprojekten im Handwerk sowie unterstützenden Initiativen der Krankenkassen und anderer öffentlicher Partner sind beeindruckend und ermutigend.

Der vorliegende Konferenzbericht soll den Dialog zwischen den verschiedenen Trägern und Akteuren betrieblicher Gesundheitsförderung weiter anregen und weitere Partner für eine gesundheitsfördernde betriebliche Gesamtpolitik gewinnen. Nur so wird es gelingen, dem Ziel „Gesundheit für alle“ – auch in den Betrieben – ein Stück näherzukommen.

Elisabeth Pott
Direktorin der Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung

Ilona Kickbusch
Leiterin der Abteilung Lebensweisen und Gesundheit,
WHO-Regionalbüro für Europa

Einführung

Harald Lehmann

Ziele und Gegenstand der Konferenz

Die II. Internationale Konferenz „Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt“ wurde von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung in Zusammenarbeit mit dem Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation veranstaltet. Ziel der Konferenz war es, den Entwicklungsprozeß der betrieblichen Gesundheitsförderung seit der 1985 von den gleichen Veranstaltern durchgeführten „I. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt“ aufzuzeigen und eine Bilanz zu ziehen aus den seither entwickelten Ansätzen und Erfahrungen betrieblicher Gesundheitsförderung. Diese Bilanz sollte sich in erster Linie auf die Erkenntnisse und Erfahrungen im deutschsprachigen Raum beziehen unter besonderer Berücksichtigung der Chancen und Perspektiven betrieblicher Gesundheitsförderung im Zuge der Öffnung des europäischen Binnenmarktes.

Eine Fokussierung der Konferenz zielte auf die spezifische Erfassung von Bedarf und Umsetzungsmöglichkeiten betrieblicher Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelbetrieben. Ein weiteres Ziel war, Einblick in die Aktivitäten und Kooperationsstrukturen der Vielzahl von privaten und öffentlichen Anbietern betrieblicher Gesundheitsförderung zu gewinnen. Von besonderer Bedeutung war dabei die Frage nach den Kooperationsmöglichkeiten zweier sich unterschiedlich entwickelnder Ansätze und Systeme betrieblicher Gesundheitsförderung.

Das eine System entwickelte sich aus den klassischen Bereichen der Arbeitssicherheit und des betrieblichen Gesundheitsschutzes, gekennzeichnet durch den Gedanken des vorbeugenden Gefahrenschutzes und der innerbetrieblichen Arbeitssicherheitsorganisation, verbunden mit einem System arbeitsmedizinischer Versorgung. Die zunehmende präventive Ausrichtung dieses traditionellen Systems betrieblicher Gesundheitsförderung steht in engem Zusammenhang mit einem anderen Ansatz betrieblicher Gesundheitsförderung, der sich im Zuge der Neuorientierung der Gesundheitspolitik in den 80er Jahren entlang der europäischen WHO-Regionalstrategie „Gesundheit für alle 2000“ entwickelt hat. Grundlage dieses Ansatzes betrieblicher Gesundheitsförderung ist die 1986 verabschiedete „Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung“. Bezogen auf den Handlungsbereich Betrieb zielt sie darauf ab, allen Betriebsangehörigen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Die Verantwortung für die Förderung der Gesundheit wird dabei nicht nur bei den traditionellen Systemen des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes gesehen, sondern bei allen Betriebs- bzw. Unterneh-

mensbereichen. Eine solche betriebliche Gesundheitsförderung zielt über die Verhütung einzelner Krankheiten hinaus auf die Gestaltung von gesünderen Lebens- und Arbeitsbedingungen zur Stärkung und Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden aller Betriebsangehörigen.

Zu den wesentlichen Komponenten einer solchen Strategie betrieblicher Gesundheitsförderung gehören das aktive Eintreten für Gesundheit und deren Interessenvertretung in allen Unternehmens- bzw. Betriebsbereichen; die Stärkung und Befähigung von Betriebsangehörigen und Betriebsgemeinschaften, ihre vorhandenen Gesundheitspotentiale voll zu verwirklichen sowie die Vermittlung und Vernetzung zwischen den unterschiedlichen Unternehmensbereichen und Interessen zur Förderung der Gesundheit.

Beide Ansätze und Systeme betrieblicher Gesundheitsförderung fanden ihren Niederschlag im 1989 verabschiedeten Gesundheitsreformgesetz, in dem speziell im § 20 SGB V „Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung“ auch die Krankenkassen zur Durchführung entsprechender Maßnahmen verpflichtet sind. Vor diesem Hintergrund sind die Auswahl der Zielgruppe und Schwerpunktthemen der Konferenz zu sehen.

Teilnehmer

Zu den 127 Konferenzteilnehmern aus überwiegend mittel- und osteuropäischen Ländern gehörten verbandspolitische Vertreter der Arbeitgeber- und Arbeitnehmerseite, Arbeitsmediziner, Sicherheitsingenieure, Personalmanager, Betriebsräte und Vertreter aus betrieblichen Gesundheits- und Sozialdiensten. Hinzu kamen Vertreter von Krankenkassen, Institutionen und Forschungseinrichtungen, die sich in Modellprojekten zur betrieblichen Gesundheitsförderung engagiert haben, sowie Vertreter von Unternehmensberatungen und andere freiberuflich tätige Berater betrieblicher Gesundheitsförderung.

Schwerpunktthemen

Die vorgestellten 45 Arbeitspapiere konzentrierten sich auf folgende drei Themenkomplexe, die in entsprechenden Arbeitsgruppen diskutiert wurden:

- Gesundheitsförderungspolitik im Betrieb und in der Innung (Ziele, Konzepte, Strukturen, Umsetzungsmöglichkeiten);
- Gesundheitszirkel und andere Gruppenverfahren betrieblicher Gesundheitsförderung (Entwicklung, Einsatz und Bewertung);
- Programmpalette betrieblicher Gesundheitsförderung (Schwerpunkte, Kooperationspartner, Umsetzung in Klein- und Mittelbetrieben).



Elisabeth Pott

Direktorin der Bundeszentrale
für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich freue mich, über 100 Teilnehmer aus zehn europäischen Ländern und den USA begrüßen zu können. Insbesondere freue ich mich, daß auch Vertreter aus den osteuropäischen Ländern, aus Bulgarien, Rumänien und Ungarn zu dieser Konferenz über Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und der WHO gekommen sind.

Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt ist kein neues Thema aber ein immer wieder aktuelles Thema, weil es sich dem Wandel im Krankheitspanorama und dem Wandel im Belastungs-panorama anpassen muß. Im Rahmen der Schwerpunkt-kampagnen der Bundeszentrale zur Suchtprävention und zur AIDS-Prävention konnten in den vergangenen Jahren vielfältige Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Betrieben gesammelt werden. Das Feld der Ernährungsaufklärung ist ein weiteres Beispiel für die Kooperation mit Betrieben und Krankenkassen, in dem die BZgA Erfahrungen gesammelt hat. Solche Maßnahmen haben mit dem § 20 SGB V eine gesetzliche Grundlage bekommen und eine deutliche Verstärkung erfahren. Diese Konferenz soll vor allem neue Entwicklungsmöglichkeiten in der Gesundheitsförderung auf der Basis des § 20 SGB V diskutieren und den Erfahrungsaustausch zwischen den Teilnehmern fördern.

Nicht nur im bundesrepublikanischen Rahmen nimmt die Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt eine bedeutende Stellung ein. Als Kollaborationszentrum der WHO für Gesundheitserziehung will die Bundeszentrale auch die Schwerpunktprogramme der WHO mit dieser Konferenz unterstützen. Das Projekt „Gesundheitsfördernder Betrieb“ bildet neben dem „Gesunde-Städte-Projekt“ und den Projekten

„Gesundheitsfördernde Schule“ und „Gesundheitsförderndes Krankenhaus“ den Kernbereich der Gesundheitsförderungsprogramme der WHO.

Die Gesundheit am Arbeitsplatz ist auch das zentrale Thema der EG für das Jahr 1992, das Jahr der Öffnung des Binnenmarktes. Hier ist insbesondere auf die Arbeiten der Europäischen Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen hinzuweisen. Die Konferenz stellt zwar die Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt in den Mittelpunkt, trotzdem müssen wir uns immer bewußt sein, daß Gesundheitsförderung alle Lebensbereiche umfaßt. Wegen der Fokussierung auf die Arbeitswelt möchte ich daher statt von Lebensweisen und Lebensbedingungen von Arbeitsweisen und Arbeitsbedingungen sprechen.

Der Ansatzpunkt Betrieb für Maßnahmen der Gesundheitsförderung findet seine Begründung in der individuellen und gesellschaftlichen Bedeutung von Arbeit. Arbeit ist sinnstiftend und strukturierend für die alltägliche Organisation des Lebens, deshalb haben soziale Lernprozesse – als solche sind gesundheitsfördernde Maßnahmen zu verstehen – auch unmittelbare Auswirkungen auf Verhalten und Handlungen außerhalb des betrieblichen Bereiches. Die Erledigung von Arbeit erfordert nicht nur bestimmte fachliche Qualifikationen, sondern auch soziale Kompetenzen des Individuums, insbesondere Kommunikations- und Aktionsfähigkeiten. Diese Kompetenzen sind auch für die Gesundheitsförderung von Bedeutung. Ihre Stärkung hat somit einen positiven Einfluß auf die Gesundheit aber auch auf die Arbeit. Betriebe sind deshalb geeignete Orte, solche Kompetenzen zu entwickeln und praktisch zu erproben.

Arbeits- und Gesundheitsschutz müssen sich heute neuen Herausforderungen stellen. Die Aufgaben, die

aus dem gewandelten Krankheitspanorama resultieren, sind der Umgang mit multifaktoriellen, degenerativen Krankheitsbildern und gesundheitlichen Beschwerden, die als Vorstadien von Krankheiten gewertet werden müssen. Ich nenne hier das Stichwort „arbeitsbedingte Erkrankungen“. Die zweite große Aufgabe resultiert aus dem gewandelten Belastungs-panorama. Der nachlassenden Bedeutung schwerer körperlicher Belastungen stehen trotz weitgehender Entlastungen durch technische und organisatorische Entwicklungen Zunahmen bei den nervlichen und psychosozialen Belastungen und je nach Branche unterschiedlich bei den Umweltbelastungen gegenüber. Ich nenne hier das Beispiel der „Computerarbeitsplätze“.

In dieser grob skizzierten Situation braucht der Arbeits- und Gesundheitsschutz neue Impulse, die von einem Gesundheitsförderungskonzept ausgehen können. Unfallverhütung, Arbeitsschutz, Gesundheitsschutz und die Gesundheitsförderung als neues Element, sind in einer Linie zu sehen. Sie bauen aufeinander auf und ergänzen sich. Dies bedeutet in der praktischen Umsetzung, Anknüpfung an die bestehenden Strukturen und Verfahren nach den einschlägigen gesetzlichen Regelungen, kontinuierliche Weiterentwicklung und Ergänzung mit dem Ziel einer umfassenden Stärkung der Gesundheit der Mitarbeiter im Betrieb.

Entsprechend der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung sieht die Bundeszentrale im wesentlichen drei Ergänzungen oder Akzentuierungen zu den bisherigen Verfahren und Strukturen des Gesundheits- und Arbeitsschutzes im Betrieb:

1. Die Gesundheitsorientierung

Die Gesundheitsförderung legt entschieden einen erweiterten Gesundheitsbegriff zugrunde, der nicht nur die Krankheitsverhütung, d. h. den Abbau von Unfall- und Erkrankungsrisiken, sondern auch die Vermeidung arbeitsbedingter gesundheitlicher Beschwerden sowie die Ermöglichung von Wohlbefinden bei der Arbeit in den Vordergrund stellt. Diese Dimension ist in den allgemeinen Arbeitsschutzzielen (z. B. „menschengerechte Gestaltung der Arbeit“ § 6 ASiG) auch schon enthalten. Die Gesundheitsförderung legt das Schwergewicht auf dieses Thema.

2. Die Partizipation

Der Verfahrensbeitrag der Gesundheitsförderung liegt u. a. in der Aktivierung der Beschäftigten für den betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz. Diese Aktivierung der Arbeitnehmer soll solche gesundheitlichen Belastungen, insbesondere aus der sozialen Arbeitsumwelt, bearbeitbar machen, für die bisher keine normativ verankerten Verfahren vorliegen. Zugleich soll die Erreichung bestehender Arbeitsschutzziele effektiviert werden durch die stärkere Einbeziehung der Beschäftigten und ihres Erfahrungswissens in den Arbeitsschutz.

3. Die Kooperation und Vernetzung

Allgemeines Anliegen der Gesundheitsförderung ist es, alle für Gesundheitsfragen relevanten Gruppen und Dienste einzubeziehen (§ 20 SGB V). Sie ergänzt den betrieblichen Arbeitsschutz um weitere Fachgruppen und Gesellschaftsbereiche (interdisziplinärer und multisektoraler Ansatz), die zur Umsetzung der allgemeinen Arbeitsschutzziele erforderlich sind. Sie verweist verstärkt auf die Bedeutung der sozialen Arbeitsumwelt und der Organisationskultur für das Ziel Sicherung und Förderung von Gesundheit.

Unter diesen drei Aspekten verstärkt die betriebliche Gesundheitsförderung die Aufmerksamkeit für die psychischen, sozialen und kommunikativen Dimensionen von Belastung, Beanspruchung, Gesundheit und Krankheit und regt neue Vorgehensweisen an, welche die bestehende Praxis des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes weiterentwickeln sollen.

Ich möchte Sie alle zu einem intensiven Meinungsaustausch ermuntern: die Vertreter der Arbeitgeber und der Gewerkschaften, die Vertreter der Krankenkassen, die Fachleute aus den zuständigen internationalen und nationalen Administrationen und nicht zuletzt die Präsentatoren von guten Beispielen aus der Praxis und die Teilnehmer, die aus den ost- und mitteleuropäischen Ländern angereist sind.

Ich danke noch einmal allen sehr herzlich, die an der Vorbereitung der Konferenz beteiligt waren und wünsche Ihnen und uns einen fruchtbaren Erfahrungsaustausch und einen guten Verlauf der Konferenz.



Rudolf Neidert

Bundesministerium für Gesundheit

Ich freue mich, meine sehr geehrten Damen und Herren, Sie im Namen des Bundesministeriums für Gesundheit in diesem kleinen, aber erlauchten Kreis von Fachleuten begrüßen zu dürfen.

Seit Jahren stehen wir auch im deutschsprachigen Raum in einem Prozeß der wissenschaftlichen Forschung, der politischen Konzeption, der öffentlichen Diskussionen und der praktischen Erprobung dessen, was Gegenstand der heute beginnenden Konferenz ist: der „Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz“. Wo haben wir diese Veranstaltung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, die in Zusammenarbeit mit der Weltgesundheitsorganisation vorbereitet worden ist, einzuordnen?

1985 hat es eine erste Tagung der BZgA mit der WHO hier in Köln gegeben; Schwerpunkte lagen damals auf der Problematik des Stresses am Arbeitsplatz und einer Präsentation erster Beispiele von Gesundheitsförderung aus den Betrieben. Auf der jetzigen Fachkonferenz wird es darauf ankommen, uns über die weitere Umsetzung des WHO-Programms „Gesundheit 2000“ in der betrieblichen Praxis auszutauschen, und vor allem, Möglichkeiten einer Beteiligung der Arbeitnehmer an einer Gesundheitsförderung im Betrieb zu prüfen. Es gilt auch, die Arbeit der großen Internationalen Konferenz „Gesundheitsförderung – eine Investition in die Zukunft“ vom Dezember letzten Jahres in Bonn fortzuführen, die ja auch in verschiedenen Arbeitsgruppen die betriebliche Gesundheitsförderung thematisiert hat. Im April 1991 folgte die „Europäische Konferenz zur Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz“ in Barcelona, die schwerpunktmäßig einen europäischen Vergleich angestellt hat. Die jetzige Konferenz wird den Erfahrungsaustausch im mitteleuropäischen, deutschsprachigen Raum ins Zentrum stellen. Unmittelbar im Anschluß an unsere

Tagung wird das Wissenschaftliche Institut der Ärzte Deutschlands einen Workshop mit dem Thema „Arbeitsplatznahe Krebsprävention“ veranstalten. Am 30. Oktober schließlich wird beim Bundesverband der Betriebskrankenkassen das zusammen mit der WHO geplante Europäische Informationszentrum „Gesundheitsförderung im Betrieb“ eröffnet.

Die vor uns liegende Konferenz ist jedoch nicht nur innerhalb einer Folge von Veranstaltungen zu sehen, sondern vor allem auch zwischen verschiedenen Konzeptionen einzuordnen. Diese liegen in dem weiten Spannungsfeld zwischen der in die Zukunft voreilenden WHO-Programmatik und einer der betrieblichen Realität verhafteten, Schritt für Schritt vorankommenden Praxis. Die sich in den letzten Jahren auch in Deutschland etablierenden Gesundheitswissenschaften sind hier zwischen Theorie und Praxis vermittelnd am Werk. Der konzeptionelle Abstand zwischen den europäischen Einzelzielen von „Gesundheit 2000“ und den Gegebenheiten der bundesdeutschen Wirtschafts- und Betriebsverfassung ist beträchtlich: dort der an staatlicher Planung orientierte „große Wurf“, hier das Geflecht eines auf Subsidiarität aufgebauten gegliederten Systems der gesundheitlichen Versorgung im Betrieb. Es gehört zu den Verdiensten der WHO, mit der „Gesundheitsförderung“ den Schlüsselbegriff einer modernen, primärpräventiv ausgerichteten Gesundheitspolitik für die europäische Region formuliert und propagiert zu haben. Der „Schuß Utopie“, der in solchen Programmen liegt, und der Anspruch an die Regelungsmöglichkeiten der Mitgliedsstaaten zeigen aber auch deren Grenzen bei der Umsetzung in praktische Politik und bei konkreten Leistungen der Unternehmen.

Am besten läßt sich – wenn ich so sagen darf – der „deutsche Weg“ zur Gesundheitsförderung an dem

1989 in Kraft getretenen § 20 des Gesundheitsreformgesetzes deutlich machen: Die gesetzlichen Krankenkassen mit ihrer traditionellen Gliederung in die Allgemeinen Ortskrankenkassen und die Ersatzkassen, aber auch in die für die betriebliche Gesundheitsförderung so wichtigen Betriebs- und Innungskrankenkassen – diese soziale Krankenversicherung hat mit der neuen Bestimmung den Auftrag „zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit“ erhalten. Diesen Auftrag können und sollen die einzelnen, miteinander in einem positiven Wettbewerb stehenden Kassen im Satzungswege konkretisieren. Ausdrücklich ist vorgeschrieben, daß sie dabei mit der Ärzteschaft, den Gesundheitsämtern und anderen zuständigen Stellen, namentlich auch mit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, zusammenarbeiten sollen. Bezüglich der arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren ist im Gesetz ausdrücklich die Zusammenarbeit mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung vorgeschrieben; so sind die Berufsgenossenschaften auch eine tragende Säule betrieblicher Gesundheitsförderung. Ohne ihre Beteiligung wird es nicht gelingen, diesen neuen Gedanken in den Betrieben durchzusetzen.

Die heute beginnende Fachkonferenz versammelt eine Vielzahl von Fachleuten dieses gegliederten Systems und aus den Betrieben. Sie ist ein Schritt zur Umsetzung der neuen Vorschrift in Zusammenarbeit mit der dem Ministerium nachgeordneten Bundeszentrale – unserer großen Stütze auf diesem Gebiet.

Mit dem § 20, der in das Sozialgesetzbuch Eingang gefunden hat, erhielt eine lange rechtliche Entwicklung von der entscheidend wichtigen, aber doch begrenzten Aufgabe des Arbeitsschutzes und der Unfallverhütung im Arbeitssicherheitsgesetz von 1973 bis zur umfassenden gesetzlichen Konzeption einer Gesundheitsförderung auch am Arbeitsplatz ihren vorläufigen Abschluß. Die Aufgabe selbst – die Gesundheit im Betrieb zu fördern – ist alles andere als abgeschlossen. Das Gesetz hat vielmehr nur den Weg für die Träger und deren Initiativen rechtlich freigegeben. Ein so umfassendes Ziel wie die Gesundheitsförderung i. S. der WHO läßt sich ohnehin nur im Wege eines längeren Prozesses erreichen.

Im Mittelpunkt des Arbeitssicherheitsgesetzes standen und stehen die klassischen Bemühungen um die Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten wie die Gewährleistung von Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit. Auch soweit Früherkennung und Prävention einbezogen waren, blieb der Blickwinkel im wesentlichen medizinisch orientiert und krankheitsbezogen. Gesundheitsförderung ist als gesundheitsbezogenes Denkmodell dagegen von vornherein ausgerichtet auf körperliche, geistige und seelische Gesundheit und deren Erhaltung. Sie stellt sich deshalb als komplexe Querschnittsaufgabe dar und

erfordert integrative Handlungskonzepte. Gesundheitsförderung im Betrieb hat bei den gewachsenen Strukturen des betriebsärztlichen Dienstes und der Berufsgenossenschaften, aber auch etwa der Betriebskrankenkassen, anzusetzen. Gesundheitsförderung als weiter gestecktes Ziel kann nur mit den bisher für die Gesundheit im Betrieb Verantwortlichen entwickelt werden. Inhaltlich geht es darum, Arbeitsschutz, Unfallverhütung und betriebliche Vorsorgeuntersuchungen um gesundheitsfördernde Einzelmaßnahmen – wie etwa Ernährungs- oder Raucherentwöhnungskurse – zu ergänzen und letztlich zu einem geschlossenen System einer Gesundheitsförderung im Betrieb auszubauen. Tarifverträge und Betriebsvereinbarungen können hier wesentlich helfen.

Dies kann allerdings nur gelingen, wenn die krankheits- bzw. gesundheitsbezogenen Daten in den Untersuchungen – insbesondere Daten des werksärztlichen Dienstes, Informationen zur Arbeitsunfähigkeit, aber auch Daten der Berufsgenossenschaften und der Betriebskrankenkassen – systematisch erhoben und zu einer betrieblichen Gesundheitsberichterstattung ausgebaut werden. Auch mit Umfragen am Arbeitsplatz wird man arbeiten müssen.

Die Technisierung und Automatisierung von Produktionsweisen und Verwaltungsabläufen hat psychosoziale Belastungen und Streßerscheinungen in der Arbeitswelt mit sich gebracht, während der Anteil körperlicher Schwerarbeit zurückging. Die Zunahme des Mißbrauchs von Medikamenten sowie von Alkohol und Tabak findet ihre Ursachen auch in solchermaßen belastenden Arbeitsverhältnissen. Mehr und mehr umfaßt das Krankheitspanorama Zivilisationskrankheiten wie die des Herz-Kreislauf-Systems und des Stoffwechsels, des rheumatischen Formenkreises und des allzu häufig inaktiven Bewegungsapparates.

Gesundheitsförderung ist Verhaltens- und Verhältnisprävention, welche die Arbeitnehmer und den Arbeitgeber gleichermaßen in die Pflicht nehmen. Gesunde Arbeitsverhältnisse erfordern eine entsprechende Arbeitsorganisation und Arbeitsgestaltung, z. B. die Minimierung von Lärm, Staub und chemischen Schadstoffen und die Optimierung etwa von Kantinenkost, Schutzkleidung oder Büromöbeln. Auch der Verhaltensprävention bietet sich ein weites Feld: Verzicht auf Genußmittelmißbrauch, Bewegung und Sport, Wahrnehmung von Vorsorge und Früherkennungsangeboten oder Teilnahme an Gesundheitsprogrammen im Betrieb. Wo wären gesundheitliche Verhaltens- und Verhältnisprävention gezielter und überzeugender zu realisieren als in der überschaubaren Einheit „Betrieb“ mit ihren arbeits- und sozialrechtlichen Strukturen: Arbeitsmedizinischer Dienst, Berufsgenossenschaft, Personal- und Organisationsverwaltung, Betriebsrat und – soweit vorhanden – Betriebskrankenkasse. Vor allem in Groß- und Mittel-

betrieben kann das Unternehmen so zum nahezu idealen „Lernort“ für die betriebliche Gemeinschaftsaufgabe „Gesundheitsförderung“ werden.

Was hier für den Betrieb ausgeführt ist, gilt selbstverständlich ähnlich auch für Verwaltungsbehörden von Bund, Ländern, Kommunen, Körperschaften und Anstalten. Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz ist nicht nur eine Aufgabe der gewerblichen Wirtschaft, sondern gleichermaßen eine solche des öffentlichen Dienstes; wir selbst sind gefordert.

Eine Voraussetzung für das Gelingen von Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz muß allerdings erfüllt sein: die aktive Miteinbeziehung der Betriebsangehörigen in die betrieblichen Bemühungen um Gesundheitsförderung, und zwar nicht nur bei der Durchsetzung gesünderer Lebens- und Verhaltensweisen, sondern auch bei der Schaffung gesünderer Arbeitsverhältnisse durch den Betrieb. „Die wirksame Beteiligung des Menschen auf allen Ebenen“ bildet ein wichtiges Element des WHO-Konzepts der Gesundheitsförderung. Diese Beteiligung und Aktivierung der Beschäftigten ist ein eminent pragmatischer Ansatz, um die Gesundheitsbedürfnisse der Belegschaft zu ermitteln, ihre Kenntnisse der Betriebsabläufe zu nutzen und zugleich sozialen Konsens über Maßnahmen der Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz herzustellen. Eine der wichtigsten Aufgaben dieser Fachkonferenz wird es daher sein, institutionelle Formen einer solchen Partizipation zu diskutieren, vor allem die Tragfähigkeit des Modells von „Gesundheitszirkeln“, in denen die am Arbeitsplatz Betroffenen einbezogen werden können.

Gesundheitsförderung – auch im Betrieb – hat es mit der Erhaltung und Wiederherstellung von Gesundheit als Ganzes zu tun: von körperlicher, geistiger und seelischer Gesundheit. Gleichgültig, durch welche Verhältnisse oder Verhaltensweisen sie bedroht sind, und gleichgültig, mit welchen Maßnahmen oder mit welchen Trägern und Partnern sie gewährleistet werden kann. Kurz: Gesundheitsförderung verlangt arbeitsteilige Kooperation, gegenseitige Ergänzung und Verstärkung vielfältiger Bemühungen vieler in dem bereits angesprochenen System gesundheitlicher und sozialer Versorgung. Ansätze, in Betrieben „Arbeitskreise für Gesundheit“ einzurichten, sollten zu diesem Zweck weiterverfolgt werden. Überbetrieblich hat §20 Kooperation im Sinn, wenn er die enge Zusammenarbeit der Krankenkassen mit einer Reihe von Trägern vorsieht.

Seit Erlass der Vorschrift wurde diesbezüglich bereits viel unternommen. Ich kann nur einiges ansprechen: etwa den gemeinsamen Kongreß der Allgemeinen Ortskrankenkassen mit der WHO in Hamburg 1989, die Veranstaltung des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen mit der Bundesvereini-

gung für Gesundheitserziehung 1990 oder den Modellversuch „Handwerksbezogene Gesundheitsförderung“ seit dem Frühjahr desselben Jahres. Ein hoffnungsvolles Zeichen ist es auch, von einer beginnenden Gemeinschaftsinitiative der Deutschen Herzstiftung, der Deutschen Krebsgesellschaft und der Deutschen Gesellschaft für Ernährung zugunsten eines Konzepts der betrieblichen Gesundheitsförderung zu hören.

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat im Laufe der Jahre eine Reihe von Medien erarbeitet, die einzelne Felder einer Gesundheitsförderung auch im Betrieb abdecken. Nennen möchte ich hier die langjährig – vor allem durch Krankenkassen und Volkshochschulen – erprobten Kursprogramme „Abnehmen – aber mit Vernunft“ und „Nichtraucher in 10 Wochen“. Diese Materialien mit Heften für Kursleiter und Kursteilnehmer könnten samt der angebotenen Kursleiterschulung verstärkt in betriebliche Gesundheitsförderungs-Programme eingebaut werden. Das gleiche gilt für den neu entwickelten und soeben als Buch erschienenen BZgA-Kurs „Gelassen und sicher im Streß“. Bei der Diskussion um die Einführung von Programmen zur Gesundheitsförderung im Betrieb können auch die von der Bundeszentrale entwickelten Ausstellungen mit den Themen „Ernährung“, „Rauchen“ und „Sucht“ wertvolle Dienste leisten. Unter den weiteren Aktivitäten der BZgA auf diesem Gebiet sind noch eine Sammlung der Fortbildungsangebote für Gesundheitsförderung und die internationalen Fortbildungskurse auf diesem Gebiet zu nennen.

Eine Schwierigkeit betrieblicher Gesundheitsförderung will ich noch nennen: Klein- und Mittelbetriebe sind in der Regel personell wie finanziell damit überfordert, ein Gesundheitsförderungs-Programm mit der entsprechenden Palette an Maßnahmen und Angeboten zu entwickeln und durchzuführen. Hier müssen außer- und überbetriebliche Einrichtungen im Rahmen eines regionalen Kooperationsmodells gefunden werden. Vorbilder dieser Art gibt es. Dazu gehört z. B. das seit Jahren im Raum Koblenz arbeitende überbetriebliche Zentrum der Alkoholikerbetreuung. Wie wichtig die Einführung solcher Angebote ist, zeigt die Tatsache, daß die Mehrzahl der Arbeitnehmer in Klein- und Mittelbetrieben von Industrie, Handel und Handwerk arbeiten. Die BZgA plant eine diesbezügliche Tagung für das nächste Jahr in Zusammenarbeit mit der EG im Rahmen des Programms „Europa gegen den Krebs“.

Lassen Sie mich das Thema unserer Fachkonferenz zum Schluß, meine Damen und Herren, in den Kontext der eingangs kurz angesprochenen Gesundheitswissenschaften stellen. Ausgehend von angelsächsischen Vorbildern der „Public Health Schools“ etablieren sich seit einigen Jahren auch in der Bundesrepu-

blik Deutschland Studiengänge der öffentlichen Gesundheitsförderung etwa an den Universitäten Bielefeld und Hannover sowie der Technischen Universität Berlin. Neben dem Lebensraum „Gemeinde“ gehört der Arbeitsbereich „Betrieb“ zu denjenigen Feldern menschlichen Gesundheits- und Krankheitserlebens, deren sich Forschung und Lehre der Gesundheitsförderung in erster Linie anzunehmen haben. Nirgendwo sonst sind die Voraussetzungen und Chancen zu einer Intervention für die Gesundheit der Bürger so groß wie dort. Nirgendwo so sehr wie im Betrieb bietet sich den Krankenkassen die Gelegenheit, ihren gesetzlichen Auftrag zur Gesundheitsförderung zu erfüllen. Das im Januar 1991 neu gebildete Bundesministerium für Gesundheit, das nunmehr

auch die Zuständigkeit für die gesetzliche Krankenversicherung mitumfaßt, wird die Gesundheitsförderung – diese zentrale Aufgabe einer modernen Gesundheitspolitik – künftig noch stärker unterstützen.

An die hier versammelten Vertreter von Unternehmen und Krankenkassen, die für eine betriebliche Gesundheitsförderung unmittelbare Verantwortung tragen, appelliere ich: Lassen Sie sich von den auf dieser Tagung präsentierten Praxis-Beispielen und grundsätzlichen Ausführungen zu konkreten Initiativen in Ihrem Bereich anregen! Interventionen zugunsten der Gesundheit im Betrieb sind wohl angelegte Investitionen.



Willis B. Goldbeck

Weltgesundheitsorganisation,
Regionalbüro für Europa

Frau Dr. Pott, Herr Dr. Neidert, sehr geehrte Damen und Herren,

im Namen des Regionaldirektors des Europabüros der WHO, Herrn Dr. Asvall, möchte ich Sie sehr herzlich zu dieser Konferenz willkommen heißen. Die besten Grüße soll ich auch von der Leiterin der Abteilung Lebensweisen und Gesundheit, Frau Dr. Kickbusch, übermitteln. Herr Dr. Asvall und Frau Dr. Kickbusch bedauern sehr, daß sie nicht selbst zu dieser Konferenz kommen konnten, aber in der kommenden Woche stehen im Europabüro die internen Haushalts- und Planungsberatungen für 1992/93 an, die ihre Anwesenheit – wie Sie sicher verstehen werden – unbedingt erforderlich machen.

Im Namen der WHO möchte ich zunächst der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung – eines unserer WHO-Kollaborationszentren – danken für ihre Initiative und Engagement zur Durchführung dieser Konferenz zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Die erste internationale Konferenz dieser Art wurde ja ebenfalls bereits 1985 in Zusammenarbeit mit der WHO von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung durchgeführt. Frau Dr. Pott und Herr Dr. Neidert haben in ihren einleitenden Ausführungen bereits die Ziele und Bedeutung dieser Konferenz umrissen und ich erwarte mit großem Interesse die Referate und Arbeitsgruppen am Montag, an denen ich noch teilnehmen kann und meine Erfahrungen aus der Sicht der WHO und meiner Tätigkeit mit der Washington Business Group on Health einbringen kann.

Diese Konferenz findet zweifelsohne in bewegenden Zeiten in Europa statt. Die Neuordnungen der Gesundheitssysteme rücken immer mehr in den politischen und ökonomischen Vordergrund, z. B. in England, den Niederlanden und vor allem in den Ländern

Zentral- und Osteuropas. Aber auch in meinem eigenen Land, den USA, sind die Reformbestrebungen in vollem Gange. Diese Entwicklungen haben eine Vielzahl von Daten, Fakten und Analysen hervorgebracht bezüglich neuer Möglichkeiten aber auch Barrieren zur Verbesserung des Gesundheitszustandes in diesen Ländern.

Parallel hierzu hat das Europabüro der WHO eine erste umfassende Zwischenbilanz seines Programms „Gesundheit für alle“ vorgelegt und die 38 Einzelziele dieses Programms „Gesundheit 2000“ für die 90er Jahre entsprechend überarbeitet und ein besonderes Programm (Eurohealth) zur speziellen Unterstützung seiner Mitgliedsstaaten in Zentral- und Osteuropa entwickelt. Auch in den USA wurden vor kurzem die neuen Ziele für das nationale Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramm „Healthy People 2000“ festgelegt. Seitens der WHO sind für die Jahre 1990/91 noch eine Reihe anderer maßgeblicher Entwicklungen und Fortschritte zu erwähnen. Dazu gehören die Verabschiedung der Europäischen Charta „Umwelt und Gesundheit“, die Konferenz „Gesundheitsförderung – eine Investition für die Zukunft“, die Entwicklung des Gesunde-Städte-Projekts der WHO zu einer weltweiten Bewegung, die Initiierung der neuen Projekte „Gesundheitsförderndes Krankenhaus“ und „Gesundheitsfördernde Schule“, – letzteres in enger Zusammenarbeit mit der Kommission der Europäischen Gemeinschaft –, sowie neben dem bereits laufenden Aktionsprogramm „Rauchen oder Gesundheit“ die Entwicklung eines entsprechenden Programms in bezug auf den Alkoholkonsum.

In all diesen Programmen nimmt die betriebliche Gesundheitsförderung, die Schaffung eines gesundheitsfördernden betrieblichen Umfeldes, eine herausragende Stellung ein.

Für die WHO ist die Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt nicht ein Luxus zur Befriedigung der Bedürfnisse der Jogger oder Vegetarier. Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz ist vielmehr ein wesentliches Element eines komplexen, verknüpften Netzwerkes von verschiedenen Umwelten, das – wenn wir gemeinsam dazu bereit sind, darin zu investieren – entscheidend beitragen kann zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung, der Verbesserung gleicher Zugänge zur medizinischen Versorgung, der Erhöhung der Produktivität im öffentlichen und privaten Bereich und letztlich zur Erreichung des Ziels, nicht nur dem Leben Jahre hinzuzufügen, sondern dem Leben für unsere verbleibenden Jahre mehr Lebensqualität hinzuzufügen.

Die Arbeit des Europabüros der WHO zur Förderung der Gesundheit am Arbeitsplatz wird von folgenden vier Grundsätzen geleitet:

1. Ökonomie und internationale Wettbewerbsfähigkeit der europäischen Wirtschaft und Industrie werden durch Investitionen in die Förderung der Gesundheit entscheidend verbessert.
2. Betriebliche Gesundheitsförderung muß bei ihren Planungsentscheidungen und Maßnahmen die Betriebsangehörigen und ihre Familien von Anfang an miteinbeziehen;
3. Betriebliche Gesundheitsförderung ist ein untrennbarer Teil nationaler Gesundheits- und Umweltpolitik sowie Teil des Gesundheitsschutzes in den Städten und Gemeinden;
4. Betriebe können nicht für die Betriebsangehörigen selbst die Gesundheit fördern, sondern müssen vielmehr eine gesundheitsunterstützende betriebliche Umwelt für sie schaffen, entlang des Modells eines gesunden Betriebs, einer „Healthy Company“.

Gegenwärtig arbeitet das Europabüro der WHO in einer Vielzahl von Bereichen an der Umsetzung dieser Grundsätze. Beispiele hierfür sind:

- die Weiterführung der Ergebnisse der Bonn-Konferenz „Gesundheitsförderung – eine Investition in die Zukunft“ in enger Zusammenarbeit mit dem entstehenden WHO-Kollaborationszentrum zur betrieblichen Gesundheitsförderung beim Bundesverband der Betriebskrankenkassen;
- die Gesunde-Städte-Projekte z. B. in Barcelona und Camden, wo spezielle Projekte zur betrieblichen Gesundheitsförderung in den Städten entwickelt werden, die von den anderen WHO-Projektstädten dann übernommen werden können;

- die langjährigen Erfahrungen erfolgreicher Gesundheitsförderungsprogramme in den USA werden über die Washington Business Group of Health fortlaufend in die Abteilung Lebensweisen und Gesundheit der WHO eingebracht und weitervermittelt;
- das WHO-Aktionsprogramm Rauchen oder Gesundheit wird 1992 voll auf den Arbeitsplatz ausgerichtet sein. Aus den USA wissen wir, daß Nichtraucher-Politiken in den Betrieben zu den erfolgreichsten Methoden zur Bekämpfung des „Number one preventable Killers“ gehören;
- technische Unterstützung ist durch die verschiedenen Abteilungen der WHO verfügbar, die von der betrieblichen Gesundheitsförderung genutzt werden können, um eine Vielzahl von spezifischen Zielgruppen zu erreichen (z.B. Jugendliche, Alte, Frauen, Behinderte, AIDS-Infizierte und Alkoholgefährdete);
- der Focus des traditionellen Arbeitsschutzes verschiebt sich vom „Wiederherstellungs- zum Präventionsmodell“ und ein neues Netzwerk von Experten in der Industrie hat sich hier in Europa entwickelt;
- Richtlinien und Empfehlungen werden für alle Managementebenen in den Betrieben entwickelt, um eine Führungsrolle für eine Healthy Company zu übernehmen und meßbare Ergebnisse ihrer gesundheitsfördernden Investitionen zu erreichen.

Betriebliche Gesundheitsförderung ist sicher nicht die Antwort auf alle unsere Gesundheitsprobleme in Europa. Wenn jedoch die Führer der Gewerkschaften, Arbeitgeber und Unternehmen nicht als Partner für die Bewegung „Gesundheit für alle“ gewonnen werden können, dann werden wir dieses anspruchsvolle Ziel nicht erreichen. Eine große Chance wäre damit vertan. Letztlich wäre damit selbst der Zugang zu der notwendigen medizinischen Versorgung bedroht, da immer mehr Ressourcen für die Behandlung von Gesundheitsproblemen aufgebracht werden müßten, die letztlich nicht geheilt, sondern nur verhütet werden können.

Ich danke Ihnen für die Gelegenheit an dieser Konferenz teilnehmen zu können. Das Europabüro der WHO setzt sehr auf die Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz und in den Betrieben und sieht die Notwendigkeit für mehr Investitionen in diesen Bereich. Deshalb darf ich allen, die sich für diese Bewegung engagieren, die volle Unterstützung der WHO zusichern.



Eugen Müller
Bundesvereinigung der
Deutschen Arbeitgeberverbände

Gesundheit als Unternehmensaufgabe aus der Sicht der Arbeitgeber

Ernst Wichert hat geschrieben: „Die Arbeit ist die zuverlässigste Seligkeit dieser Erde“, was sicherlich viele für überhöht halten werden. Auf der anderen Seite steht das Schlagwort „Arbeit macht krank“. Dazwischen liegt eine erhebliche Distanz, die nicht allein von unterschiedlichen, objektiv meßbaren Faktoren, sondern ebenso von subjektiver Einstellung und Empfindung sowie von individuellen Faktoren bestimmt wird. Ja, auch der Weg vom Zustand der Gesundheit zu einem Zustand der gesundheitlichen Beeinträchtigungen in den verschiedensten Formen und Graden ist ein Prozeß mit fließenden Grenzen und Übergängen.

Das Thema „betriebliche Gesundheitsförderung“ hat derzeit ohne Zweifel Konjunktur. Empfehlungen unterschiedlichster Kreise, eine nahezu schon kontinuierliche Reihe von Veranstaltungen und nicht zuletzt eine Fülle von schriftlichem Material sind Zeichen dafür. Das Ziel all dieser Aktivitäten ist relativ klar: Das Aktionsfeld in der Arbeitswelt soll über die klassischen Felder des Arbeits- und Gesundheitsschutzes hinaus erweitert, andere Belastungskonstellationen einbezogen werden. Betriebliche Gesundheitsförderung richtet sich sowohl an gesunde wie an bereits gesundheitlich beeinträchtigte Arbeitnehmer. Sie ist – und das ist das dritte wesentliche Merkmal – verhältnis- und verhaltensbezogen. Ich möchte heute sprechen:

- a) zum betrieblichen Umfeld, in das die Aktivitäten eingebunden sind bzw. eingebunden werden sollen und
- b) zu dem weiteren Vorgehen in den Betrieben, wie ich es mir vorstellen kann.

Gesundheitsförderung: das betriebliche Umfeld

Meine These zum betrieblichen Umfeld lautet:

Die Gestaltung der Arbeitswelt ist heute bereits

in starkem Maße präventiv ausgerichtet, mehr als die meisten anderen Lebensbereiche.

Die Feststellung, daß der Arbeits- und Gesundheitsschutz in der Vergangenheit große Erfolge erzielt hat, ist kaum zu bestreiten. Ebenso wenig natürlich die Erkenntnis, daß es noch viel zu tun gibt. Auf der einen Seite existieren nach wie vor noch herkömmliche Belastungen wie Lärm, Vibration oder Gefahrstoffe, die es zu vermindern oder zu beseitigen gilt. Auf der anderen Seite verändert die technische und organisatorische Entwicklung die Arbeitswelt nahezu ständig. Das heißt: Mit der Veränderung der technisch-organisatorischen Auslegung eines Arbeitssystems verändern sich auch Belastungskonstellationen, deren Einwirkung auf den Menschen nicht selten nach Klärung verlangt. Es besteht also zweifellos ein kontinuierlicher Handlungsbedarf. So deutlich, wie ich dies sage, weise ich allerdings auch das Schlagwort „Arbeit macht krank“ in dieser vereinfachten und verzerrten Form als falsch zurück.

Damit soll nicht geleugnet werden, daß zwischen der Ausübung einer Beschäftigung und Gesundheitsbeeinträchtigungen bzw. Gesundheitsschäden ein Zusammenhang bestehen kann. Der Zusammenhang ist nicht immer auf den ersten Blick erkennbar. Gesundheitsschäden sind aber auch in aller Regel nicht monokausal bedingt, sondern auf mehrere Verursachungsbereiche zurückzuführen. Die Arbeitswelt ist in diesem Kontext sicherlich keine zu vernachlässigende Größe, sie ist jedoch vielfach nicht der hauptsächliche oder allein maßgebende Faktor.

Wie wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, bedürfen vor allem die individuelle körperliche und psychische Konstitution, das individuelle Gesund-

heitsverhalten, die unter Umständen schon vor Eintritt in das Erwerbsleben bestehenden Störungen des Gesundheitszustandes sowie die Einflüsse der sonstigen Umwelt- und Lebensbedingungen einer angemessenen Beachtung. So muß beispielsweise heute über die Hälfte der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (1990 rd. 141 Mrd. DM) für Behandlungen von Krankheiten aufgewendet werden, die durch Genußmittelmißbrauch, fehlerhafte Ernährung und Bewegungsmangel zumindest mitbedingt sind.

Standards der Unfallverhütung und des Gesundheitsschutzes in Betrieben

Die Standards, an denen sich Unfallverhütung und Gesundheitsschutz in der Bundesrepublik orientieren, sind auch international anerkannt. Sie dienen als Vorbild für Reformmaßnahmen im Ausland. Ich will einige wichtige Komponenten des Systems hervorheben.

1. An vorderster Stelle steht der Gedanke und das dazu entwickelte Instrumentarium der primären Prävention, des vorgreifenden Gefahrenschutzes. Prägnante Beispiele sind das Gerätesicherheitsgesetz und die Unfallverhütungsvorschriften, aber auch die Rangfolge der Maßnahmen, die die Gefahrstoffverordnung vorsieht, d.h. Vorrang technischer Maßnahmen vor persönlichen Schutzausrüstungen und arbeitsmedizinischer Vorsorge. Der Kompetenzbereich der Berufsgenossenschaften soll erweitert werden über Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten hinaus auf arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren.
2. Eine weitere wichtige Rolle spielt die innerbetriebliche Arbeitsschutzorganisation. Etwa 16 Millionen Arbeitnehmer sind gegenwärtig in Unternehmen tätig, die Fachkräfte für Arbeitssicherheit und Betriebsärzte bestellt haben. Die Zahl der Fachkräfte für Arbeitssicherheit im Bereich der gewerblichen Berufsgenossenschaften liegt bei rd. 60 000. Ende 1989 gab es insgesamt 8052 Ärzte mit arbeitsmedizinischer Fachkunde. Diese und weitere Angaben beziehen sich jeweils auf die alten Bundesländer. Sicherheitsfachkräfte und Betriebsärzte haben eine Aufgabenstellung, die nicht bei der Analyse gegebener Arbeitsbedingungen stehenbleibt, sondern daraus Folgerungen zu ziehen hat in Form von Beratung des Arbeitgebers und anderer betrieblicher Stellen und in Form von Vorschlägen für Veränderungen und Verbesserungen. Das gilt noch mehr bei der Planung neuer Arbeitsstätten und Produktionsverfahren.

Auch die Zusammenarbeit im Betrieb ist im Arbeitssicherheitsgesetz geregelt. Es gibt den Arbeitsschutzausschuß, ein Gremium, in das alle mit Sicherheit und Gesundheit im Betrieb befaßten

– einschließlich der Arbeitnehmervertreter – eingebunden sind. Ich bin mir bewußt, daß es eine Arbeitssicherheitsorganisation, wie sie das Arbeitssicherheitsgesetz vorsieht, in Kleinbetrieben überwiegend noch nicht gibt. Hier müssen andere Organisations- und Betreuungsformen, wahrscheinlich auch anders ausgerichtete Arbeitsinhalte gefunden werden. Darüber wird z. Zt. eine breit angelegte Diskussion unter allen Beteiligten geführt.

3. Für die präventive Ausrichtung des betrieblichen Gesundheitsschutzes nenne ich hier das umfangreiche Netz arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen. Sie haben das Ziel, Beeinträchtigungen der Gesundheit durch bestimmte Tätigkeiten oder bei Einwirkung bestimmter Stoffe zu verhindern oder möglichst früh zu erkennen. Jährlich werden rund 2 Millionen Vorsorgeuntersuchungen dieser Art durchgeführt. Im Ergebnis sind in nur knapp 1 vH der Fälle dauernde gesundheitliche Bedenken gegen eine Weiterbeschäftigung festgestellt worden.

Ergebnisse der Unfallverhütung und des Gesundheitsschutzes

Indikator für den Erfolg solcher betrieblichen Aktivitäten ist der seit langem rückläufige Trend der Arbeitsunfälle. Die Gesamtzahl der tödlichen Arbeitsunfälle hat sich in den letzten 25 Jahren um fast zwei Drittel verringert. Die Häufigkeit der erstmals entschädigten, der schwereren Unfälle also, sank während dieses Zeitraumes um 60 vH. Demgegenüber verläuft die Entwicklung der Berufskrankheiten seit einigen Jahren anders. Teilweise ist dies allerdings auf ein neues Erhebungsverfahren und auf die Erweiterung der Berufskrankheitenliste zurückzuführen. Als Fazit kann gleichwohl gelten, daß wir die Sicherheitstechnik und das Arbeitsunfallgeschehen besser im Griff haben als den Bereich der berufsbedingten Erkrankungen.

Die Frühverrentungsquote ist seit etlichen Jahren rückläufig. Ohne auf Einzelheiten hier eingehen zu können: Es stellt sich heraus, daß die relativ hohe Quote bis in die Mitte der 80er Jahre vor allem auch versicherungsrechtlich bedingt war. Und auch heute noch spielen Arbeitsmarktgründe eine Rolle.

Die Arbeitsunfähigkeitsfälle und ihre Dauer weisen – das ist hinreichend dokumentiert – eine nach Branchen relativ große Streubreite auf. Manche Ergebnisse widersprechen herkömmlichen Vorstellungen über unterschiedlich gravierende Belastungssituationen, etwa wenn man die im Verwaltungsbereich deutlich höheren Werte denen im Hüttenwesen und auch im Baugewerbe gegenüberstellt.

Auf die Abwesenheitszeiten in den Betrieben wirkt eine Reihe von Faktoren ein; darunter auch die

Arbeitsbedingungen, das Führungsverhalten der Vorgesetzten und das Betriebsklima in einem Unternehmen. Dies ist von uns niemals in Frage gestellt worden. Die seitens der Arbeitgeber in den letzten Wochen angestoßene Diskussion über den Krankenstand hat allerdings ein anderes Ziel. Sie soll bewußt machen, daß es auch hier Mißbrauch von Sozialleistungen gibt. Den Schaden davon haben Betriebe und Arbeitnehmer. Zu einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung gehören natürlich immer zwei, der Arbeitnehmer und der Arzt. Angesichts der ständig steigenden Ärztezahl wächst die Konkurrenz unter den Ärzten. Die Wirtschaft hat immer wieder den sorgsam Umgang mit der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung angemahnt. Ich tue dies auch hier und heute.

Perspektiven für die weitere Entwicklung

Im zweiten Teil meiner Ausführungen möchte ich auf die Perspektiven der weiteren Entwicklung eingehen. Ich fasse sie in acht Punkten zusammen:

1. Die Epidemiologie zur Erforschung der komplexen Ursachen von Gesundheitsgefährdungen ist ausbaufähig. Die Speicherung und langfristige Auswertung von persönlichen Daten, die Gesundheitsstatus und Krankheitsverläufe in ihren Beziehungen zu konkreten Gefährdungssituationen erkennen lassen, stößt allerdings auf datenschutzrechtliche Probleme. Sie sollten überwindbar sein. Für die Epidemiologie dürften in aller Regel auch anonymisierte Daten ausreichen.
2. Betriebliche Daten und Daten der Sozialversicherung können geordnet, miteinander verknüpft und ausgewertet werden. Hierzu ist das Zusammenwirken u. a. von Betriebsarzt, Sicherheitsfachkraft, Krankenkasse, Unfallversicherungsträger und Personalabteilung notwendig. Unfall- und Belastungsschwerpunkte lassen sich auf diese Weise ermitteln und daraus gezielte Maßnahmen ableiten. Der betriebliche Gesundheitsbericht kann das Instrument hierfür sein. Die neue Aufgabenstellung der Krankenkassen ist in diesem Zusammenhang zu nennen. Eine Empfehlungsvereinbarung der Spitzenverbände der Kranken- und Unfallversicherung zeigt die Möglichkeiten auf.
3. Es bedarf grundsätzlich keiner neuen außer- oder überbetrieblichen, z. B. branchenbezogenen Institutionen oder Kommissionen. Vielmehr kommt es auf die Analyse im Betrieb, die Auswertung dort und ggf. die Ableitung betrieblicher Maßnahmen an. Außerbetriebliche Erkenntnisse und Erfahrungen können auf andere Weise in das betriebliche Geschehen einfließen und genutzt werden. Ich sehe hier vor allem eine Aufgabe der Berufsgenossenschaften und der Krankenkassen.
4. Im Betrieb kann es sich anbieten, die Funktion des Arbeitsschutzausschusses zu erweitern. Er befaßt sich ohnehin mit einem ganz wesentlichen Teil der betrieblichen Gesundheitsförderung. Vertreter der Arbeitnehmer sind eingebunden. Es hängt von der jeweiligen betrieblichen Situation ab, ob darüber hinaus Gesundheitszirkel für sinnvoll gehalten werden, um die Arbeitnehmer aktiver in den Prozeß einzubeziehen.
5. Der stärker werdende Zusammenhang zwischen Lebens- und Arbeitsbedingungen muß berücksichtigt werden. Bei einer tendenziell abnehmenden Wochen- und Jahresarbeitszeit steigt der Einfluß der Freizeit zwangsläufig nicht nur quantitativ. Es mehren sich auch die Gesundheitsgefahren aus dem privaten Bereich. Dies ist kein Ablenkungsmanöver, sondern notwendiger Bestandteil einer betrieblichen Gesundheitsförderung, die ja auch verhaltensbezogen ist. Damit werden die Trennlinien zwischen Betrieb und dem übrigen Lebensbereich obsolet. Es liegt auf der Hand, daß die Betriebe auf diesem Aktionsfeld schnell an Grenzen stoßen können. Deshalb sind hier die Aktivitäten außerbetrieblicher Stellen – z. B. der Krankenkassen – sehr viel mehr gefordert.
6. Es gibt eine Vielzahl von Forschungsprojekten und ganze Forschungsprogramme, die direkt oder indirekt für die betriebliche Gesundheitsförderung von Belang sind. Deren Ergebnisse müssen umgesetzt werden. Dabei geht es außerhalb des klassischen Arbeitsschutzes um Umsetzungs- und Anwendungslösungen jenseits normativer Regelungen. Das bedeutet allerdings, daß Forschungsergebnisse praxisgerecht aufgearbeitet werden müssen, mittels geeigneter Medien an den Betrieb zu bringen sind oder in Aus- und Weiterbildungsprogramme Eingang finden müssen.
7. Betriebliche Gesundheitsförderung hat es in der Regel mit komplexen Innovationsprozessen zu tun. Es geht hier nicht allein um Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz, sondern um Ergonomie, Arbeitsorganisation, Arbeitszeitgestaltung, um das Personal und seine Qualifikation und nicht zuletzt um den wirtschaftlichen Einsatz von Technik. Innovationsprozesse können nur dann erfolgreich verlaufen, wenn die verschiedenen Aspekte dieser Palette nicht isoliert voneinander und damit nacheinander abgearbeitet werden. Sie müssen vielmehr, in ihren Zusammenhängen gesehen, geplant und verwirklicht werden. Geschieht dies nicht, werden auch die Ergebnisse nicht optimal sein.
8. Wir sind der Auffassung, daß das Aufgabenfeld „Betriebliche Gesundheitsförderung“ offen sein muß für die speziellen betrieblichen Gegebenheiten und Erfordernisse. Diese sind sehr verschieden

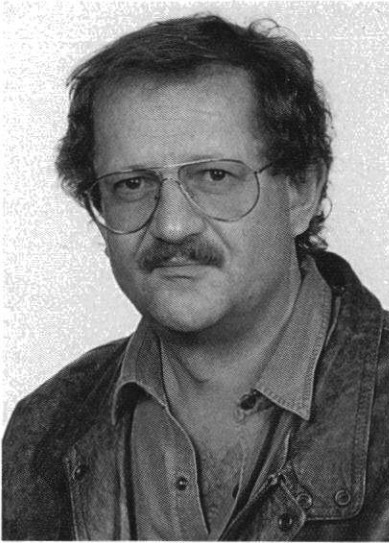
je nach Betriebsgröße, Branche und Zusammensetzung der Belegschaft. Sie stellen sich auch anders, je nach dem, ob eine Betriebskrankenkasse vorhanden ist oder nicht. Vor diesem Hintergrund kann es Empfehlungen zur Gestaltung betrieblicher Gesundheitsförderung geben, niemals aber verbindliche Reglementierung, wie das im Teilbereich Arbeitsschutz der Fall ist.

Viele Betriebe haben auf dem Gebiet der „Betrieblichen Gesundheitsförderung“ bereits Erfahrungen gesammelt. Es gibt eine ganze Reihe von Handrei-

chungen, Empfehlungen und Materialsammlungen mit konkreten Beispielen. Auf dieser Basis können Newcomer aufbauen, können auch Berater in den Betrieben tätig werden.

Ich will etwas ketzerisch schließen, indem ich sage:

Der Betrieb versteht sich nicht als der Gesundbrunnen der Gesellschaft. Erfolg wird der betrieblichen Gesundheitsförderung auf Dauer nur beschieden sein, wenn auch Aufwand und Ertrag in einem angemessenen Verhältnis zueinander stehen.



Erich Standfest
Deutscher Gewerkschaftsbund,
Bundesvorstand

Gesundheit als Unternehmensaufgabe aus der Sicht der Gewerkschaften

Unternehmen sind nicht nur zweckgerichtete, markt-orientierte Organisationen mit produktivitätsorientierter Funktionslogik sondern sie sind auch „soziale Handlungsfelder“ (Friedrich Fürstenberg). Die betriebswirtschaftliche Funktionslogik fragt in erster Linie danach, wie Arbeit möglichst effektiv organisiert werden kann. Max Weber sah uns als „ägyptische Fellachen“, die durch das Industriesystem unterjocht sind, „bis der letzte Zentner fossilen Brennstoffs verglüht ist“. Für Industriosozologen war vielfach die Frage nach der „Arbeitsfreude“ leitend: welchen Beitrag leistet Arbeit zur persönlichen und allgemeinen Lebensqualität, zur Sicherung der Lebensgrundlagen, zur Erweiterung der Lebenschancen, zur kulturellen Partizipation.

Effektivität, Rationalisierung und Produktivität als vorrangige Ziele der Leistungsorganisation sind in aller Regel gegen die sozio-kulturellen Bedürfnisse des Menschen gerichtet. Die Arbeitswelt ist häufig auch eine erstrangige Gefahrenquelle für die Gesundheit. Etwa zehn Millionen Arbeitnehmer haben regelmäßig Umgang mit gefährlichen Arbeitsstoffen und ca. sechs Millionen arbeiten häufig unter Lärmeinwirkung, Nässe, Kälte und Zugluft. Körperliche Schwerarbeit, Zwangshaltungen, monotone und einseitig belastende Arbeitshetze führen zu ständigen körperlichen aber auch psychischen Unter- und Überforderungen.

Die Hoffnungen, daß der technische Wandel die Arbeit erleichtern oder gar durchgreifend humanisieren würde, sind weitgehend unerfüllt geblieben. Selbstverständlich sind Belastungen aufgrund körperlicher Schwerarbeit z. B. abgebaut worden, zweifellos aber haben psychomentele Belastungen zugenommen. Eine Untersuchung in 883 Metallbetrieben, in denen 30 % aller Arbeitnehmer der Metallindustrie beschäftigt sind, verdeutlicht die Belastungsfolgen von Rationalisierung und technischem Wandel. So

nahm in einem Zweijahreszeitraum z. B. die soziale Isolation im gewerblichen Bereich um 35 % und im Angestelltenbereich um 68 % der befragten Betriebe zu. Das Arbeitstempo erhöhte sich für die Arbeiter um 77 %, für die Angestellten um 28 % der Betriebe. Durchgängig wurde von einer Zunahme psychischer Belastungen berichtet. Es ist unverkennbar, daß in den letzten Jahren – und zwar unabhängig von politischen Auseinandersetzungen über Gesetze und Gesetzesänderungen – Gesundheitsfragen in der Bevölkerung, den Medien und in der Wissenschaft eine stärkere Beachtung gefunden haben. Zu verweisen wäre etwa auf die Impulse der „Gesundheitsbewegung“, die in verschiedenen Ländern zu einer „Gesundheitspolitik von unten“ geführt und sich in Form von zahlreichen Selbsthilfegruppen etabliert hat. Themen wie Arbeit, Umwelt und Gesundheit spielen im allgemeinen und in Fachdiskussionen eine zunehmende Rolle. Und nicht zuletzt: die Weltgesundheitsorganisation (WHO) wirbt in ihren Mitgliedsländern intensiv für eine Umsetzung ihres ehrgeizigen Programms „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“.

Zitieren wir aus einer Untersuchung eine Aussage über eine mögliche Erklärung zu diesen Entwicklungen: „Die Belastung der Bevölkerung mit chronischen Krankheiten, mit dem Gesundheitsverschleiß allgemein, erzeugt eine Aufgeschlossenheit, sich auf das ‚Aufbrauchen‘ der Gesundheit, auf das Leben mit Krankheiten, eigener wie nahestehender Menschen, auf Behinderung und auf kritische lebensbedrohende Situationen gefaßt zu machen. Die Menschen werden zunehmend sensibel für die Tatsache, daß für jedermann derzeit eine, vielleicht die entscheidende Grenze der erreichbaren Lebensqualität im Verschleiß der Gesundheit besteht. Dieses Bewußtsein breitet sich in dem Umfang aus, wie jeder in seinem Lebensalltag bei sich selbst oder in seinem primären Lebens-

kreis einschlägige Erfahrungen macht.“ Wenn es zutreffend ist – und die Indikatoren sprechen dafür –, daß Gesundheitsverschleiß zunehmend als Grenze der erreichbaren Lebensqualität bewußt wird, so müssen sich daraus auch Konsequenzen für das Handeln ergeben, gerade auch für die Gewerkschaften. Bewußtsein sucht und schafft neue Handlungsmöglichkeiten. Aber wo müssen wir „suchen“ und in welcher Richtung gilt es zu „schaffen“?

Ist Gesundheit tatsächlich unser höchstes Gut?

Auf der Suche nach einem Begriff von „Gesundheit“ wird man häufig auf die Antwort stoßen: „Gesund ist, wer nicht krank ist“. Wenn wir sagen „Gesundheit ist unser höchstes Gut“, meinen wir in aller Regel damit die Abwesenheit von Krankheit. Wir bestimmen also „Gesundheit“ im wesentlichen negativ, von der Krankheit her. Diese Aussage ist nicht so trivial wie sie scheint. Die negative Bestimmung von Gesundheit schafft nämlich auch einen bestimmten Bewußtseinszustand: wie wichtig Gesundheit ist, wird erst dann wahrgenommen, wenn Krankheitsbeschwerden manifest geworden sind. Dies hat weitreichende Auswirkungen. Wir handeln als Gesellschaft oder auch als Individuen meist erst dann, wenn Gesundheit wieder hergestellt werden soll, kümmern uns aber relativ wenig darum, wie wir die Gesundheit erhalten und fördern können und vielleicht auch, wie trotz irreparabler Schäden und Beeinträchtigungen dennoch die Lebensqualität gesichert werden kann.

Notwendig erscheint uns daher nicht so sehr ein „Umdenken“, sondern eher ein „Weiterdenken“. Wir sollten uns stärker an einem positiven Gesundheitsbegriff orientieren, der den Prozeß einer aktiven Gesundheitsförderung ebenso beinhaltet wie den einer möglichst aktiven Krankheitsbewältigung. Konzepte der Gesundheitsförderung ohne Krankheitsbewältigung bleiben elitär und lebensfremd. Krankheitsbewältigungen ohne Gesundheitsförderung resignativ. Gewichtige Gründe sprechen für eine solche Weiterentwicklung. Die Hoffnung, der medizinische Fortschritt werde die heute vorherrschenden Volkskrankheiten ebenso heilbar machen wie er in der Vergangenheit wirkungsvolle Mittel gegen die meisten Infektionskrankheiten hervorbrachte, hat sich bis heute nicht erfüllt. Nicht nur, daß neuere Infektionskrankheiten (wie z. B. Aids) der Forschung Rätsel aufgaben, die dominierenden chronisch-degenerativen Erkrankungen erweisen sich zwar vielfach als behandelbar – aber nur selten als heilbar. Vor diesem Hintergrund nimmt es nicht wunder, wenn die Vorbeugung gegen Gesundheitsgefahren als eine der „großen Hoffnungen im letzten Drittel dieses Jahrhunderts“ (v. Ferber) bezeichnet wird.

Versuchen wir also, die Ursachen von Gesundheitsgefährdungen in der Arbeitswelt, in der sonstigen stofflichen Umwelt und in den Sozialbeziehungen ein-

zudämmen oder auszuschalten. Die Idee der Gesundheitsförderung zielt dabei noch etwas weiter. Das Streben nach körperlichem, sozialem und psychischem Wohlbefinden (wie es der klassische Gesundheitsbegriff der WHO sagt) beinhaltet die Suche nach solidarischen Sozialbeziehungen und Gesellschaftsformen, nach einer neuen Lebens- und Arbeitskultur. Wenn, wie es zahlreiche Forschungsergebnisse nahelegen, die Qualität unserer Sozialbeziehungen und das Ausmaß der Selbstbestimmung wichtige Faktoren sind, die über Gesundheit und Krankheit mitentscheiden, dann ordnen sich gesundheitspolitische Ziele nahtlos ein in die umfassende gewerkschaftliche Strategie der Verbesserung der Lebensbedingungen.

Mit dem Thema „Prävention“ haben die Gewerkschaften frühzeitig ein Paradigma in der Gesundheitspolitik gegen zahlreiche Widerstände wesentlich mitvertreten. Heute ist diese Zielorientierung in der gesundheitspolitischen Diskussion fest etabliert. Die Auseinandersetzung dreht sich nicht mehr um den Grundsatz, sondern mehr um Mittel und Wege, Instrumente und Grenzen. Wir befinden uns heute in einer Situation, in der verstärkt die Kompetenzen der Bürger als wichtige Quelle gesundheitspolitischer Handelns entdeckt werden. Dies verweist uns – soll man nicht in einem primitiven Individualismus stecken bleiben – auf den gewerkschaftspolitischen Gedanken der Stärkung von Mit- und Selbstbestimmungsrechten. Das Entstehen der italienischen Arbeitermedizin Ende der 60er Jahre, als die Arbeiter nach dem Prinzip des non-delega die Belange ihrer Gesundheit selbst in die Hand nahmen, hat zwar über die Grenzen hinweg Anklang in der Wissenschaft gefunden, die „bewährte“ Praxis alteingesessener Institutionen hat sie nicht erreicht. Die Vermarktung und die Institutionalisierung von Gesundheitsinteressen wehrt sich gegen Bewegung „von unten“, ohne sie letztendlich aufhalten zu können. Zahlreiche Aktionen der Gewerkschaften zur Bewußtmachung von Gesundheitsgefährdungen zeigen dies im betrieblichen Bereich. Erinnerung sei beispielsweise an die IG-Metall-Aktion „Werktage müssen besser werden“, verschiedene Aktivierungserhebungen zur Schichtarbeit, zu gefährlichen Arbeitsstoffen, zur Humanität der Pflege im Sozial- und Gesundheitswesen, usw. „Die Arbeitsbedingungen sind so zu gestalten, daß die Arbeit für die Dauer eines Arbeitslebens bis zum 65. Lebensjahr ohne körperliche, geistige und seelische Gesundheitsschäden ausgeführt werden kann“, so heißt eine der Zielvorstellungen des IG-Metall-Projekts „Tarifreform 2000“. Es spricht viel dafür, daß betriebliche Gesundheitspolitik/Gesundheitsförderung im Rahmen einer Politik zur Neugestaltung der „Arbeitskultur“ wieder stärker in den Mittelpunkt gewerkschaftlicher Aktivitäten rückt. Eine solche Politik entspricht neuen Einstellungen der Arbeitnehmer zur Qualität von Arbeit und Leben: Sensibilisierung für ökologische Fragen, Gesundheitsbewußtsein, höhere Ansprüche an die

Gestaltung von Arbeitsorganisation, Arbeitsinhalten und Arbeitsumwelt.

Die Einführung neuer Techniken erfordert den qualifizierten, kommunikativ befähigten und entscheidungsfreudigen Typ von Arbeitnehmer. Die Arbeitsorganisation wird weniger durch die Technik bestimmt. Damit wachsen die Möglichkeiten bewußter und gesundheitsgerechter Arbeitsgestaltung. Personalintensive Dienstleistungen erfordern motivierte Arbeitskräfte. Motivation ist abhängig von Arbeitszufriedenheit, die wiederum von gesundheitlichem Wohlbefinden abhängt.

Wir wissen, daß neben ergonomischen und Arbeitsumgebungsbelastungen vor allem die Dichte und Bestimmbarkeit der Arbeit von wesentlicher Bedeutung für den Krankenstand sind. Mit anderen Worten: je größer die Arbeitsautonomie, um so niedriger der Krankenstand. Es gibt also viele Schnittstellen, an denen sich die Interessen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer bei einer betrieblichen Gesundheitspolitik treffen. Modernisierung des Arbeitsschutzes (z. B. durch stärkere Berücksichtigung psycho-mentaler Belastungen), selbstgestaltete Arbeitsinhalte, gutes Betriebsklima etc. können effektivitätssteigernd, kostensenkend sein, sie sind gesundheitsförderlich für Arbeit-

nehmer und entsprechen einer modernen „Arbeitskultur“.

Der DGB hat einen konkreten Vorschlag zur Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung entwickelt. Die Beteiligten und Interessierten – vor allem: Sozialversicherung, Arbeitgeber, Gewerkschaften, Arbeitsmedizin – sollten regionale Foren „Arbeit und Gesundheit“ einrichten. In diesen Foren sollten betriebliche (und regionale) Gesundheitspolitik organisiert werden. Ausgehend von den Daten der Sozialversicherung (AU-Daten der Krankenkassen, Daten der Berufsgenossenschaften und der Medizinischen Dienste) sollten regionale und auf Wunsch betriebliche Gesundheitsberichte erstellt werden. Den interessierten Betrieben sollten ferner Beratungs- und Unterstützungsleistungen angeboten werden (Beratung in gesundheitlichen Fragen, aber auch Vorgesetztenqualifizierung etc.). Auf diese Art und Weise ließe sich betriebliche Gesundheitsförderung verstetigen, mit regionaler Gesundheitspolitik verzahnen und die Diskussion um den Krankenstand ließe sich versachlichen. Die Idee der „Humanisierung der Arbeit“ (Gestaltung der Arbeitsorganisation und -inhalte) ließe sich mit der Modernisierung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes verknüpfen und letztlich könnte damit ein Beitrag zur Bewältigung der ökologischen Frage geleistet werden.

Entwicklung einer gesundheitsfördernden Unternehmenspolitik

Einführung und Zusammenfassung der Ergebnisse

Horst Noack und Günter Conrad

In dieser Arbeitsgruppe mit ca. 35 Teilnehmern wurden in 15 Kurzreferaten Beispiele und Erfahrungen zur Entwicklung einer gesundheitsfördernden Unternehmenspolitik vorgestellt und in drei Arbeitsgruppensitzungen diskutiert.

Im wesentlichen wurden dabei fünf unterschiedliche Einstiege zur Intensivierung einer Politik der Gesundheitsförderung in den Unternehmen und Betrieben vorgeschlagen. Diese reichen von Modellen des erweiterten Arbeitssicherheits- und Gesundheitsschutzes sowie der Intensivierung von „Programmpaketen“ zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens der Betriebsangehörigen über Modelle „erweiterter Wirtschaftlichkeitsrechnungen“, sowie der stärkeren Integration von gesundheitlichen Anliegen in die Konzepte betrieblicher Produktions-, Organisations- und Personalentwicklung, bis hin zu dem umfassenden Modell eines gesundheitsfördernden Betriebs, einer „Health Promoting Company“.

1. Ansatz des erweiterten Arbeitssicherheits- und Gesundheitsschutzes

Dies ist der Ansatz der traditionellen Arbeitsmedizin und betrieblichen Gesundheitsdienste. Unfallverhütung und Schutz vor physikalischen, chemischen und biologischen Arbeitsplatzrisiken sind in allen Ländern gesetzlich geregelt und werden in den Betrieben auch weitgehend umgesetzt. In der Regel befassen sich arbeitsmedizinische Dienste zwar mit ergonomischen Fragen, kaum jedoch mit dem Zusammenhang zwischen psychosozialen Arbeitsbedingungen, gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Krankheit. Fehlzeiten werden beispielsweise in der Bundesrepublik selten als Folge von physischen und psychosozialen Arbeitsbelastungen oder gar als Signale beginnender chronischer Krankheiten betrachtet, sondern oftmals nur mit restriktiven Maßnahmen angegangen.

Ein vielfach vorgetragenes, erweitertes Verständnis von Arbeitssicherheit und betrieblichem Gesundheitsschutz umfaßt gleichermaßen Maßnahmen zur Verminderung physikalisch-chemischer und psychosozialer Risiken. Aus Schweden wurde berichtet, daß der Begriff der psychosozialen Gesundheit auch in

den Unternehmen bereits breite Anerkennung gefunden hat und zum erklärten Ziel betrieblicher Gesundheitsförderung geworden ist.

2. Bündelung von Programmen zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens der Betriebsangehörigen

Die lange Präsenzzeit eines Großteils der erwachsenen Bevölkerung am Arbeitsplatz läßt den Betrieb als nahezu idealen Ort der Verhaltensbeeinflussung erscheinen. Die von der epidemiologischen Forschung vielfach belegten Zusammenhänge zwischen Lebensweisen, gesundheitlichem Befinden, Risikofaktoren und chronischer Krankheit sind der Anstoß für eine Vielzahl von Verhaltensänderungsprogrammen in den Betrieben. In der Regel sind diese Programme individuenzentriert und umfassen z. B. Untersuchungen des Blutdrucks und Cholesterinspiegels, Gesundheitsbefragungen und eine Vielfalt von Beratungs- und Kursangeboten zur Ernährung, Raucherentwöhnung, Bewegung und Streßreduktion.

Seltener finden sich struktur- und umweltbezogene Programme wie z. B. im Hinblick auf die Pausengestaltung, gesünderes Kantinenessen oder rauchfreie Arbeitsplätze.

Eine Aktivierung betrieblicher Gesundheitsförderungspolitik erwartet man durch eine inhaltliche, zeitliche und auf Dauer angelegte Bündelung solcher Verhaltensänderungs- und Unterstützungsprogramme. Als besondere Variante dieses Ansatzes wurde ein „Gemeinnütziges Gesundheitsberatungszentrum“ vorgestellt, das zwar mit 0,05 bis 0,06 Prozentpunkten des Gesamtetats der Betriebskrankenkasse eines Großunternehmens finanziert wird, aber außerhalb des Unternehmens errichtet wurde. Der Einfluß auf die Gesundheitsförderungspolitik des Unternehmens geschieht damit indirekt über die freie und in diesem Fall steigende Nachfrage der Angebote dieses Zentrums durch die Betriebsangehörigen.

3. Erweiterte Wirtschaftlichkeitsrechnungen

Bei fast allen vorgestellten Beispielen zur Entwicklung einer gesundheitsfördernden Unternehmenspolitik

wurde die Bedeutung von Kosten-Nutzen-Nachweisen gesundheitsfördernder Maßnahmen für die Unternehmensführung hervorgehoben. Die Vielfalt der dabei zu bewertenden Sozial- und Humanfaktoren bzw. zu berücksichtigenden Ökologie- und Lebensqualitätsüberlegungen werfen für rein betriebswirtschaftliche Rentabilitätsrechnungen eine Vielzahl von ungelösten methodischen Problemen auf. Als eine Möglichkeit, diesem Dilemma zu entgehen, wurde der Indikator „Kosten der ungestörten Arbeitsstunden“ vorgeschlagen, ein Quotient aus den Gesamtkosten des Arbeits- und Gesundheitsschutzsystems und der Anzahl der ungestörten Arbeitsstunden. Damit könnten sowohl krankheitsbedingte Fehlzeiten als auch Arbeitssicherheit, Gesundheitsschutz oder entsprechend anderer Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung in die betriebswirtschaftliche Gesamtrechnung des Unternehmens einfließen.

4. Integration gesundheitlicher Anliegen in die Konzepte der betrieblichen Produktions-, Organisations- und Personalentwicklung

Gesundheitsbezogene Organisations- und Personalentwicklung versucht, Betriebe beim Aufbau und der Erhaltung gesundheitsförderlicher Entwicklungspotentiale und Strukturen zu unterstützen. Das größte betriebliche Entwicklungspotential sind die Mitarbeiter, die betriebliche „Manpower“, die zu gesundheitspolitischem Handeln motiviert und befähigt werden kann.

Gesundheitsbezogene Personalentwicklung und -pflege erwies sich als ein im Produktions- und Dienstleistungsbereich praktisch gangbarer und in einigen Unternehmen bereits erprobter Weg zur Aktivierung einer betrieblichen Gesundheitsförderungs politik. Dies geschieht in Großunternehmen z. B. durch die Einrichtung eines „Konzernarbeitskreises“, einer Steuerungsgruppe, bestehend aus Vertretern der Hauptverwaltung als Koordinator, des werksärztlichen Dienstes, der Personalleiter, des Betriebsrates, der leitenden Angestellten, der Abteilung „Personalentwicklung“ und einem externen Beratungsteam sowie der Einrichtung von einzelnen „Arbeitskreisen Personalpflege“ an den verschiedenen Standorten. Diese wiederum bestehen aus Mitarbeitern vor Ort, d. h. der Personalabteilung, des Betriebsrates, der leitenden Angestellten sowie den Werksärzten und Fachkräften für Arbeitssicherheit.

Das zentrale Beobachtungsobjekt dieser Arbeitskreise ist das Verhalten d. h. zugleich das Gesundheitsverhalten der Mitarbeiter. Dieses ist als hochdynamischer, interaktiver Prozeß aus dem Zusammenspiel von Person, Situation und Organisation zu verstehen. Relativ stabile Merkmale der Person (z. B. Konstitution und „festgefahrene“ Verhaltensmuster) interagieren mit Situationseigenheiten (z. B. Arbeitsanforderungen, Büroausstattung, unmittelbarer Arbeits-

platz) und mit Organisationsmerkmalen (Unternehmenskultur, Belohnungssysteme, Regeln und Sozialnormen). Das aus diesen Wechselwirkungen resultierende dynamische (Gesundheits-)Verhalten wird permanent diagnostiziert. Problemfälle identifiziert, deren Ursachen aufgeklärt, Abhilfemaßnahmen in die Wege geleitet und hinsichtlich ihres Erfolges bewertet. Dazu gehört z. B. Führungskräfte-Training über Gesundheit und allgemeine Gesundheitsförderungsmaßnahmen, Streßkontrolle, soziale Kompetenz und Ressourcen-Management.

Als besonderer Vorteil des Personalentwicklungsansatzes betrieblicher Gesundheitsförderung ist zu sehen, daß er nicht an große Unternehmen gebunden, sondern grundsätzlich auch auf Mittel- und Kleinbetriebe übertragbar ist.

5. Modell eines gesundheitsfördernden Betriebs („Health Promoting Company“)

Dieser umfassendste Ansatz betrieblicher Gesundheitsförderung versteht den Betrieb als System, in dem alle betrieblichen Teilsysteme, von der Geschäftsleitung über die Produktions- und Vertriebsabteilung bis hin zur Verwaltungsabteilung, dem Betriebsrat und der Belegschaft, gemeinsam auf eine gesundheitsfördernde betriebliche Gesamtpolitik hinwirken. Ein weiteres Moment systembezogener betrieblicher Gesundheitsförderung ist die Beachtung der Beziehungen und Verflechtungen zwischen dem Betrieb und den weiteren kommunalen und regionalen Strukturen, mit denen er in der Regel eng verknüpft ist. Insbesondere Großunternehmen prägen nicht nur die Siedlungs-, Verkehrs- und Kommunikationsstrukturen in den Kommunen und Regionen, sondern beeinflussen ebenso Teile des Kultur- und Freizeitangebots z. B. durch Bildungs- und Sportveranstaltungen.

Eine solchermaßen integrierte Gesundheitsförderungsstrategie umfaßt untrennbar verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen. Entscheidende Voraussetzungen für solch eine Gesundheitsförderungsstrategie ist der erklärte politische Wille der Unternehmensleitung, sowie die Einrichtung eines mit entsprechenden Befugnissen ausgestatteten betrieblichen Steuerungs- und Koordinationsgremiums, z. B. eines „Arbeitskreises für Gesundheit“, wie er in Ansätzen schon aus vielen Unternehmen berichtet wird. Das heißt, die Entwicklung einer gesundheitsfördernden betrieblichen Gesamtpolitik wird nur dann eine Chance haben, wenn betriebsintern eine funktionsfähige gesundheitsfördernde Infrastruktur aufgebaut wird, in der Arbeitgeber und Arbeitnehmer konstruktiv zusammenarbeiten und Gesundheitsförderungsprogramme auch betriebsübergreifend auf kommunaler und regionaler Ebene vernetzt werden.

Der gesundheitsfördernde Betrieb, die "Health Promoting Company", ist Teil einer Initiative des Europabüros der Weltgesundheitsorganisation, die in solchen Projekten wie „Gesunde Städte“, „Gesundheitsfördernde Schule“ und „Gesundheitsförderndes Krankenhaus“ bereits praktisch erprobt und umgesetzt wird. Der „Gesundheitsfördernde Betrieb“ ist das Leitbild eines Betriebs, in dem alle Unternehmensentscheidungen zugleich auch als gesundheitsrelevante Entscheidungen verstanden werden. Gesundheitsbezogene betriebliche Maßnahmen können so unterschiedliche Ziele verfolgen wie Arbeitsplatzgestaltung, Anwendung menschengerechter Technologien, Arbeitszeitplanung, Unternehmenskultur und

Betriebsklima, Vorbereitung auf das Rentenalter, ärztliche Versorgung der Familienmitglieder der Betriebsangehörigen oder Stärkung des Selbstwertgefühls von Mitarbeitern und Vorgesetzten.

In den USA haben Leitbild und Konzeption einer "Healthy Company" bereits in den 80er Jahren unternehmenspolitische Bedeutung erlangt. Dort besteht mittlerweile ein entsprechendes Netzwerk von Unternehmen, initiiert von der "Washington Business Group on Health", die unter anderem das Monatsmagazin "Healthy Companies" herausgibt, in dessen Editorial Board Großfirmen wie die Bank of America, Johnson & Johnson, AT & T und Xerox vertreten sind.

Innovative Aktivitäten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes als Teil moderner Produktionskonzepte

Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung enger an das betriebliche Geschehen knüpfen

Auf den ersten Blick erscheint diese Überschrift paradox: Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung verstehen sich selbst ausdrücklich als Strategien, die sich auf den Betrieb, den Arbeitsplatz, die Arbeitsumgebung und die Beschäftigten beziehen. Dies ist unbestreitbar. Die praktische (und leider auch konzeptionelle) Tätigkeit des Arbeitsschutzes und der Gesundheitsförderung zeigt jedoch oft noch eine beeindruckende Ferne zum betrieblichen Geschehen. Dies wird besonders sichtbar, wo es um neue und innovative Aktivitäten im Arbeitsschutz und bei der Gesundheitsförderung geht, die in vielen Betrieben in eine Situation hineinfallen, in der auch dort gewaltige Umbrüche in den Fertigungs- und Personalkonzepten stattfinden. Es geht also letztlich darum, zwei zur Zeit hochdynamische Entwicklungen miteinander zu verbinden, nämlich den Arbeitsschutz, dessen Modernisierung zur Zeit einen gewissen Boom erlebt, und die betrieblichen Produktions- und Personaleinsatzkonzepte, die sich ebenfalls deutlich wandeln.

Die Aufforderung zur Verknüpfung der zwei Bereiche geht von der Annahme aus, daß bisher diese Systeme nicht ausreichend eng verknüpft sind, prinzipielle Verknüpfungsmöglichkeiten jedoch bestehen.

Beide Aspekte sollen im folgenden näher diskutiert werden. Dabei werden empirische Befunde und persönliche Erfahrungen des Autors als Belege herangezogen, die aus den verschiedensten Quellen stammen. Angaben zu innovativen Aktivitäten im Arbeitsschutz und der Gesundheitsförderung werden einer Befragung von 161 Unternehmen entnommen, die das Institut für Gesundheits- und Sozialforschung im Auftrag der Europäischen Stiftung zur Verbesserung der Arbeits- und Lebensbedingungen in der Bundesrepublik durchgeführt hat. Bei der Beschreibung von Produktions-, Fertigungs- und Personalmanagementkonzepten werden Ergebnisse eines Projektes, das weltweit vom MIT zur Entwicklung in der Automobilindustrie durchgeführt wurde, herangezogen.

Die Automobilindustrie wird als innovative Sparte industrieller Reform betrachtet. Ihre Entwicklungslinien sind auch für andere industrielle Bereiche entwicklungsrelevant. Bei vielen Einschätzungen und

Wertungen bezieht der Autor sich auf eigene, deswegen nicht überprüfbare Erfahrungen aus der betrieblichen Beratungspraxis.

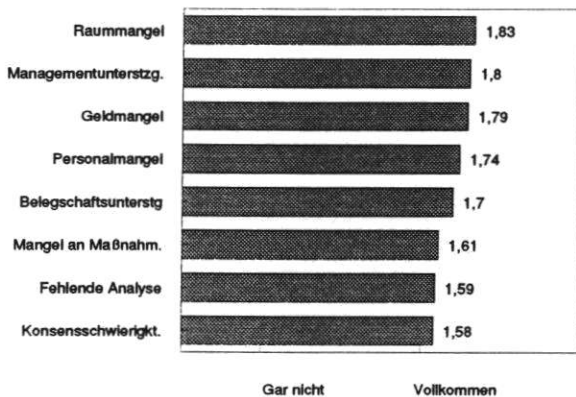
Arbeitsschutz und Gesundheitsprobleme im Betrieb

Gesundheitsförderung wird im folgenden als eine zusätzliche Tätigkeit des betrieblichen Arbeitsschutzes verstanden, und mit innovativen Aktivitäten meinen wir alle Initiativen, Konzepte und Praktiken, die sich aus dem bewußt herbeigeführten Modernisierungsprozeß des Arbeitsschutzes ergeben. Wenn schon, wie die These lautet, Arbeitsschutz und Betrieb nicht effizient miteinander verknüpft sind, sollte man nicht auch noch auf begrifflicher Ebene trennen, was zusammengehört (oder zusammengehören sollte). Einige Belege für die nur lose Verknüpfung von Arbeitsschutz und Betrieb:

Die logisch engste Verknüpfung von Arbeitsschutz und Betrieb ergäbe sich aus einer systematischen und dauerhaft angelegten betrieblichen Gesundheits-, Krankheits- und Gefährdungsanalyse. Dies ist deswegen der Fall, weil (bezogen auf die Gesundheit der Beschäftigten und nicht bezogen auf „Recht, Geld“ etc.) sich aus einer solchen Analyse erst die gesundheitlich definierten Aufgabenschwerpunkte für den Arbeitsschutz im einzelnen Betrieb ergeben können. Nur sehr große und leider nur sehr wenige Betriebe führen solche Analysen systematisch durch. In allen anderen Fällen ist der Zusammenhang zwischen den Tätigkeiten des Arbeitsschutzes und dem Betrieb vielleicht rechtlich definiert. Aber der Stärke der rechtlichen Verbindlichkeit der Argumente kann die Durchschlagskraft gesundheitlicher Argumente meist nicht entsprechen. Oft fehlen sie auch gänzlich. Es ist kein Zufall, daß die „fehlende Problemanalyse“, der (vermeidliche) Mangel an Maßnahmen und der Mangel an Konsens zu den Problemen gehören, die im geringsten Ausmaß bei der Durchführung innovativer Maßnahmen im Betrieb bewältigt werden konnten. Dies zeigt Abbildung 1.

Die Betriebe schätzen diese Situation offensichtlich realistisch ein, denn sowohl der nicht überwundene Mangel an Maßnahmen als auch der fehlende Konsens sind natürlich auch ein Ergebnis von fehlenden und rational nachvollziehbaren Problemanalysen.

Abb. 1 Bewältigte Probleme



Fast kein Zusammenhang: Fertigungs- und Personalmanagementkonzepte und Arbeitsschutzkonzepte

Die Verteilung der gesundheitlichen Probleme ist der Orientierungspunkt für die Aktivitäten des betrieblichen Arbeitsschutzes. Die Einpassung dieser Aktivitäten oder sogar deren Allokation und Gewichtung ist jedoch an die jeweiligen Fertigungs- und Personaleinsatzkonzepte der Betriebe gebunden. Hier können neuere Erkenntnisse der Industriosozologie dem Arbeitsschutz helfen, sich in die betrieblichen Routinen einzupassen.

Wie werden sich industrielle Reformkonzepte in Zukunft entwickeln und welche Aufgaben ergeben sich daraus für einen innovativen Arbeitsschutz? Man unterscheidet heute in der Industriosozologie drei Hauptentwicklungslinien moderner Produktionskonzepte:

Abschied von der Technikdominanz betrieblicher Produktionskonzepte. Die moderne Industriosozologie legt ihren Ergebnissen eine große Varianz von Organisations-, Fertigungs- und Personaleinsatzkonzepten bei gegebener Technik nahe, das heißt die Art und Auslegung der Technik beeinflusst nicht mehr unmittelbar ihre Anwendungsbedingungen und ihre Organisation. Unter diesem Gesichtspunkt eines möglichst problemnahen Arbeitsschutzes bedeutet dies:

- Weder wird eine gegebene Technik immer die gleichen gesundheitlichen Risiken oder Gefahren hervorrufen, weil sie unter gänzlich unterschiedlichen Bedingungen zum Einsatz kommen kann,
- noch wird es deshalb „Standardlösungs-routinen“ im bisherigen Umfang geben können, weil eben die Varianz der Einsatzbedingungen wesentlich größer ist, als dies bislang der Fall war.

Selbst wenn technikzentrierte Produktionskonzepte zum Einsatz kommen (dies ist zum Beispiel der Fall, wenn eine Firma voll und ganz auf den Einsatz der Automation setzt), ist das gesundheitliche Risiko, das aus der Technik selbst entsteht, meist mit den klassischen Maßnahmen des Arbeitsschutzes

beherrschbar. Noch dazu haben technikzentrierte Konzepte offensichtlich zur Sanierung der Arbeitsplätze geführt, was veränderte Schwerpunktsetzungen des Arbeitsschutzes nach sich ziehen müßte. Soweit Technik den Produktionsprozeß dominiert, gilt die alte Erkenntnis, daß es die Schnittstelle Mensch-Technik ist, die Gefahren heraufbeschwört. Diese sind aber – wie gezeigt wurde – auf der Seite der Technik inzwischen weitgehend entschärft oder scheinen mit bekannten Arbeitsschutzinstrumenten beherrschbar zu sein. Gesundheitsförderungsmaßnahmen als Teil des Arbeitsschutzes sind von dieser Entwicklung nicht berührt und werden auch nicht zum Einsatz kommen.

In anderen Produktionskonzepten kommt der systematischen Nutzung des Produktionsfaktors Mensch eine größere, aber auch sehr unterschiedliche Bedeutung zu. Die Industriosozologie unterscheidet im allgemeinen zwischen humanzentrierten Konzepten und post-japanischen Konzepten.

Im humanzentrierten Konzept steht die (meist sehr rigide und hierarchische) Organisation der Arbeitsteilung im Mittelpunkt innovativer Gestaltungsmaßnahmen. An die Stelle der flexiblen Organisiertheit des technozentrierten Konzeptes (bei Festlegung auf ein bestimmtes Einsatzmodell) tritt hier die detailliert geplante Organisiertheit des Produktionsfaktors Mensch. Dabei folgen die Konzepte quantitativer Arbeitsanreicherung (zum Beispiel Volvo- und Saab-Produktionsstätten in Schweden oder auch im japanischen Automobilbau), aber sie erweitern den Autonomiespielraum der Beschäftigten nicht arbeitsinhaltlich. In einem solchen humanzentrierten Modell, in dem die klassischen tayloristischen Produktionsparadigmata nicht aufgehoben sind, sondern nur unter modernem technischem Mitteleinsatz gewandelt scheinen, ergeben sich für angepaßte Arbeitsschutzstrategien etwa folgende Aufgabenschwerpunkte:

- Prüfung der ergonomischen Verträglichkeit der oft sehr komplexen technischen Gegebenheiten (zum Beispiel Karosseriehandhabungsanlagen) unter konkreten Einsatzbedingungen und nicht im „Modellversuch“. Gerade weil an diesen Anlagen oft teilautonome Gruppen arbeiten, entwickelt sich eine spontane Arbeitsteilung, die unter gesundheitlichen Gesichtspunkten oft nicht vertretbar ist.
- Beobachtungen von Überforderungssyndromen in solchen Konzepten (die auch von den Beschäftigten keinesfalls nur freudig akzeptiert werden).
- Bereitstellen von Schon- und Rehabilitationsplätzen innerhalb solcher Personaleinsatzkonzepte für (vorübergehend) leistungsgeminderte Arbeitnehmer. Die relativ zahlreichen Freiheitsgrade des Personaleinsatzes in solchen Konzepten erleichtern möglicherweise die Einrichtung von Schon- und Rehabilitationsarbeitsplätzen.

Im Post-Japan-Modell (auch Lean-Production-Concept) kommt der individuellen Qualifikation, Kommunikations- und Entscheidungsfähigkeit, also der Autonomie der einzelnen Arbeitnehmer, konzeptentscheidende Bedeutung zu. Viele alltäglichen Produktionsentscheidungen, einschließlich der Qualitätssicherung, werden in die Arbeitsgruppe verlagert, wobei die quantitativen und qualitativen Produktionsziele sehr genau definiert sind und vor allem auch sehr genau (oft zeitgleich) kontrolliert werden. Man spricht deshalb auch von „Management by Stress“.

Für dieses Konzept können die Aufgaben des Arbeitsschutzes nur sehr selten allgemein benannt werden, so neu sind die Anforderungen, die sich aus ihm stellen, und so unvorbereitet treffen sie den Arbeitsschutz im allgemeinen.

- Auch hier sind alle Formen der Überforderung sehr genau zu beobachten,
- sowie Sozial- und Kommunikationsprobleme innerhalb der Arbeitsgruppen, die in diesem Modell der widersprüchlichen Konstruktion einer kontrollierten Autonomie ausgesetzt sind. Weil das Arbeitsergebnis in diesem Fall nicht zuletzt von der Kommunikationsfähigkeit der gesamten Gruppe mit ihren Außensystemen abhängt, können Kommunikationsprobleme innerhalb der Gruppe, die immer auch subjektiv bedingt sind, zur Havarie des Gesamtsystems führen. Sie erlangen die Qualität erheblicher Arbeitsbelastungen.
- Der hohe Grad an Autonomie kann hier ebenfalls dazu führen, daß sich ein unsicheres oder ungesundes Arbeitsverhalten herausstellt, weil es zur Erledigung der Arbeitsaufgabe „bequemer“ erscheint. Es kann keinesfalls davon ausgegangen werden, daß mit zunehmender Gestaltungsfreiheit der eigenen Arbeit der Grad der Gesundheitsverträglichkeit ihrer Erledigung zunimmt.

Alle Konzepte finden nicht nur in der Automobilindustrie Anwendung. Sie weisen auch für andere, zunehmend auch für Klein- und Mittelbetriebe, die Richtung und sind deshalb ausgesprochen hilfreich zur Orientierung innovativer Ansätze im betrieblichen Arbeitsschutz.

Was diesen betrifft, so verhält er sich offenbar ebenso wie sein Teilgebiet, die Gesundheitsförderung, vollkommen neutral zu diesen Entwicklungen. In Konzeptformulierungen des Arbeitsschutzes, und hier vor allem der Arbeitsmedizin und der Gesundheitsförderung, gehen solche Überlegungen nicht ein, jedenfalls sind sie nicht bekanntgeworden.

Welche Konsequenzen, offenen Fragen und Ansatzpunkte ergeben sich nun aus einer Berücksichtigung der erwähnten Hauptentwicklungslinien der Produktionskonzepte für den betrieblichen Arbeitsschutz mit allen seinen Teilfunktionen? Im folgenden werden zusammenfassend die arbeitsschutzrelevanten Elemente der modernen Produktionskonzepte zusammengefaßt.

Neue Aufgaben für den Arbeitsschutz

Einher mit der Durchsetzung neuer Produktionskonzepte im industriellen Bereich bilden sich qualitativ neue Anforderungen an die Arbeitskräfte heraus, die ein hohes allgemeines Qualitätsniveau erforderlich machen. Teilweise ist dies in den Betrieben (vor allem unter den jüngeren Arbeitnehmern) schon erreicht. Dieses gestiegene Qualifikationsniveau kann eine Voraussetzung sein, um die Beteiligung der Beschäftigten an Arbeitsschutzmaßnahmen im größeren Umfang zu erreichen, als bisher schon der Fall war. Eine weitergehende Einbeziehung der Beschäftigten in die Arbeitsschutzaktivitäten der Betriebe sollte daraus eine Konsequenz sein. Nicht zufällig werden bereits vielfältige Formen von Gesundheitszirkeln diskutiert und in einzelnen Betrieben bereits realisiert.

Die Arbeitskraft wird aus betrieblicher Sicht weniger austauschbar. In allen Konzepten sind die Betriebe auf eine stabile Stammbesetzung angewiesen, die zwar in einzelnen Konzepten (vor allem im technikzentrierten Modell) innerbetrieblich hoch flexibel sein muß, aber eine geringere Fluktuation aufweisen soll. Zugleich ist eine hohe Anwesenheitsrate (also ein geringer Krankenstand) nicht nur aus ökonomischen, sondern auch aus produktionsbedingten Gründen wichtiger als zuvor. Dies könnte zum Teil die gerade heftig geführte Krankheitsdiskussion erklären. Arbeitsmedizin und Gesundheitsförderung als Teil des Arbeitsschutzes hätten also in Zukunft größeres Gewicht darauf zu legen, die Arbeitskraft tatsächlich in größerem Ausmaß als bislang bereitstellen zu können.

Die neuen Produktions- und Personalführungskonzepte werfen mit Sicherheit eine Fülle neuer Zusammenhänge von Belastung und Beanspruchung auf, die sich weitgehend der herkömmlichen arbeitsmedizinischen Systematik entziehen und für deren Lösung vielleicht Gesundheitsförderungskonzepte geeigneter sind. Wenn im Laiensystem schon von „Management by Stress“ gesprochen wird, ist die Richtung im wesentlichen vorgegeben. Mentale Unter- oder Überforderung, einseitige Körperbelastungen, Konkurrenz als Belastungsfaktor sind hier die Schlagworte, mit denen die Richtung präventiven Handelns umschrieben werden kann.

Ein weiteres, nicht unbedingt jedoch in die Systematik der Produktionskonzepte passendes Aufgabenbündel soll nicht unerwähnt bleiben. Es ist dies die zunehmende Chemisierung der Produktion. Hier sind, das sollte öfter betont werden, vollkommen neue Denkansätze notwendig, um das Problem in den Griff zu bekommen. 100 000 Schadstoffe (ohne Berücksichtigung ihrer synergetischen Wirkung) werden zur Zeit in der Produktion angewandt. Natürlich ist es vollkommen illusorisch, diese jeweils auf ihre schädliche

Wirkung hin bewerten zu wollen. Prioritätenlisten, K.-O.-Listen, andere Maßnahmen mit komplexen Lösungen sind anzustreben. Auch diese Aufgabe stellt sich dem Arbeitsschutz der Zukunft.

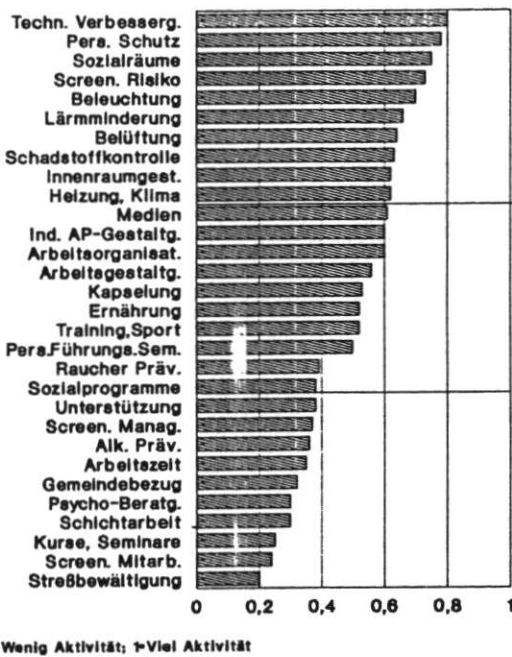
Integration in das betriebliche Geschehen – die organisatorischen Voraussetzungen für den Arbeitsschutz

Es muß nicht weiter begründet werden, warum der Arbeitsschutz möglichst effizient und möglichst reibungsarm in das betriebliche System integriert werden muß. Eine Grundvoraussetzung dafür ist, daß zunächst einmal zur Kenntnis genommen wird, welche Aktivitäten überhaupt stattfinden, wo sie gefördert und behindert werden und welche Erwartungen die Unternehmen an innovative Aktivitäten im Arbeitsschutz knüpfen.

Arbeitsschutzaktivitäten und deren Bedeutung für die Gesundheit

Abbildung 2 zeigt das „Aktivitätsspektrum“ von 161 Großbetrieben in den alten und neuen Bundesländern.

Abb. 2 Arbeitsschutzaktivitäten



Unter den zehn am häufigsten genannten Aktivitäten sind nur zwei nicht technischer Art (Sozialräume und Screening). Diese beiden Aktivitäten sind Ergebnis von Mitnahmeeffekten: Screening von risikoexponierten Mitarbeitern ist berufsgenossenschaftlich in den meisten Fällen vorgeschrieben. Sozialräume sind Mitnahmeeffekte aus Betriebsvereinbarungen oder zum Beispiel der Arbeitsstättenverordnung bzw.

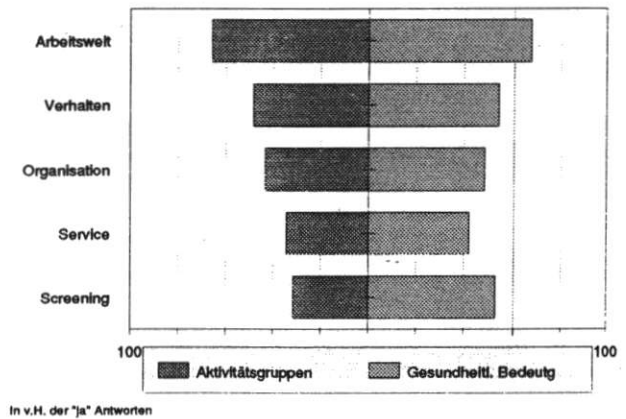
anderen arbeitsplatzbezogenen Regulierungen. Man kann davon ausgehen, daß auch die anderen Maßnahmen im wesentlichen rechtlichen Geboten folgen (siehe Abbildung 3). Ob die Häufung der technisch orientierten Maßnahmen unter Arbeitsschutzgesichtspunkten tatsächlich jeweils die am meisten problemadäquaten sind, kann nicht beurteilt werden. Angesichts der zunehmenden Durchsetzung der neuen Produktionskonzepte sind sie es jedoch mit Sicherheit für die Zukunft nicht.

Erst im nächsten Drittel der Abbildung finden sich Maßnahmen, die auch in das Repertoire der Gesundheitsförderung gehören, obwohl auch in dieser Sektion die Arbeitsorganisation und arbeitsgestaltende Maßnahmen noch häufiger durchgeführt werden als die spezifisch gesundheitsfördernden Maßnahmen, also gewöhnlich als innovative Maßnahmen im Arbeitsschutz bezeichnet werden.

Wir stellen also zusammenfassend eine Technikdominanz des Arbeitsschutzes fest, die teilweise durch die Orientierung der Arbeitsschutzgesetzgebung vorgegeben ist und teilweise durch die Bedingungen der Betriebe notwendig ist. Zum Teil wird sie jedoch auch aus einem Beharrungsvermögen der Betriebe und ihrer Arbeitsschutzsysteme zu erklären sein. Hinter die Anforderungen, die an einen neuen Arbeitsschutz gerichtet werden müssen, fällt diese Technikorientierung deutlich zurück.

Wenn diese 30 Einzelaktivitäten zu Gruppen zusammengefaßt und nach der Häufigkeit ihrer Durchführung geordnet werden, kommen wir zu ähnlichen Ergebnissen.

Abb. 3 Aktivitätsgruppen und gesundheitliche Gewichtung



In dieser Grafik ist auch dargestellt, welche gesundheitliche Bedeutung die Betriebe den einzelnen Aktivitätsbereichen zumessen. Im wesentlichen entspricht dabei der Häufigkeit der Durchführung der einzelnen Maßnahmen auch deren gesundheitliche Gewichtung. Dieser Zusammenhang wird lediglich im Falle der Screening-Untersuchungen durchbrochen. Diese werden von den Betrieben offensichtlich als bedeutungsvoll für die Gesundheit angesehen. Jedoch ist zu

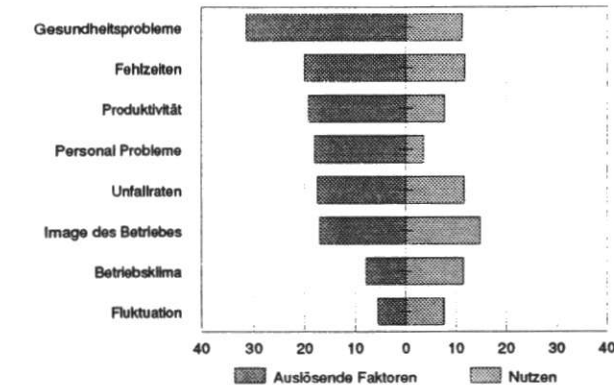
fragen, ob Screening-Untersuchungen für die Gesundheit des einzelnen Beschäftigten eine Rolle spielen.

Auslösende Faktoren und Nutzen von Maßnahmen

Am häufigsten wurde „Gesetzgebung“ als maßnahmenauslösender Faktor genannt. Daraus erklärt sich, daß der weitaus größte Teil der Maßnahmen durch das Arbeitssicherheitsgesetz und entsprechende berufsgenossenschaftliche Normierung ausgelöst sind. Dies erklärt zum Teil auch ihre hauptsächlich technische Orientierung.

Auf der auslösenden Seite ist es interessant, daß die Fluktuation nicht als maßnahmenauslösendes Problem genannt wird, sondern Fehlzeiten, Erhöhung der Produktivität und die Lösung von Personalproblemen offensichtlich die häufigsten auslösenden Faktoren sind, während die Erhaltung der Gesundheit eine zu pauschale Antwort darstellt, die darüber hinaus mit Sicherheit sozial erwünscht ist. Offensichtlich folgen die Betriebe jedoch schon dem Bedürfnis, mit Arbeitsschutzaktivitäten die Bereitstellung der Arbeitskraft zu erhöhen, wobei der Austausch der Arbeitskraft offensichtlich kein entscheidendes Problem darstellt.

Abb. 4
Auslösende Faktoren und Nutzen von Maßnahmen



In hohem Ausmaß-Antworten in v.H.

Den auslösenden Faktoren, mit denen ja auch Erwartungen auf Problemlösungen verknüpft sind, steht der Nutzen, der aus den Maßnahmen gezogen werden konnte, gegenüber. Zunächst ist auffällig, daß Nutzen sehr viel seltener mit dem Attribut „in hohem Ausmaß“ bewertet wird, zum zweiten fällt auf, daß Nutzen und Erwartungen relativ weit auseinanderklaffen. So kann der größte Nutzen offensichtlich für das Image der Betriebe gewonnen werden, aber als auslösender Faktor steht „Image“ im unteren Drittel der Grafik. Umgekehrt verhält es sich mit der Lösung von personellen Problemen, zu deren Lösung vergleichsweise häufig Maßnahmen durchgeführt werden, die jedoch die in sie gestellten Erwartungen nicht erfüllen. Die unterschiedliche Bewertung von Erwartungen und Nutzen kann unterschiedliche Gründe haben:

- Die Betriebe überschätzen die Wirksamkeit von Arbeitsschutzmaßnahmen als Problemlösungsinstrument insgesamt.
- Es wurden die falschen oder unpassenden Maßnahmen gewählt (fehlende Analyse).
- Es findet keine regelmäßige Evaluation der Maßnahmen statt, so daß die Betriebe den Nutzen nicht systematisch beurteilen können und die Ergebnisse zwar nicht ganz zufällig, aber eher subjektiv und erfahrungsbedingt sind.

Konsequenzen für die Modernisierung des Arbeitsschutzes

Die Ergebnisse liefern Hinweise für einige Überlegungen zur Modernisierung des Arbeitsschutzes im Sinne seiner engen Integration in die betrieblichen Produktions- und Organisationskonzepte.

1. Offensichtlich erwarten die Betriebe eine Lösung ihrer speziellen Probleme durch das Arbeitsschutzsystem. Es ist nicht wahrscheinlich, daß zum Beispiel die Lösung von Personalproblemen oder von Fehlzeitenproblemen ausschließlich durch das Arbeitsschutzsystem erfolgen kann, aber es sollte offensichtlich seinen Beitrag dazu leisten.
2. Es besteht ein großer Unterschied zwischen den Erwartungen an die einzelnen Aktivitäten und den tatsächlich eingetretenen Ergebnissen, jedenfalls was den Beitrag des Arbeitsschutzes betrifft. Von seiten des Arbeitsschutzes kann diese Diskrepanz verringert werden durch eine realistische Darstellung der eigenen Lösungsmöglichkeiten (zahlreiche Gesundheitsprobleme lassen sich eben nicht mit Maßnahmen lösen, die dem Gesundheitsbereich zugeschrieben werden können).
3. Weiterhin ist eine Bindung von Lösungsvorschlägen des Arbeitsschutzes an die Strategien und die tatsächlichen betrieblichen Gegebenheiten notwendig. Dem stehen gewichtige Hindernisse entgegen, die (jedenfalls nach Angaben der Betriebe) nicht in fehlendem Personal oder im finanziellen Bereich liegen, sondern im Bereich von fehlender Analyse, fehlendem Interesse und mangelnder Motivation. Dies ist auch für die Gesundheitsförderung ein Problem. Bisher hat es schon zahlreiche Versuche gegeben, mit betriebswirtschaftlichen Argumenten zu begründen, daß Gesundheitsförderung und präventiver Arbeitsschutz sich für Betriebe „lohnen“, den empirischen Beweis dafür mußte man allerdings schuldig bleiben, und die Skepsis bei den Betrieben bleibt bestehen. Es wäre den Versuch wert, durch die engere Verknüpfung der betrieblichen Innovation mit der Modernisierung des Arbeitsschutzes plausibler darstellen zu können, daß der Arbeitsschutz auch unter neuen Produktionskonzepten seinen Beitrag zur Produktion und zur gesundheitsgerechten Arbeitsgestaltung gleichermaßen leisten kann.

M. KASTNER, R. BRINKMANN, M. KIL
 Universität Dortmund
 EIKE MITTERWEGER
 Wacker-Chemie GmbH, München

Personalpflege – ein Konzept zur Gesundheitsförderung

Die Vernetzung von Organisationsentwicklung, Personalentwicklung und Personalpflege

Oft widersprechen sich wirtschaftliche Kosten-Nutzen-Rechnungen auf der einen und ökologische oder Lebensqualitätsüberlegungen auf der anderen Seite. Manche Führungskraft ist der Meinung, Mitarbeiter sollten möglichst viel und gut arbeiten, leistungsfähig sein, aber nicht unbedingt in der Firma ihre Lebensqualität pflegen und teure Arbeitszeit für körperliches und psychisches Wohlbefinden „verschwenden“. Dies gehöre in die Freizeit, die Phase der Regeneration, zu der im übrigen der Mitarbeiter verpflichtet sei, um seine Leistungsfähigkeit zu erhalten.

Die Personalpflege, also Aktivitäten zur Bewahrung der Mitarbeiter, ihrer intrinsischen Arbeitsmotivation, sozialen Unterstützung und Gesunderhaltung ist einer der Fälle, in denen sich humanistische und ökonomische Interessen begegnen und sinnvoll ergänzen. Es ist nicht nur menschlich geboten, humanes und bezüglich der Lebensqualität gehaltvolles Arbeiten zu ermöglichen, sondern auf Dauer ist auch der „return on investment“ für pflegende und gesundheitsfördernde Maßnahmen beachtlich. Umgekehrt rechnet es sich im Zuge der komplexer werdenden Arbeitsanforderungen, des Wertewandels und des knappen qualifizierten Personals nicht, Personal auszu-powern. Der gesunde Organismus in der gesunden Organisation muß eines der wesentlichen Ziele in jedem Unternehmen, jeder Verwaltung, Universität, Praxis, kurz jeder Arbeitsinstitution sein.

Ein Raster von Kastner (1990) erlaubt sowohl die Einordnung konkreter Personalentwicklungs(PE)- und Personalpflege(PP)-Aktivitäten als auch eine Vernetzung zwischen diesen (Selbst-)Führungsaufgaben und der Organisationsentwicklung:

	PERSON	SITUATION	ORGANISATION
	GESUNDHEITSVERHALTEN		
DIAGNOSE	A	B	C
THERAPIE	D	E	F
PRÄVENTION	G	H	I

Beobachtungsobjekt in den Zellen A bis I dieses Schemas ist immer das gesunde, qualitativ hochwertige Arbeitsverhalten und -erleben, welches einerseits unter individuellem Aspekt, andererseits unter kollektivem (Organisations-)Aspekt berücksichtigt werden muß.

Im Rahmen der Organisationsentwicklung versucht man, vorausschauend das Unternehmen auf die kommenden Anforderungen des Marktes einzustimmen und es sowohl in Kosten-Nutzen-Relationen als auch hinsichtlich der Vermeidung verschiedener Systemverträglichkeiten (s. Systemverträgliche Organisationsentwicklung/SOE, Kastner 1991) wie z. B. Krankheiten, innere Emigration, Fehlzeiten usw. zu gestalten. Insofern wird hier bereits auf der kollektiven Ebene der Gesamtorganisation die Basis für die Personalpflege geschaffen.

Zur Personalentwicklung gehören alle Maßnahmen, die das Personal hinsichtlich ihrer Fach-, Management- und Sozialkompetenz fördern. Diese Förderung muß immer auf die Anforderungsstruktur im Unternehmen relativiert werden, um Frustrationen durch Überqualifizierung zu vermeiden. Personalpflege hingegen betont den Bewahrungsaspekt, der unabhängig von der Anforderungsstruktur gilt. Personalentwicklung und Personalpflege fokussieren also im Gegensatz zur systemverträglichen Organisationsentwicklung stärker auf die Mitarbeiter als Individuen, die als eine der wesentlichen Führungsaufgaben in der Linie gefördert und bewahrt bzw. „gepflegt“ werden müssen. Das Unternehmen besteht schließlich im wesentlichen aus den Mitarbeitern. Insofern müßten diesbezügliche Investitionen selbstverständlich sein.

Themen und Aktivitäten der Personalpflege

Analog der Unterscheidung (vgl. Abb. 1) der drei Konstituenten des gesunden und effizienten Verhaltens, Person, Situation und Organisation, die dynamisch wechselseitig wirken, können nun verschiedene Verantwortlichkeiten und Aufgaben der Personalpflege unterschieden werden.

Zunächst ist jeder Mitarbeiter selbst für sich verantwortlich. Er muß entscheiden, wieviel Zeit, Energie

Abb. 1.: Ein Raster zu den PE- und PP-Aktivitäten

und Geld er in richtige Bewegung, Schlaf, soziale Beziehungen usw. investiert. Jenseits der Selbstverantwortung liegt auch Verantwortung zur sozialen Unterstützung beim Team, dem engsten sozialen System am Arbeitsplatz. Der Vorgesetzte hat eine unmittelbare Fürsorgepflicht. Er muß sehen, wenn ein Mitarbeiter „auf dem Zahnfleisch geht“ und entsprechend agieren. Die gesamte Organisation trägt schließlich, vertreten durch die Führungsspitze, Verantwortung für die Personalpflege, die im Rahmen der systemverträglichen Organisationsentwicklung ermöglicht werden muß.

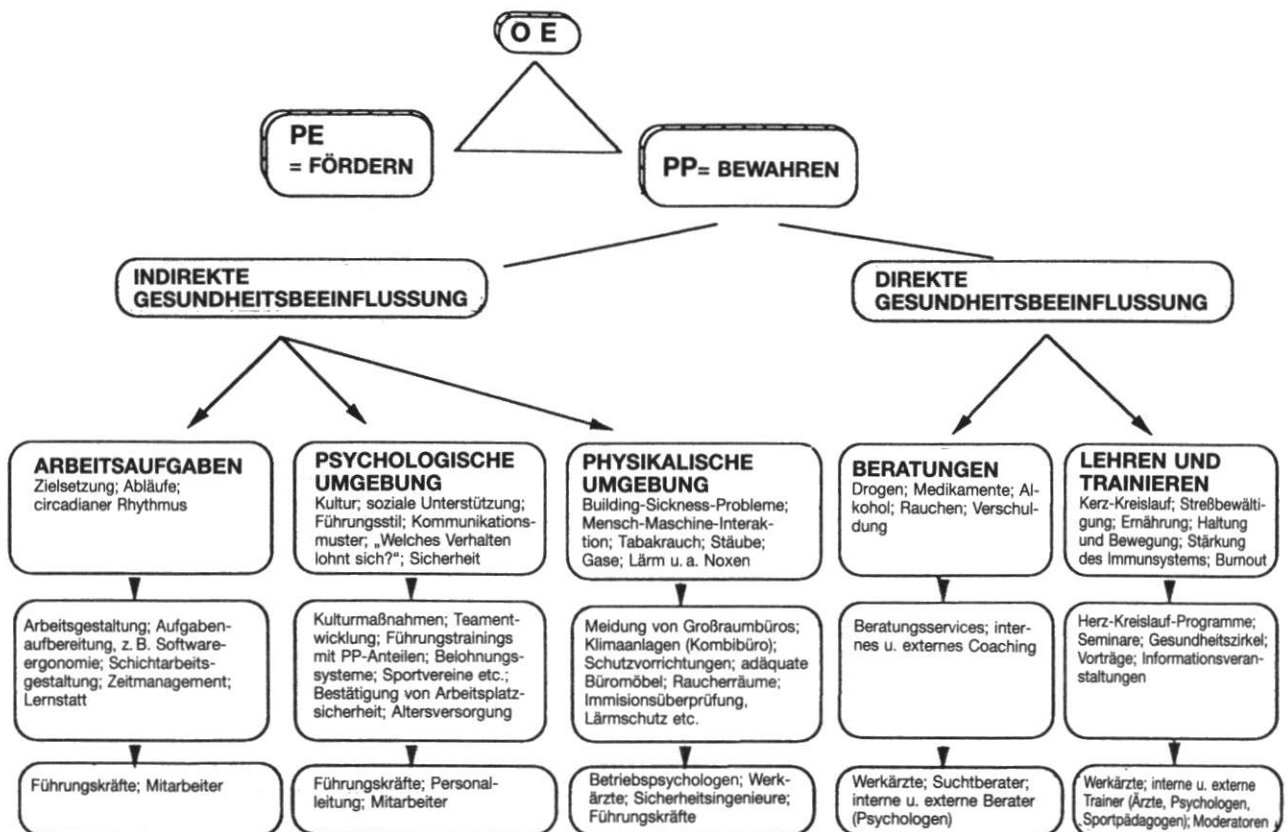
Die folgende Abbildung illustriert diese miteinander vernetzten Themen und Aktivitäten der Personalpflege.

Exemplarische Umsetzung in einer Organisation

Wie immer muß die Treppe von oben nach unten gekehrt werden. Man braucht Überzeugte und Macht-promotoren in der Organisation, die für die Belange der Personalpflege begeistert werden müssen. Erfahrungsgemäß bieten Seminare zur Streßbewältigung, zum Zeitmanagement, zum Umgang mit komplexen Problemen, zur Unternehmensethik recht gute inhaltliche Einstiege. Die Überzeugung der Führungsspitze gelingt um so besser:

- Je weniger auf der Basis von Schwächen argumentiert wird.
 - Je deutlicher gezeigt werden kann, daß Personalpflegemaßnahmen sinnvolle Investitionen in die Zukunft sind, sich auch nach monetären Kriterien „rechnen“.
 - Je stärker verdeutlicht wird, daß angesichts der steigenden technologischen und sozialen Komplexität die Konkurrenz um das qualifizierte Personal stärker als die Konkurrenz um das Projekt wird.
- Dies gelang bei der Wacker-Chemie GmbH. Hier wurde vor ca. drei Jahren der Vorsatz zur Durchführung konkreter vernetzter Personalpflege-Aktivitäten gefaßt. In der Konsequenz wurde eine Personalpflege-Steuergruppe gegründet, die folgende Aufgaben hatte und in einigen Punkten noch hat:
- Erstellung eines Personalpflege-Konzeptes
 - Erarbeitung konkreter Maßnahmen zur PP von der Standardisierung arbeitsmedizinischer Untersuchungen über Herz-Kreislauf-Programme, spezielle Ernährungsangebote bis zur Einrichtung von Raucherräumen.
 - Überprüfung derartiger Maßnahmen im Hinblick auf ihre Organisationskulturverträglichkeit.
 - Koordination der verschiedenen Personen, die mit der Personalpflege befaßt sind, vor allem der Führungskräfte in der Linie, der Personalchefs, der

Abb. 2: Themen und Aktivitäten der Personalpflege

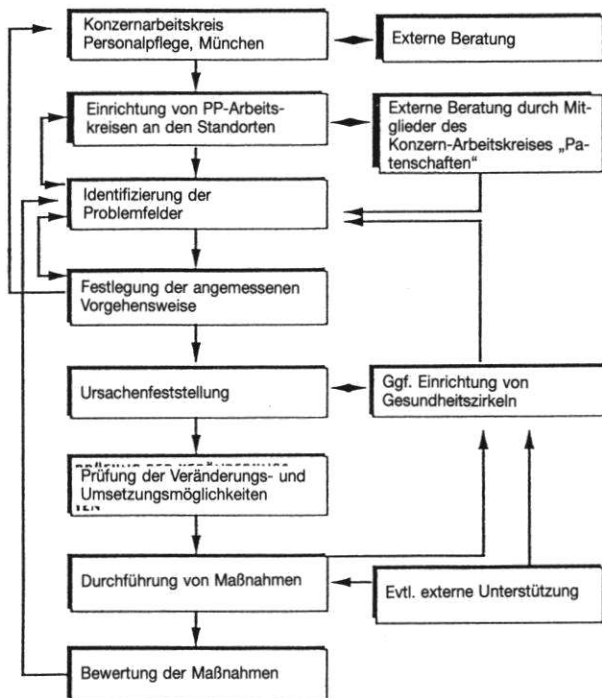


Werksärzte, der Sicherheitsingenieure, der Personalvertretungen etc.

● Marketing für Personalpflege-Maßnahmen

Diese Steuergruppe (Konzernarbeitskreis) besteht aus Vertretern der Hauptverwaltung (zugleich Koordinator der Steuergruppe), des werksärztlichen Dienstes, der Personalleiter, des Betriebsrates, der leitenden Angestellten, der Abteilung „Personalentwicklung“ und einem externen Beratungsteam. Diese Besetzung ermöglicht eine ständige unterstützende Koordinierungs- und Beratungsfunktion für die einzelnen Arbeitskreise „Personalpflege“ an den verschiedenen Standorten. Diese wiederum bestehen aus Mitarbeitern vor Ort: der Personalabteilung, des Betriebsrates, der leitenden Angestellten, Fachkräften für Arbeitssicherheit und Werksärzten. Die Arbeitskreise vor Ort können Gesundheitszirkel einsetzen, Berater hinzuziehen und andere standortrelevante Maßnahmen veranlassen.

Abb. 3: Zyklisches Vorgehen bei der Umsetzung von Personalpflegemaßnahmen bei der Wacker-Chemie



Die „Betrieblichen Gesundheitszirkel“ sind im Unterschied zum „Arbeitskreis Personalpflege“ stärker durch die Beteiligung und Aktivierung der Mitarbeiter gekennzeichnet. Die monatlichen Treffen der Mitarbeiter mit vergleichbaren Arbeitsbelastungen (z. B. Vorarbeiter, Meister, Schreibkräfte) finden unter Anleitung eines Moderators statt. Dabei werden die Belastungen und die daraus entstehenden Beanspruchungen und Tätigkeiten erörtert und Ideen und Verbesserungsvorschläge gesammelt. Die Resultate der Gesundheitszirkel können dann über den Arbeitskreis „Personalpflege“ in Abstimmung mit den zuständigen

Personen, in konkrete Maßnahmen umgesetzt werden (z. B. arbeitsplatzbezogene Maßnahmen, Programmangebote, organisatorische Verbesserungen). Sind die Resultate so gelagert, daß eher übergreifende Gesundheitsfördermaßnahmen zu wählen sind, kann der Arbeitskreis direkt Vorschläge und Ideen entwickeln und andere Personen z. B. wissenschaftliche Berater, Kantinenpächter, Vorgesetzte, Suchtberater, Vertreter des Sportvereins der Wacker-Chemie, Vertrauensleute der Schwerbehinderten hinzuziehen.

Das konzeptionelle Vorgehen orientiert sich immer an dem von Kastner (1990) vorgeschlagenen Raster (s. Abb. 1), demgemäß das zentrale Beobachtungsprojekt das (Gesundheits-)Verhalten der Mitarbeiter darstellt. Dieses Verhalten ergibt sich als hochdynamischer interaktiver Prozeß aus dem Zusammenspiel von Person/Situation/Organisation. Relativ stabile Merkmale der Person (z. B. Konstitution und „festgefahrene“ Verhaltensmuster) interagieren mit Situationseigenheiten (z. B. Arbeitsanforderungen, Büroausstattung, unmittelbarer Arbeitsplatz) und mit Organisationsmerkmalen (Kultur, Belohnungssystemen, Regeln und Normen). Das aus den Wechselwirkungen resultierende dynamische Verhalten soll permanent diagnostiziert werden.

Starke Defizite sollen im Reparaturverhalten möglichst schnell abgestellt werden (Intervention). Zugleich sollen im Sinne der Prävention vorausschauendes Gesundheitsverhalten der Mitarbeiter und Maßnahmen seitens der Organisation (Organisationsentwicklung), die sein Bewahren sichern, evoziert werden.

Eine Pilotstudie zur Herz-Kreislauf-Vorsorge

Mit einer Pilotstudie zur Herz-Kreislauf-Vorsorge wurde die Phase der Umsetzung der im Konzernarbeitskreis erarbeiteten theoretischen Grundlagen eingeleitet. Ziel dieser Studie war die Untersuchung der Wirksamkeit betrieblicher Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Ausgehend vom Modell der Ätiologie kardiovaskulärer Störungen als einem hochkomplexen Prozeß wurde ein verhaltensmedizinisch orientiertes Vorsorgeprogramm in einem der betrieblichen Personalpflege überprüft. Dieses Präventionsprogramm versucht die Erkrankungswahrscheinlichkeit sogenannter „Risikoträger“, also Personen mit überhöhten Cholesterinwerten, Bluthochdruck, Übergewicht usw. zu senken, indem es mehrere Faktoren gleichzeitig berücksichtigt. In den Standorten Burghausen und München wurden diese Vorsorgekurse angeboten und Informationsveranstaltungen von Werksärzten durchgeführt. Programminhalte waren Entspannung, Blutdruckselbstmessung, Information, Ernährungsberatung, Streßbewältigung usw.

Die Pilotstudie wurde als Kontrollgruppenexperiment angelegt (Brinkmann 1991). Neben der Herz-Kreislauf-Vorsorge wurde ein Streßbewältigungsprogramm angeboten. Diese Streßbewältigungsgrup-

pen sowie eine „Wartegruppe“, deren Teilnehmer zwar untersucht wurden, jedoch keiner Intervention unterlagen, dienten als Kontrollgruppen.

Alle Teilnehmer (Experimental- und Kontrollgruppen) der Studie wurden vor und nach den Kursen einer medizinischen Untersuchung und einer psychologischen Testung unterzogen. Ein halbes Jahr später erfolgte eine Nachbefragung.

Ergebnisse der Pilotstudie

1. Medizinische Parameter

Bei den Teilnehmern des Herz-Kreislauf-Vorsorgeprogramms sanken der systolische und der diastolische Blutdruck signifikant. Gleiches gilt für das Gesamtcholesterin. Die Triglyceride verringert sich bei den Teilnehmern des Herz-Kreislauf-Vorsorgekurses im Vergleich zu den Ausgangswerten signifikant.

Da die Veränderungen der medizinischen Parameter isoliert betrachtet nicht sehr aussagekräftig sind, wurden diese für eine Berechnung der Herzinfarkt-wahrscheinlichkeit aggregiert (Methode nach Heyden). Bei der Zusammenschau der Daten ergab sich ein Muster, das für die Teilnehmer am Herz-Kreislauf-Vorsorgeprogramm eine deutliche Verringerung des Herzinfarkt-Risikos aufwies.

2. Kognitive und psychologische Auswirkungen

Das Wissen der Teilnehmer in der Experimentalgruppe bzgl. der Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhöhte sich im Vergleich zu den beiden Kontrollgruppen signifikant. Positive Veränderungen ergaben sich auch innerhalb der erhobenen psychologischen Risikofaktoren bei der Herz-Kreislauf-Präventionsgruppe. So stiegen die allgemeine Arbeitszufriedenheit, die Lebenszufriedenheit, der Wert für gesundheitsbewußtes Verhalten, die Fähigkeit, mit Streß besser umzugehen und die Einsicht, daß Gesundheit als ein Prozeß, der fortdauernder Beobachtung bedarf, zu betrachten ist. Gesunken sind die „Zustandsangst“, die zunächst durch die Konfrontation entsteht, ein erhöhtes Risiko für kardiovaskuläre Krankheiten aufzuweisen und die Werte für psychosomatische Störungen. Eine schriftliche anonyme Nachbefragung dokumentierte zudem die positive Aufnahme der Kurse bei den Mitarbeitern.

Gezielte betriebliche Gesundheitsfördermaßnahmen für die Mitarbeiter, z. B. in Form der durchgeführ-

ten Präventionskurse, zeitigten somit nachweislich positive Veränderungen wichtiger medizinischer und psychologischer Variablen, die für die Entstehung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen verantwortlich gemacht werden.

Konkrete Personalpflege-Maßnahmen

Vielfältige Ideen der personenbezogenen Interventionen und Präventionen wurden mittlerweile durch die Arbeitskreise in den verschiedenen Betriebs-Standorten in die Tat umgesetzt, so beispielsweise Rückenschulungen, Ernährungswochen, ökotrophologische Einzelberatungen. Als rein präventiv ausgerichtete bereits erprobte Maßnahme ist das „Azubi-Schuldnerpräventions-Programm“ zu sehen. Unter den Aspekt der Organisation (vgl. Abb. 1) fallen die durchgeführten Messungen zur Vorbeugung des Sickbuilding-Syndroms bzw. Building-illness-Syndroms in den Arbeitsräumen des neuen Gebäudes der Hauptverwaltung.

Um die konzernweite Einführung der Personalpflege im Denken und Handeln aller Mitarbeiter und Führungskräfte zu unterstützen, werden parallel zu den Maßnahmen gezielte Informationen in der Hauszeitschrift des Unternehmens weitergegeben und eine einheitliche Visualisierung des Personalpflegekonzeptes angestrebt.

FAZIT: Der Ansatz der ganzheitlichen Gesundheitsvorsorge, der im Personalpflege-Konzept verwirklicht ist und psychosoziale Belastungsfaktoren der jeweiligen Lebens- und Arbeitsbedingungen einbezieht, ist in einem Unternehmen wie der Wacker-Chemie aufgrund der vorhandenen Akzeptanz und Nachfrage seitens der Mitarbeiter sowie der gegebenen Infrastruktur implementierbar.

Literatur:

- Brinkmann, R. (1991), Entwicklung, Einsatz und Evaluation eines verhaltensmedizinisch orientierten Herz-Kreislauf-Vorsorgeprogrammes im Rahmen eines betrieblichen Personalpflegekonzeptes, unveröffentlichte Dissertation, Universität Dortmund, 1991.
- Kastner, M. (1990), Personalmanagement heute, Verlag moderne Industrie, Landsberg.
- Kastner, M. (1991), Systemverträgliche Organisationsentwicklung: Blutauffrischung für die Organisation. In: Gabler's Magazin Nr. 10, S. 51-58.
- Wacker Chemie GmbH (Hrsg.) (1991) Die Personalpflege bei der Wacker-Chemie GmbH, München (Hekt.)

RAINER THIEHOFF
Bundesanstalt für Arbeitsschutz

Arbeits- und Gesundheitsschutz im Rahmen betriebswirtschaftlicher Entscheidungen

Der Arbeits- und Gesundheitsschutz ist ein Teil des Unternehmens. Er ist nicht nur eine Rahmenbedingung für betriebswirtschaftliche Entscheidungsprozesse, sondern manchmal sogar ihr Gegenstand. Denn Humanfaktoren entscheiden zunehmend darüber, ob – speziell die neuen – Produktionstechniken beherrscht werden können oder nicht. Zudem sprechen unfall- und krankheitsbedingte Fehlzeiten oft eine deutliche Sprache.

Problem

Ein ungelöstes Problem ist jedoch die methodisch/systematische Einbindung in die Betriebswirtschaft. Für ihre Entscheidungen ist der Arbeits- und Gesundheitsschutz nur sehr schwer faßbar und durch einige unseriöse „Rentabilitätsrechnungen“ belastet. Mit sogenannten Unfallkostenrechnungen versuchte man nachzuweisen, daß Arbeits- und Gesundheitsschutzmaßnahmen „Geld verdienen können“ – und zwar meßbar in Mark und Pfennig. Dieses Ansinnen erwies sich jedoch weder als betriebswirtschaftlich haltbar, noch erscheint es notwendig, um entsprechende Verbesserungen der Arbeitsbedingungen zu begründen. Realistischerweise wird vom Arbeits- und Gesundheitsschutz gar nicht erwartet, daß sein wirtschaftlicher Erfolg im einzelnen monetär – im Sinne von Gewinn und Verlust – gemessen werden kann.

Die Unfähigkeit, einzelne Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge der betrieblichen Leistungserstellung im Zusammenhang mit dem Arbeits- und Gesundheitsschutz wirtschaftlich zu bewerten, heißt nun keineswegs, daß Wirtschaftlichkeitskritiken keine Rolle spielen – im Gegenteil. Kosten und Nutzen betrieblicher Arbeits- und Gesundheitsschutzmaßnahmen werden vielmehr in ihrer Gesamtheit beurteilt. Gefragt wird dazu nach dem Beitrag, den dieses Subsystem, als Teil des Unternehmens, zur Erreichung der Unternehmensziele leistet. In der betrieblichen Praxis geschieht dies oft mit Hilfe von Indikatoren, wie z. B. dem Krankenstand. Leider greifen solche einfachen Zahlen zu kurz.

Lösungsvorschlag: „Kosten der ungestörten Arbeitsstunden“

Die betriebswirtschaftliche Leistung des Arbeits- und Gesundheitsschutzsystems ist eine möglichst hohe Verfügbarkeit des Produktionsprozesses, also der

weitgehend störungsfreie Betriebsablauf. Dieser läßt sich z. B. zeitlich quantifizieren durch die Zahl der ungestörten Arbeitsstunden, ermittelt als Differenz von „eingekauften“ Arbeitsstunden abzüglich Ausfallstunden.

Ein neuentwickelter Effizienzindikator kombiniert Ergebnis- und Einsatzseite anhand der Meßgröße „Kosten der ungestörten Arbeitsstunde“ (Quotient aus den Kosten des Arbeits- und Gesundheitsschutzsystems und der Anzahl der ungestörten Arbeitsstunden). Verminderte Ausfallzeiten führen zu einem Anstieg der ungestörten Arbeitsstunden und folglich zum Sinken des Quotienten aus „Präventionsaufwendungen“ und ungestörten Arbeitsstunden – höhere Ausfallzeiten lassen den Indikator ansteigen. Werden auch die autonomen Veränderungen der Input- und Outputfaktoren in die Betrachtung eingeschlossen, lassen sich die Kosten der ungestörten Arbeitsstunde zu einem Controllingssystem für den Arbeits- und Gesundheitsschutz ausbauen.

Durch den Vergleich der Effizienzindikatoren zwischen Betrieben, Betriebsstellen und einzelnen Arbeitssystemen, mit Durchschnittswerten der Branchen und Berufsgenossenschaften sowie durch Aufbau von Zeitreihen, wird der wirtschaftliche Erfolg der Anstrengungen für Arbeits- und Gesundheitsschutz unmittelbar ablesbar. Innerhalb des Unternehmens sind zudem differenzierte Betrachtungen der Kosten-Leistungs-Verhältnisse möglich.

Controllingansätze sind auf eine nachträgliche, wenn auch möglichst frühzeitige, Beseitigung sich bereits abzeichnender Defizite ausgerichtet. Noch besser jedoch wäre eine vorausschauende Vermeidung von Gesundheitsgefährdungen und -beeinträchtigungen – bereits zum Planungszeitpunkt von Arbeitssystemen. Dies ist eine Aufgabenstellung „erweiterter Wirtschaftlichkeitsverfahren“ und ganzheitlicher Investitionsplanungskonzepte.

Erweiterte Wirtschaftlichkeitsverfahren

Neben eine detaillierte konventionelle Investitions- oder Kostenvergleichsrechnung stellen erweiterte Wirtschaftlichkeitsverfahren eine speziell angepaßte Nutzwertanalyse für schwer oder nicht monetarisierbare Bewertungskriterien (Arbeitssystemwertanalyse). Durch gewichtete Punktwerte lassen sich die Zielerreichungsgrade unterschiedlich menschen- und gesundheitsgerechter Gestaltungslösungen miteinander vergleichbar machen.

Erweiterte Wirtschaftlichkeitsverfahren geben dem Planer Hilfen für die systematische Aufdeckung von Schwachstellen und die Berücksichtigung von nicht-quantifizierbaren Zielbeiträgen bei der Beurteilung von Investitionsalternativen. Die größere Transparenz des Planungsergebnisses durch Offenlegung des Bewertungsprozesses und die nachträgliche Kontrollierbarkeit der prognostizierten Nutzwerte (Arbeitssystemwerte) verleiht dem Entscheidungsvorbereiter zudem in der Praxis größere Kompetenz.

Durch die Nachprüfbarkeit des Planungsergebnisses – und zwar sowohl hinsichtlich der Wirtschaftlichkeitskennzahlen als auch der Arbeitssystemwerte – sind Vergleiche zwischen Planung und Realisierung möglich. Damit werden realistischere Beurteilungen – schon während der Planungsphase – erzwungen. Dies liegt vor allem (aber nicht nur) im Interesse des Entscheidungsträgers, der von größerer Glaubwürdigkeit der Nutzerwartungen ausgehen kann.

Im Unterschied zur alleinigen traditionellen Wirtschaftlichkeitsrechnung ist der Arbeits- bzw. Planungsaufwand jedoch deutlich höher (Projektmanagement). Alle im Unternehmen beteiligten Stellen – also auch der Arbeits- und Gesundheitsschutz – müssen einbezogen werden. Dem erhöhten Planungsaufwand mehrdimensionaler Bewertungsverfahren steht letztlich die Reduzierung des investitionsbedingten Restrisikos gegenüber. Der Entscheidungsträger erfährt nicht nur etwas über den Nutzen gesundheitsgerechterer Gestaltungslösungen und ihre jeweiligen Kosten. Die unterschiedlichen Arbeitssystembewer-

tungen geben ihm auch Informationen darüber, wie die Fachleute und die direkt Betroffenen wertvolle Hinweise auf den zukünftigen wirtschaftlichen Erfolg von Investitionsalternativen.

Die Verringerung von Ungewißheit und Unsicherheit hinsichtlich der anstehenden Investitionsentscheidung stellt für den Entscheidungsträger nicht nur einen strategischen Nutzen dar. Durch die Bewertungshilfen wird er in die Lage versetzt, zwischen den zu erwartenden negativen Folgewirkungen (z. B. auf den Krankenstand) und den begrenzten Verschlechterungen der Rentabilität abzuwägen.

Sowohl effizienzorientierte Controllingverfahren als auch ganzheitliche Konzepte der Investitionsplanung dienen der betriebswirtschaftlichen Einbeziehung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in Unternehmensfunktionen. Sie verbessern die Rationalität betriebswirtschaftlicher Entscheidungen, indem sie über Kosten und Nutzen vorausschauend informieren. Damit liefern sie einen Beitrag zur effizienteren Allokation der knappen Mittel für den Arbeits- und Gesundheitsschutz.

Literaturhinweise

Krüger, w. Meis, s., Probleme und Möglichkeiten der Effizienzkontrolle betrieblicher Arbeitsschutzaktivitäten, Schriftenreihe Forschung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz Fb 640, Dortmund, 1991.

Thiehoff, R., Bewertungsprobleme in der Arbeitswissenschaft – Nachweis der Wirksamkeit arbeitswissenschaftlicher Maßnahmen, in: A., Jungbluth; G. Lück; M. Schweres (Hrsg.), Arbeitswirtschaft, Wiesbaden 1990.

DETLEF HELLMERS,
BKK Carlswerk,
Referatsleiter Gesundheitsförderung

„Wellness-Unternehmensstrategie Gesundheit“ Gesundheitsförderung bei der BKK des Carlswerks

Die BKK des Carlswerks ist für einen Unternehmensverbund von zwölf Firmen – entstanden aus dem früheren Carlswerk – zuständig. Die Betriebsgrößen reichen von ca. 300 bis 2000 Mitarbeitern, also Klein- und Mittelbetriebe. Alle Betriebe gehören zur metallverarbeitenden Industrie, mit dementsprechend hohem Anteil gewerblicher und auch ausländischer Arbeitnehmer.

In unserem Selbstverständnis unterscheiden wir Gesundheitsförderungsaktivitäten von Präventionsmaßnahmen. Gesundheitsförderung ist für uns in Anlehnung an die WHO mehr als Krankheitsverhütung, und so ist in unserem Gesundheitsförderungskonzept betriebliche Prävention ein Bestandteil in einem Bündel von Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Gleichwohl wählten wir als Einstieg in unsere Gesundheitsförderungsaktivitäten einen weitgehend verhaltenspräventiven Ansatz, insbesondere, um bei den innerbetrieblichen Kooperationspartnern Vertrauen zu gewinnen. Aus diesem Grunde haben wir uns an dem Modellprojekt zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen „Hab ein Herz für Dein Herz“ beteiligt, das vom IDIS-Institut in Bielefeld in Kooperation mit dem Landesverband der Betriebskrankenkassen Nordrhein-Westfalen konzipiert wurde.

Das Modellprojekt „Hab ein Herz für Dein Herz“

Die Beweggründe zur Durchführung eines Modellprojektes zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Betrieb sind offenkundig. Herz-Kreislauf-Erkrankungen stehen mit deutlichem Abstand an erster Stelle der Todesursachenliste und bilden die häufigste Ursache bei den Rentenzugängen wegen Erwerbs- und Berufsunfähigkeit. Dabei kann wichtigen Risikofaktoren wirkungsvoll vorgebeugt werden. Und gerade im Betrieb können die für Präventionsmaßnahmen besonders wichtigen Zielgruppen angesprochen werden, welche die gemeindeorientierten Maßnahmen nicht immer erreichen.

Zur Intervention wurde ein modulares Präventionsprogramm entwickelt, das je nach Betriebsgröße und Risikokonstellation modifiziert werden kann. Folgende Aktionstypen sollen das Gesundheitsverhalten der Mitarbeiter beeinflussen:

Screening-Maßnahmen: (Blutdruck, Cholesterin, Übergewicht, Fitneß); Kurse zu Gesundheitsthemen:

(Raucherentwöhnung, Ernährungsberatung, Gewichtsreduktion, körperliche Fitneß, Streßbewältigung); Gesundes Betriebsmilieu: (rauchfreier Arbeitsplatz, gesundes Kantinenmenü, Bewegungspause).

Der Ansatz

Als Hauptansatz zur Einleitung von Verhaltensänderungen liegt dem Konzept das sogenannte „Bahnungsmodell“ (Murza, G., 1990, Seite 40 f.) zugrunde. Es beinhaltet, daß durch die Verknüpfung verschiedener Kommunikationsformen (z. B. Cholesterinmessung + Ernährungskurse + spezielle Kantinenangebote) gesundheitsfördernde Verhaltensweisen eingeübt werden sollen. In diesem Sinne dienen die Screening-Maßnahmen nicht nur zur Diagnose und Rückmeldung über den akuten Gesundheitszustand, sondern sie werden auch als „Vehikel“ eingesetzt, um im direkten Beratungsgespräch zur Teilnahme an weiteren Maßnahmen zu motivieren.

Zur Realisierung dieses Ansatzes wurden auch kommunale Strukturen in das Gesundheitsförderungskonzept integriert. Es soll durch die erwähnte Anbahnung gelingen, die Mitarbeiter zu eigenen gesundheitsfördernden Aktivitäten (am Arbeitsplatz/in der Freizeit) zu motivieren bzw. sie an weiterführende Angebote in der Kommune (z. B. Sportverein) oder im Betrieb (z. B. Betriebssportgemeinschaft) weiterzuleiten.

Zusätzlich sollen folgende Aspekte die Teilnahme-motivation fördern:

- bezahlte Freistellung für Screening-Untersuchungen während der Arbeitszeit
- der Kursbeginn jeweils im Anschluß an das Arbeitsende
- die Ausgabe einer persönlichen „Check-Karte“, deren Nummer bei jeder Teilnahme notiert wird und die dann zugleich als Losnummer beim jährlichen Preisausschreiben gilt
- die intensive und kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit durch persönliches Anschreiben, Handzettel, Artikel in der BKK-Zeitschrift und Plakate
- Die Gestaltung als „Mitmachangebote“, in denen die positiven Effekte gesundheitsfördernden Verhaltens erlebbar gemacht werden.

Interne und externe Kooperation

Als wichtigstes Gremium zur Implementierung betrieblicher Gesundheitsförderungskonzepte hat sich der Arbeitskreis Gesundheit herausgestellt. Dieses Gremium setzt sich zusammen aus je einem Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertreter der beteiligten Firmen, der Betriebskrankenkasse sowie dem Betriebsarzt. Je nach Sitzungsthema werden zusätzlich Fachlehrkräfte (z. B. Ernährungsberater, der Kantinenchef oder Vertreter der Betriebssportgemeinschaft), hinzugezogen.

Zu den Hauptaufgaben des Arbeitskreises Gesundheit gehört neben der Planung und Entscheidung, welche Angebote gemacht werden, die innerbetriebliche Koordinierung, so daß die anfallenden Aufgaben z. B. Integration der Aktionen in den Betriebsablauf, Kursorganisation, Verteilung der Medien etc., aufgeteilt werden.

Des weiteren wurde der Versuch unternommen, eine Verkoppelung betrieblicher und kommunaler Gesundheitsförderung zu gewährleisten. Wie bereits erwähnt, wurden externe Kooperationspartner z. B. Sportvereine und andere kommunale Träger kontaktiert und eine Zusammenarbeit in den Bereichen Information und Beratung über bestehende Angebote, gemeinsame Kursgestaltung, gemeinsame Gesundheitsaktionen (z. B. Spielfest, Lauftreffs) und Nutzung räumlicher Ressourcen angebahnt.

Zusätzlich bietet sich die Möglichkeit, auf Angebote der Arbeitsgemeinschaft der Betriebskrankenkassen zurückzugreifen, die subsidiär eine Unterstützung erfahren und insbesondere für kleinere Betriebskrankenkassen eine Möglichkeit bieten, im Verbund mit anderen Partnern Gesundheitsförderungsprogramme zu realisieren.

Ergebnisse

Im Projektzeitraum von zwei Jahren sank der Anteil der Mitarbeiter mit zu hohen Blutdruckwerten von 30 % (Erstmessung) auf 15,5 % (Abschlußmessung). Insbesondere bei der Teilnehmergruppe, die anhand der Check-Kartennummer identifiziert wurde, konnte eine signifikante Reduktion zu hoher Blutdruckwerte nachgewiesen werden (von 29 % auf 17 %). Auch beim Risikofaktor Cholesterin sank der Anteil der Mitarbeiter mit zu hohen Werten (über 250 mg/dl) von 25 % (Erstmessung) auf 18 % (Abschlußmessung).

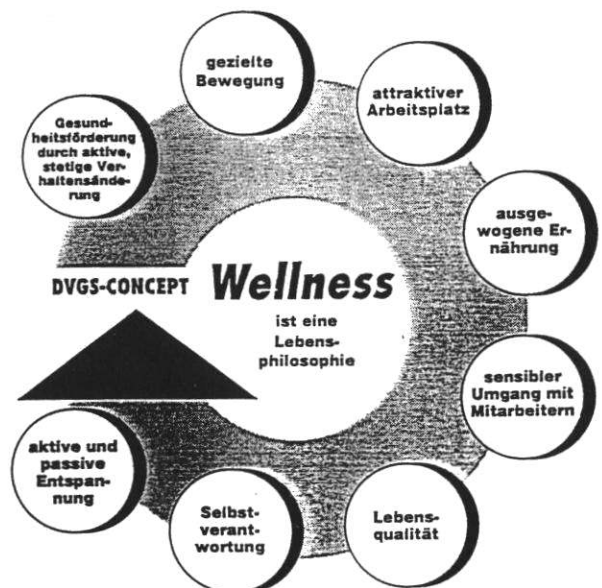
Diese Ergebnisse, die auf validen Daten beruhen, zeigen, daß es durch das Projekt beweisbar gelungen ist, die Risikosituation der Mitarbeiter positiv zu verändern. Zusätzlich lassen die Ergebnisse der Abschlußbefragung darauf schließen, daß viele Teilnehmer ihr Gesundheitsverhalten verändert haben. So geben z. B. 31,5 % der Befragten (n = 673) an, daß sie sich gesundheitsbewußter ernähren und 18,4 % der Befragten weisen darauf hin, daß sie sich mehr bewegen. Wichtig hierbei ist, daß eine spezielle Datenana-

lyse ergab, daß positive Veränderungen der Blutdruck- und Cholesterinwerte hochsignifikant mit Veränderungen des Gesundheitsverhaltens verbunden sind.

Des weiteren wurde im Projektverlauf anhand der Krankheitsartenstatistik ersichtlich, daß sich die Zahl der Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die eine Arbeitsunfähigkeit zur Folge hatten, um 6,4 % reduzierte und die Zahl der AU-Tage um 39,7 % absank. Auch wenn zum gegenwärtigen Zeitpunkt kein kausaler Zusammenhang zwischen Programmablauf und Krankheitsartenstatistik hergestellt werden kann, ist dies jedoch als Indiz für einen erfolgreichen Projektverlauf zu werten.

Wellness – eine Lebensphilosophie

Nach Abschluß der Modellphase wurde das Gesundheitsförderungsprogramm weiter ausgebaut, indem der deutsche Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie (DVGS) als externer Kooperationspartner hinzugewonnen wurde. Der DVGS hat für Betriebe und Behörden das DVGS-Konzept entwickelt. Dieses umfassende „Wellness-Konzept“ setzt sich aus frei kombinierbaren Modulen zusammen, die als Paket ineinandergreifen. Dabei nehmen sowohl betriebliche Belange (Verhältnisprävention), als auch die individuelle Situation der Menschen (Verhaltensprävention) Einfluß auf die Gestaltung der Programme (Abb. 3). Es zielt darauf ab, die angeeigneten falschen Verhaltensweisen schrittweise zu ändern, gelernte Änderungen in das Gesundheitsverhalten zu integrieren und einer stetigen Wiederholung und Erinnerung zu unterwerfen. Denn: „Es ist ein langer Weg vom guten Vorsatz zur festen Gewohnheit.“



Beachtet wird auch, daß nur solche Tips zum Alltagsverhalten in Einstellungsänderungen münden, die von den Teilnehmern als hilfreich anerkannt und

gewollt sind. Deshalb steht bei der Vermittlung richtiger Verhaltensweisen der Spaß und ein positives Körpererlebnis im Vordergrund, denn: „Nicht Askese ist das Ziel, sondern Genuß und Lebensfreude.“

Unter dieser Prämisse ist ein Projekt „Auf den Rücken achten“ für Maschinenarbeiter geplant, in dem die jeweilige Arbeitsbelastung in die Überlegungen miteinbezogen wird. Das Projekt, das in Kooperation mit dem IDIS-Institut schon beim Straßenbauamt sowie bei Pflegekräften erprobt wurde, beinhaltet folgende Phasen:

1. Animationsphase (Auftaktveranstaltung, Gesundheitstag)
2. Screeningphase (Arbeitsplatzanalyse, Gesundheits-Check)
3. Umsetzungsphase (Rückenschulkkurse, Anpassung der Verhältnisse)

Durch diese Kombination von verhaltens- und verhältnispräventiven Ansätzen werden die Voraussetzungen geschaffen, um „Wellness“ zu einem Kernpunkt betrieblicher Gesundheitsförderung zu machen.

Zusammenfassung

Vorgestellt wurde die Entwicklung eines umfassenden betrieblichen Gesundheitsförderungsprogrammes, in dem verhaltens- und verhältnispräventive Ansätze kombiniert und der Mensch als Ganzheit angesprochen wird. Es wurde gezeigt, wie regionale und kommunale Gesundheitsförderungsstrukturen genutzt und in das Konzept integriert werden. Nur so kann es gelingen, bei den Mitarbeitern gesundheitsfördernde Handlungskompetenzen zu stärken und auf eine gesündere Gestaltung der Lebens- und Arbeitsverhältnisse hinzuwirken.

Literatur

- Annuß, R. u. a.: Hab ein Herz für Dein Herz. In: Murza u. Laaser (Hrsg.), Bielefeld, 1990.
- DVGS (Hrsg.): Das Wellness-Concept, Köln, 1990.
- Hellmers, D. u. Giese, W.: Innovation statt Routine. In: Murza u. Laaser (Hrsg.), Bielefeld, 1990.
- Hellmers, D.: Streßprävention im Betrieb: In: Gesundheitssport und Sporttherapie, 1990, 6, (3), S. 7-10.
- Murza, G. u. Laaser (Hrsg.): Gesundheitsförderung, Bd. 2, Bielefeld, 1990.
- Murza, G.: Gesundheit fördern durch Bewegung und Entspannung: In: Murza u. Laaser (Hrsg.), 1990.

Das Gesundheitsberatungszentrum (GBZ) der BKK Bayer Leverkusen

Im Jahre 1986 – lange vor Inkrafttreten des GRG – wurde das Gesundheitsberatungszentrum (GBZ) als Tochtergesellschaft der BKK Bayer Leverkusen gegründet. Anlaß war der 100jährige Geburtstag der Betriebskrankenkasse.

Aufgaben

Die Aufgabe des GBZ besteht in der Planung, Organisation und Durchführung von:

- Präventionsmaßnahmen gegen Risikofaktoren von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Bluthochdruck, Bewegungsmangel, hohe Cholesterinwerte, Rauchen, Streß und Übergewicht)
- Präventionsmaßnahmen gegen Erkrankungen des Bewegungs- und Halteapparates (z. B. Rückenschule und Wassergymnastik)
- Aktuellen Gesundheitsprojekten auf betrieblicher Ebene wie z. B. Aids.

Im Laufe der Jahre kamen auch Kurse und Veranstaltungen hinzu, deren Ziel die Gesunderhaltung der Versicherten ist. Unseren Großveranstaltungen (Wander- und Radwandertage) fällt dabei die wichtige Aufgabe zu, den Versicherten einen Einstieg in das Präventionsangebot des GBZ zu ermöglichen.

Unsere Kursarbeit steht unter dem Motto „Hilfe zur Selbsthilfe“, d. h., wir versuchen unseren Kursteilnehmern die Grundlagen zu vermitteln, die sie brauchen, um das erlernte Verhalten auch in alltäglichen Lebenssituationen umsetzen zu können.

Personelle Besetzung

Das Gesundheitsberatungszentrum beschäftigt zwölf hauptamtliche Mitarbeiter, die in zwei Fachbereiche aufgeteilt sind. Im Fachbereich „Bewegung und Verhaltenssteuerung“ sind zwei Pädagogen und vier Dipl.-SportlehrerInnen tätig. Im Fachbereich „Ernährung“ eine Ernährungsmedizinische Beraterin, zwei Diätassistentinnen und eine Dipl.-Oecotrophologin. Dazu kommen noch zwei Verwaltungsangestellte.

Für die Kursarbeit werden je nach Anzahl der stattfindenden Kurse außerdem noch zwischen 15 und 20 freiberuflich tätige Mitarbeiter eingesetzt.

Zielgruppen

Die Arbeit des Gesundheitsberatungszentrums konzentriert sich vornehmlich auf vier Zielgruppen:

- Kinder im Vor- und Grundschulalter, da dieses Potential am erfolgversprechendsten ist
- Jugendliche und Auszubildende, da diese Gruppe eine große pädagogische Herausforderung darstellt
- BKK-Versicherte einschließlich Familienangehörige. Hierbei handelt es sich um die größte Gruppe der Versicherten (Arbeitnehmer, Wechselschichtler sowie Arbeitnehmer mit sitzender Tätigkeit)
- Rentner, da wir uns den Senioren aus sozialen Gründen besonders verbunden fühlen

Arbeitsschwerpunkte

1. Kursarbeit
Durchgeführt werden Kurse gegen Bewegungsmangel, gegen Übergewicht, zur Raucherentwöhnung, Entspannungskurse, Eltern-Kind-Kurse, Kochkurse, Rückenschule, Wassergymnastik, Yoga- und Gedächtnistrainings-Kurse.
2. Kooperation
Dazu gehört zum einen die Zusammenarbeit mit werksinternen Kooperationspartnern (Arbeitssicherheit, ärztliche Abteilung, Kindertagesstätten, Werksberufsschule, Werksfeuerwehr, Werksleiterbüro und Wirtschaftsbetriebe) und zum anderen die mit werksexternen Kooperationspartnern (Grundschulen, Krankenkassen, kommerzielle Anbieter, Sportvereine, Verbände und die Stadt).
3. Projektarbeit
Dazu gehören die Bereiche Aids, Gesunde Schultüte, die Herausgabe von Freizeit- und Breitensportangeboten, die Bayer „FIT“-Aktion, das Kindergartenprojekt und das Sommerprogramm.
4. Großveranstaltungen
Sie umfassen Radwandertage, Wandertage, Tanz und Ausgleichsgymnastik für Senioren, den Gesundheitssporttag und Fachtagungen.
5. Schulung von Multiplikatoren
(Fachpersonal von Wirtschaftsbetrieben, Erzieher von Kindertagesstätten und Lehrer von Grundschulen/Werksberufsschule)
6. Einzelberatung
(Ernährungs- und Sportberatung)

Leitgedanken für die zukünftige Arbeit des GBZ sind:

1. die Flexibilität
Flexibilität bei Kursangebot und Projektarbeit hilft uns, auf die sich ändernden Ansprüche unserer Versicherten marktgerecht reagieren zu können.
2. die Kritikfähigkeit
Wir stellen uns der Kritik der Kursteilnehmer, da sie für uns ein wichtiges Mittel zur Optimierung unserer Arbeit ist.
3. die Wissenschaftliche Begleitung
Wir bedienen uns bei der Analyse unserer Arbeit wissenschaftlicher Hilfsmittel (Evaluation, begleitende Studien, Prognosen etc.)
4. die Modifikation
Wir bemühen uns, unsere Arbeit kurzfristig auszuwerten, um mögliche Fehlerquellen schnell zu erkennen und Korrekturen unmittelbar vornehmen zu können.
5. die Expansion
Mittelfristiges Ziel der GBZ-Aktivitäten ist der Aufbau und die Qualitätssicherung des Präventionsangebotes an den externen BKK-Standorten.

Fazit

Das Gesundheitsberatungszentrum als präventive Einrichtung ist für uns eine Investition für die Zukunft. Ziel unserer gegenwärtigen Arbeitsschwerpunkte ist

die Gesunderhaltung unserer Versicherten. Geld, das wir heute dafür ausgeben, sparen wir morgen bei den Ausgaben für Krankheitskosten ein.

Thesen zur Gesundheitsförderung im Betrieb

Fehlverhalten der Versicherten verursachen zu einem großen Teil Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Erkrankungen des Bewegungsapparates.

- Über Öffentlichkeitsarbeit wie Ausstellungen, Wander- und Radwandertage, Ernährungswochen in den Werksrestaurants, Presseartikel in Zeitungen und Zeitschriften können Neugierde und Problembewußtsein zu diesem Thema geweckt werden.
- Durch gezielte und wissenschaftlich überprüfte Angebote zur Ernährung und Bewegung können Verhaltensänderungen herbeigeführt bzw. unterstützt werden.
- Präventionsangebote sind nur erfolgreich, wenn sie regelmäßig durch Erfolgskontrolle geprüft und ggf. angepaßt werden.
- Auch für die Gesundheitsförderung sind nur begrenzte Mittel vorhanden. Sie müssen daher so effektiv wie möglich eingesetzt werden.
- Die Krankenversicherungsträger müssen sich verstärkt dieser Aufgabe zuwenden und dabei auch Angebote des „Marktes“ nutzen.
- Die Prävention ist eine Investition für die Zukunft.

Das „Bewußt-gesund-Programm“ – Gesundheitsförderung und Prävention bei Boehringer Mannheim

Das „Bewußt-gesund-Programm“ ist ein Kooperationsmodell* des Instituts für medizinische Psychologie der Universität Marburg, den Abteilungen medizinische Psychologie und Soziologie der Medizinischen Hochschule Hannover, der Betriebskrankenkasse Boehringer Mannheim sowie der AOK Starnberg und AOK Garmisch-Partenkirchen.

Was verstehen wir unter Gesundheitsförderung und Prävention?

Gesundheitsförderung bezieht sich auf alle Aktivitäten, die dazu beitragen, den Gesundheitszustand und das persönliche Wohlbefinden zu erhalten bzw. zu verbessern. Der „Treibriemen“ für Gesundheitsförderung ist die Lebensfreude.

Prävention bezieht sich auf alle Maßnahmen, die mithelfen, Krankheiten zu verhindern und Leiden zu vermeiden.

Warum beschäftigen wir uns mit diesem Thema?

Gesundheitsförderung und Prävention zielen primär auf 3 wichtige Lebensabschnitte der Menschen: das Kindergarten- und Schulalter, das Berufsleben und den Eintritt in den aktiven Ruhestand.

Dabei gibt es für uns 3 Ansatzpunkte, warum wir ein Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramm gestartet haben:

- der unternehmenskulturelle Aspekt,
- der wirtschaftliche Gesichtspunkt,
- die gesetzlichen Rahmenbedingungen.

Der unternehmenskulturelle Aspekt gewinnt mit dem veränderten Stellenwert einzelner Werte im Berufs- und Privatleben zunehmend an Bedeutung. Eine Harmonie, d. h. eine ausgewogene Balance zwi-

schen beruflichem Arbeitsstil und privatem Lebensstil, wird entscheidend vom Gesundheitszustand der einzelnen Personen bestimmt. Nur sich ergänzende Aktivitäten in beiden Lebensbereichen führen zu einem erfüllteren Leben.

Auf der Suche nach Erfolgen und Spitzenleistungen spielt die im Alltag erlebbare Unternehmensphilosophie, die Bezug nimmt auf den Sinn des beruflichen Handelns, eine entscheidende Rolle. Ein Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramm bei Boehringer Mannheim trägt durch die Förderung eigenen Erlebens dazu bei, zu verstehen, warum es in unserer Unternehmensverfassung heißt: „Boehringer Mannheim, wir arbeiten für Gesundheit“

Die wirtschaftlichen Gesichtspunkte, die für ein Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramm in Unternehmen und auch bei Boehringer Mannheim sprechen, sind einerseits die Vermeidung von krankheitsbedingten Kosten für Lohnfortzahlung, Ausfallkosten, Umsetzungskosten und Know-how-Verluste. Andererseits besteht auch die Notwendigkeit, daß in einem sich ändernden Markt der wirtschaftliche Einsatz von neuen Technologien und Organisationsformen nur von möglichst gesunden, geistig flexiblen, über ihren Fachbereich hinaus qualifizierten Berufstätigen gemeistert werden kann. Gesundheit hat nicht nur für jeden einzelnen von uns – wie Umfragen immer wieder belegen – den höchsten Stellenwert, sondern wird bei raschem technologischen Wandel zum Wettbewerbsparameter für Unternehmen. Ein Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramm stellt für uns somit humanitäre Verpflichtung und Vorbedingung für eine ökonomische Notwendigkeit und Vorbedingung für eine „überfachliche“ Qualifizierung dar (Human Resources Development).

Der dritte Ansatzpunkt, warum sich ein Einstieg bei Boehringer Mannheim in ein Gesundheitsförderungs- und Präventionsprogramm anbietet, sind die geänderten gesetzlichen Rahmenbedingungen, das Gesundheitsreformgesetz (§ 20).

Was tun wir?

Unser genereller Ansatz besteht darin, neue und bestehende Aktivitäten zu vernetzen (siehe Abb. Seite...) Dabei verknüpfen wir Screeninguntersuchungen als Impulsgeber für Gesundheitsförderungsmaßnahmen und den Gesundheits-Check-up nach § 25 Sozialge-

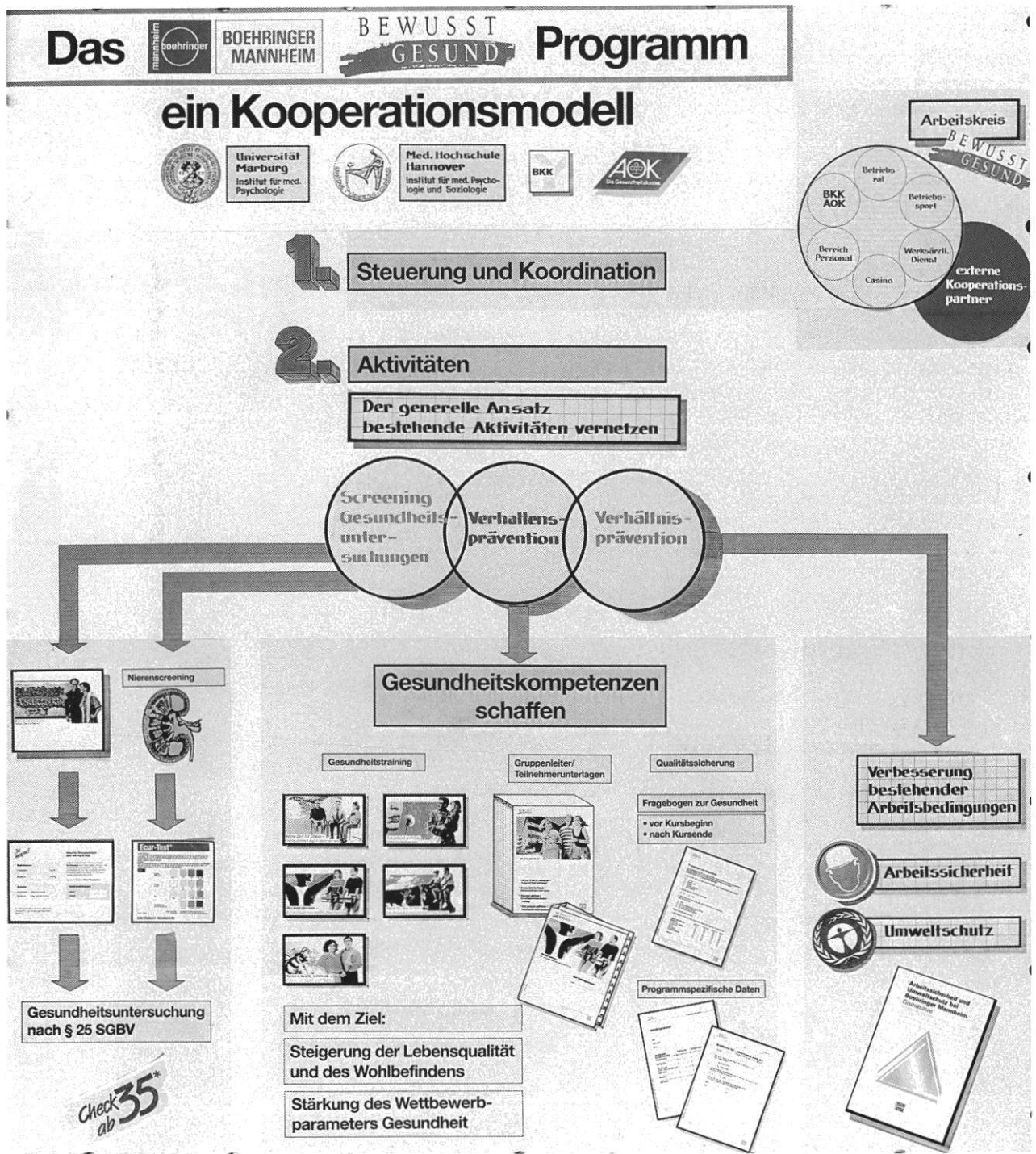
*Zur Kernarbeitsgruppe gehören:
Professor Dr. Dr. H.-D. Basler, Marburg
B. Beisenherz, Marburg
Dr. U. Brinkmeier, Hannover
G. Büchler, Boehringer Mannheim
Dr. K. Buser, Hannover
A. Frank, Marburg
K. Huth, Boehringer Mannheim
Dr. G. Kaluza, Marburg
Prof. Dr. U. Tewes, Hannover

setzungsbuch V mit Aktivitäten der Verhaltens- und Verhältnisprävention.

Schwerpunkte der Verhältnisprävention sind Arbeitssicherheit und Umweltschutzaktivitäten. Verhältnisprävention ist „Chefsache“ bei Boehringer Mannheim. Hierzu hat sich das Unternehmen in der „Tutzinger Erklärung“ nicht nur verpflichtet. Die Inhalte der Verpflichtung – die Belange der Ökologie und der humanen Gestaltung der Arbeitsplätze zu bewahren – werden im Investivbereich umgesetzt. Wir sind bei Boehringer Mannheim auch ein wenig stolz darauf, daß wir für unser Konzept „des integrierten

Umweltschutzes“ mit dem Preis des Bundesverbandes der Deutschen Industrie (BDI) für umweltorientierte Unternehmensführung ausgezeichnet wurden.

Schwerpunkte der Verhaltensprävention sind Aktivitäten zur Förderung von Gesundheitskompetenzen bei den Mitarbeitern, und zwar auf den Sektoren Bewegung, Entspannung, Ernährung und Umgang mit Genussmitteln. Ziel ist es, das Wohlbefinden und die Lebensqualität zu steigern, denn der Treibriemen für die Gesundheitsförderung ist nicht die Askese, sondern die Lebensfreude. Unter dem Logo „Bewusst gesund“ wurden die folgenden Programme entwickelt



- „Keine Zeit für Streß – Gelassenheit kann man lernen“
- „Rücken stärken – ein entspannendes Muskeltraining“
- „Nimm's leicht, nimm ab – Essen mit Spaß und Genuß“
- „Gut gelaunt aufhören – Nichtraucher leichtgemacht“
- „Werd fit, mach mit – ein Trainingsprogramm nach Maß“

Die Methodik aller Programme orientiert sich an folgenden Leitsätzen: erfolgreiche, evaluierte Methoden kombinieren; Programme individualisieren (Auswahl aus einem Spektrum); komprehensiv vorgehen (ganzheitlicher Ansatz); Programme modular aufbauen und neu erlerntes Verhalten stabilisieren.

Neben dem für alle Mitarbeiter zugänglichen Gesundheitstraining sehen die nächsten Schritte die Integration dieser Inhalte in unsere Auszubildenden-Programme sowie unsere Führungskräfte-Sollprogramme vor.

Wesentlicher Aspekt bei allen Gesundheitsförderungs- und Präventionsaktivitäten ist die Qualitätssicherung durch wissenschaftliche Begleitforschung, um zu sehen, welche Effekte durch die Maßnahmen und das organisatorische Umfeld erzielt werden.

Ergebnisse und Schlußfolgerungen

Die ersten Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung für das „Bewußt-gesund-Programm“ zeigen einen hohen Zufriedenheitsgrad sowie eine gute bis sehr gute Beurteilung der Materialien und eine gute Umsetzung in den Alltag. Aus den programm-

spezifischen Daten geht hervor, daß sich die Streßverarbeitung deutlich gebessert hat, daß die Streßfolgen reduziert sind und die Entspannungsfähigkeit zunimmt. Beim Ernährungs- und Gewichtsprogramm sank das Gewicht im Mittel um 5 kg, die Cholesterinwerte gingen herunter, Eß- und Ernährungsverhalten haben sich bei verbesserter Allgemeinbefindlichkeit in die gewünschte Richtung verändert. Diese positive Entwicklung zeigt sich auch beim „Rücken-stärken“-Programm.

Wir sind gespannt, welche Daten das vom Bundesverband der Betriebskrankenkassen und dem Bundesgesundheitsministerium finanzierte Projekt „Akzeptanz und Effektivität von Gesundheitsförderungsprogrammen im Betrieb“ bringen wird.

Abschließend läßt sich sagen:

(1) Verhältnisprävention hat derzeit und wird auch in Zukunft einen sehr hohen Stellenwert haben. Dennoch sind auch Maßnahmen der Verhaltensprävention mit dem Ziel des Erlernens und Anwendens von Gesundheitskompetenzen in einer älter werdenden Gesellschaft von wesentlicher Bedeutung. Für uns alle gilt früher oder später, daß wir hoffen, unser Alter werde nach den Worten von Boris Luban Plozza nicht Ende sondern Ernte unseres Arbeitslebens sein.

(2) Gesundheitsförderung und Prävention schlagen sich im Geschäftsbericht jedes Unternehmens nieder auf der Soll- und Habenseite. In zunehmendem Maße gewinnen deshalb die Worte von Cohen „Good health is good for business“ an Bedeutung. Sie finden auch ihren Niederschlag in den Aktivitäten der Kranken- bzw. Gesundheitskassen im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung und Prävention.

CHRISTIAN VETTER
AOK – Kreis Warendorf

Verhältnisorientierte Gesundheitsförderung im Betrieb unter Beteiligung einer AOK

Prävention und Gesundheitsförderung durch die AOK

Veränderungen im Krankheitsspektrum und in der demographischen Struktur haben die AOK bereits in den siebziger Jahren dazu veranlaßt, Präventionsangebote in ihren Leistungskatalog aufzunehmen. Die Leistungen im Bereich der Gesundheitsvorsorge wurden seit dieser Zeit ständig erweitert und ausgebaut. Das Engagement im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung wurde in den achtziger Jahren schließlich zu einem Kernstück der AOK-Unternehmensphilosophie, was in der neuen Namensgebung „AOK – Die Gesundheitskasse“ und in der Gründung von AOK-Gesundheitszentren seinen Ausdruck fand.

Gesundheitsreformgesetz (§ 20, SGB V)

Mit dem Gesundheitsreformgesetz (§ 20 SGB V) wurden die Krankenkassen erstmalig auch vom Gesetzgeber dazu verpflichtet, Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung in ihr Leistungsangebot aufzunehmen.

Die AOK begrüßt die gesetzliche Verankerung von Präventionsangeboten der Krankenkassen und sieht darin gleichzeitig eine Bestätigung der seit vielen Jahren von ihr praktizierten Unternehmenspolitik.

Im Gesundheitsreformgesetz werden die Krankenkassen auch dazu aufgerufen, „den Ursachen von Gesundheitsgefährdungen und Gesundheitsschäden nachzugehen und auf ihre Beseitigung hinzuwirken“. Gleichzeitig wird ihnen die Möglichkeit eingeräumt, bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mitzuwirken. Dazu sollen auch Erkenntnisse über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gesammelt werden.

Mit dem Gesundheitsreformgesetz wurde somit die gesetzliche Grundlage für ein Engagement der Krankenkassen auch im Bereich verhältnisorientierter Prävention geschaffen. Im Rahmen von Modellvorhaben können die Krankenkassen neue Leistungen, Maßnahmen und Verfahren im Bereich der Prävention erproben (§ 63, 67 SGB V); dazu gehören auch Aktivitäten im Bereich der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung.

Im AOK-System wird von dieser Möglichkeit reger Gebrauch gemacht. Inzwischen sind in Kooperation mit zahlreichen Unternehmen eine Vielzahl von Aktivitäten und Projekten zur betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung angelaufen.

Modellprojekt

Die AOK für den Kreis Warendorf in Westfalen führt seit etwa einem Jahr zusammen mit der Fleischwarenfabrik Stockmeyer GmbH & Co. KG ein solches Modellprojekt durch. Die Stockmeyer GmbH & Co. KG gehört zu den größten fleischverarbeitenden Unternehmen Europas. Das in den letzten Jahren stark expandierende Unternehmen engagierte sich auch früher schon im Gesundheitsbereich. Die Firma hat mehr als 1000 Mitarbeiter, von denen ca. 90 % bei der AOK versichert sind.

Arbeitskreis „Gesundheit im Betrieb“

Nach Vorgesprächen der AOK mit der Unternehmensleitung und dem Betriebsrat wurde gemeinsam der Arbeitskreis „Gesundheit im Betrieb“ gegründet. Dieser Arbeitskreis bildet die organisatorische Basis für die betriebliche Prävention und Gesundheitsförderung. Die Arbeit dieses Gremiums wird durch die AOK organisiert und koordiniert. Am Arbeitskreis „Gesundheit im Betrieb“ beteiligt sind alle Instanzen bzw. Personen, die im Betrieb Verantwortung für den Arbeits- und Gesundheitsschutz tragen:

- die Unternehmensleitung, im Rahmen dieses Projekts vertreten durch den Personalleiter
- der Betriebsrat
- der Betriebsarzt
- der Sicherheitsingenieur
- der Arbeitsvorbereiter sowie
- die AOK mit ihrem Versichertenältesten, den Präventionsfachkräften und dem Projektleiter.

Seine Aufgabe ist neben der allgemeinen gesundheitlichen Aufklärung die Entwicklung und Umsetzung eines auf die spezifische Situation des Betriebes zugeschnittenen Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramms. Diese Aufgabe ist nur zu erfüllen auf der Basis einer möglichst detaillierten Analyse der betrieblichen Gesundheitslage.

Betrieblicher Gesundheitsbericht

Zu dieser Analyse kann die AOK einen entscheidenden Beitrag leisten. Sie verfügt aufgrund ihrer gesetzlichen Aufgaben über Routinedaten, aus denen sich bei entsprechender Auswertung wichtige Informationen über die gesundheitliche Lage der Beschäftigten ableiten lassen. Die AOK hat inzwischen Auswertungsverfahren entwickelt, die – natürlich unter Wah-

zung des Datenschutzes – die Nutzung dieses Datenmaterials für die betriebliche Prävention und Gesundheitsförderung gestatten. Im Rahmen des Projekts, das die AOK für den Kreis Warendorf seit Ende 1990 zusammen mit der Stockmeyer GmbH & Co. KG durchführt, wurden bisher ausschließlich die Arbeitsunfähigkeitsdaten der Beschäftigten ausgewertet. Darüber hinaus ist zusätzlich die Auswertung weiterer Datenbestände, wie z. B. der Daten über die Krankenhausbehandlung sowie der Leistungsdaten im ambulanten und im stationären Bereich denkbar. Die Arbeitsunfähigkeitsdaten der Beschäftigten der Stockmeyer GmbH & Co. KG wurden retrospektiv für die Jahre 1987 bis 1990 ausgewertet.

Mit Hilfe von Angaben des Betriebes über die Abteilungszugehörigkeit der Beschäftigten konnten die Daten auch abteilungsbezogen analysiert werden. Auf diese Weise wurden innerbetriebliche Vergleiche zwischen den verschiedenen Abteilungen wie auch Vergleiche zwischen einzelnen Abteilungen und dem Gesamtbetrieb möglich. Darüber hinaus wurden die Arbeitsunfähigkeitsdaten des Betriebes anhand Vergleichsdaten der Region und des Bundes bewertet.

Die Ergebnisse dieser Auswertungen wurden zu einem betrieblichen Gesundheitsbericht zusammengestellt und dem Arbeitskreis „Gesundheit im Betrieb“ vorgestellt. Auffälligkeiten, wie beispielsweise überproportional hohe Erkrankungsdaten in einer Abteilung bei bestimmten Krankheitsgruppen oder überdurchschnittlich viele Erkrankungsfälle in einer bestimmten Altersgruppe wurden dort diskutiert und auf mögliche Zusammenhänge mit Belastungen an den Arbeitsplätzen untersucht.

Arbeitsplatzanalyse

Eine Betriebsbegehung durch Experten der Bundesanstalt für Arbeitsschutz lieferte weitere Informationen über Belastungsschwerpunkte an den Arbeitsplätzen und gleichzeitig Vorschläge für den Abbau vermeidbarer Belastungen durch Maßnahmen der Arbeitsplatzgestaltung.

Fragebogen „Arbeit und Gesundheit“

Als ein weiteres wichtiges Instrument zur Analyse der betrieblichen Gesundheitslage wurde zusammen mit dem Arbeitskreis „Gesundheit im Betrieb“ ein Fragebogen zum Thema „Arbeit und Gesundheit“ entwickelt. Ziel der Befragung der Mitarbeiter war es nicht nur, die Datenbasis für die Planung der Maßnahmen zur betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung zu verbessern, sondern darüber hinaus durch die Beteiligung der Mitarbeiter bereits am Planungsprozeß die Mitarbeiter von Anfang an aktiv in das Programm ein-

zubinden. Durch die Befragung sollten aus der Sicht der Beschäftigten Informationen über Belastungs-Beschwerden-Zusammenhänge gewonnen werden. Weitere Themen des Fragebogens waren das derzeitige Gesundheitsbewußtsein und -verhalten der Beschäftigten, ihre Wünsche im Hinblick auf Angebote zur Verhaltensprävention, der Unfallschutz, die Bereitschaft zur Arbeitsplatzrotation sowie das Interesse an betrieblichen Gesundheitszirkeln. Im Vorfeld der Befragung wurden die Mitarbeiter im Rahmen von Gesundheitstagen im Betrieb über das Modellprojekt und die Fragebogenaktion informiert. Zusätzlich wurden Screenings (z. B. Blutdruckmessung, Lungenfunktionstest) angeboten.

Es ist geplant, die Beschäftigten ebenfalls über die Ergebnisse der Befragung zu unterrichten. Auch die Abteilungsleiter des Unternehmens wurden über das Projekt, die Arbeit des Arbeitskreises „Gesundheit im Betrieb“ sowie die Ergebnisse des Gesundheitsberichtes, der Betriebsbegehung und der Befragung informiert.

Ergebnisse

Als Ergebnis der Arbeit des Arbeitskreises „Gesundheit im Betrieb“ konnten eine Reihe von Maßnahmen zur gesundheitsgerechteren Gestaltung der Arbeitsplätze beschlossen werden.

Anhand des betrieblichen Gesundheitsberichtes wurde auch deutlich, daß von der Stockmeyer GmbH & Co. KG in früheren Jahren realisierte Maßnahmen der Arbeitsplatzgestaltung bereits zu Erfolgen in der Reduzierung der Erkrankungshäufigkeit geführt hatten. Beispielsweise konnte durch Maßnahmen zur Vermeidung der Zugluft, die durch die Kühlaggregate entsteht, die die im Bereich der Fleischwarenproduktion vorgeschriebene niedrige Raumtemperatur garantieren, die Rate der Erkrankungen der Atmungsorgane gesenkt werden.

Ausblick

Der betriebliche Gesundheitsbericht soll in Zukunft jedes Jahr routinemäßig aktualisiert werden, um den Erfolg der weiteren im Rahmen der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung durchgeführten Maßnahmen überprüfen zu können. Außerdem ist geplant, für einzelne Abteilungen Gesundheitszirkel einzurichten, um unter Einbeziehung der Beschäftigten die Arbeit des Arbeitskreises „Gesundheit im Betrieb“ fortzusetzen.

Ergänzend zu der Arbeit im Bereich der Verhältnisprävention wird die AOK den Beschäftigten der Stockmeyer GmbH & Co. KG in der nächsten Zeit auch Angebote zur Verhaltensprävention machen.

HEINZ BUCHMANN

Schweizerische Fachstelle für Alkoholprobleme, Lausanne

Betriebliche Gesundheitsförderungsprogramme – Entwicklungstendenzen in der Schweiz

Gesundheit – ein individuelles Problem?

In erstaunlich kurzer Zeit hat sich auch in der Schweiz der Begriff der Gesundheitsförderung in der gesundheitspolitischen Diskussion und Praxis eingebürgert. Zweifelsohne ist die Situation im Gesundheitswesen, gekennzeichnet durch die Entwicklung einer aufwendigen medizinischen Interventionstechnologie und – damit einhergehend – durch wachsende Ansprüche an therapeutische Leistungen mit entsprechender Kostenfolge, eine entscheidende Voraussetzung für den Erfolg dieses neuen Ansatzes. Mit dem Vorschlag, die Gesundheitsfrage unter umgekehrten Vorzeichen anzugehen, sich für Wohlbefinden zu interessieren, anstatt (negative) Krankheitssymptome zu verhindern und zu beseitigen, schien eine Lösung von der Plausibilität des Ei des Kolumbus gefunden. Die hohe Akzeptanz dieses Ansatzes dürfte nicht zuletzt darauf beruhen, daß er dem Individuum wieder mehr Verantwortung für seine Gesundheit zuzuschreiben erlaubt, ohne es direkt für Fehlverhalten und Krankheit zur Rechenschaft zu ziehen.

So kann betriebliche Gesundheitsförderung zu einem großen Teil individuumzentriert verstanden und praktiziert werden. Die Verkaufsargumentation für entsprechende Programme heißt dann auch, daß sich Maßnahmen zur Beeinflussung individueller gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen für den Betrieb in Form einer geringeren Absentismusrate, erhöhter Arbeitsbereitschaft, -leistung und -sicherheit, geringerer krankheitsbedingter Unkosten, kurz: In Form einer positiven Kosten-Nutzen-Relation auswirken.

Gesundheitsförderung im Betrieb: Ein Kosten-Nutzen-Problem?

In neuerer Zeit sind jedoch nicht nur Zweifel am ökonomischen Nutzen solcher Programme geäußert worden, sondern vor allem wird die Wirksamkeit von Maßnahmen, die allein auf die Veränderung individuellen Verhaltens abzielen, in Frage gestellt.

Verschiedene Evaluationsstudien zeigen, daß die Modifikation individueller Reaktionsweisen auf bestimmte Arbeitssituationen nur insofern wirksam ist, als es sich dabei um flankierende Maßnahmen zu arbeitsorganisatorischen und anderen strukturellen Veränderungen der Arbeitsumwelt handelt. Mit anderen Worten: Gesundheitsförderung muß mehr sein und weiterführen als zu einer besseren Anpassung der Arbeitskraft an schwierige, von Art und Bedingungen

der Tätigkeitsverrichtung diktierte Verhältnisse. Damit werden ökonomische Argumente zwar nicht hinfällig, aber relativiert: Programme zur Gesundheitsförderung sollen zwar auf ihre Kosteneffektivität überprüft werden, das Zielkriterium, an dem ihr Erfolg zu bemessen ist, aber lautet Gesundheit und nicht finanzielle Einsparungen. Daraus ergibt sich allerdings auch eine Definitionsaufgabe hinsichtlich dieses Kriteriums. Wenn Gesundheit für das Individuum mehr ist als die Abwesenheit von Krankheit, so muß auch für den Betrieb aufgezeigt werden können, daß Gesundheitsförderung mehr bringt als die Senkung krankheitsbedingter Produktivitätsverluste und Kosten.

Kostensenkung durch individuelle Verhaltensänderung: Eine etwas einseitige Optik

Stärkung der individuellen Verantwortlichkeit hinsichtlich des je eigenen Gesundheitszustandes und Senkung der krankheits- beziehungsweise unfallbedingten Kosten: So etwa könnte eine generelle Zieldefinition vieler betrieblicher Gesundheitsförderungsprojekte heißen.

Die dadurch gegebene Richtung von Maßnahmen ist deutlich: Die Programme zielen auf Veränderung individuellen Verhaltens, nicht auf Veränderung von Arbeitsbedingungen. Dies gilt selbst dann, wenn der Aufwand für aufklärende Information, verbunden mit entsprechender Schulung von Personalverantwortlichen und Linienvorgesetzten, erheblich ist.

Neuere Entwicklungstendenzen in der Schweiz

Seit einigen wenigen Jahren zeichnet sich in der Schweiz ein Wandel der Zieldefinition von betrieblichen Gesundheitsförderungsprogrammen in zwei Richtungen ab:

1. Das Ziel heißt nicht mehr „Gesundheitsförderung“ generell, sondern beschränkt sich auf den spezifischen Aspekt der Suchtprävention. Dabei werden bestimmte Arbeitsbedingungen als Risikofaktoren für das Entstehen von Suchtverhalten zumindest mitberücksichtigt. Von der Problemlage her steht zweifellos Alkohol- und Medikamentenmißbrauch im Vordergrund, und die diesbezüglichen primär- und sekundärpräventiven Maßnahmen haben vor allem in Großbetrieben ein beachtliches Maß an Differenziertheit erreicht.

Neu ist der Einbezug der illegalen Drogen in betriebliche Präventionsprogramme: Konsum und Handel haben im Einzugsgebiet größerer Städte auch vor Betrieben nicht haltgemacht. Die Tatsache, daß sowohl Handel wie Konsum von illegalen Drogen gemäß Betäubungsmittelgesetz strafbar ist, stellt insbesondere Personalverantwortliche oft vor schwierige juristische Probleme.

2. Das Ziel heißt immer noch Gesundheitsförderung, doch wird diese nicht auf den verhaltenspsychologischen Ansatz reduziert, der letztlich allein das Individuum für seine Gesundheit verantwortlich macht. Gesundheitsförderung wird als Teil der Unternehmenskultur verstanden, wie sie etwa in folgenden Leitsätzen der Migros-Gemeinschaft, des größten Arbeitgebers in der Schweiz, zum Ausdruck kommt:

„Ziele der Migros-Personalpolitik sind:

- Der Migrosgemeinschaft leistungswillige und leistungsfähige Mitarbeiter zur Verfügung zu stellen und sie zu erhalten.
- Den Mitarbeitern in der Arbeitswelt Sicherheit und Geborgenheit zu vermitteln und ihre persönliche Sphäre zu achten und zu schützen.
- Arbeitsplätze und betriebliche Abläufe sind so zu gestalten, daß sie der Sicherheit und ganzheitlichen Gesundheit der Mitarbeiter genügen.“

Bei der Erarbeitung beider Programmtypen werden immer häufiger Grundsätze der Organisationsentwicklung angewendet, was zweifellos zu einer höheren Akzeptanz innerhalb des Unternehmens führt. Zudem ist es auf diesem Wege kaum mehr möglich, strukturelle Risikofaktoren auszuklammern. Damit wird aber auch klar, daß Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme integrierende Bestandteile der Unternehmenspolitik sein müssen.

Dabei ist die Wahrscheinlichkeit, daß den Aspekten der Gesundheitsförderung eine relativ große Bedeutung zugemessen wird, wohl in jenen Unternehmen am größten, die auch in anderen Bereichen die Entfaltung und Förderung der Persönlichkeit ihrer Mitarbeiter als wichtiges Anliegen betrachten.

WOLFGANG KAMMERER
 Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK)

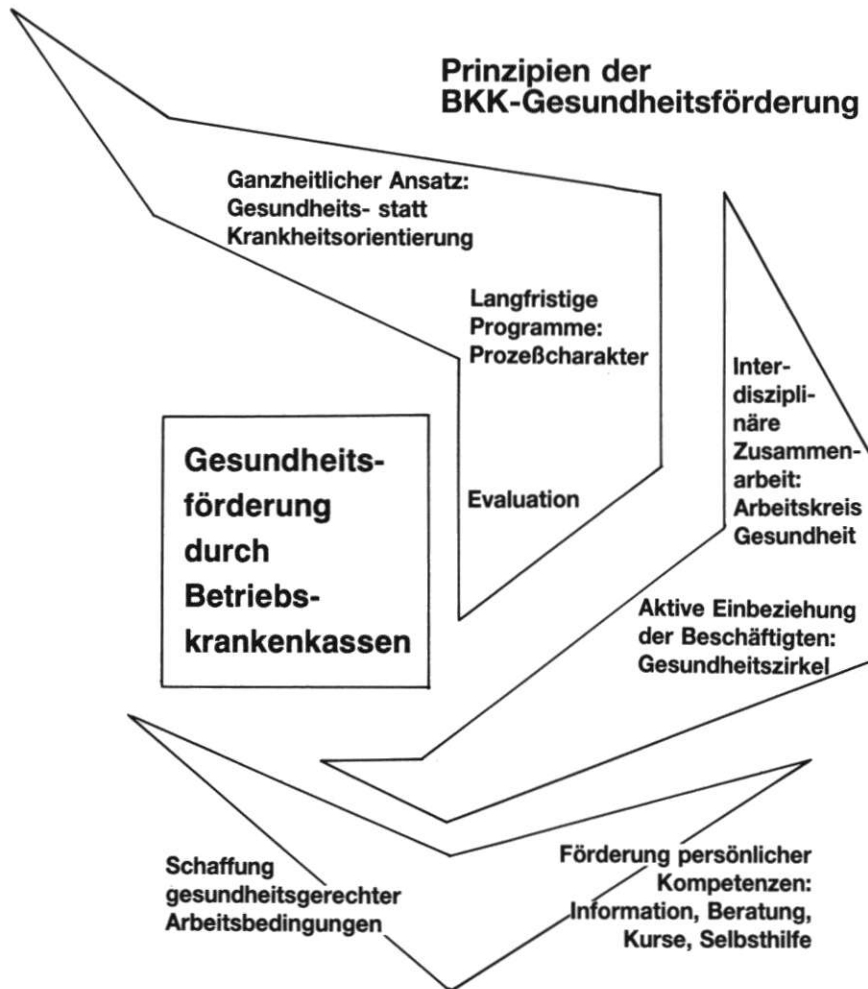
Prinzipien und Infrastrukturen der BKK-Gesundheitsförderung

Betriebskrankenkassen haben mittlerweile zehn- bis 15jährige Erfahrungen in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Längst vor dem §20 SGB V waren zahlreiche Betriebskrankenkassen in und gemeinsam mit innovativen Trägerunternehmen bemüht, durch angemessene Vorsorge- und Förderungskonzepte die Gesundheit der Beschäftigten/Versicherten zu erhalten bzw. zu verbessern.

Erste Aktivitäten in Betrieben und Unternehmen konzentrierten sich vielfach auf Suchtprobleme oder auf Herz-Kreislauf-Risikofaktoren. Durch die intensive Beschäftigung mit Gesundheitsfragen im Betrieb wurden allerdings die inhaltlichen Ansätze zunehmend

differenzierter und die Handlungsinstrumentarien schrittweise sensibler. Insoweit dürfte die „Tradition“ betrieblicher Gesundheitsförderungspolitik ein realistisches Ebenbild der gesundheitswissenschaftlichen Diskussion in den letzten zwei Jahrzehnten sein.

Im Unterschied zu anderen haben die Betriebskrankenkassen und ihre Verbände versucht, eigene Erfahrungen konstruktiv-kritisch zu bewerten und um aktuelle Anregungen aus dem gesundheitspolitischen Umfeld zu ergänzen. In bewußter Anlehnung an die „Ottawa-Charta“ der WHO sind BKK-Prinzipien für eine zeitgemäße und qualifizierte betriebliche Gesundheitsförderung entstanden:

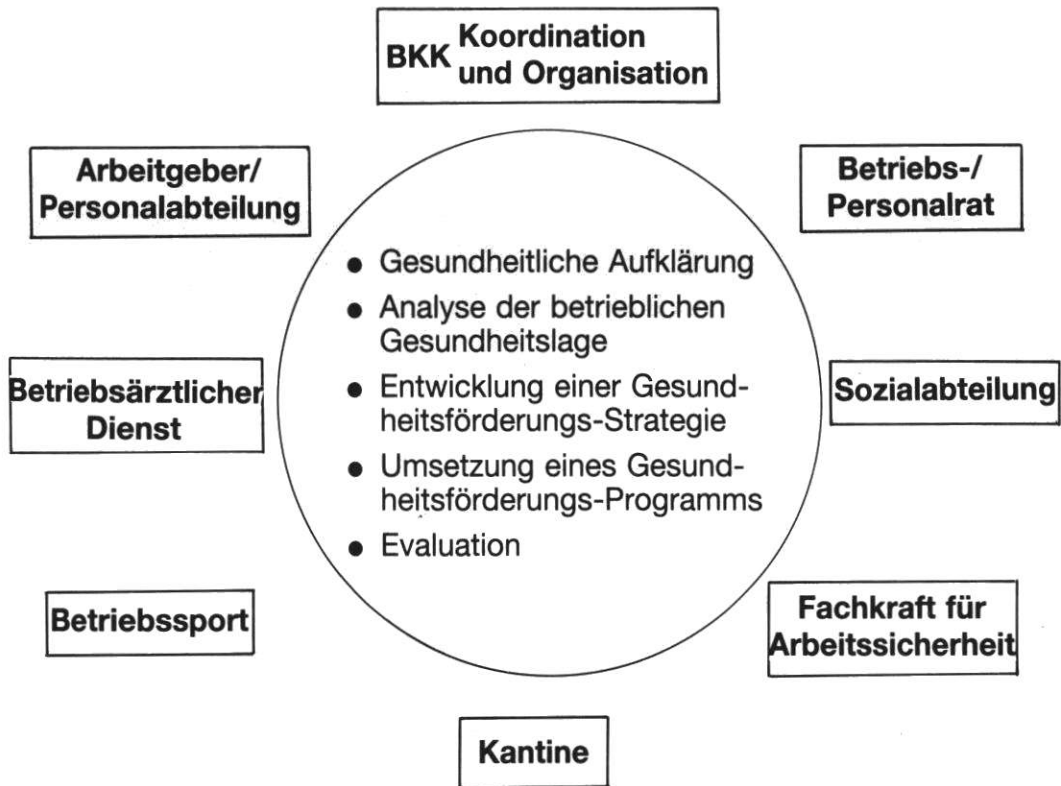


BKK – Gesundheitsförderung orientiert sich an der Ottawa-Charta der WHO

Infrastrukturen betrieblicher Gesundheitsförderung

Obwohl es sicherlich keine allgemeingültigen Schemata für betriebliche Gesundheitsförderung gibt, lassen sich aufgrund der BKK-Erfahrungen einige grundlegende Infrastrukturen über allen unterschiedlichen betrieblichen Voraussetzungen hinweg anwenden:

- Betriebliche Gesundheitsberichterstattung
- Betriebliche Gesundheitszirkel
- **Arbeitskreis Gesundheit im Betrieb**



Unter Berücksichtigung der angesprochenen inhaltlichen und organisatorischen Qualitätsmerkmale vollzieht sich in den Betrieben und Unternehmen ein viel-

schichtiger und grundlegender Wandel von „betrieblicher Sozialfürsorge“ zu „zeitgemäßer betrieblicher Gesundheitsförderungs politik“.

SYBILLE BRÜCKEL

Gesundheitsförderung/Rehabilitation, AOK-Bundesverband

Ansätze und Erfahrungen betrieblicher Gesundheitsförderung durch die AOK

Einführung

Wie wir bereits gehört haben, sind bisher Klein- und Mittelbetriebe erst in geringem Maße in der betrieblichen Gesundheitsförderung aktiv. Diese Klein- und Mittelbetriebe sind die primären Adressaten der AOK in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Wie kommt die AOK an dieses Thema? Welches Verständnis von Gesundheitsförderung legen wir zugrunde?

Die AOK geht dabei von einem Begriff der Gesundheitsförderung aus, wie er in der „Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung“ der WHO konzipiert wurde. Dazu gehört, Rahmenbedingungen zu schaffen, und zwar in verschiedenen Politikbereichen, damit der einzelne seine größtmöglichen Gesundheitspotentiale voll entfalten kann.

Was war der Auslöser dafür? Die AOK hat in Zusammenarbeit mit der WHO vor zwei Jahren einen Kongreß „Gesundheit als Herausforderung“ organisiert. Innerhalb des AOK-Systems wurden die Ergebnisse dieses Kongresses zum Anlaß genommen, neue Positionen für die AOK-Gesundheitsförderung zu formulieren. Danach will die AOK, die ihre Ansatzmöglichkeiten bisher primär im Bereich der Verhaltensprävention gesehen hat, gemeinsam mit Kooperationspartnern vermehrt dazu beitragen, Einfluß auf die Gestaltung gesundheitsförderlicher Lebensverhältnisse z. B. auch in der Arbeitswelt und auf dem Feld „Gesundheit und Umwelt“ auszuschöpfen.

Eine gesetzliche Legitimation wurde bekanntlich mit dem Gesundheitsreformgesetz in Gestalt des § 20 Abs. 2 SGB V geschaffen. Diese Regelung sieht die Mitwirkung der Krankenkassen bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren vor. Die AOK sieht hier verschiedene Wege. Einer dieser Wege ist im § 20 Abs. 2 ebenfalls vorgezeichnet: Die Zusammenarbeit mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung. Hier ist in der Zwischenzeit durch eine Rahmenvereinbarung der Spitzenverbände der Kranken- und Unfallversicherungsträger ein Handlungsfeld geschaffen. Die AOK sieht aber ihre Möglichkeiten im Zusammenhang mit der Umsetzung der gesetzlichen Vorschrift bei der Rahmenvereinbarung primär auf dem Feld der Dienstleistungen an die Betriebe.

Ziele und Erfahrungen der AOK mit der betrieblichen Gesundheitsförderung

Wie allgemein für die Gesundheitsförderung gilt auch für die betriebliche Gesundheitsförderung, daß ange-

sichts des Morbiditätswandels und der sich vollziehenden demographischen Veränderungen zusätzlich zu kurativen Möglichkeiten präventiv ansetzende Möglichkeiten der Gesundheitsversorgung erschlossen werden müssen, nach dem der Einsatz kurativer Mittel allein sich als nicht ausreichend erwiesen hat. Für den Einsatz von Maßnahmen der Gesundheitsförderung auch im betrieblichen Bereich spricht zudem, daß auch in den Betrieben die Belegschaften älter und kränker werden, daß sich zusätzliche Leistungsanforderungen in den Betrieben häufen, die auch mit vermehrten psychomentalen und psychosozialen Belastungen einhergehen, denen das derzeitige Arbeitsschutzsystem nicht ausreichend Rechnung tragen kann. Mit betrieblicher Gesundheitsförderung sollen auch Zielgruppen für die Gesundheit gewonnen werden, die man bisher auf anderen Wegen nicht erreicht hat.

Die AOK verspricht sich von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, das bestehende System der Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung in seiner Wirksamkeit zu verbessern. Zu erreichen sein wird dies zum einen durch Verhaltensänderungen der Beschäftigten, zum anderen aber, wenn man den Begriff von Gesundheitsförderung der „Ottawa-Charta“ zugrunde legt, auch durch Investitionen der Betriebe in die Gesundheit. Von daher sind auch die Erfolgsparameter für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung auf unterschiedlichen Ebenen angesiedelt.

Wie ist die gegenwärtige Situation der betrieblichen Gesundheitsförderung im AOK-Bereich und was sind unsere ersten Erfahrungen?

Derzeit sind viele Pilotprojekte angelaufen, deren Ergebnisse abgewartet werden. Insofern gibt es noch nicht „Das AOK-Konzept“, sondern nur Hypothesen zur Herangehensweise, die derzeit getestet werden.

Wir gehen von folgenden Hypothesen aus:

- Das AOK-Angebot zur betrieblichen Gesundheitsförderung ist ein Bausteinangebot, das vom Betrieb selektiv, je nach seiner Interessenlage, genutzt werden kann, und von AOK-Seite aus Angebote zur Gesundheitsförderung im Verhaltens- und im Verhältnisbereich umfaßt.
- Adressaten für die AOK sind überwiegend Klein- und Mittelbetriebe, zumeist im gewerblichen Bereich, mit einem großen Anteil AOK-versicherter Beschäftigter.

- Die Interessen der Unternehmen und der Beschäftigten auf dem Feld der betrieblichen Gesundheitsförderung sind unterschiedlich. Es existieren jedoch Schnittmengen, z. B. bei den bereits thematisierten Fragen der „Senkung des Krankenstandes“, wo für die Betriebe verringerte Lohnfortzahlungskosten, verringerte Kosten für den Einsatz von Arbeitskräften, erhöhte Zuverlässigkeit usw. eine Rolle spielen, für die Belegschaften hingegen Faktoren wie Wohlbefinden bei der Arbeit, Erhalt der Erwerbsfähigkeit oder Sicherung einer Zukunftsperspektive. Ähnliches gilt für den Bereich „Arbeitszufriedenheit“. Dies spielt für die Unternehmen aus dem Blickwinkel Produktivitätssteigerung, Qualitätssteigerung, Imageverbesserung usw. eine Rolle, für die Belegschaften unter dem Aspekt der Wertschätzung der eigenen Arbeit, der Qualifikationserweiterung oder der Arbeitsplatzsicherheit. Die AOK versteht ihre Rolle hier als Moderator bei der Definition gemeinsamer Ziele zwischen Unternehmensleitungen und Beschäftigten und sieht ihre Ansatzmöglichkeiten bei Angeboten, die zur Erreichung dieser gemeinsam getragenen Ziele von den Betrieben verlangt werden. Hauptproblem ist hier, erst einmal zu einem Konsens zu kommen mit den Beteiligten innerhalb des Betriebs, ggf. auch über den Arbeitsschutzausschuß.
- Der Ausgangssituation bei der AOK sieht so aus: Die AOK hat vielfältige Erfahrungen im Bereich von Maßnahmen der Verhaltensprävention. Hierfür hat sie sehr gute Voraussetzungen, da sie vielerorts eigene Fachkräfte für den Bewegungsbereich oder Sozialarbeiter für soziale Beratung und Rehabilitationsberater beschäftigt. Diese Fachkräfte arbeiten auch außerhalb der betrieblichen Sphäre, auf der Gemeindeebene. Über sie könnte eine Verknüpfung betrieblicher Gesundheitsförderung mit externen Angeboten (Stichwort: Kommunale Netzwerke) geschaffen werden. Die Möglichkeiten der AOK im EDV-Bereich zur betriebsbezogenen AU-Datenauswertung waren bisher lückenhaft. Hier liegt jetzt ein neues Instrumentarium vor, das z. Z. seinen ersten Einsatz erfährt. Die Möglichkeiten der AOK, auch im Bereich der Verhältnisprävention Hilfen zu geben, sind begrenzt. Hier ist die AOK vielmehr auf externe Partner und eine Vermittlungsfunktion angewiesen.

Bisherige Vorgehensweisen der meisten AOKs

Mit Angeboten aus dem Verhaltensbereich versucht sie zunächst über Geschäftsführung oder Personalabteilung der Unternehmen einen Einstieg in die betriebliche Gesundheitsförderung, häufig nach diesbezüglichen Anfragen der Unternehmen. Damit soll auch eine Sensibilisierung der Beschäftigten für ihre Gesundheitsprobleme erreicht werden, die über die Thematisierung von Verhaltensfragen hinaus auch eine Thematisierung von Fragen des Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz umfassen kann.

Im Bereich der Verhaltensprävention hat die AOK vielfältige Möglichkeiten:

- Ernährungsberatung, Kantinenberatung, Kursangebote zur gesunden Ernährung oder zum Abnehmen
- Bewegungsangebote, z. B. Sportberatung, Hilfen für Betriebssport, Rückenurse, Gymnastikangebote
- Nichtrauchertraining (hier allerdings innerbetrieblich weniger gute Erfahrungen)
- Angebote zur Streßbewältigung (Entspannungsseminare u. a., auch für Führungskräfte; dies hat sich auch als Einstiegsangebot als hilfreich erwiesen)
- Soziale Beratung (auch im Suchtbereich) betriebliche Arbeitskreise „Sucht“
- Rehabilitationsberatung
- Seminare zur Vorbereitung auf den Ruhestand
- Gesundheitsseminare für Auszubildende.

Daneben werden vielfach als Einstieg auch Gesundheitswochen mit verschiedenen Testverfahren, Gesundheits-Check-ups u. a. angeboten.

Die Intention der AOK geht dahin, so früh wie möglich die Vertretung der Beschäftigten des Betriebes in die Planung einzubeziehen, um eine tragfähige Basis für Projekte zu haben. Gemeinsam mit Betriebsrat/Personalrat, Betriebsarzt und Sicherheitsfachkräften sind Ziele und Inhalte der betrieblichen Gesundheitsförderung einvernehmlich zu definieren, bei denen die AOK Hilfen geben kann.

Häufig wird in dieser Phase bereits der Wunsch nach einer betriebsbezogenen Auswertung der Arbeitsunfähigkeitsdaten erhoben. Es werden dann – die technischen Möglichkeiten vor Ort vorausgesetzt – die betriebsbezogenen AU-Daten mit den AU-Daten der Region oder anderer Betriebe verglichen, wobei das Lebensalter möglichst kontrolliert werden soll. Die Daten werden dann in bezug auf die AOK-Versicherten, nach Diagnosen, Krankheitshäufigkeit und -dauer im Einzelfall ausgewertet. Die sich hieraus ergebenden Auffälligkeiten werden dann betriebsintern erörtert und mit arbeitsplatzbezogenen Daten und Erfahrungen verknüpft, ggf. werden die Ergebnisse in einem „Gesundheitsbericht“ festgehalten.

Eine immer größere Rolle spielen dabei Gesundheitszirkel. Offenbar wird an viele AOK auch die Frage herangetragen, Gesundheitszirkel zu moderieren. Dies stellt hohe Anforderungen an die Moderatorentätigkeit z. B. auch dahin, hier Qualifizierungsmöglichkeiten anzubieten.

Auf der Basis der gewonnenen Erkenntnisse sind in den uns bekannten Pilotprojekten dann Maßnahmen sowohl im Verhaltens- als auch im Verhältnisbereich eingeleitet worden. Zum Teil ist dies auch Hand in Hand gegangen. So wurden z. B. in einem Fall ergonomische Veränderungen in bezug auf die Bestuhlung am Arbeitsplatz vorgenommen, die gepaart waren mit dem Angebot an die Beschäftigten, an einer krank-

gymnastischen Einzelberatung und einem Rückenschulangebot teilzunehmen.

Auftretende Probleme

Die bisher vorliegenden Erfahrungen haben noch wenig Anhaltspunkte für verallgemeinerbare Aussagen gegeben. Auftretende Probleme sind dabei ganz unterschiedlicher Natur:

- Verdeutlichung der positiven Kosten/Nutzen-Relation betrieblicher Gesundheitsförderungsinvestitionen gegenüber als „profit center“ arbeitenden Unternehmen bei multifaktorieller Genese von Krankheiten?
- Fehlender arbeitswissenschaftlicher Sachverstand auf der regionalen Ebene (bisher vor allem bei der BAU konzentriert);
- bei kleineren Betrieben bzw. Beschäftigtenzahlen nur begrenzte Möglichkeiten der Datenauswertung wegen Datenschutzerfordernissen;
- Befürchtungen der Beschäftigten, betriebliche Gesundheitsförderung könne auf eine Selektierung gesundheitlich gefährdeter Arbeitnehmer hinauslaufen;
- häufiger Konflikt ist die Frage der Anrechnung von Zeiten auf die Arbeitszeit, die zur Nutzung gesundheitsfördernder Angebote verwandt werden;
- prinzipielle Aufgeschlossenheit vieler Unternehmen versus mangelnder Durchsetzungsfähigkeit des Ziels in die Unternehmensziele und Instrumentarien der Unternehmensführung wie der Personal(Einstellungs-)politik, im Budget, der Aus- und Fortbildung, der Personalentwicklung und der Bilanzierung.

Wege zur betrieblichen Gesundheitsförderung mittels gemeinsamer Vereinbarungen zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern

Zunächst möchte ich Ihnen einige Informationen über unsere Institution, das Rationalisierungs-Kuratorium der Deutschen Wirtschaft (RKW) geben.

Das RKW ist eine tripartistisch fungierende Institution, deren Aufgabe es ist, Informationen über Mittel und Wege zur Verbesserung der Produktivität aus einzel- und gesamtwirtschaftlicher Perspektive zu sammeln, aufzubereiten und an Unternehmensleitungen, Betriebsräte, Gewerkschaften oder Arbeitgeberverbände weiterzugeben. Der vorrangige Adressatenkreis der Aktivitäten sind die kleinen und mittleren Unternehmen.

Eine besonders wichtige Funktion des RKW ist es, den Tarifpartnern als Plattform zu dienen und dort Gesprächsmöglichkeiten über sozialökonomische Entwicklungsperspektiven, arbeits- und sozialwirtschaftliche Probleme und deren Lösungsmöglichkeiten anzubieten.

Das RKW gliedert sich auf in die RKW-Zentrale in Eschborn (sie wird vom Bundeswirtschaftsministerium finanziert) und 16 RKW-Landesgruppen (Abbildung 1). Die Landesgruppen leisten die Vor-Ort-Arbeit mit den Leistungselementen Beratung, innerbetriebliche und überbetriebliche Weiterbildung, Fachsymposien und Kongresse.

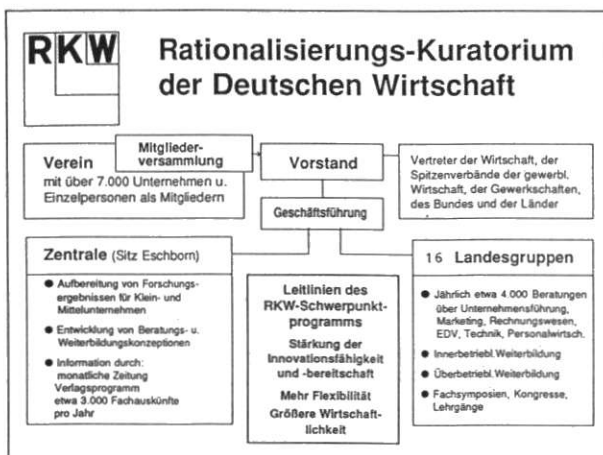
Das Referat Arbeits- und Gesundheitsschutz ist Teil der Abteilung Arbeits- und Sozialwirtschaft. Zentrales Arbeitsziel dieser Abteilung ist es, den Humanaspekt des Wirtschaftens als ökonomische Größe herauszuarbeiten und hinsichtlich seiner Bedeutung für die einzel- und gesamtwirtschaftlichen Produktivitätsziele zu gewichten.

Ein prioritärer Schritt beim Transfer des Themas „Gesundheitsförderung in Betrieben“ ist deshalb für uns, herauszuarbeiten, welche Bedeutung betriebliche Gesundheitsförderung für die Produktivität des Betriebes haben kann. Unter dem Aspekt der Produktivitätsförderung kommt der Aufarbeitung des Komplexes betrieblicher Krankenstand-Produktivitätsverluste zur Zeit ein hoher Stellenwert zu. Der betriebliche Krankenstand dient dabei als Einstieg in das Feld der betrieblichen Gesundheitsförderung. Denn während einige Großunternehmen systematisch und strategisch innovative Konzepte im Bereich der Personal- oder Organisationsentwicklung und auch der Gesundheitspolitik formuliert haben, tendieren Klein- und Mittelunternehmen zu eher reaktiven und kurzfristigen Entscheidungen, auch im Personalsektor. Die Einführung des Themas Gesundheitsförderung muß deshalb an Problemen anknüpfen, die diese Betriebe aktuell bearbeiten oder bearbeiten möchten.

Ein weiterer Anknüpfungspunkt, der dazu beitragen kann, Maßnahmen und Konzepte der Gesundheitsförderung argumentativ zu unterstützen, ist der Problembereich der alternden Belegschaften. Die Abbildung 2 zeigt deutlich, daß es in den nächsten Jahrzehnten zu einem starken Anstieg des Durchschnittsalters der Belegschaften kommen wird. Die Gesunderhaltung dieser Belegschaften kann zu einem wichtigen Wettbewerbsparameter der Unternehmen werden.

Solch ökonomisch abgeleitete Argumente für betriebliche Gesundheitsförderung können dazu beitragen, die Gesundheit der Beschäftigten als Produktivitätsfaktor zu erkennen. Bei der Planung von Konzepten und realen Maßnahmen kommt es aber darauf an, die gemeinsamen Schnittpunkte zwischen ökonomischen und individuellen Interessen der Beschäftigten im Bereich Gesundheit zu bestimmen. Auf der einen Seite können individuenbezogene Gesundheitsmaßnahmen nämlich nicht von oben verordnet werden, auf der anderen Seite sind Veränderungen der technischen und organisatorischen Arbeitsgestaltung nur dann durchzusetzen, wenn technische und ökonomische Gesichtspunkte ebenso wie organisatorische und personelle Aspekte berücksichtigt werden.

Der Handlungsbereich „Betriebliche Gesundheitsförderung“ ist, da er nur partiell durch staatliche Gesetzgebung reguliert wird, ein genuines Hand-

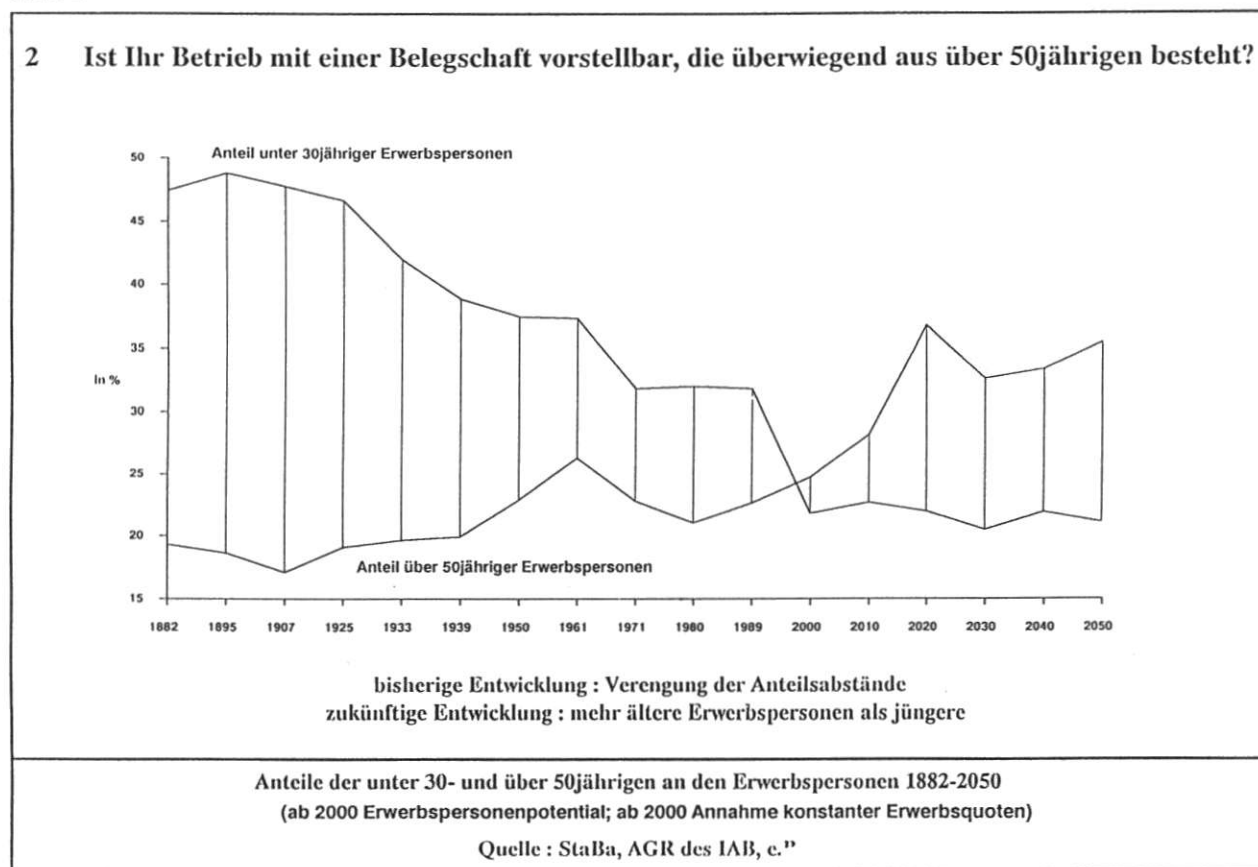


lungsfeld der betrieblichen Arbeitspolitik und auch der Tarifpolitik. Erste Ansatzpunkte sind z. B. im Manteltarifvertrag der Druckindustrie zu finden. Wichtige Dreh- und Angelpunkte im Bereich der betrieblichen Gesundheitspolitik sind die Betriebsräte, die zum einen durch ihre Funktion nach dem Betriebsverfassungsgesetz, zum anderen als Umsetzungsinstanz von tarifvertraglichen Rahmenvereinbarungen die Gestaltung der Arbeits- und Lebensbedingungen vortreiben können. Eine Reihe von Betriebsvereinbarungen, z. B. zu Bildschirmarbeitsplätzen oder zum Rauchen am Arbeitsplatz, zeigt, daß auf diese Weise Konsens erzielt und stabilisiert werden kann. Die Einrichtung von kommunikativen Netzwerken, in denen

die Sozialpartner zusammen mit Gesundheitsexperten gemeinsame Ziele definieren, aber auch divergente Interessen diskutieren können, kann die Entwicklung beschleunigen.

Das RKW, als eine Institution, die als Plattform für die Tarifparteien fungiert, hat auch im Bereich der Gesundheitsförderung mit Erfolg Plattformveranstaltungen durchgeführt. Solche Veranstaltungen sind gerade im Feld Gesundheitsförderung notwendig, damit dieses wichtige innovative Unternehmensziel sich nicht nur in öffentlichkeitswirksamen Kampagnen erschöpft, sondern auch Fragen der Arbeitsgestaltung, Arbeitsorganisation und Qualifikation aufgreift.

Abb. 2



Sozialarbeit in Gewerkschaften und ihre Zusammenarbeit mit kommunalen Diensten

Hintergrund

Ende der 70er Jahre haben zwei der größten Gewerkschaften in Schweden beschlossen, mitmenschliche Hilfe und Unterstützung nicht nur als eine Frage der Solidarität des Einzelnen anzusehen, sondern als eine wichtige gewerkschaftliche Frage zu betrachten.

In einer sich schnell verändernden Gesellschaft wurden Arbeitskollegen füreinander immer wichtiger. Vertrauensleute bekamen oft die Funktion eines Sozialarbeiters, besonders bei Ehescheidungen, finanziellen Problemen, Einsamkeit, Drogen- und Alkoholproblemen usw. Ein Bedürfnis nach organisierter sozialer Gemeinschaft am Arbeitsplatz wurde deutlich.

Der schwedische Gewerkschaftsbund (LO) und die Zentralorganisation der Angestellten und Beamten (TCO) mit insgesamt etwa drei Millionen Mitgliedern, haben ihre sozialpolitischen Programme in den letzten zehn Jahren weiterentwickelt. Durch das neue Arbeitsschutzgesetz von 1978 wurde festgelegt, daß die Arbeitsschutzbeauftragten auch für psychische Gesundheit zuständig sind. Dies ermöglichte die Einbringung staatlicher Gelder für präventive Maßnahmen, Projekte und Aktivitäten in die verschiedenen Einzelgewerkschaften und Betriebsgruppen.

Das soziale Engagement der Gewerkschaften

Fortbildung und Weiterbildung von Schlüsselpersonen in den Betriebsgruppen wurden in den Vordergrund gestellt. Das Lösen von Problemen am Arbeitsplatz, die Verarbeitung menschlicher Krisen, psychologische Grundkenntnisse und Angebote kommunaler sozialer Dienste sind Beispiele von Themen, die in der Ausbildung immer wieder vorkommen.

Kommunaler sozialer Dienst im Wandel

Eine Bestandsaufnahme des schwedischen Gemeindetages 1987 zeigte, daß 109 Gemeinden und deren Sozialämter Erfahrungen in der Zusammenarbeit mit Gewerkschaften und Betrieben hatten. Außer bei der Einzelhilfe, bei Einsätzen für Arbeitslose, bei der Betreuung von Flüchtlingen und beim Übergang aus Behandlungsheimen in den Betrieb hatten die Gemeinden auch in Fragen der Ausbildung Kontakte mit den Gewerkschaften.

Die neue schwedische Sozialgesetzgebung hat diese Entwicklung ermöglicht, u. a. durch die Befürwortung von präventiver Arbeit, wie z. B. der Zusam-

menarbeit mit Organisationen außerhalb der kommunalen Verwaltung im Laufe der Jahre. Das „Image“ der Sozialämter hat sich dadurch auch deutlich verbessert.

Beispiel Göteborg

Seit 1987 gibt es in Göteborg eine Arbeitsgruppe für soziale Entwicklung mit Vertretern sämtlicher Gewerkschaften, des Arbeitgeberverbandes und der sozialen Dienste der Stadt Göteborg. Etwa zehn Sozialämter beschäftigen Sozialarbeiter mit dem speziellen Auftrag, nahegelegene Betriebe zu bedienen.

Die Mittel eines „Arbeitsweltfonds“ haben ein gemeinsames dreijähriges Projekt der Stadt Göteborg und der VOLVO-Lkw-Fabrik ermöglicht. Supervision und Ausbildung von Vorarbeitern bis hin zum betriebsärztlichen Dienst sind wichtige Bestandteile dieses Projektes. Die Lkw-Fabrik hat auch Beziehungen zu dem sozialen Netzwerk der Stadt Göteborg aufgebaut. Arbeitgeber und Betriebsgruppen sind gemeinsam für dieses Projekt zuständig. Zwei Sozialarbeiter der kommunalen Dienste sind „ausgeliehen“, um die Zielsetzungen des Projektes praktisch umzusetzen.

Kollegiale Unterstützung während der bezahlten Arbeitszeit, Hausbesuche bei Kollegen die lange krankgeschrieben sind, Freizeitaktivitäten und die Einführung von Neuestellten sind von vielen Betriebsgruppen durchgeführt worden.

Der Göteborger Gewerkschaftsverband mit ungefähr 130 000 Mitgliedern, hat 1991 eine Bestandsaufnahme der gewerkschaftlichen Sozialarbeit gemacht. Hier einige Ergebnisse:

- 20 der 23 Abteilungen der Einzelgewerkschaften betreiben verschiedene Formen von sozialen Einsätzen. Einige haben auch Vertrauensleute für soziale Fragen gewählt.
- 21 der 23 Abteilungen hatten Kontakte mit Sozialämtern. Die Erfahrungen waren sehr unterschiedlich.
- Die personale Kontinuität bei den beauftragten Sozialarbeitern wurde als sehr bedeutend angesehen, um Vertrauen aufbauen zu können.
- Informationen über kommunale Ressourcen, wie z. B. über Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten, gehören zu den Wünschen, die von vielen Abteilungen der Einzelgewerkschaften genannt werden.
- Präventive Maßnahmen sollten für Politiker Priorität haben.

HANS-MARTIN SCHIAN

Ertomis Assessment Method (EAM),

Gemeinnützige Gesellschaft zur beruflichen Rehabilitation mbH

Investitionen in die Gesundheit – Gesundheit als Unternehmensziel

Es ist bekannt, daß die Arbeitgeber zur Zeit neben der Diskussion um die Pflegegeldversicherung ihr Augenmerk deutlich auf die krankheitsbedingten Fehlzeiten im Betrieb richten. Seitens der Ärzteschaft wird immer wieder die Frage nach dem wirklich gesundheitsbewußten Verhalten ihrer mündigen Patienten aufgeworfen und von beiden Seiten werden ganz unterschiedliche Maßnahmen vorgeschlagen. Erstrangig stehen bei den Betrieben Maßnahmen zur Diskussion, die durchaus als konstruktiv zu betrachten sind, wie:

- Kontakte zu erkrankten Mitarbeitern
- Verbesserung der Arbeit und Gestaltung der Arbeitssicherheit
- Führung und Schulung von Vorgesetzten
- Einschaltung von Betriebsärzten

Es gibt aber auch eine Reihe restriktiver Maßnahmen, alle focussiert auf die Fehlzeiten, die auch im Gesamtausgabenbereich für die soziale Sicherung (ca. 600 Milliarden DM) immerhin mit ca. 50 Milliarden DM jährlich allein als Lohnfortzahlung zu Buche schlagen sollen (Zahlen von 1989, mittlerweile wesentlich höher).

Meines Erachtens greifen diese Diskussionen zu kurz und diese Konferenz ist beispielhaft für einen anderen Ansatz.

Nicht nur aus arbeitsmedizinischer Sicht ist der Weg vom Zustand der Gesundheit, Krankheit, geringen Beeinträchtigungen, größeren chronischen Beeinträchtigungen, Minderbehinderung, Behinderung, Schwerbehinderung und Pflegebedürftigkeit ein Prozeß, der spätestens mit dem Eintritt einer Erkrankung beginnt und sich wie dargestellt fortsetzt, wenn keine Heilung erzielt werden kann. Es ist auch kein gradliniger Prozeß und er kann in jedem Stadium für den Betroffenen ganz unterschiedliche Auswirkungen haben. Das Ausmaß der durch gesundheitlichen Schaden und funktionellen Einschränkungen verursachten Beeinträchtigungen hängt dabei sowohl vom betroffenen Individuum wie auch seiner Umgebung ab – konkret auf den Betrieb bezogen – seinem Gesundheitszustand und den Bedingungen seiner Arbeit bzw. seines Arbeitsplatzes. Der Zusammenhang zwischen gesundheitlichem Zustand und Arbeitsbedingungen ist ganz unterschiedlich groß und wird von Betroffenen wie Beteiligten häufig unterschiedlich bewertet. Auch bei nicht vorhandenem Zusammenhang können doch durch Art der Erkrankung und Art der Arbeitsbedingungen ungünstige, aber dann schwer erkennbare

Beeinflussungen existieren. Nur bei konkretem Zusammenhang sprechen wir von Berufskrankheiten. Die Zusammenhänge zwischen Gesundheitszustand und Arbeitsbedingungen sind von uns jahrelang mit Hilfe eines gemeinsamen arbeitsmedizinisch/ergonomisch-sicherheitlichen standardisierten Arbeitsansatzes untersucht worden.

Entwicklung einer gesundheitsfördernden betrieblichen Gesamtpolitik

Eine unternehmerische Gesundheitspolitik kann sich also nicht nur einem Ausschnitt des gesundheitlichen Geschehens widmen, sondern muß ihr Augenmerk auf den gesamten Prozeß richten, der nicht erst mit dem ersten Tag der Erkrankung beginnt. Entsprechend dem Arbeitssicherheitsgesetz liegt der präventive Schwerpunkt bei der frühzeitigen Risikoermittlung zur Abwendung möglicher eintretender Erkrankungen (nicht nur im Arbeitszusammenhang), die – bei Eintritt – bis zur Frühinvalidität führen können. Die Zusammenhänge zwischen Beginn von Fehlzeiten und Eintritt der Frühinvalidität wären intensiver zu untersuchen, da daraus Erkenntnisse für eine gesamt-gesundheitsfördernde Politik im Unternehmen gezogen werden können. Schließlich offenbart sich das Geschehen nicht erst mit der Frühinvalidität, sondern sicher hat der Prozeß früher begonnen und ist im Betrieb durch vielerlei Schwierigkeiten schon evident geworden (möglicherweise schon vor offizieller Feststellung eines Krankheitsbeginns).

Daher sind Gesundheitsförderung, Schaffung ergonomischer Arbeitsbedingungen und Schaffung von Grundlagen zum richtigen gesundheitlichen und ergonomischen Einsatz am richtigen Arbeitsplatz wichtige Bausteine einer betrieblichen Gesundheitspolitik. Hierbei kann man auf wesentlich ältere, ausformulierte und schon standardisierte Erkenntnisse aus der Arbeitswissenschaft und der Rehabilitationswissenschaft zurückgreifen.

Es ist nun erklärtes Ziel, die arbeitsmedizinische Betreuung für alle Beschäftigten bis zum Jahre 1993 durchzusetzen. Hierdurch werden die modernen Ansätze eines betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes nach dem Arbeitssicherheitsgesetz Eingang in die Grundsatzdiskussionen finden, die unter Federführung des Bundesarbeitsministeriums zur Zeit laufen. Hier geht es um die Verbesserung der Qualität

arbeitsmedizinischer Betreuung an sich und insbesondere um Organisationsformen der Betreuung kleiner Betriebe, damit diese Betreuung in Quantität und Qualität in Zukunft gleichwertig geleistet werden kann. Setzt sich dies durch, kann der Bereich der Arbeitsmedizin einen erheblichen Beitrag zur unternehmerischen Gesundheitspolitik leisten, wenn er seinen Rahmen weit genug steckt und mit anderen Fachdisziplinen kooperiert. Er muß dabei aber in eine unternehmerische gesundheitsfördernde Gesamtpolitik eingebettet sein, die Gesundheitsförderung und Rehabilitation mit beinhaltet.

Den Handelnden muß dabei ein entsprechendes Instrumentarium zur Verfügung gestellt werden und die Zuständigkeiten in der innerbetrieblichen Infrastruktur müssen klargestellt sein. Bei allen Bemühungen der Leistungsträger und anderer Fachgruppen hier mitzuarbeiten wird deutlich, daß der Betrieb in sich eine geschlossene Struktur ist, die den Vorteil bietet, daß hier, unabhängig von den Zuständigkeiten der Leistungsträger und Leistungserbringer, viele an dem Problem der Gesundheitsförderung Beteiligte, sowie der Arbeitnehmer in seiner Arbeitssituation, angesprochen werden können.

Kooperation statt Abgrenzung

Arbeitsmedizinische Betreuung der Arbeitnehmer im Sinne der Beratung und Untersuchung einerseits sowie Betriebsbegehungen, Arbeitsplatzanalyse und

Beratung der Unternehmen, sind gleichwertige Elemente betriebsärztlichen Handelns nach dem Arbeitssicherheitsgesetz. Um dieses Handeln allen verständlich zu machen, ist es notwendig, hierzu ein einheitliches Instrumentarium zur Verfügung zu haben, die zuständigen Strukturen im Betrieb einzuschalten und die Arbeitnehmer in die Prozesse selbst mit einzubinden. Verschiedene Gruppen setzen sich mit diesem Problem zur Zeit auseinander und finden entsprechend ihrer fachlichen Prägung unterschiedliche Lösungen, deren Unterschiede m. E. nur vordergründig sind. Es werden damit aber Abgrenzungen ausgelöst. Will man das Ziel der Gesundheitsförderung und eine Lösung der Probleme, die aus dem dargestellten Gesamtprozeß hervorgehen, aber auch erreichen, ist nicht Abgrenzung sondern Kooperation gefragt.

Betriebe und Verwaltungen sind Orte, wo die gesundheitliche Problematik in allen Facetten evident wird und damit also im Betrieb die größte Chance besteht, die Dinge zu beeinflussen. Der notwendige Rechtsrahmen ist sogar gegeben, die Kontrollfunktionen im dualen Arbeits- und Gesundheitsschutzsystem verteilt. Eigentlich geht es darum den Rahmen voll auszunutzen und in die Umsetzung zu gehen.

Umsetzung bedeutet praktisches Handeln mit praktikablen Instrumentarien. Hier sind z. B. durch die Unfallversicherungsträger, die Betriebskrankenkassen, durch unsere Forschungsgemeinschaft, aber auch in anderen Ländern bereits Bausteine entwickelt worden.

Gesundheitszirkel und andere Beteiligungsverfahren betrieblicher Gesundheitsförderung

Einführung und Zusammenfassung der Ergebnisse

Reinhold Sochert und Wolfgang Slesina

Einführung

Beteiligungsverfahren zur betrieblichen Gesundheitsförderung wurden in den letzten Jahren unter Begriffen wie Gesundheitszirkel, Sicherheitszirkel, Arbeitsschutzzirkel, Ergonomiezirkel und ähnliches entwickelt und bekannt.

Der grundlegende Gedanke der Zirkelarbeit beruht darauf, das Wissen über Krankheit und Gesundheit aller betrieblich relevanten Gruppen und Personen in Gesprächskreisen zusammenzuführen. Insbesondere sind die Beschäftigten „vor Ort“ aktiv in die betriebliche Gesundheitsförderung einzubeziehen und an der Aufdeckung gesundheitlich beeinträchtigender Arbeitsbedingungen sowie deren Vermeidung zu beteiligen. Aufgrund ihrer langjährigen Erfahrung mit den Bedingungen ihres Arbeitsplatzes und über Veränderungsmöglichkeiten werden die Beschäftigten in den Zirkeln gewissermaßen Experten in eigener Sache. Plakativ ausgedrückt: Gesundheitsförderung mit den Beschäftigten anstatt Gesundheitsförderung für die Beschäftigten.

Einerseits bilden solche Gesprächskreise ein neues Element im Bereich des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes, denn es existieren keine gesetzlichen Vorschriften oder andere normativen Regelungen, nach denen sie eingerichtet werden und arbeiten sollen. Weder in dem Regelwerk der Arbeitsschutz- und Unfallverhütungsvorschriften noch in den entsprechenden Bestimmungen des Gesundheitsreformgesetzes finden sie explizit Erwähnung. Andererseits vereinigen und enthalten sie bekannte Vorstellungen und Zielsetzungen. Denn der Leitgedanke der Zirkel baut auf zentralen Zielsetzungen und Regelungen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes auf. Die Ursachen arbeitsbedingter Gesundheitsgefährdungen und -schäden sollen mit diesen Verfahren analysiert und zu ihrer Verhütung ein Beitrag geleistet werden. Sie füllen somit bestehende Arbeits- und Gesundheitsschutzziele aus und konkretisieren sie.

Insgesamt 13 Beiträge von Betriebspraktikern und Experten werden im folgenden Abschnitt zu diesem Thema vorgestellt. Dabei wird deutlich, daß die Zeit der zaghaften Erprobungen und vereinzelter Pilotprojekte mit Gesundheitszirkeln u. ä. Verfahren der Vergangenheit angehören. Gruppenverfahren wie die

Gesundheitszirkel als Instrument der betrieblichen Gesundheitsförderung haben ihre Bewährungsprobe bestanden.

Die Palette an Betrieben, in denen die Zirkelarbeit praktiziert wird, – dies dokumentieren die folgenden Beiträge – geht quer durch alle Branchen. Unternehmen der Luftfahrtindustrie führen ebenso Gesundheitszirkel durch wie Betriebe der Stahl- und Maschinenbaubranche, der Automobilindustrie, des Bergbaus oder der Lebensmittelindustrie. Ähnliche Entwicklungen finden sich auch in den USA und den Niederlanden. Zwei Beispiele dafür werden hier ebenfalls vorgestellt.

Die einzelnen Beiträge und Diskussionen lassen sich unter folgenden Gesichtspunkten zusammenfassen:

- inhaltliche Schwerpunkte der Verfahren
- die Zusammensetzung der Zirkel bzw. Projektgruppen
- Vorgehensweise und Reichweite
- Kriterien erfolgreicher Zirkelarbeit
- Ergebnisse und Wirksamkeit

1. Inhaltliche Schwerpunkte der Verfahren

Manche Verfahren zielen auf die Verringerung betrieblicher Unfallziffern durch verstärkte Einbeziehung von Arbeitnehmern in die Analyse von Unfallrisiken bzw. Überlegungen zur Risikobeseitigung (z. B. Sicherheitszirkel oder das B-Z-Verfahren der Saarbergwerke). Ergonomiezirkel setzen den Schwerpunkt bei muskulären und informatorischen Arbeitsbelastungen sowie chemo-physikalischen Umgebungseinflüssen.

Betriebsklima-Zirkel wiederum widmen sich primär Aspekten interpersoneller Beziehungen und Konflikten im Betrieb, insbesondere dem Vorgesetzten/Mitarbeiter-Verhältnis. Streßorientierte Gesundheitszirkel (wie z. B. bei VW) legen den Akzent auf die Art und Weise der Wahrnehmung und Bewältigung psychosozialer Streßfaktoren durch die Beschäftigten. Schwerpunktmäßig stehen hierbei nicht verhältnisorientierte Veränderungen zum Abbau objektiver Streßbedingungen im Vordergrund, sondern verhaltensbezogene Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Bei den anderen Zirkelvarianten werden die Schwerpunkte eher in umgekehrter Reihenfolge gesetzt.

Verhältnisorientierte Gesundheitszirkel (z. B. TEW, Hoesch, Flughafen Frankfurt) setzen sich zum Ziel, sämtliche Arbeitsanforderungen, die von den Beschäftigten als stark beanspruchend bzw. problematisch erlebt werden, in die betriebliche Gesundheitsförderung einzubringen und zu bearbeiten. Hierzu gehören Umgebungseinflüsse wie z. B. Lärm und Hitze, muskuläre und psychosoziale Belastungen (z. B. Arbeitsorganisation, Betriebsklima) sowie Sicherheitsaspekte.

Deutlich wurde jedoch, daß die Schwerpunktsetzungen in der Regel keine Ausschlußkriterien für andere betriebliche Belastungsformen darstellen.

2. Zusammensetzung der Zirkel

Manche Verfahren beziehen sich auf die Arbeitssituation einer bestimmten Berufsgruppe (z. B. der Meister), andere integrieren Beschäftigte aus zwei oder drei im täglichen Kooperationsaustausch stehende Berufsgruppen (z. B. Kranfahrer – Bodenleute, Anlagenbediener – Instandhalter). Darüber hinaus werden je nach Ansatz weitere betriebliche Abteilungen und Ebenen in das Verfahren einbezogen. Überwiegend waren in den vorgestellten Verfahren der Betriebsrat, das Management und der betriebliche Arbeitsschutz repräsentiert, doch zeigte sich auch in dieser Hinsicht eine erhebliche Streubreite. Somit könnte der Eindruck entstehen, daß die Modalitäten für die Durchführung von Gesundheitsförderungszirkeln beliebig seien, was jedoch im Regelfall verneint werden muß. Das Prinzip, alle von der Zirkelarbeit direkt betroffenen Gruppen am Verfahren zu beteiligen, bildet eine Grundvoraussetzung für den Erfolg. Unter besonderen betrieblichen Voraussetzungen sind jedoch erfolgreiche Varianten möglich.

3. Vorgehensweise und Reichweite

Das Spektrum der vorgestellten Beteiligungsmodelle reicht von anonymen und gezielten Mitarbeiterbefragungen über beanspruchende Arbeitsaspekte und Verbesserungsmöglichkeiten mit anschließender Ergebnisdiskussion bis hin zu elaborierten und flächendeckenden Gruppenarbeitsmodellen auf allen hierarchischen Ebenen des Unternehmens (Organisationsentwicklung). Der Schwerpunkt der vorgestellten Projekte lag bei Gesprächskreisen die regelmäßig, allerdings beschränkt auf eine bestimmte Anzahl von Treffen (in der Regel 6 bis 8 Sitzungen), im Abstand von wenigen Wochen bis mehreren Monaten und einer Sitzungsdauer von ein bis vier Stunden zusammentrafen. Sie wurden grundsätzlich auf bestimmte Bereiche eines Betriebes beschränkt und nicht flächendeckend durchgeführt.

4. Kriterien erfolgreicher Zirkelarbeit

Die Vorträge wie auch die anschließenden Diskussionen wiesen auf Verfahrenskomponenten hin, ohne die

eine erfolgversprechende Zirkelarbeit nicht gewährleistet werden kann. Dazu gehören:

- Konsens im Unternehmen und Beschlußfassung über die Durchführung von Zirkeln. Ausschlaggebend ist eine gute Vorbereitung der Zirkelarbeit. Mit allen zuständigen und betroffenen Stellen sind im voraus ausführliche Informationsgespräche zu führen, d. h. mit der Unternehmensspitze und dem Betriebsrat, den Beschäftigten, der Arbeitsschutzabteilung sowie je nach Gegebenheit mit dem betrieblichen Vorschlagswesen oder auch der Krankenkasse.
- Festlegung der Befugnisse des Gesundheitszirkels: Der Gesundheitszirkel hat Beratungs- und Vorschlagsrecht, keine Entscheidungskompetenz. Es sind jedoch Verfahrensabläufe zu vereinbaren, wie die Ergebnisse der Zirkelarbeit im Unternehmen aufgegriffen und umgesetzt werden können. Fehlende oder verzögerte Bereitschaft des Unternehmens, vorgeschlagene Verbesserungen zu prüfen und entsprechend zu verwirklichen, führen schnell zu Demotivationen und gefährden die erfolgreiche Weiterarbeit.
- Information und Vertrauen der Beschäftigten: Die Beschäftigten der Arbeitsbereiche, in denen ein Zirkel bzw. ein anderes Beteiligungsverfahren installiert wird, müssen gründlich über Ziele, Hintergrund und Verfahrensablauf informiert werden. Ihr Vertrauen ist für das Ergebnis der Zirkelarbeit von entscheidender Bedeutung. Als Vorteil hat sich erwiesen, die Auswahl der Mitarbeiter für die Zirkelarbeit aus dem Kreis der Beschäftigten durch freie Wahl und im Einvernehmen mit dem Betriebsrat durchzuführen. Denn die an der Zirkelarbeit teilnehmenden Beschäftigten bedürfen der Akzeptanz und des Vertrauens der Kollegen ihrer Arbeitsgruppe.
- Sitzungen der Zirkel: Die Sitzungen sollten möglichst während der Arbeitszeit stattfinden. Ist dies nicht möglich, sollte die Zirkelarbeit als zusätzliche Arbeitszeit vergütet werden. Bewährt hat es sich, die Sitzungen in regelmäßigen Abständen (alle zwei bis drei Wochen) durchzuführen.
- Informationen über die Ergebnisse der Zirkelarbeit und durchzuführende bzw. durchgeführte Maßnahmen sollten den Mitgliedern des Zirkels und nach einiger Zeit möglichst auch allen Mitarbeitern des betreffenden Arbeitsbereiches (Abteilung) mitgeteilt werden. Solche Rückmeldungen wirken motivationsstärkend.

5. Ergebnisse und Wirksamkeit

Alle vorgestellten Beispiele konnten auf eine Fülle gelungener Problemlösungen hinweisen. Durch die Einbeziehung des Erfahrungs- und Veränderungswissens der Beschäftigten im Rahmen der Zirkelarbeit konnten zum einen zahlreiche Schwachpunkte im Bereich des herkömmlichen Arbeitsschutzes und der

Arbeitsgestaltung aufgedeckt und Verbesserungsvorschläge entwickelt werden, z. B. zu Sicherheitsproblemen, muskulären Belastungen oder ungünstigen Umgebungseinflüssen.

Zum anderen wurden Themen bearbeitet und teilweise einer Lösung zugeführt, die bisher vom betrieblichen Arbeitsschutz nicht oder kaum aufgegriffen wurden und für die auch noch keine Verfahrensweisen der Bearbeitung vorliegen. Gemeint ist hier die Thematisierung und Veränderung unzureichender Betriebs- und Arbeitsorganisation, unzureichender Kommunikationswege, Probleme zwischenmenschlicher Beziehungen, Qualifizierungsprobleme u. a. m. Andererseits findet man hier eine Brücke zu Ansätzen der Organisations- und Personalentwicklung.

Einige Beiträge konnten auf eine Senkung der Unfallziffern sowie des allgemeinen Krankenstandes im zeitlichen Zusammenhang der Zirkelarbeit hinweisen. So interessant solche Ergebnisse sind, erscheint jedoch eine verallgemeinernde Erwartung, daß Zirkel-

arbeit solche Effekte nach sich zieht, nicht begründbar. Eine gründliche Evaluation, insbesondere der längerfristigen gesundheitlichen Wirkungen der genannten Zirkelverfahren/Beteiligungsverfahren, ist noch zu leisten.

Eine gemeinsame Erfahrung der präsentierten Modelle läßt sich verkürzt in den Worten zusammenfassen:

Verbesserung objektiver Arbeitsbedingungen, Verbesserungen auf Verhaltens-ebene (z. B. Kommunikations- und Kooperationsverbesserung), erhöhte Mitarbeiterzufriedenheit, verbessertes Betriebsklima und nicht zuletzt, wie manche Projekte zeigten, eine höhere Leistungsmotivation mit quantitativ oder qualitativ verbesserten Arbeitsergebnissen. Die Referenten aus den einzelnen Industriebetrieben wiesen deshalb übereinstimmend darauf hin, daß die Erfahrungen mit der Zirkelarbeit und anderen Beteiligungsverfahren dazu ermutigen, diese Aktivitäten fest in den Betriebsalltag zu integrieren.

Gesundheitsförderung im Betrieb durch Gesundheitszirkel – Konzept und Erfahrungen der Volkswagen AG –

Vom Gesundheitswesen der Volkswagen AG ist in Kooperation mit der TU Berlin im Rahmen eines HdA-Projektes bereits 1986 damit begonnen worden, ein Konzept „Betriebliche Gesundheitszirkel“ zu entwickeln. Mit dem Konzept der betrieblichen Gesundheitszirkel wird der Grundgedanke des Qualitätszirkels – aktive Einbeziehung und Beteiligung der Mitarbeiter – auf gesundheitsrelevante Fragestellungen übertragen.

Die Einbeziehung der Mitarbeiter mit dem Ziel „Streßanalyse und Streßabbau“ setzt jedoch voraus, daß diese ihre Arbeitsbelastungen überhaupt präzise und realistisch wahrnehmen und die Belastungen auch angemessen thematisieren und artikulieren können. Versagensängste, Schuldzuweisungen, Selbsttäuschung und Abwehrmechanismen verhindern aber häufig eine präzise und realistische Belastungswahrnehmung. Viele Dinge werden als selbstverständlich oder nicht veränderbar angesehen. Durch eine Aktivierung der betroffenen Mitarbeiter müssen also zunächst einmal solche resignativen Grundhaltungen und Abwehrmechanismen schrittweise abgebaut werden. Damit wird zum einen die Basis für ein gesundheitsgerechteres Bewältigungsverhalten geschaffen; zum anderen wird es zugleich möglich, über die betriebliche Thematisierung von Belastungen durch die Mitarbeiter Prozesse einzuleiten, die zu einem wirksamen Abbau objektiver Streßbedingungen führen bzw. beitragen.

Ziele und Elemente des Konzepts

Betriebliche Gesundheitszirkel sollen die Mitarbeiter dazu befähigen, ihre psychischen Belastungen realistisch wahrzunehmen, zu artikulieren, gesundheitsadäquat damit umzugehen und bei deren Reduzierung

aktiv mitzuwirken. Konkret werden mit dem Gesundheitszirkel vier sich ergänzende Ziele verfolgt.

Sowohl für die Mitarbeiter, die an einem Gesundheitszirkel teilnehmen, als auch für das Unternehmen sind aus Betrieblichen Gesundheitszirkeln verschiedene positive Ergebnisse zu erwarten.

Zu erwartende Ergebnisse betrieblicher Gesundheitszirkel

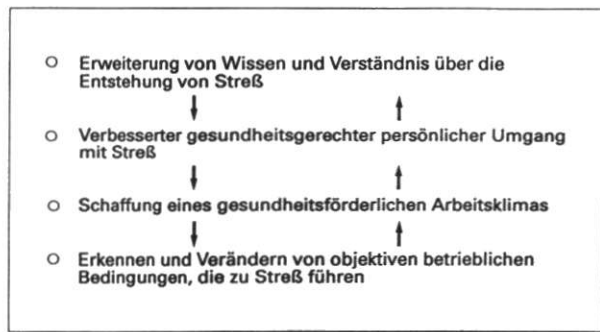
Für die Zirkelteilnehmer

- Mehr Bereitschaft, anderen zuzuhören
- Gestärktes Selbstvertrauen
- Verstärktes Vertrauen in andere
- Verstärkte Kooperationsbereitschaft und mehr Kreativität; Fähigkeit, auch bei anderen diese Eigenschaften zu wecken
- Fähigkeit, sich auch bei Arbeitsdruck noch auf die Aufgabe zu konzentrieren und gelassen zu bleiben
- Mehr Freude an der Arbeit
- Gesteigerte Fähigkeit, nach Feierabend "abschalten" zu können
- Verbessertes gesundheitliches Wohlbefinden; körperlich-seelische Fitness
- Erweiterung sozialer Handlungskompetenz

Für das Unternehmen

- Reduzierung von Abstimmungsverlusten
- Verbesserung der Menschenführung
- Abbau von Zeitdruck (Termintreue)
- Verbesserung der Kommunikation
- Zunahme von Kooperation und gegenseitiger Unterstützung
- Bessere Nutzung wertvoller betrieblicher Ressourcen (Ideen, Engagement)
- Verbesserung des sozialen Arbeitsklimas
- Verringerung von Fehlzeiten und Fluktuation
- Verbesserung der Arbeitsqualität
- Höhere Identifikation mit dem Unternehmen

Ziele betrieblicher Gesundheitszirkel

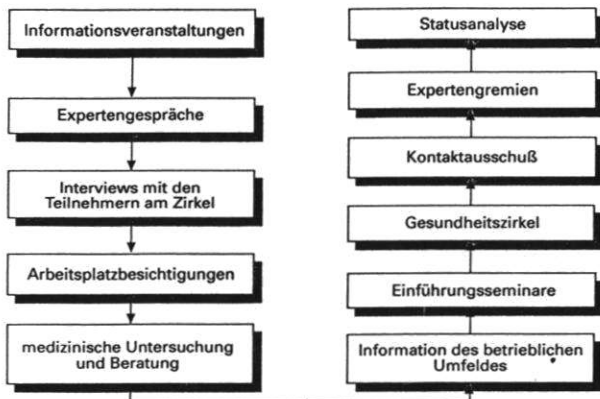


Das Gesundheitszirkelkonzept besteht aus insgesamt elf aufeinander aufbauenden Elementen.

Informationsveranstaltungen dienen einerseits der ausführlichen Information der potentiellen Zirkelteilnehmer (Zielgruppe). Zum anderen werden in derartigen Veranstaltungen sämtliche betrieblichen Vorgesetzten über das Gesundheitszirkelkonzept informiert und um ihre Unterstützung geworben.

In den *Expertengesprächen*, die die Zirkelmoderatoren mit betrieblichen Vorgesetzten, Vertretern des Personalwesens, Vertretern des Betriebsrates, Werkserzten usw. führen, geht es darum, die Einschätzung dieser Experten bezüglich der allgemeinen Arbeitssituation der Zirkelteilnehmer kennenzulernen.

Betriebliche Gesundheitszirkel



Die *Einzelinterviews* mit den Zirkelteilnehmern zielen darauf ab, ein Bild der Arbeitssituation aus subjektiver Sicht der Zirkelteilnehmer zu erhalten.

Die *Arbeitsplatzbesichtigungen* durch die Zirkelmoderatoren sollen den Moderatoren einen Einblick in die Arbeitssituation vor Ort geben.

Bei den *ärztlichen Untersuchungen* der Zirkelteilnehmer durch einen Werksarzt handelt es sich um eine flankierende Maßnahme. Sie zielt u. a. auf die Identifizierung von eventuell vorhandenen Risikofaktoren und wird durch eine ausführliche Beratung während der gesamten Zirkellaufzeit ergänzt.

Durch die *regelmäßige Information des betrieblichen Umfeldes* über den Verlauf und Sachstand der Zirkelarbeit soll den innerbetrieblichen Informationsbedürfnissen Rechnung getragen und eine Breitenwirkung (Multiplikatoreffekt) in Unternehmen erzielt werden.

Bei den *Einführungsseminaren* sind zwei Formen und Zielgruppen zu unterscheiden:

Das *zweitägige Einführungsseminar für die Zirkelteilnehmer* soll diese in Kontakt bringen mit den verschütteten Bereichen ihrer körperlichen, psychischen und sozialen Bewältigungsressourcen. Neben Sachinformationen zum Thema Streß werden u. a. Entspannungstechniken vermittelt, Erfahrungen über Belastungen ausgetauscht sowie bisherige Denk- und Verhaltensmuster hinterfragt.

Im *eintägigen Einführungsseminar* für die Mitglieder des *Kontaktausschusses* werden die Kontaktausschußmitglieder auf ihre Funktion in diesem wichtigen Gremium vorbereitet.

Die Arbeit im *Gesundheitszirkel* besteht aus zwei Phasen: In der Orientierungsphase geht es in erster Linie darum, allmählich ein neues, gesundheitsdienliches Bewältigungsverhalten zu entwickeln und zu erproben. In der Projektphase stehen das Initiieren kleiner persönlicher Projekte durch die Gesundheitszirkelteilnehmer und die dabei gemachten Erfahrungen im Vordergrund. Auf diese Weise entsteht zugleich nach und nach ein Katalog von betrieblichen Bedingungen in der Arbeit, die aus Sicht der Zirkelteilnehmer immer wieder zu Streß führen.

Die Funktion des *Kontaktausschusses* besteht primär darin, von den Zirkelteilnehmern benannte

betriebliche Probleme „betriebsöffentlich“ zur Sprache zu bringen sowie bei deren Lösung unterstützend und befördernd mitzuwirken. Der Kontaktausschuß setzt sich aus Vertretern der Zirkelteilnehmer, deren direkten Vorgesetzten, Vertretern des Personalwesens und des Betriebsrates, einem Werksarzt und den Zirkelmoderatoren zusammen.

Die Funktion von *Expertengremien* besteht darin, Probleme und Lösungsideen aus dem Kreis der Zirkelteilnehmer, die die fachliche Kompetenz des Kontaktausschusses übersteigen oder die einer weitergehenden fachlichen Abklärung bedürfen, zu bearbeiten und anschließend an den Kontaktausschuß zurückzuleiten.

Die *Statusanalyse* steht am Ende des zuvor festgelegten Projektzeitraums. Mit ihr soll geklärt werden, inwieweit der Zirkel seine Ziele erreicht hat. Davon hängt auch die Antwort auf die Frage ab, ob der betreffende Zirkel weitergeführt werden soll.

Das Pilotprojekt

Zielgruppe, Ablauf, Ergebnisse und Erfahrungen

Das Gesundheitszirkelkonzept wurde in Form eines Pilotprojekts in zwei Werken der Volkswagen AG erprobt. An dem Projekt nahmen auf freiwilliger Basis insgesamt 30 Meister aus unterschiedlichen Betriebsbereichen teil.

Im Anschluß an ein zweitägiges Einführungsseminar wurden etwa sechs Monate lang die Gesundheitszirkel durchgeführt. Die jeweils zweistündigen Sitzungen erfolgten erst wöchentlich, dann vierzehntägig. Vor Beginn des Projektes und nach dessen Abschluß wurden die Teilnehmer medizinisch untersucht. Das gesamte Pilotprojekt wurde wissenschaftlich begleitet. Die Ergebnisse des Projektes und die Erfahrungen, die bei seiner Durchführung gemacht worden sind, lassen sich wie folgt zusammenfassen:

1. Persönlicher Umgang mit Streß

Bei den meisten Zirkelteilnehmern hat sich das persönliche Bewältigungsverhalten deutlich verbessert. Verfestigte und zum großen Teil unbewußte gesundheitsschädliche Reaktions- und Verhaltensmuster konnten abgebaut werden. Ein sehr positives Echo fanden die körperlichen Entspannungstechniken.

2. Persönliche Initiativen und Projekte

Von den Zirkelteilnehmern wurden während des Projektverlaufs erfolgreich verschiedene Initiativen ergriffen und kleinere Projekte gestartet. Ziel war hier, ein den gesundheitsgerechten Umgang mit Streß erleichterndes Arbeitsklima zu schaffen (Beispiel: Verbesserung der gegenseitigen Information und Intensivierung der Kommunikation).

3. Objektive betriebliche Strukturen

Von den Zirkelteilnehmern sind in einem sogenannten „Problemkatalog“ objektive betriebliche Bedingungen aufgelistet worden, die aus Sicht der Zirkelteilnehmer immer wieder zu Streß führen. Einige der benannten Probleme konnten kurzfristig gelöst werden, für andere sind mittel- bis längerfristige Lösungen zu erwarten. Verschiedene Probleme scheinen aber nicht ohne weiteres lösbar zu sein. Insbesondere diese Tatsache hat bei einigen Zirkelteilnehmern zu einer gewissen Enttäuschung geführt.

4. Gesundheitszustand

Die im Rahmen der wissenschaftlichen Projektbegleitung eingesetzten Instrumentarien zeigen in der Tendenz, daß sich der Gesundheitszustand bei vielen Teilnehmern über den Projektzeitraum hinweg verbessert hat.

5. Arbeit im Kontaktausschuß

Die Arbeit im Kontaktausschuß kann überwiegend als positiv beurteilt werden. Zum Teil hat sich der Kontaktausschuß allerdings eher als „Petitionsausschuß“ verstanden. Als ganz wichtig hat sich erwiesen, daß der Kontaktausschuß auf seine Funktion umfassend vorbereitet wird.

6. Information des betrieblichen Umfeldes

Die regelmäßige Information des innerbetrieblichen Umfeldes über den Zirkel selbst und dessen Arbeit ist für den Zirkelerfolg von nicht zu unterschätzender Bedeutung. Sie trägt entscheidend dazu bei, Unverständnis, Mißtrauen oder gar Widerstände gegenüber dem Gesundheitszirkel abzubauen.

7. Zusammensetzung des Teilnehmerkreises

Ob ein Gesundheitszirkel homogen oder heterogen zusammengesetzt sein sollte, läßt sich nicht allgemeingültig beantworten. Bei extrem unterschiedlichen Tätigkeiten dürfte eine heterogene Zusammensetzung erhebliche Probleme aufwerfen. Andererseits kann sie gerade bei potentiell streßreichen Schnittstellentätigkeiten sehr sinnvoll sein.

8. Duale Tätigkeitsanalysen

Da objektive Arbeitsbedingungen und deren subjektive Wahrnehmung weit auseinanderfallen können und sich nicht alle Arbeitsbedingungen

realitätsangemessen im Subjekt widerspiegeln, erscheint es sinnvoll, eine „duale“ Tätigkeitsanalyse durchzuführen. D. h. ergänzend zur subjektiven Analyse sollte eine „objektive“ Analyse durchgeführt werden, deren Ergebnisse dann in die Zirkelsitzungen einfließen und dort diskutiert werden.

9. Expertengremien

Für die Notwendigkeit von Expertengremien spricht, daß von den Zirkelteilnehmern mehrfach Veränderungsnotwendigkeiten und Vorschläge aufgezeigt worden sind, die im Kontaktausschuß aus sachlich-fachlichen Gründen nicht hinreichend beurteilt werden konnten.

10. Durchführende Stelle

Als Träger für Gesundheitszirkel bietet sich das betriebliche Gesundheitswesen an. Zum einen gehören der Schutz und die Förderung der Gesundheit zu seinen genuinen Aufgaben, zum anderen ist gerade für die Arbeit im Gesundheitszirkel ein besonderes Vertrauensverhältnis vonnöten. Denkbar ist jedoch auch – und dies vor allem bei Klein- und Mittelbetrieben –, daß die Durchführung von der Krankenkasse übernommen wird.

Was die Moderation von Gesundheitszirkeln angeht, ist ein Moderatorenteam aus einem unternehmensinternen und einem unternehmensexternen Moderator sinnvoll.

11. Statusanalyse

Die Statusanalyse sollte gemeinsam von Gesundheitszirkeln, Kontaktausschuß und Moderatoren vorgenommen werden. Sie sollte nach neun Monaten, spätestens aber nach einem Jahr Zirkelarbeit erfolgen.

Fazit

Gesundheitszirkel in der hier beschriebenen Form sind grundsätzlich in der Lage, von Streß betroffene Mitarbeiter aus ihrer gesundheitsbeeinträchtigenden resignativen Zufriedenheit herauszuführen, ihr persönliches Bewältigungsverhalten zu verbessern sowie die Mitarbeiter zu befähigen, aktiv an der Schaffung gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen mitzuwirken.

Gesundheitszirkel stellen nicht nur ein Instrument der Gesundheitsförderung im Betrieb dar, sondern sie leisten auch einen Beitrag zur Partizipation und Qualifikation der Mitarbeiter.

WILHELM FISCHER
Hoesch Rothe Erde AG,
Stabstelle Arbeits- und Gesundheitsschutz

Modellversuch „Gesundheitszirkel“ bei der Hoesch Rothe Erde AG

Wir sind eine Betriebsführungsgesellschaft mit vier Betrieben und ca. 2500 Mitarbeitern, also kein Großbetrieb, sondern ein Mittel- bzw. schon Kleinbetrieb. Da wir unterschiedliche Fertigungen haben, war der Modellversuch nicht nur für uns geeignet, sondern auch die Übertragbarkeit für andere Mittel- und Kleinbetriebe war gegeben. Die Laufzeit des Modellversuchs war von April 1987 bis März 1990.

Ausgangslage war u. a., daß keine systematische Informationsgrundlage über das betriebliche Krankengeschehen vorlag. Die Notwendigkeit der betrieblichen Gesundheitsvorsorge wird heute allgemein anerkannt. Ansätze und Instrumente zur Weiterentwicklung liegen auf unterschiedlicher Ebene vor. Dazu gehören das Arbeitssicherheitsgesetz § 3 (Aufgaben der Betriebsärzte), die Thesen zur Gesundheitspolitik des Bundesministers aus dem Jahre 1985, die Resolution „Gesundheitserziehung in der Arbeitswelt“ der Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung vom Oktober 1986 sowie das Jahresgutachten von 1987 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen.

Ziele des Modellversuchs

- Verbesserung des Handlungspotentials der Betriebskrankenkassen bei Prävention, Früherkennung und Rehabilitation im Betrieb und im Betriebsumfeld.
- Verbesserung der Organisations- und Kommunikationsbeziehungen im Sinne einer zuständigkeitsübergreifenden Kooperation zwischen den betrieblichen Instanzen des Arbeitsschutzes und der Betriebskrankenkasse.
- Verbesserung der Informationsgrundlage der betrieblichen Instanzen zur Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen.
- Verbesserung des Handlungspotentials des betrieblichen Arbeitsschutzes.
- Vergleichende Feststellung des Nutzens der entwickelten Instrumente für die Gesundheitsvorsorge im Betrieb.
- Beiträge zur wissenschaftlichen Hypothesenentwicklung über Art und Umfang der Zusammenhänge zwischen Erkrankungen der Beschäftigten und Arbeitsbelastungen.

Vorgehensweise

Im Rahmen eines über zwei Jahre geplanten Erhebungszeitraumes war u. a. folgendes Vorgehen geplant:

- Sammlung und Aufbereitung der sozialen und medizinischen Daten der Betriebskrankenkasse.
- Sammlung und Aufbereitung der sozialen und medizinischen Informationen arbeitsmedizinischer Vorsorgeuntersuchungen.
- Sammlung und Aufbereitung der arbeitsplatzbezogenen Belastungsinformationen.
- Integration der Daten, Auswertung der Daten und Erstellung eines betrieblichen Gesundheitsberichtes.
- Ständige Austauschprozesse mit den betrieblichen Gesundheitsschutzinstanzen. Erprobung und Weiterleitung verbesserter Kooperationsformen im betrieblichen Gesundheitsschutz unter Beteiligung der Betriebskrankenkasse.

Die Ergebnisse des Gesundheitsberichtes zeigten, daß unterschiedliche Erkrankungsarten in den einzelnen Abteilungen vorkamen. Von solchen Betriebsbefunden lassen sich direkt noch keine praktischen Maßnahmeempfehlungen ableiten. Die Umsetzung von Ergebnissen des Gesundheitsberichtes in die Prävention am Arbeitsplatz bedurfte besonderer Arbeitsschritte und angepaßter Organisationsformen, und zwar aus folgenden Gründen:

- a) Die Ergebnisse des Gesundheitsberichtes können nicht beanspruchen, das Auftreten von Krankheitsfällen im Betrieb kausal zu erklären. Sie geben jedoch geprüfte Hinweise auf herausragende Gesundheitsgefährdungsbereiche, die es zu konkretisieren gilt.
- b) Die Ergebnisse des Gesundheitsberichtes haben noch ein relativ hohes Abstraktionsniveau und sind für die Umsetzung zu allgemein. Die bedeutsamen Belastungen sind für die einzelnen Arbeitsplätze zu spezifizieren. Ferner sind für viele, insbesondere chronische Erkrankungen, mehrere Belastungen bzw. komplexe Belastungsmuster relevant. Auch diese kombinierten Wirkungszusammenhänge sind für die einzelnen Arbeitsplätze näher zu bestimmen.

Im Mittelpunkt unserer Vorschläge aus dem betrieblichen Begleitkreis war die Umsetzung der Ergebnisse des betrieblichen Gesundheitsberichtes durch den Einsatz eines Gesundheitszirkels. Der betriebliche

Begleitkreis setzte sich wie folgt zusammen: zwei Mitarbeiter des Bundesverbandes der BKK, ein Mitarbeiter der Gesellschaft für Arbeitsschutz und Humanisierungsforschung, ein Mitarbeiter der BKK und ein Werksarzt. Vom Betrieb nahmen der Personalchef, der Betriebsrat und die Sicherheitsfachkraft teil.

Einrichtung und Arbeit des „Gesundheitszirkels“

Vor Gründung des Gesundheitszirkels schlug der betriebliche Arbeitskreis vor, in der Belegschaftsversammlung den Gesundheitsbericht insgesamt vorzustellen und dann darauf hinzuweisen, daß beabsichtigt ist, in der Abteilung „Kernmacherei“ einen Gesundheitszirkel einzusetzen. Des weiteren wurden Abteilungsversammlungen einberufen, in denen speziell die Probleme der Kernmacherei besprochen wurden. Den Mitarbeitern wurde vorgeschlagen, aus ihrer Mitte drei Kolleginnen/Kollegen zu benennen, die im Gesundheitszirkel mitarbeiten sollten.

Einem Gesundheitszirkel gehörten mehrere Beschäftigte einer Tätigkeitsgruppe oder eines Arbeitsbereiches an (z. B. Kernmacher und Kerne-schlichter). Weiteres Mitglied war der zuständige Meister. Ihm obliegt die Verantwortung für die Produktion, die Einhaltung der Arbeitsschutzbestimmungen und die Verantwortung für Personalangelegenheiten. Sein Aufgabenbereich ist von Änderungsmaßnahmen unmittelbar mitbetroffen, und er war von daher an der Arbeit zu beteiligen. Für die Betriebsleitung, den Betriebsrat und den Experten des Arbeitsschutzes (Betriebsarzt, Sicherheitsfachkraft/Ergonom) bestand jederzeit Teilnahmemöglichkeit. Ihre Beteiligung am Verfahren war wichtig, um das Informationspotential und die praktische Problemlösungskompetenz dieser Gruppen zu nutzen.

Ferner bedurfte es der Vor- und Nachbereitung sowie der Moderation der Zirkelsitzungen. Die Moderatorenrolle erforderte eine strikte Neutralität gegenüber allen im Zirkel vertretenen Gruppen. Der Moderator versteht sich als Vermittler unterschiedlicher inhaltlicher Auffassungen und hatte die Funktion, eine sachgerechte Aussprache über Belastungen und Verbesserungsmöglichkeiten zu schaffen. Daher bezog er im Zirkel nicht inhaltlich, sondern nur unter dem Verfahrensaspekt Stellung.

Jeder Gesundheitszirkel vereinte unterschiedliche Perspektiven und Erfahrungsbestände über Arbeitsbelastungen, gesundheitliche Folgewirkungen und Veränderungsmöglichkeiten. Die Methode zur Klärung der anstehenden Fragen war die Gruppendiskussion. Durch die gemischte Zusammensetzung von Betroffenen, Vorgesetzten und Experten wurde eine wechselseitige Kontrolle und Prüfung der Aussagen der Teilnehmer erreicht.

Die Gesundheitszirkel arbeiteten nach einem festen Programm:

- a) In einer ersten Stufe werden Arbeitsaspekte gesammelt, die aus der Sicht der Beschäftigten als beanspruchend erlebt wurden. Es wurden alle Arbeitssituationen und -abläufe einbezogen, d. h., körperliche Belastungen, Umgebungseinflüsse und psychosoziale Faktoren. Das Interesse galt hierbei nicht den individuellen Belastungen, sondern den kollektiv beanspruchenden Arbeitssituationen, die von mehreren Beschäftigten als beanspruchend bezeichnet wurden.
- b) In der zweiten Stufe wurden gesundheitliche Beschwerden ermittelt, die die Beschäftigten im unmittelbaren Zusammenhang mit bestimmten Arbeitssituationen wahrnahmen. Um eine breitere Informationsgrundlage bzw. ein Bild der Belastungs-Beschwerdenzusammenhänge in der Gesamtgruppe der Beschäftigten zu gewinnen, wurde zusätzlich eine Befragung von allen Beschäftigten eines Arbeitsbereiches vorgenommen.
- c) Es folgte die Suche nach präventiven Veränderungsmöglichkeiten im Sinne einer gesundheitsgerechten Arbeitsgestaltung. Dabei sollte zuvor eine Klärung darüber herbeigeführt werden, auf welchem Wege die Ergebnisse dieses Suchprozesses, d. h. die Veränderungsvorschläge, bearbeitet werden sollten. Eine Möglichkeit bestand z. B. darin, sie in das betriebliche Vorschlagswesen mit aufzunehmen. Maßnahmen geringerer Reichweite konnten dabei direkt vom Vorgesetzten umgesetzt werden.

Ergebnisse der Arbeit der Gesundheitszirkel

Die meisten Vorschläge zielen auf solche Verbesserungen der Rahmenbedingungen, die von den Beschäftigten als vermeidbare Erschwernisse erlebt wurden. Z. B. auf:

- Verbesserte Bestuhlung für einen Sitzarbeitsplatz
- Anbringen von Blendschutzeinrichtungen
- Verbesserung von Beleuchtungsverhältnissen
- Schutzvorrichtungen gegen Zugluft
- Kleinere technische Veränderungen
- Hilfseinrichtungen zur Erleichterung körperlich schwerer Arbeit oder ungünstiger Körperhaltungen

Die Vorschläge hatten überwiegend eine mittlere Reichweite und bewegten sich im Rahmen des finanziell und organisatorisch Machbaren. Sie zielten auf ein Gebiet zwischen den Unzulänglichkeiten, die den Arbeitsalltag häufig beschwerlich machen einerseits und einer präventiven Ergonomie andererseits.

Darüber hinaus bestand ein Gewinn der Zirkelarbeit darin, daß sich die Kommunikation zwischen den betrieblichen Gruppen verstärkte. Trotz täglicher Begegnung von Vorgesetzten und Beschäftigten und trotz häufiger Kontakte mit dem Arbeitsschutz-Experten bleiben viele Hinweise im Arbeitsalltag unbeachtet oder werden nicht mitgeteilt. In diesem Sinne bot die Zirkelarbeit eine gute organisatorische Voraussetzung, um viele Probleme des Arbeitsalltags zu artikulieren und sich Gehör zu verschaffen.

GERHARD PRESSEL

Ltd. Betriebsarzt, Flughafen Frankfurt/Main AG

WOLFGANG SLESINA

Institut und Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin der Universität Köln

Erprobung von Gesundheitszirkeln bei der Flughafen Frankfurt/Main AG

Ausgangspunkt und Vorbereitung

Der Flughafen Frankfurt/Main erprobt seit 1990 das Verfahren der Gesundheitszirkel. Die Initiative hierzu ging von dem leitenden Betriebsarzt des Unternehmens aus. Mehrere Anliegen waren dabei bedeutsam:

- Die Beschäftigten verstärkt für die Belange des Arbeits- und Gesundheitsschutzes zu sensibilisieren und motivieren,
- Hinweise auf bisher unbekannte oder wenig bekannte Gesundheitsbelastungen an Arbeitsplätzen zu gewinnen,
- Ideen zur gesundheitsgerechten Arbeitsgestaltung aus der Sicht der Betroffenen zu erheben und damit auch
- den Beschäftigten mehr Möglichkeiten zur Mitgestaltung ihrer Arbeitsumwelt zu eröffnen.

D. h. der bestehende betriebliche Arbeitsschutz sollte um die Problemsicht und Lösungsvorschläge der Beschäftigten auf der Grundlage des systematischen Verfahrens des Gesundheitszirkel ergänzt werden. Die Einführung der Projektidee in das Unternehmen und die Projektvorbereitung vollzog sich in mehreren Stufen:

1. Präsentation des Gesundheitszirkelkonzepts durch einen externen Berater vor einem größeren Kreis interessierter Mitarbeiter des Unternehmens aus den Bereichen Arbeitsschutz, Personalabteilung, Management und Betriebsrat.
2. Grundsätzliche Zustimmung der Entscheidungsträger (Vorstand, Betriebsrat) zu einer Erprobung des Gesundheitszirkelverfahrens in einigen Unternehmensbereichen.
3. Erörterung des Zirkelprojekts mit davon betroffenen bzw. interessierten Organisationseinheiten; Klärung strittiger Fragen und spezifischer Abteilungswünsche.
4. Übertragung der Projektleitung auf den betriebsärztlichen Dienst.
5. Bildung eines Koordinationskreises, um zum einen die Projektvorbereitung auf eine breitere Basis zu stellen und verbindliche Absprachen zu treffen, ferner um die Zirkelarbeit bei auftretenden Problemen und bei Entscheidungsbedarf zu flankieren. Im Koordinationskreis waren vertreten bzw. repräsentiert:

der Arbeitsdirektor, Betriebsrat und Projektkoordinator (Arbeitsmedizin), die Abteilungen Ergonomie, Arbeitssicherheit und betriebliches Vorschlagswesen, die Personalabteilung und die für die Zirkelerprobung vorgesehene Abteilung sowie der externe Berater.

Die Auswahl der Interventionsbereiche orientierte sich vor allem an folgenden Kriterien:

- Im Bereich gewerblicher Arbeitnehmer beginnen, da hier der Gesundheitszirkelansatz bisher erfolgreich erprobt wurde. Danach Übertragung des Verfahrens auf den Angestelltenbereich.
- Mit einer Abteilung mittlerer Größe zu beginnen, die nicht im Zentrum des Betriebsablaufs steht, um in einem etwas geschützteren Rahmen gemeinsam erste Erfahrungen zu sammeln und eine Vertrautheit mit dem Verfahren sich in dem Unternehmen entwickeln zu lassen.
- In einer Abteilung ohne erkennbare besondere Konfliktlage beginnen.

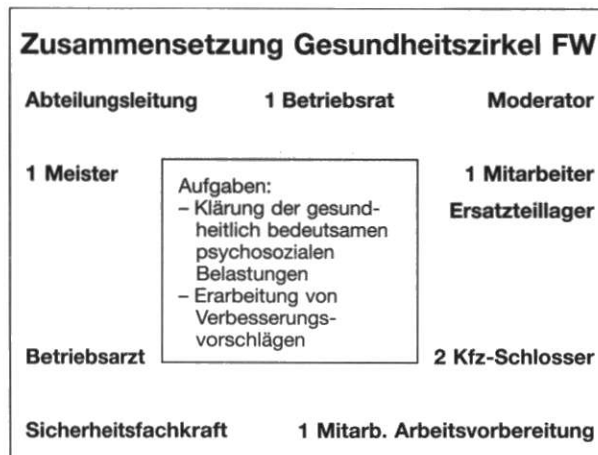
Es wurde ein zweistufiges Vorgehen gewählt. Zur ersten Stufe gehörte die Einrichtung eines Gesundheitszirkels in der Kfz-Schlosserei, d. h. einer technischen Serviceabteilung im Unternehmen, unter Einbeziehung von Arbeitsvorbereitung und Ersatzteillager. Die zweite Stufe umfaßte dann die Bildung von zwei Zirkeln im Bereich der Fluggastkontrolle, d. h. einem nicht-technischen Servicebereich.

Durchführung und Ergebnisse am Beispiel der Kfz-Schlosserei

Zusammensetzung und Durchführung der Zirkelarbeit orientierten sich an dem bei Thyssen-Edelstahl erstmals entwickelten und erprobten Gesundheitszirkelkonzept (Slesina 1990; Slesina et al. 1991). Ein solcher Zirkel bildet eine zeitlich begrenzte Projektgruppe, bestehend aus drei bis vier Beschäftigten, Arbeitsschutzexperten, Vorgesetzten und Betriebsrat. Im Mittelpunkt der Zirkelarbeit steht das Erfahrungswissen der Beschäftigten über beanspruchende Arbeitsaspekte und Verbesserungsmöglichkeiten.

Der Zirkel des Kfz-Bereichs umfaßte zwei Kfz-Schlosser, einen Mitarbeiter der Arbeitsvorbereitung, den zuständigen Gruppenmeister der Kfz-Schlosser, den Betriebsarzt, einen Mitarbeiter der Arbeitssicherheit, ein Betriebsratsmitglied und den externen Moderator (s. Abb. 1). Die Arbeitsplätze des Ersatzteillagers und der Arbeitsvorbereitung wurden einbezogen, um mögliche organisatorische und personelle Schnittstellenprobleme zwischen den drei Bereichen gemeinsam zu prüfen und zu bearbeiten.

Abb. 1



Die Auswahl der Teilnehmer an dem Gesundheitszirkel erfolgte durch die Arbeitnehmer selbst. Hierzu wurde eine Betriebsversammlung durchgeführt, auf der der externe Berater das Vorhaben erläuterte und um Nominierung von Kollegen für die Zirkelarbeit bat. Der Zirkel kam zehnmal zu je einstündigen Sitzungen zusammen. Die Vorgehensweise der Zirkelarbeit entsprach dem früher erprobten Muster (s. Abb. 2).

Insgesamt wurden 36 beanspruchende Arbeitsaspekte durch den Zirkel benannt und vertiefend besprochen. Das Themenspektrum umfaßte muskuläre Belastungen, Umgebungseinflüsse, Sicherheitsrisiken, insbesondere aber psychosoziale Belastungen. Die schriftliche Arbeitnehmerbefragung (Stufe 2) machte solche Arbeitsaspekte deutlich, die gehäuft bei den Beschäftigten der Kfz-Schlosserei zu gesundheitlichen Beschwerden führen (s. Abb. 3). Die Zahl der Änderungsvorschläge belief sich auf 49. Hiervon wurden zwei Drittel realisiert.

Die Zirkelarbeit eröffnete für Arbeitsschutzexperten und Vorgesetzte eine neue Perspektive über Arbeitssituationen und -abläufe. Eine Reihe von Sicherheitsproblemen und beanspruchenden Arbeitsaspekten waren den Arbeitsschutzexperten aufgrund spezifischer situativer Bedingungen noch nicht bekannt. Die fundierte Kenntnis der Beschäftigten über die konkreten Vor-Ort-Gegebenheiten ihres Arbeitsplatzes vermittelte den anderen Teilnehmergruppen des Zirkels neue Informationen. Andere Situationen und Belastungen, wie zum Beispiel organisatorische Reibungspunkte, waren dagegen im Prinzip bekannt. Die Gespräche im Zirkel präsentierten diese jedoch in einer neuen Perspektive und zwar unter dem Aspekt der gesundheitlichen Folgen solcher Situationen für die Beschäftigten. Hierbei bestätigte sich eine in früherer Zirkelarbeit gewonnene Erfahrung: Organisations-, Kommunikations- oder technische Probleme bedeuten für das Unternehmen Effizienzverlust, für die Beschäftigten aber vielfach Ärger und das Gefühl vermeidbarer Beanspruchung. Die wiederholte Erfahrung der Unveränderbarkeit solcher Situationen führt zu Gefühlen der Ohnmacht, Aggression und Indifferenz. Gesundheitszirkel können über die Thematisierung solcher Probleme einen Zugang zur Situationsveränderung schaffen.

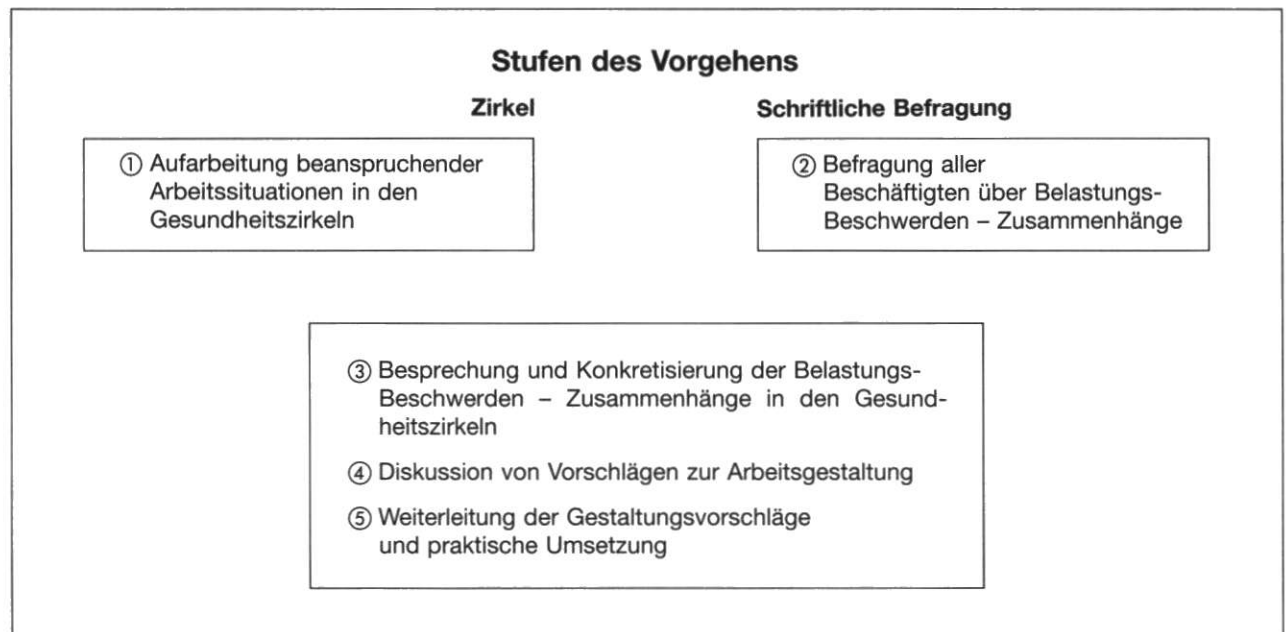


Abb. 3

Beschwerde- und Belastungsangaben von Kfz-Schlossern (n = 19; Angaben \geq 40 %)

Nacken-, Schulterschmerzen	-	schwere körperliche Arbeit, ungünstige Körperhaltung, Stehen/Laufen, Zugluft/Kälte, Zeitdruck, konzentriertes Aufpassen
Rücken-, Kreuzschmerzen	-	schwere körperliche Arbeit, ungünstige Körperhaltung, Stehen/Laufen, Zugluft/Kälte, Zeitdruck
Magenschmerzen, Druckgefühl	-	Ärger mit Kollegen/Vorgesetzten, Zeitdruck, Dämpfe/Gerüche
Kopfschmerzen	-	Dämpfe/Gerüche, Lärm, Zeitdruck
Anspannung, Nervosität	-	Arbeiten, die nicht klappen, Zeitdruck, Ärger mit Kollegen/Vorgesetzten, Lärm, Dämpfe/Gerüche, ungünstige Körperhaltung
Müdigkeit, Erschöpftheit	-	schwere körperliche Arbeit, Stehen/Laufen, ungünstige Körperhaltung, Zeitdruck, konzentriertes Aufpassen, Dämpfe/Gerüche, Hitze, Lärm

Ausblick

Auch im Bereich Fluggastkontrolle hat die Zirkelarbeit zu zahlreichen Hinweisen auf vermeidbare bzw. verringerbare Belastungen und Beanspruchungen sowie zu zahlreichen Änderungsvorschlägen und Gestaltungsaktivitäten geführt. Die Übertragbarkeit des Verfahrensansatzes auf den Angestelltenbereich, zumindest die operative Ebene, erscheint somit gesichert. Ob er auch für Vorgesetztenpositionen anwendbar ist, bleibt abzuwarten.

Eine Stärke des Verfahrens liegt in dem Aufzeigen risikohafter, gesundheitlich beanspruchender und ineffizienter Organisations- und Arbeitsaspekte. Die Herstellung solcher Transparenz kann allerdings beim mittleren Management zu Verunsicherung und Abwehrhaltungen führen. Hierauf ist bei der Verfahrensdurchführung zu achten und zu reagieren.

Eine weitere Stärke besteht in der Erarbeitung problemgerechter, pragmatischer, situationsnaher Änderungsvorschläge. Schwierigkeiten können sich zum

Teil bei der Umsetzung von Vorschlägen ergeben, denn Problemhinweise und Veränderungsintentionen des Zirkels können mißverstanden, umgedeutet und in unvollständige oder sinnwidrige Lösungen umgesetzt werden. Außerdem ist bei hochkomplexen Sachverhalten die Problemlösungsarbeit des Zirkels teilweise auf Außenunterstützung durch Mitarbeiter aus betrieblichen Fachabteilungen angewiesen. Es ist geplant, die externe Moderation auf eine interne Leitung zu übertragen.

Literatur:

Slesina W: Gesundheitszirkel – Ein neues Verfahren zur Verhütung arbeitsbedingter Erkrankungen. In: Brandenburg U., et al. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung im Betrieb, BAU Tb 51, Dortmund 1990, 315–328

Slesina W, Beuels FR, Lorenz I: Zur Evaluation eines Modellvorhabens mit Gesundheitszirkeln zur gesundheitsgerechten Arbeitsgestaltung. In: Brennecke R. (Hrsg.): Sozialmedizinische Ansätze der Evaluation im Gesundheitswesen, Bd. I, Springer, Berlin 1991, 349–356

Zirkelarbeit zur Gesundheitsförderung – Betriebliche Erfahrungen bei der Mannesmann AG

Ziel der Arbeitsgestaltung bei Mannesmann ist es, die Gesundheit, die Leistungsfähigkeit und die Zufriedenheit der Mitarbeiter zu erhalten und zu fördern. Im Sinne dieser Zielsetzung haben wir in den letzten Jahren den Akzent auf eine ganzheitliche Gesundheitsförderung gelegt, subjektive Komponenten stärker berücksichtigt und begonnen, Ergonomie- oder Gesundheitszirkel einzurichten. Modell und Grundlage waren hierfür die Qualitätszirkel und die Erkenntnisse von W. Slesina sowie L. von Ferber, die sich seit Mitte der 80er Jahre mit dem Thema der Gesundheitszirkel intensiv befaßt haben.

Seit 1988 haben wir in 7 Betrieben Zirkelarbeit durchgeführt oder vorbereitet, und zwar mit dem Ziel, die Arbeitsbedingungen unter Einbezug der Mitarbeiter zu verbessern. Anlaß für die Einrichtung der Zirkel waren relativ hohe Fluktuation, hoher Krankenstand oder Unzufriedenheitsäußerungen der Belegschaft in Teilbereichen der Betriebe. Wir haben die Zirkelarbeit grundsätzlich auf einzelne Meisterschaften oder Kostenstellen beschränkt und nicht flächendeckend im jeweiligen Betrieb durchgeführt, weil unsere Kapazität hierzu begrenzt ist und weil auch „Hawthorne“- sowie Multiplikatoreffekte ermöglicht werden und sich zusätzlich positiv auswirken sollten.

Bei der Vorbereitung, Einrichtung und Durchführung der Zirkelarbeit haben wir in den einzelnen Betrieben abhängig von der jeweiligen Problemsituation und der Mentalität der Führungskräfte, Mitarbeiter, Betriebsräte und der hinzugezogenen Fachstellen unterschiedliche, aber überwiegend positive Erfahrungen gesammelt. Diese Erfahrungen haben bei Mannesmann zur Erkenntnis und Philosophie geführt, bei strenger Wahrung der unabdingbaren Voraussetzungen (Konsens in den Zielen der Zirkelarbeit, Beachtung der Persönlichkeitsrechte, vertrauliche Behandlung persönlicher Informationen, Beachtung des Datenschutzes und insbesondere die Beteiligung des Betriebsrates) möglichst viele Zirkelvarianten zu akzeptieren.

Die Zirkelarbeit soll jeweils die betrieblichen Verhältnisse und die spezifischen personellen sowie materiellen Voraussetzungen des Betriebes berücksichtigen. Dies gilt für die Benennung des Zirkels unter betriebspsychologischen Aspekten, die Moderation, die Art der Einführung und Vorbereitung, die Zahl der

Sitzungen und die Beteiligung von Fachstellen (Betriebsärztlicher Dienst, Sicherheits-, Ergonomie-, Ausbildungsabteilung, externe Fachberater usw.).

Die größte Bedeutung kommt der Funktion und Qualifikation des Moderators sowie der Gesprächsatmosphäre zu, auf die der Moderator wesentlichen Einfluß hat. Unserer Erfahrung und Einschätzung nach ist die Persönlichkeit des Moderators dabei wichtiger als z. B. die Fachrichtung seiner Ausbildung.

Ausschlaggebend ist ebenfalls eine gute Vorbereitung der Zirkelarbeit. Mit allen zuständigen Stellen (Geschäftsführung, Vorgesetzte, Betriebsrat) sind im voraus ausführliche Informationsgespräche zu führen. Aktionen zur schriftlichen Abfrage von Mängeln und Defiziten sollen nach ausreichender Erläuterung im Betrieb zeitgleich und mit den erforderlichen anonymen Wahlen verknüpft erfolgen, um ungewollte Übertragungseffekte zu vermeiden. Mit den Mitarbeitern, die von der Belegschaft für die Gruppenarbeit gewählt wurden, ist in einem ersten Gespräch ein Konsens über die Ziele zu erreichen. Für die Zirkelarbeit sind geeignete Räume zur Verfügung zu stellen und ggf. entsprechend herzurichten. Die positive Wirkung eines günstigen Raumes wird manchmal unterschätzt.

Von entscheidender Bedeutung ist auch die Unterstützung der Aktionen durch den Betriebsrat, ohne die eine Zirkelarbeit nach unserer Einschätzung erfolglos bleibt. Deshalb haben wir uns für eine diesbezügliche gute Atmosphäre in allen Betrieben besonders eingesetzt und erleben jetzt eine problemlose, positive Zusammenarbeit. Hierauf führen wir u. a. die in der Zirkelarbeit erreichten Ergebnisse zurück. Insbesondere ist das Zufriedenheitsniveau und das Betriebsklima verbessert worden. In einem Werk, das in drei Bereichen mit je ca. 80 Mitarbeitern Ergonomiezirkel eingerichtet hat, konnten wir innerhalb von 2 Jahren eine Senkung des Krankenstandes von 12,8 % auf 9,6 % verzeichnen. Das ist eine Abnahme von 3,2 %-Punkten im Unterschied zur Senkung des Krankenstandes von nur 0,8 %-Punkten (von 12,6 % auf 11,8 %) im gesamten Werk, dem diese drei Bereiche angehören.

Den Erfolg der Zirkelarbeit an der Entwicklung des Krankenstandes zu messen ist problematisch, selbst wenn die statistische Prüfung eine signifikante Kran-

kenstandsveränderung ergibt. Die Zahl der nicht kontrollierbaren Variablen ist zu groß, und ein gesunkener Krankenstand ist nur *ein möglicher Indikator* für erreichte Verbesserungen. Angestrebt werden vor allem

- Verbesserungen der Arbeitsbedingungen sowie der physischen, psychischen und psychosozialen Belastungssituation,
- Erhaltung und Förderung der Gesundheit,
- höhere Arbeitszufriedenheit,
- besseres Betriebsklima
und daraus resultierend auch
- höhere Leistungsmotivation,
- qualitativ und quantitativ bessere Arbeitsergebnisse,

- geringere Fluktuation und schließlich
- niedrigerer Krankenstand.

Wenn die unabdingbaren Voraussetzungen für die Zirkelarbeit erfüllt sind und sich insbesondere die Führungskräfte, der Betriebsrat sowie die unmittelbar Betroffenen mit der Zirkelarbeit identifizieren, führen die Anstrengungen nach unseren Beobachtungen in aller Regel zu spürbaren Verbesserungen.

Die Erfahrungen mit der Zirkelarbeit sind bei Mannesmann ermutigend, so daß wir diese Arbeit fortsetzen werden. Wir werden sie propagieren und fallweise intensivieren, aber wir wollen sie nirgendwo flächendeckend durchführen.

Arbeitsschutzzirkel bei der Deutschen Lufthansa

Das Konzept „Arbeitsschutzzirkel“ wurde vom Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft (ISO) im Rahmen eines Projektes zur „Humanisierung des Arbeitslebens“, bei der Deutschen Lufthansa im Bereich der „Physischen Frachtabfertigung“ entwickelt, erprobt und in die betriebliche Praxis überführt. Als ein Teilbereich eines umfassenden vorbeugenden Arbeits- und Gesundheitsschutzes zielt es darauf, den „zu Schützenden“ eine aktive Rolle in der betrieblichen Arbeitsschutzpraxis zuzuweisen und ihr Erfahrungs- und Veränderungswissen hierfür stärker nutzbar zu machen. Da es sich bei der „Physischen Frachtabfertigung“ um einen besonders unfallträchtigen Arbeitsbereich handelt, liegt der Schwerpunkt der Gruppenarbeit auf dem Thema „Arbeitssicherheit“.

In regelmäßigen Treffen, mit einem zeitlichen Abstand von zwei Monaten und einer Sitzungsdauer von drei bis vier Stunden, werden Erfahrungen über technische, arbeitsorganisatorische und verhaltensbezogene Gefährdungen am Arbeitsplatz ausgetauscht und darauf bezogene Veränderungsvorschläge entwickelt. Dies geschieht nach einer festgelegten Verfahrensstruktur. Nach einer Sammlung betrieblicher Gefahren wird eine Arbeitsgefährdung ausgewählt, nach möglichen Auswirkungen und Ursachen hinterfragt und Lösungsmöglichkeiten besprochen. Die Gruppenergebnisse werden auf einem speziellen „Ergebnisbogen“ protokolларisch festgehalten.

Ständige Teilnehmer sind acht bis zehn Frachtabfertiger. Das heißt, die Arbeitsschutzzirkel sind in dieser Durchführungsphase auf der ausführenden Ebene angesiedelt. Dadurch wird angesichts der oftmals sensiblen Arbeitsschutzthematik ein „geschützter Raum“, eine offene Gesprächsatmosphäre sichergestellt. Die Moderation der Zirkel obliegt den Sicherheitsbeauftragten, die zuvor gezielt und schrittweise in ihre Aufgabe eingewiesen wurden. Sie sorgen auch für die Übermittlung der Ergebnisse an die nicht unmittelbar beteiligten Frachtabfertiger und nehmen umgekehrt auch Anregungen von diesen für die weitere Zirkelarbeit auf.

Wesentlicher Konzeptbestandteil ist die organisatorische Einbindung der Arbeitsschutzzirkel in die bestehende Betriebs- und Sicherheitsorganisation. Eine Bereichsführungskraft nimmt, stellvertretend für die Personalführungsetzten, die zentrale Funktion eines „Koordinators“ ein, quasi als Schnittstelle zwischen Arbeitsschutzzirkel und Führungskräfteebene. Der Koordinator nimmt die Gruppenvorschläge entgegen, leitet sie weiter an die zuständigen betrieblichen Entscheidungsträger und meldet das Ergebnis zur Umsetzung an die Arbeitsgruppe zurück. Das „Gelin-

gen“ von Arbeitsschutzzirkeln hängt weitgehend von der Bereitschaft des Managements ab, die vom Zirkel erarbeiteten Vorschläge sorgfältig zu überprüfen und der Arbeitsgruppe die Ergebnisse – Realisierungsschritte oder Ablehnungsbegründung – kontinuierlich zu übermitteln.

Umsetzung

Die Arbeitsschutzzirkel bestehen mittlerweile seit Sommer 1989 und es wurden mit ihrer Hilfe eine Vielzahl von Veränderungsvorschlägen entwickelt und umgesetzt. Diese beziehen sich gleichermaßen auf:

- technische Veränderungen, beispielsweise eine veränderte Kupplungsvorrichtung an Fahrzeugen zur Verminderung der Quetsch- und Stoßgefahr,
- arbeitsorganisatorische Veränderungen, beispielsweise eine systematisch wechselnde Einteilung der Arbeitskräfte zur Sauberhaltung der Halle;
- verhaltensbezogene Veränderungen, beispielsweise eine verbesserte betriebliche Qualifizierung für einen kompetenteren Umgang der Beschäftigten mit dem Gabelstapler.

Darüber hinaus sind positive Effekte feststellbar:

- Förderung der Kooperations- und Kommunikationsbezüge zwischen Frachtabfertiger- und Führungskräfteebene und Problemsensibilisierung („Einrichtung neuer Kommunikationskanäle“),
- Erhöhung der Verbindlichkeit bei der Umsetzung von Maßnahmen des Gefährdungsabbaus
- Aufwertung der Funktion und dadurch Motivierung der Sicherheitsbeauftragten, deren Aufgabenschreibung oft als „undankbar“ angesehen wird.

Ausblick: Weiterführende Präventionsforschung

Das ISO-Institut bereitet gegenwärtig ein Forschungsvorhaben über die „Entwicklung betriebsumfassender Qualifizierungsstrategien zur Umsetzung eines präventiv ausgerichteten Arbeits- und Gesundheitsschutzes“ vor.

Auf der Basis betrieblicher Fallstudien und paradigmatisch entlang des Themenkreises „Beschwerden und arbeitsbedingte Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates“ wird untersucht, mit welchen Qualifizierungsinhalten, Formen und Maßnahmen vorbeugend wirksame Einstellungs- und Handlungsprozesse auf allen überbetrieblichen Ebenen gefördert werden können. Ziel ist die Erarbeitung eines Qualifizierungsprogramms, geeigneter Umsetzungsformen und einer Handlungshilfe für die betriebliche Praxis.

RALF QUASTEN
Thyssen Edelstahlwerke AG
Abteilung Arbeitspsychologie/Vorschlagswesen

Mitarbeitergespräche und deren Auswirkungen auf die Arbeitssicherheit

BASIS-Gesprächszirkel und Unfallkennwerte in der Schmiedeadjustage 2, einem Betrieb der Thyssen Edelstahlwerke AG

Was sind „BASIS-Gesprächszirkel“?

- Eine Form der Mitarbeiterbeteiligung in Gruppen
- acht bis zehn Teilnehmer
- sechs bis acht Sitzungen
- Inhaltlich wird in Phasen vorgegangen
 - Einführung
 - Ursachenanalyse
 - Maßnahmenentwicklung
 - Koordination
 - Entscheidung
 - Realisierungsprüfung
- Die Moderatoren werden speziell geschult
- Einsatz überall dort, wo Menschen zusammenarbeiten
- TEW-Unternehmenskultur

Ausgangslage, Vorgehen, Teilnehmer

Zu Beginn des Jahres 1989 fiel die Schmiedeadjustage (SAD 2) dadurch auf, daß sie über einen längeren Zeitraum die höchsten Unfallquoten und gleichzeitig die höchsten Krankenquoten im Werk aufwies. Da sich diese Entwicklung trotz der üblichen Sicherheitsarbeit ergeben hatte, sollte ein anderes Mittel zur Senkung der hohen Unfallquoten eingesetzt werden. Als die „Experten vor Ort“ sollten die Belegschaftsmitglieder des jeweiligen Betriebes selbst sagen, welche arbeitssicherheitlichen und ergonomischen Probleme bisher nicht erkannt oder nicht bearbeitet worden sind. Das Problem „Krankenstand“ wurde nicht thematisiert, sollte aber bei der Ergebnisverfolgung der Gespräche im Auge behalten werden. Zu den Teilnehmern eines solchen BASIS-Gesprächszirkels, der nicht mehr als zwölf Personen umfassen sollte, gehörten:

- der Betriebsleiter
- der Meister
- der Vorarbeiter
- ein Teil der Mitarbeiter
- ein Vertreter des Betriebsrates
- die zuständige Sicherheitsfachkraft sowie
- der Moderator des Gesprächszirkels

Schmiedeadjustage (SAD 2)

In der SAD 2 wird Stabstahl gerichtet, geschält, auf Oberflächenfehler mit Hilfe einer Ultraschallanlage,

auf im Material verborgene, nicht sichtbare Fehler geprüft und schließlich nach Kundenwunsch auf die entsprechende Länge zersägt und dann versandt. Zu diesem zu bearbeitenden Material gehören auch die sogenannten „Dornstangen“, die später z. B. zur Herstellung nahtloser Rohre dienen. Diese können bis zu 27 Meter lang sein, und sind deshalb, vor allem beim Transport, schwierig zu handhaben. Organisatorisch gliedert sich die SAD 2 in zwei Bereiche: Die „Stabstahllinie“ und die „Schälerei“. Im Bereich der „Stabstahllinie“ waren von Januar '88 bis Januar '91 im Mittel 54 Personen beschäftigt. Im Bereich der Schälerei im gleichen Zeitraum im Mittel 18 Personen. Insgesamt betrug der mittlere Personalstand in der SAD 2 in diesem Zeitraum 72 Personen. Im Bereich „Stabstahllinie“ wurden zwei Gruppen gebildet: Gruppe 1 mit 16 Personen traf sich sechsmal, Gruppe 2 mit zwölf Personen siebenmal, wobei jeder Teilnehmer der Gruppen im Schnitt viermal anwesend war. Durch diese beiden Gruppen wurden von den durchschnittlich 72 Personen der SAD 2-Belegschaft 28 Personen direkt erreicht, prozentual ist dies ein Anteil von 39 %.

Bearbeitete Problempunkte in der SAD 2

1. Klimatische Verhältnisse:
 - Temperatur
 - Luftzug
2. Transporthänger:
 - Aufbauten
 - Peiner-Hänger
 - 35-t-Hänger
 - Ankommendes Material
 - Beladungsschulung
 - Unsaubere Hängeroberfläche
3. Veraltete Maschinen:
 - Säge 3: Aufgabe, Rollgang, Abwurf
 - Säge 4: Aufgabe
 - Richtpresse: Aufgabe, abspringende Teile
 - Säge 7: Wegfliegende Späne
 - Hauptrollgang: Teilung des Rollgangs
4. Dornstangen:
 - Zwangsweise Unterbrechung

Unzulässiger Transport
 Ungünstige Vereinzelung
 Ungünstige Lagerung

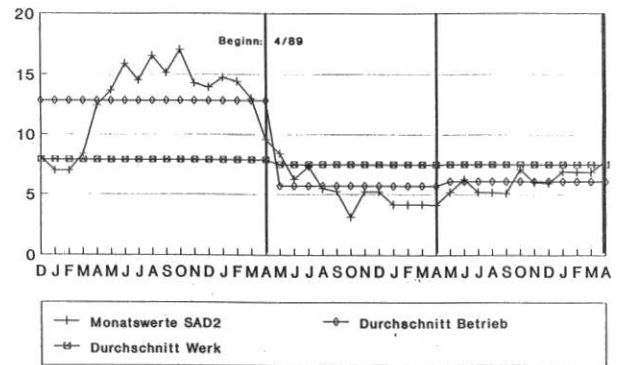


SAD2 12/87-4/91 1000-Mann-Quote

5. Mehrfachbelastung

Entscheidungsphase

- Videounterstützte Präsentation der behandelten Probleme und der dagegen entwickelten Maßnahmen vor einer hochrangig besetzten „Entscheidungsrunde“ durch vier speziell dafür vorbereitete Teilnehmer aus den Gruppen.
- Besprechung und Entscheidung jedes einzelnen Maßnahmenpunktes sowie Festlegung von Verantwortlichkeiten und Terminen.

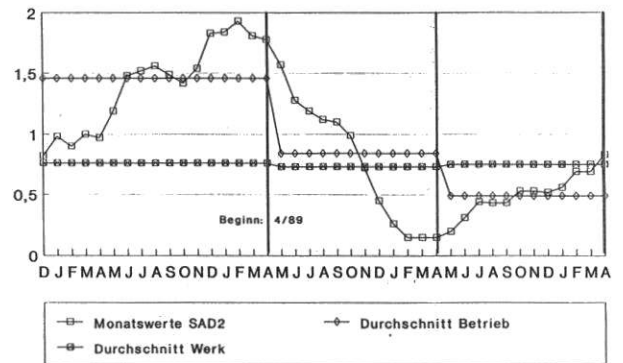


Realisierungsprüfung

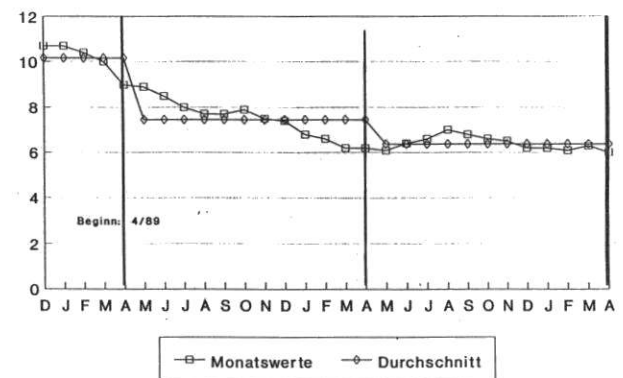
- Nach einem Jahr Überprüfung des Realisierungsgrades der beschlossenen Maßnahmen.
- Informationsveranstaltung zum Realisierungsstand der Maßnahmen für die Teilnehmer der beiden Gruppen.

Die folgenden Graphiken enthalten die Verläufe der 1000-Mann-Quote, der Ausfallzeit und der Krankenquote der SAD 2.

SAD2 12/87-4/91 Ausfallzeit



SAD2 12/88-4/91 Krankenquote



BERNHARD LOHRUM

Werkssicherheitsdienst, Organisations-Entwicklung bei der Krupp Stahl AG, Siegen

Optimierung von Arbeitssicherheit und Arbeitsgestaltung unter Beteiligung der Betroffenen

Das Pilotprojekt

Im Rahmen des ersten Gemeinschaftsprogramms über Arbeitssicherheit in der Eisen- und Stahlindustrie der Europäischen Gemeinschaft für Kohle und Stahl wurde als spezieller Forschungsbeitrag mit dem Titel „Technische Abläufe und menschliches Verhalten in kritischen Situationen und ihre Auswirkungen auf die Sicherheit“ erstmals die Methode der „Organisationsentwicklung“ am Beispiel einer noch in ständiger Weiterentwicklung befindlichen Knüppel-Stranggießanlage für Edelstähle erprobt.

Aufbauend auf einer umfassenden Gefährdungsanalyse sowie Befragung aller Beschäftigten zur subjektiven Einschätzung der Gefährdungen und der allgemeinen Arbeitsbedingungen wurden – erstmals auf dem Gebiet der Arbeitssicherheit – mit Hilfe der Methode der „Organisationsentwicklung“ Problemlösungen auf den Gebieten der Anlagentechnik, der Arbeitsorganisation sowie der Arbeitstechnik und Verfahrensweise ermittelt und umgesetzt. Durch eingehende Arbeitsanalysen und Aufbereitung mit den Beschäftigten sollen kritische Situationen besser erkannt und Maßnahmen zu deren Beseitigung gesucht und eingeführt werden.

In die konkrete Organisations-Entwicklungsarbeit wurden neben den Sicherheitsfachkräften und betrieblichen Vorgesetzten alle betroffenen Mitarbeiter sowie der Betriebsrat als „Experten der Praxis“ mit einbezogen. Hierdurch wird gewährleistet, daß die spezifischen Interessenlagen der beteiligten Gruppen berücksichtigt werden.

a) Sicherheit – kein rein technisches Problem

Zu einer wirkungsvollen Sicherheitsarbeit gehört eine ganzheitliche Betrachtung des Systems Mensch–Maschine–Umgebung einschließlich der soziologischen und psychologischen Probleme.

Eine umfassende Analyse und erst recht die erforderlichen Veränderungen, gerade bezogen auf die soziologischen und psychologischen Probleme, ist ohne oder gar gegen die Betroffenen nicht möglich; zumal viele Probleme nicht auf objektiven Sachverhalten, sondern auf subjektiven Einschätzungen der Betroffenen beruhen. Es gilt daher, die Betroffenen – Führungskräfte und jeden Mitarbeiter in der Anlage – als „Experten der Praxis“ zu akzeptieren und in die Arbeit mit einzubeziehen.

b) Problemlösungs-Workshops

Die Bearbeitung der Probleme erfolgte im Rahmen dynamischer Gruppenarbeit. Ausgangspunkt waren

die konkreten (sowohl objektiv als auch subjektiv empfunden) Probleme in der Organisation. Der erste Schritt einer Diagnose war die Erfassung der Situation (Probleminventur).

Es wurde sowohl in themenfreien, als auch in themenbezogenen Problemlösungsgruppen gearbeitet.

c) Durchführung der Maßnahmen der Organisationsentwicklung

Als Kerngruppe galt die jeweilige Schicht, die kontinuierlich am Gruppenprozeß teilnahm. Hinzu kamen die Sicherheitsfachkraft, Vorgesetzte und andere Fachexperten sowie je nach Fragestellung und thematischem Bezug Mitarbeiter aus den Erhaltungsbetrieben. Die Gruppen umfaßten somit ca. 20 Mitglieder. Es war selbstverständlich, daß der Betriebsrat an allen Sitzungen beteiligt war und auch seine Position klar vertrat.

Die Gruppenarbeit begann mit einer „Problem-Inventur“ der Mitarbeiter, die dazu führte, daß sich eine „Schnittmenge“ von Fragen und Interessen mit dem Anliegen der Fachexperten herauskristallisierte, von der aus die thematischen Schwerpunkte entwickelt werden konnten. Auf diese Weise entstand eine Art Rahmen-Curriculum für die gesamte Gruppenarbeit, und zwar so, daß alle Schichten ihre speziellen Anliegen einbrachten, ohne daß die gemeinsamen, übergeordneten Fach- bzw. Arbeitssicherheitsaspekte verlorengingen.

Organisationsentwicklung (OE)

Eine Methode für eine direkte Gefährdungsanalyse

a) Gefährdungseinschätzung

Die Gegenüberstellung der Häufigkeiten der als schwierig bzw. gefährlich genannten Arbeitsgänge und der tatsächlichen Unfallhäufigkeiten ergab, daß Störfälle subjektiv häufiger genannt wurden, als die Unfallzahlen dies nahelegten.

Es wurden u. a. Tätigkeiten nach Einschätzung der Befragten als größte Risiken der Arbeit bewertet, die – aufgrund des Gefahrenbewußtseins und der daraus resultierenden vorsichtigen Arbeitsweise – weil nicht unfallbehaftet, bei einer herkömmlichen indirekten Gefährdungsanalyse nicht als Schwerpunkt erkannt worden wären; wobei die subjektive Einschätzung durchaus in Relation zu den möglichen Folgen einer Fehlhaltung standen.

b) Ermittlung von Schutzziele und Maßnahmen

Es wurde gemeinsam eine Art „Gefährdungskataster“

erstellt, Schutzziele und Schutzmaßnahmen festgelegt. Zu den gemeinsam ausgewählten Gefährdungsschwerpunkten wurde dann ein Katalog der abbaufähigen Gefährdungen in kritischen Situationen und der dazu erarbeiteten Sicherheitsmaßnahmen erarbeitet, die Maßnahmen eingeleitet und die Umsetzung verfolgt. Wesentlich war auch der schnelle Erfahrungsrückfluß.

Die Gruppenmitglieder waren beteiligt an der Analyse, Maßnahmensuche, Entscheidungen und Ausführung der Maßnahmen zur Anlagenoptimierung, der Gestaltung der Arbeitsorganisation und des Arbeitsablaufs, der Festlegung der aus Sicht der Arbeitssicherheit erforderlichen Verhaltensmaßnahmen zur Beherrschung der verbleibenden Restrisiken sowie dem Training der Verhaltensweisen/Reaktionen in kritischen Situationen.

Prozeßanalyse

a) Auswirkung auf das Arbeitsklima und die Teamentwicklung

Eine Schwierigkeit ergab sich bei der ersten Anwendung im Rahmen des Pilotprojektes aus dem rechten Verständnis des Organisationsentwicklungs-Ansatzes, sozusagen aus dem „ideologischen Überbau“ der Sache.

In methodischer Hinsicht kommt hinzu, daß häufig erst eine gewisse „Gruppen-Kultur“ im Sinne der Einübung bestimmter Umgangsformen miteinander erzeugt werden muß, die eine produktive Zusammenarbeit ermöglicht. Maßnahmen der Organisationsentwicklung bedürfen daher einer zeitlichen wie inhaltlichen Vorbereitungsphase, in der Mitarbeiter wie Vorgesetzte mit den Zielen und Methoden solcher Maßnahmen vertraut gemacht werden.

b) Voraussetzungen für wirksame Programme der Organisationsentwicklung (OE)

OE-Programme sind nur wirksam wenn:

- die Ziele, Inhalte und Methoden dieser Programme von den Beteiligten selbst bestimmt oder wenigstens von ihnen mit beeinflußt werden können;
- die vorgeordneten Instanzen, die Einfluß auf die Durchsetzung der Problemlösungen haben, in den Willensbildungsprozeß eingeschlossen sind;
- die OE-Programme als Teil in einem größeren Zusammenhang gesehen werden können;
- die Ziele der OE-Programme mit den allgemein anerkannten Zielen der Organisation übereinstimmen oder wenn sie zumindest Etappen einer bestimmten Kursrichtung darstellen;
- die OE-Programme dem Zeithorizont der Beteiligten entsprechen, sie konkret gefaßt sind und als erreichbar erlebt werden wenn
- die erarbeiteten Vorschläge im betrieblichen Alltag auch tatsächlich in Angriff genommen werden.

Zusammenfassende Beurteilung

Organisationsentwicklung (OE) und insbesondere die Methode der Gruppenarbeit erwiesen sich als sensibles Instrument bei der Auffindung von betrieblichen Schwachstellen und führten zu einem innovativen Umgang der Mitarbeiter mit den Fragen der Arbeitssicherheit. Die Betroffenen deckten nicht nur Schwachstellen auf, sondern entwickelten auch in vielfältiger Weise Ideen zu deren Beseitigung.

Das Verfahren der Organisationsentwicklung hat sich als eine geeignete Methode für die Durchführung einer umfassenden direkten Gefährdungsanalyse bewährt. Aufgrund der durchgeführten empirischen Untersuchungen sind mit den Instrumenten der OE arbeitsklimatische Zusammenhänge positiv veränderbar. Insbesondere im Verhältnis zwischen Mitarbeitern und Vorgesetzten, aber auch im Bereich von Information und Mitsprache ergaben sich eindeutige Veränderungen zum Besseren.

Die Methode der OE bietet über die Einbeziehung aller Betroffenen eine Möglichkeit, die bestehenden Arbeitsbedingungen zu untersuchen und zu gestalten. Sie bietet den Betroffenen echte Mitwirkungs- und Mitgestaltungsmöglichkeiten. Die Gruppenmitglieder erhalten einen fundierten Einblick in die bestehenden betrieblichen Bedingungen und Abhängigkeiten. Bezüglich der Zwänge, auf die – nach gemeinsamer Erörterung – nicht verzichtet werden kann, entsteht aufgrund der gemeinsamen Arbeit eine höhere Akzeptanz.

Konsequenzen

Nach den Ergebnissen und Erfahrungen unseres Forschungsprojektes halten wir den Nachweis für erbracht, daß Organisationsentwicklung als Methode des Arbeitssicherheits-Trainings und insbesondere auch des präventiven Arbeitsschutzes eine erfolgversprechende Variante darstellt.

Vergleichbar positive Ergebnisse wurden im Rahmen eines Modellversuchs „Innerbetriebliche Qualifizierung an- und ungelerner Arbeitnehmer (Aktion Lernstatt)“ in Zusammenarbeit mit dem Bundesinstitut für Berufsbildung erzielt. Folgerichtig wurde daher beschlossen, Mitarbeiterbeteiligung ab 1991 „flächendeckend“ in der Werksgruppe Siegen/Hagen der Krupp Stahl AG einzuführen.

Aufgrund der positiven Erfahrungen mit themenfreien, als auch themenbezogenen Problemlösungsgruppen, lag es nahe, die Mitarbeiterbeteiligung grundsätzlich als Instrument zur Verbesserung von Arbeitssicherheit und Arbeitsumfeld, Qualitätssicherung, Qualifikation und Prozeßsicherheit einzuführen.

Aktion 1991: Verbesserung des Arbeitsumfeldes

Unter Berücksichtigung der vorgenannten Voraussetzungen und um schnell zu ersten Ergebnissen zu

kommen, wurde als erster Schritt beschlossen, im Rahmen einer bestehenden Organisation, den monatlichen Betriebssicherheitsausschüssen (BSA) und mit einer relativ einfachen Zielsetzung der Gestaltung des Arbeitsumfeldes Sauberkeit + Ordnung = Sicherheit (SOS) zu beginnen, bei dem das Risiko von Fehlschlägen gering ist. Bei diesem Thema sollte es gelingen, das gewachsene Umweltbewußtsein auch für die betriebliche Arbeitsumgebung zu mobilisieren.

Zielsetzung war die Motivation der Betriebe zu einer gemeinsamen, engagierten Sicherheitsarbeit. Voraussetzung war, daß die Betriebssicherheitsausschuß (BSA)-Sitzungen in kooperativem Stil moderiert wurden. Am Beginn unserer Aktion stand daher

1. Die Schulung der Leiter der BSA-Sitzungen und deren Stellvertreter in den erforderlichen Moderationstechniken.
2. Unterstützung in der Anlaufphase durch ausgebildete Co-Moderatoren aus dem Kreis des Führungsnachwuchses.

Mit diesen Mitteln sollte die Diskussion belebt und alle Beteiligten in die Ideenfindung mit einbezogen werden. Leitziel gruppenorientierter Verfahren der „Aktion 1991: Verbesserung des Arbeitsumfeldes“ war die gemeinsame Verhinderung von Arbeitsunfällen und Gesundheitsschäden sowie die positive Gestaltung des Arbeitsumfeldes.

Was kann im Rahmen derartiger Maßnahmen erreicht werden?

- Einbeziehung des Expertenwissens der Mitarbeiter bei der Schwachstellenanalyse und der Erarbeitung von Lösungen.
- Umsetzbare und von allen akzeptierte Lösungsvorschläge.
- Bereitschaft der Beteiligten zur Mitwirkung bei der Realisierung.
- Aufgrund der Identifikation mit den Maßnahmen das gemeinsame Bestreben, den erreichten Zustand aufrechtzuerhalten bzw. weiterzuentwickeln.

Bei von oben angeordneten „fremdbestimmten“ Maßnahmen ist dies kaum zu erreichen. Ziel der „Aktion 91“ war es deshalb, die Eigeninitiative in den

Betrieben zu fördern, bzw. die Bereitschaft, selbst (in Abstimmung auf Betriebsebene) die Gestaltung des Arbeitsumfeldes in die eigene Hand zu nehmen.

Für die erste Phase (Mai bis Juli) wurde in allen Betrieben monatlich je eine BSA-Sitzung durchgeführt. Im Rahmen dieser Sitzungen wurden Ideen gesammelt, aufbereitet und in abgestimmter Weise selbst erledigt bzw. zur Erledigung weitergeleitet.

Nun sind in den BSA-Sitzungen nicht alle Mitarbeiter vertreten. Um aber allen die Möglichkeit zu geben, ihre Ideen einzubringen und um auch eine breite Akzeptanz für die in der Gruppe erarbeiteten Vorschläge zu erhalten, wurden die Vorschläge zwischen den Sitzungen im jeweiligen Betrieb bekanntgemacht. Anregungen von außerhalb der Gruppe wurden ebenfalls aufgegriffen. Gefragt waren alle Anregungen, die die Arbeit sicherer und angenehmer machen könnten.

In den 30 beteiligten Betrieben wurden in 91 Sitzungen von 540 Teilnehmern 1018 Verbesserungsvorschläge erarbeitet. Bei 48 % der Maßnahmen sahen die Gruppen sich in der Lage, die Umsetzung in Eigeninitiative durchzuführen. Bei weiteren 34 % erschien ihnen das bei Unterstützung durch andere Betriebsabteilungen möglich. Ein Engagement, daß durch konventionelles Arbeiten sicher nicht erreichbar gewesen wäre.

Anfang September erhielt jeder Betrieb die Möglichkeit, das Erreichte der Werksgruppenleitung, die die Aktion von der ersten Vorstellung im Arbeitsschutzausschuß kontinuierlich begleitete, vorzustellen. Die Präsentation und Diskussion der Ideen auf Werkebene sahen wir als eine Art Ideentauschbörse, bei der eine oder andere Lösungsvorschlag vielleicht noch optimiert oder auf Übertragbarkeit auf benachbarte Arbeitsbereiche geprüft werden konnte.

Weitere, vielleicht gar wichtigere Ergebnisse

Führungskräfte und Mitarbeiter erlebten und erkannten im Rahmen der Aktion die Dynamik und die Vorteile von Problemlösungsgruppen. Daraus entwickelten sich neue Ansätze zu einem kooperativen, partnerschaftlicheren Miteinander. Die Grundlage für weiterführende Schritte wurde somit geschaffen. Auf dieser Grundlage soll im Rahmen des Jahressicherheitsprogramms 1992 mit einer weiterführenden Aktion aufgebaut werden.

Sicherheitsaktionen des Bergwerks Warndt im Tagesbetrieb (1988) und Untertagebetrieb (seit 1990)

Sicherheitsaktion 1988 im Tagesbetrieb

Anlaß dieser Sicherheitsaktion war die unverhältnismäßig hohe Unfallquote des Tagesbetriebes des Bergwerks Warndt im Vergleich mit den übrigen Bergwerken der Saarbergwerke AG. Um einen umfassenden Überblick über die Unfälle zu erhalten, wurde über den Zeitraum des 2. Halbjahres 1987 eine Unfallschwerpunktanalyse erstellt.

Aufgrund der Erkenntnisse aus der Unfallschwerpunktanalyse wurden von der Sicherheitsabteilung in Zusammenarbeit mit der Hauptabteilung Sicherheit und Arbeitsschutz ein Fragebogen mit 13 Fragen zur Arbeitssicherheit für die Mitarbeiter des Tagesbetriebes ausgearbeitet. Die Fragebögen wurden mit beigefügtem Informationsblatt (s. Anhang) an die Mitarbeiter des Tagesbetriebs durch ihre Vorgesetzten verteilt. Die Mitarbeiter sollten ihren Arbeitsplatz nach sicherheitlichen Gesichtspunkten beurteilen: die Arbeitsabläufe, die eingesetzten Arbeitsmittel und Maschinen, die vorgegebenen Platzverhältnisse, die Umgebungseinflüsse wie Licht, Lärm, Hitze und die angebotenen persönlichen Körperschutzmittel. Zusätzlich konnten die Mitarbeiter eigene Vorschläge und Anregungen zur Verbesserung der Arbeitssicherheit geben.

Rund 200 Mitarbeiter beteiligten sich an der Befragung. Neben sicherheitlichen Aspekten benannten sie auch zahlreiche andere Arbeitsprobleme und -belastungen und machten Vorschläge zu muskulären, psychosozialen und chemophysikalischen Belastungen. Alle beantworteten Fragen, alle Vorschläge und Anregungen wurden abteilungsmäßig aufgelistet und den jeweiligen Vorgesetzten zur Stellungnahme vorgelegt. Sodann wurden Mitarbeiterangaben und Stellungnahmen der Vorgesetzten zu einem Katalog zusammengestellt. Zur Auswertung der aufbereiteten Daten und zur Beratung über die zu ergreifenden Maßnahmen wurde ein Arbeitsausschuß gebildet. Der Ausschuß bestand aus Vertretern der Werksleitung, Betriebsrat, Hauptabteilung Sicherheit und Arbeitsschutz, Tagesbetriebsführung und Sicherheitsabteilung und stand unter der Leitung des Betriebsdirektors. Die Ergebnisse der Besprechungen und Entscheidungen wurden in einem Protokoll festgehalten. Die erforderlichen sicherheitlichen Maßnahmen wurden sofort eingeleitet.

Einige Anregungen aus der Befragungsaktion sowie Entscheidungen des Arbeitsausschusses sind im folgenden beispielhaft zusammengefaßt:

- Der in fast allen Arbeitsbereichen angesprochene größere Platzbedarf wurde durch Neugestaltung des Platzbetriebes berücksichtigt.
- Für die immer schwerer werdenden Schildteile des Ausbaues wurden im Bereich der Stempelwerkstatt neue Kräne beschafft. Die Spritz- und Reinigungsgruben wurden verbessert.
- Die mehrfach beanstandete schlechte Ausleuchtung der Tagesanlage wurde verbessert. Für den Bereich Grubenbahnhof wurde eine neue Beleuchtung bestellt.
- An die E-Schweißer erging die Bitte, den Lichtbogen so abzuschirmen, daß keinem unbeteiligten Mitarbeiter die Augen „verblitzt“ werden.
- Die mehrfach beanstandeten „altertümlichen Maschinen“ auf den Außenanlagen werden nach und nach ersetzt.
- Treppen und Treppenpodeste sowie Geländer, die durch Korrosion nicht mehr sicher sind, wurden mehrfach moniert. Die Ausbesserung bzw. Erneuerung wurde sofort in Angriff genommen und bleibt ständig Wartungsarbeit.
- Die schleppende Ausbildung der Arbeitsmaschinen-Führer war ein vieldiskutierter Kritikpunkt. Die Ausbildungsabteilung hat eine zügige Ausbildung zugesagt.
- Die Anhydritabfüllanlage wurde mehrfach beanstandet. Die Reparaturarbeiten wurden unverzüglich aufgenommen, die Wartung erfolgt ständig. Die Investitionsarbeiten sind inzwischen abgeschlossen und haben ein Volumen von 4,1 Millionen DM. Die Unfallziffer im Tagesbetrieb konnte im Zuge der Aktion deutlich und nunmehr bereits stabil über mehrere Jahre gesenkt werden.

Die Sicherheitsaktion im Untertagebetrieb

Die Aktion im Untertagebetrieb des Bergwerks Warndt läuft als Forschungsvorhaben unter dem Namen „Entwicklung und Erprobung eines Modells der systematischen Sicherheitsarbeit mit Beteiligung der Gesamtbelegschaft für den Bergbau unter Tage“ (gefördert vom Projektträger AUT).

Die Notwendigkeit des Vorhabens ist in der Unfallentwicklung bei der Saarbergwerke AG unter Tage begründet. Während es in den Jahren 1980 bis 1986 eine Verringerung der Unfälle um 68 % gab, trat in den Jahren 1987 und 1988 eine Stagnation ein. Die Zahlen für das Jahr 1989 zeigen sogar eine steigende Tendenz. Besonders besorgniserregend ist, daß die Ver-

besserung im Unfallgeschehen zu 72 % nur bei den leichten Unfällen, zu 20 % bei den mittelschweren und lediglich zu 7 % bei den schweren und tödlichen Unfällen eingetreten ist.

In einem Rundschreiben an alle Mitarbeiter des Konzerns hat der Saarberg-Vorstand im Dezember 1989 wiederholt auf die *Grundsätze zur Arbeitssicherheit* hingewiesen:

1. *Arbeitssicherheit ist ein gleichrangiges Unternehmensziel neben Produktivität und Wirtschaftlichkeit.*
2. *Arbeitssicherheit hat im Zweifelsfall immer Vorrang.*
3. *Sicherheitsgerechte Arbeit ist fachgerechte Arbeit.*
4. *Für Arbeitssicherheit sind alle Mitarbeiter verantwortlich.*

Bei der bisherigen Verfahrensweise zur Unfallverhütung wurde versucht, Unfallschwerpunkte festzustellen (wie im vorherigen Beispiel geschildert) und dann durch entsprechende Maßnahmen zu beseitigen. Die Konzentration der Unfallverhütungsmaßnahmen auf Unfallschwerpunkte genügt jedoch nicht, da ein großer Teil der Unfallereignisse eine breite Streuung über das gesamte Spektrum der Unfallursachen und Unfallorte aufweist. Gänzlich unberücksichtigt bleiben Ereignisse, die aufgrund vorhandener Gefährdungspotentiale eingetreten sind, jedoch durch glückliche Umstände zu keinem Personenschaden, d.h. zu einem Unfall im versicherungspflichtigen Sinn, geführt haben. Zur Verbesserung der Gesamtsituation ist die Einbeziehung aller Ereignisse, die zu Unfällen führten oder hätten führen können, notwendig und damit die Einbeziehung der Gesamtbelegschaft. Hierfür wurde ein mehrstufiges Verfahrensmodell entwickelt, in dessen Mittelpunkt die Einbeziehung der Beschäftigten in die Problemanalyse und Lösungserarbeitung steht:

1. Bildung eines Projektteams, bestehend aus zwei Sicherheitsfachkräften, zwei bis drei Steigern und einem Betriebsratsmitglied.
2. Untertägige Vor-Ort-Befahrungen durch das Projektteam. Die verschiedenen untertägigen Arbeitsbereiche werden nacheinander unter zwei Zielen aufgesucht; zur Registrierung und schriftlichen Dokumentation erkennbarer sicherheitlicher Mängel und zur Information der Vor-Ort-Belegschaft über das Projekt (siehe Informationsblatt am Textende).
3. Schriftliche Befragung der Bergleute, getrennt nach den verschiedenen Arbeitsbereichen und Schichten. Die Austeilung der Fragebögen erfolgt im Rahmen der untertägigen Vor-Ort-Befahrung durch das Projektteam. Es wird um Rückgabe der ausgefüllten Bögen innerhalb einer Woche gebeten.
4. Mündliche Befragung der Bergleute, getrennt nach den verschiedenen Arbeitsbereichen und Schich-

ten. Im Anschluß an die schriftliche Befragung erfolgt – für jeden Arbeitsbereich und für jede Schicht – eine vertiefende mündliche Befragung über sicherheitliche Mängel und andere Arbeitsprobleme. Die Gruppengrößen dieser Besprechungen variierten zwischen ca. fünf bis 30 Personen. Die Befragung dient der Informationsergänzung und -vertiefung.

5. Aufbereitung der schriftlichen wie mündlichen Daten zu einem Arbeitsbereich durch eine Sicherheitsfachkraft und Weitergabe dieser Unterlage an den unmittelbaren Vorgesetzten zwecks Stellungnahme.
6. Die Befragungsergebnisse und Vorgesetztensternnahmen werden einem Auswertungsgremium, bestehend aus Betriebsdirektor, Befahrungsteam (Sicherheitsfachkräfte, Steiger, Betriebsrat) und Reviervorgesetzten, zur Auswertung und Entscheidung über Änderungsmaßnahmen vorgelegt.
7. Nach Abschluß der Aktion: selbständige Fortführung des Verfahrensmodells durch die im Befahrungsteam vertretenen Steiger. Hierdurch wird eine Breitenwirkung des Verfahrens angestrebt sowie eine Routinisierung, d.h. die dauerhafte Einbindung des Erfahrungswissens der Mitarbeiter in den betrieblichen Arbeitsschutz.

Ergebnisse

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt läßt sich sagen, daß durch die Einbeziehung der Mitarbeiter vor Ort, die Informationsdichte über sicherheitlich relevante Aspekte der Arbeitsstätten und Betriebsroutine erhöht wird. Zusätzliche Informationen über Beinahe-Unfälle und kleine oder größere Risiken und Erschwernisse werden in die Sicherheitsarbeit eingebunden.

Probleme und Schwachstellen, gerade bei der Sicherheitsarbeit, können am ehesten dort erkannt und beseitigt werden, wo sie auftreten. Dies wurde durch Hunderte von Hinweisen belegt, die sich im Zuge der schriftlichen und mündlichen Belegschaftsbefragungen ergaben und die die Möglichkeit für vielfältige Maßnahmen schufen, die nicht nur der Arbeitssicherheit im besonderen, sondern auch der Verbesserung der allgemeinen Arbeitsbedingungen der Arbeitnehmer zugute kamen.

Anhang:

Informationsblatt für die Belegschaft zum Projekt

*Liebe Mitarbeiter, liebe Kollegen,
zur Verbesserung der Arbeitssicherheit unter Tage wird eine Sicherheitsaktion durchgeführt. Ziel dieser Sicherheitsaktion ist die „Vermeidung von Unfällen“. Um diesem Ziel über das bisher erreichte Maß hinaus näherzukommen, wird ein Modell der systematischen*

Sicherheitsarbeit durchgeführt, in das alle Beschäftigte Ihres Arbeitsbereiches eingebunden sind.

Mit der Einbeziehung vom Bergwerksdirektor bis zum Hauer vor Ort in das Sicherheitsmodell soll

- das Wissen und die Erfahrung der Mitarbeiter vor Ort ausgeschöpft,
- die Verantwortlichkeit für die Beseitigung erkannter Mängel in jeder Führungsebene geregelt,
- die Verhütung von Unfällen als gleichrangiges Unternehmensziel dargestellt,
- ein sicherheitsgerechtes Verhalten gefördert und
- das Sicherheitsbewußtsein gestärkt werden.

Betriebsleitung und Betriebsrat haben diesem Modell zugestimmt und ihre volle Unterstützung zugesichert.

Gleichzeitig mit dieser Information erhalten Sie einen Fragebogen. Neben der Beantwortung der dort

aufgeführten Fragen können Sie auch eigene Vorschläge machen und Anregungen zur Verbesserung der Arbeitssicherheit geben. Hiermit wird Ihnen die Möglichkeit gegeben, Ihren Arbeitsplatz nach sicherheitlichen Gesichtspunkten zu bewerten und zu beurteilen. Die Arbeitsabläufe, die eingesetzten Arbeitsmittel und Maschinen, die vorgegebenen Platzverhältnisse, die Umgebungseinflüsse wie Licht, Lärm, Hitze, Staub, Wasser und die angebotenen Körperschutzmittel sollen einer kritischen Betrachtung unterzogen werden. Auch das weitere Umfeld soll miteinbezogen werden.

Es liegt an Ihnen, durch Ihre Mitarbeit, bei dieser Sicherheitsaktion eventuelle, noch unbekannte Unfallquellen aufzudecken, bestehende Mängel abzustellen und positive Anregungen zur Verbesserung der Arbeitssicherheit zu geben.

SOFIA VAAS

TNO – Institut für präventive Gesundheitsversorgung, Niederlande

Die Förderung psychischer Gesundheit und psychischen Wohlbefindens

Psychische Gesundheit und Wohlbefinden sind mindestens zum Teil mit dem System der Arbeitsteilung (Organisation der Produktion, Technologie und Arbeitsorganisation) verbunden. Gesprächskreise von Mitarbeitern, die ihre eigene Arbeitssituation beurteilen und neu gestalten sollen, benötigen eine zuverlässige Methode, um die Risiken für psychische Gesundheit einschätzen zu können. Ein solches Verfahren haben wir zusammen mit anderen in den Niederlanden entwickelt; es erhielt den Namen WEBA (Wohlbefinden bei der Arbeit). Das Verfahren soll einen Weg eröffnen, um die Bestimmungen der niederländischen Arbeitsschutzgesetzgebung zum „Wohlbefinden bei der Arbeit“ praktisch umzusetzen.

WEBA beschäftigt sich nicht mit dem subjektiven Wohlbefinden, sondern mit seinen Voraussetzungen, soweit sie den Arbeitsinhalt und die Arbeitsorganisation betreffen. Wohlbefinden bedeutet: Die Abwesenheit von Streßrisiken einerseits und die Möglichkeit von Lernen und persönlicher Entwicklung andererseits.

Das WEBA-Verfahren

Der theoretische Hintergrund des Verfahrens ist folgender: Streßrisiken gehen aus einer strukturellen Diskrepanz zwischen Aufgabenanforderungen (Handlungsanforderungen) und Problemlösungsmöglichkeiten hervor. Aufgabenanforderungen sind z. B.: Erfüllung von Produktionsnormen und Beseitigung von Produktionsstörungen. Problemlösungsmöglichkeiten bestehen, wenn Autonomie, soziale und kollegiale Unterstützung sowie Beratungsmöglichkeiten gegeben sind. Weil nach der Erledigung einer Aufgabe bzw. eines Problems stets eine neue Aufgabe folgt, besteht eine strukturelle Lösung des Streßproblems nur in der Verbesserung von Problemlösungsmöglichkeiten.

Lernmöglichkeiten für den einzelnen können fachliche, organisatorische und soziale Aspekte betreffen. Fachliche Qualifikationen werden von einem Arbeitnehmer am besten entwickelt, wenn die Arbeit ganzheitlich ist, nicht nur einfache Elemente enthält und wenn gewisse Handlungsspielräume in der Arbeitsdurchführung bestehen. Organisatorische Qualifikationen können entwickelt werden, wenn die Arbeit Planungs- und Problemlösungsaufgaben enthält. Kommunikationsmöglichkeiten sowie die Möglichkeit gegenseitiger Unterstützung fördern die Entwicklung sozialer Qualifikationen.

Das WEBA-Verfahren umfaßt folgende Beurteilungskategorien:

- Die Arbeit soll ganzheitlich sein, d. h. es soll neben ausführenden Aufgaben auch vorbereitende (Planung) und ergänzende Aufgaben (Qualitätskontrolle, Wartung) geben.
- Die Tätigkeit soll organisatorische Aufgaben enthalten.
- Die Arbeit soll nicht überwiegend aus kurzzyklischen Aufgaben/Verrichtungen bestehen.
- Die Arbeit soll ein hinreichendes Maß an Autonomie vermitteln.
- Die Tätigkeit soll überwiegend kognitiv komplexe Aufgaben beinhalten, aber nicht nur solche allein.
- Es sollen die erforderlichen Informationen verfügbar sein.
- Die Arbeit soll Kommunikationsmöglichkeiten enthalten.

Die Beurteilung einer Tätigkeit mit Hilfe dieses Verfahrens ergibt Hinweise für die Veränderung und Neugestaltung von Arbeitsplätzen. Das Verfahren dient der Beurteilung und Gestaltung von Arbeitssituationen. Es ist nicht als Experteninstrument gedacht. Jedoch werden Experten für die Verfahrensdurchführung und für die Skizzierung von Gestaltungsmöglichkeiten benötigt. Für spezielle Arbeitsformen (Bildschirmarbeit) wurde das WEBA-Verfahren so bearbeitet, daß Arbeitnehmer selbst ihre Arbeitsplätze beurteilen können. In die Checkliste sind auch Kriterien bezüglich der ergonomischen Arbeitsbedingungen aufgenommen.

Ergebnisse der praktischen Anwendung

Das Verfahren konnte bisher erst vereinzelt in der Praxis getestet werden. Es gibt aber Hinweise darauf, daß die mit ihm erfolgte Neugestaltung von Arbeitsplätzen im Sinne größerer Handlungsspielräume und ganzheitlicherer Arbeitsinhalte mit Verbesserungen der organisatorischen Flexibilität, der Produktqualität und der innovativen Fähigkeit des Unternehmens einhergehen. Denn die Arbeitnehmer erhalten die Möglichkeit und werden dazu angeregt, über die Qualität der Organisation mitzudenken.

Die bisher vorliegenden Beispiele sind positiv. Aber Arbeitgeber lassen sich doch schwer überzeugen. Gewerkschaften sind gleichfalls skeptisch, denn sie befürchten – und sie haben dies auch in einigen Experimenten so empfunden – daß Neugestaltung auch Arbeitsintensivierung, Verlust an Beförderungsmöglichkeiten und Arbeitsplatzverlust mit sich bringt. Günstige Bedingungen für die erfolgreiche Verfahrensanwendung sind ein modernes Management und ein gutes Mitbestimmungsklima.

Drei Beispiele:

1. Ein Seehafenbetrieb in Amsterdam:

Im Hafen von Amsterdam werden beim Management und im Betriebsrat neue Formen der Arbeitsorganisation diskutiert. Beide Gruppen sind der Meinung, daß die traditionellen Arbeitsformen nicht mit den Erfordernissen betrieblicher Modernisierung und den Kriterien menschengerechter Arbeitsgestaltung übereinstimmen. WEBA-Analysen wurden durchgeführt und im Rahmen von Gruppentreffen mit den Arbeitnehmern besprochen. Bisher wurde keine Übereinstimmung bezüglich Neugestaltung zwischen Management und Betriebsrat erreicht. Der Betriebsrat ist mit dem Gedanken ganzheitlicherer Tätigkeiten und der Dezentralisierung von Managementaufgaben einverstanden, aber er befürchtet eine Arbeitsintensivierung und den Verlust von Beförderungsmöglichkeiten.

2. Die Farbenfabrik Sigma Coatings:

Die Fabrik wies einen hohen Krankenstand sowie erhebliche Probleme der Produktqualität auf. Nach einer Analyse der wichtigsten Tätigkeiten wurde eine neue Struktur eingeführt: Eine Umstellung von bearbeitungsgerichteten zu produktgerichteten

Arbeitsgruppen. Jede Gruppe nimmt selbst Planungsaufgaben, Instandsetzungsarbeiten und Qualitätskontrollen wahr. Eine Lösung für das Problem geringerer Beförderungsmöglichkeiten konnte gefunden werden. Der Krankenstand ging seither von 20 % auf 12 % zurück, die Arbeitsproduktivität hat sich verdoppelt.

3. Ein Büro im öffentlichen Dienst (Ministerium für Soziales):

Auch hier besteht das Projektziel in der Vermeidung bzw. Reduzierung arbeitsbedingter, insbesondere streßbedingter Erkrankungen. Im Rahmen der bestehenden Arbeitsgruppen werden die WEBA-Analysen und Neugestaltungsmöglichkeiten besprochen. Nebenbei wird auch versucht, in den Arbeitsgruppen die kollegiale Unterstützung von kranken Kollegen zu organisieren und deren Arbeitspensum gleichmäßig zu verteilen. Aus diesem Projekt liegen noch keine abschließenden Ergebnisse vor.

Literatur:

F. D. Pot, J. H. P. Christis, B. G. M. Fruytier et al.: Outlines of the WEBA-instrument, Leiden/Amsterdam, 1990.

MARGRIT HUGENTOBLE, BARBARA ISRAEL, SUSAN SCHURMAN und Mitarbeiter/innen
School of Public Health & Labour Studies Center University of Michigan, Ann Arbor

Streßreduktion und Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz: ein partizipativer Aktionsforschungsansatz

Projekthintergrund

Die Folgen von Arbeitsstreß kosten die amerikanische Wirtschaft in Form von Produktionsverlust, Fehlzeiten und streßbedingten Erkrankungen nach jüngsten Schätzungen jährlich rund 150 Milliarden Dollar. 60 bis 90 % der Arztbesuche, so wird vermutet, gründen auf streßbedingten Gesundheitsproblemen physischer und psychischer Art. Resultat? Arbeitsstreß und dessen Auswirkungen sind in den USA zu einem blühenden Geschäft geworden. Hunderte von Beraterfirmen versprechen in teuren Glanzbroschüren alle möglichen Heilmittel zur Förderung des Wohlbefindens der Mitarbeiter/Innen: Streß, Management, Gewichtsreduktion, Fitneß und Nichtraucherkurse sind nur einige der Angebote, die mehr und mehr amerikanische Firmen ihren Mitarbeiter/Innen am Arbeitsplatz gratis offerieren.

Konzeptioneller Rahmen

Unser Ansatz basiert auf einem Modell, das Arbeitsstreß als einen Prozeß versteht in dem individuelle und umweltbedingte Streßquellen (z.B. Arbeitsüberlastung, mangelnde Kontrolle über Produktqualität, gesundheitsschädigende Chemikalien und ergonomische Probleme, etc.) in Beziehung stehen zu einer Vielfalt von negativen physischen (z.B. erhöhter Blutdruck, Herzbeschwerden), psychologischen (z.B. Schlaflosigkeit, Angespanntheit, Depression) und verhaltensmäßigen Auswirkungen (z.B. Abwesenheiten, Alkohol und Drogenmißbrauch). Diese kurz- und langfristigen Streßreaktionen werden gemildert durch Faktoren wie Unterstützung und gute soziale Beziehungen bei der Arbeit, Möglichkeiten zur Einflußnahme auf Entscheidungen im unmittelbaren Arbeitsumfeld, und Persönlichkeitsfaktoren wie biologische und genetische Voraussetzungen. Wir gehen also von einem systemtheoretischen und ökologischen Ansatz aus, der verschiedene Analyse- und Interventionsebenen wie das Individuum, die Arbeitsgruppe, die Organisation und das weitere Umfeld einbezieht.

Ziele

Unser Projekt ist primär auf Prävention ausgerichtet und hat folgende Zielsetzungen:

- Identifizierung von Streßursachen, die die Arbeitseffizienz und Arbeitszufriedenheit negativ beeinflussen und gesundheitsschädigende Folgen haben.

- Entwickeln von Aktionsstrategien zur Reduktion dieser Probleme und zur Stärkung der positiven Faktoren, die Streßauswirkungen lindern.
- Entwicklung von Empfehlungen, Maßnahmen für Betriebsleitung und Gewerkschaftsvertretung.
- Evaluation der Maßnahmen und Zusammenfassung der Lernerfahrungen.

Zur Methode: Partizipative Aktionsforschung

Unter partizipative Aktionsforschung verstehen wir ein Vorgehen, bei dem Wissenschaftler/Innen und Organisationsmitglieder zusammenarbeiten, um sowohl Forschungs- als auch Interventionsziele zu erreichen. Die Methode basiert auf einem zyklischen Problemlösungsprozeß, bestehend aus den folgenden Phasen: Diagnose oder Problemidentifikation, Planung von Interventionen, Ausführung von Interventionen, Evaluation und Zusammenfassung von Lernerfahrungen. Dieser Prozeß gründet auf den folgenden Prinzipien:

- Partizipation von Mitarbeitern/Innen an der Datensammlung und Analyse sowie auch im Aktionsbereich. Das heißt, die anzugehenden Probleme werden von den Betriebsmitgliedern und nicht von den Wissenschaftlern/Innen bestimmt.
- Gemeinsamer Lernprozeß, bei dem alle Beteiligten auf gleichberechtigter Basis ihre speziellen Fähigkeiten und ihr Wissen einbringen und Interventionen demzufolge auf der „lokalen Theorie“ der Beteiligten aufbauen und entsprechend auf die speziellen Bedürfnisse der Organisation und deren Mitglieder ausgerichtet sind.
- Systementwicklung, d.h. die Teilnahme von Organisationsmitgliedern im Aktionsforschungsprozeß ist darauf ausgerichtet, den zyklischen Prozeß von Problemanalyse, Planung und Durchführung von Interventionen in die Organisation selbst zu integrieren.
- Befähigung der Beteiligten: die Teilnahme an diesem Prozeß hat unter anderem zum Ziel, die Einflußnahme und Kontrolle der Beteiligten über ihre Arbeitssituation zu fördern.

Projektübersicht

- a) Projektort
Das Projekt begann im Jahr 1985 in einer Motoren- und Getriebebestandteile-Fabrik in Michigan, einer

Produktionsstätte eines der drei großen amerikanischen Automobilhersteller. Von den rund 1100 Mitarbeitern dieses Betriebs sind 90 % Produktionsarbeiter/Innen, die einer der größten amerikanischen Gewerkschaften angehören. Das Durchschnittsalter der Belegschaft ist mit 44 Jahren relativ hoch, und der größte Teil der Arbeiter/Innen hat seit mindestens 20 Jahren bei dieser Firma gearbeitet. Im Jahr 1987 wurde die Fabrik zwei verschiedenen Produktabteilungen der Firma unterstellt mit dem Resultat, daß sich die Projektgruppe mit zwei Betriebsleitungen mit unterschiedlicher Unternehmensphilosophie auseinandersetzen mußte.

b) Projektgruppe

Nach Zustimmung von Gewerkschafts- und Betriebsleitungen, das Projekt zu unterstützen, wählten beide Parteien einen Vertreter, um bei der Rekrutierung der Projektgruppe zu helfen. (Das Projekt wurde von Anfang an als gemeinsames Universitäts-, Gewerkschafts- und Unternehmensprojekt eingeführt). Für die Auswahl von Projektgruppenmitgliedern sollten die folgenden von Betriebsmitgliedern vorgeschlagenen Kriterien gelten:

Alle Gruppen innerhalb des Betriebs sollten vertreten sein, Männer und Frauen, Minoritäten, Produktions- und Facharbeiter/Innen aus verschiedenen Abteilungen, Tages- und Nachtschicht, Vorarbeiter, Vertreter/Innen der Gewerkschaft und der Geschäftsführung.

Persönliche Kriterien umfaßten: Respekt und Vertrauen von Arbeitskollegen/Innen und Führungsqualitäten.

Eine 26köpfige Arbeitsgruppe, die sich den Namen „Stress and Wellness Committee“ gab (im folgenden mit der Abkürzung SWC bezeichnet) wurde gebildet und von Gewerkschaft und Geschäftsführung bestätigt.

c) Problemanalyse/Datensammlung

In Zusammenarbeit mit dem Universitätsteam führte die SWC-Gruppe zuerst eine Serie von Interviews mit 42 Schlüsselpersonen im Betrieb durch. Diese umfaßte die Projektgruppenmitglieder selbst sowie die Gewerkschaftsvertreter/Innen und Mitglieder der Betriebsleitung. Ziel dieser Befragung war es, Organisation, Geschichte, Entscheidungs- und Kommunikationsstrukturen des Betriebes zu erfahren sowie ein vorläufiges Verständnis über Streßquellen und Problemen im Betrieb zu erhalten.

Anschließend wurde ein Fragebogen für alle Betriebsmitglieder entwickelt. Der Fragebogen bezog sich auf die Bereiche: Streß bei der Arbeit, soziale Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen, Partizipations- und Entscheidungseinfluß bei der Arbeit, Arbeitszufriedenheit und Gesundheitszustand. Ziel dieser Befragung war eine breitabgestützte Erfassung der Bedürfnisse; die Entwicklung einer Datenbasis, um anzugehende Probleme zu identifizieren und Akti-

onsstrategien evaluieren zu können sowie eine Grundlage für wissenschaftliche Ziele zu erhalten. Diese erste Befragung wurde im April 1986 durchgeführt: 66 % der Beschäftigten füllten den Fragebogen aus. Eine zweite Befragung basierend auf einem ähnlichen Fragebogen fand zwei Jahre später (40 % Teilnahme) und eine dritte und letzte Befragung im Mai 1991 statt (62 % Teilnahme). Ziel dieser phasenweisen Befragung war, Veränderungen in der Organisation und dem Wohlbefinden der Mitglieder sowie mögliche Projektauswirkungen zu evaluieren.

Aufgrund der ersten Befragungsauswertung entschied das SWC, sich auf die folgenden als zentral identifizierten Probleme zu konzentrieren:

- Mangelnde Information, Kommunikation und Feedback
- Probleme mit Vorgesetzten (vor allem Probleme von Vorarbeitern/Innen mit dem mittleren Management und der Betriebsleitung)
- Konflikt zwischen Produktqualität und Produktquantität
- Mangel an Partizipations- und Einflußmöglichkeiten bei Entscheidungen, die die Mitarbeiter direkt betreffen.

Ergebnisse

Einen der Haupterfolge des Projekts sehen wir darin, daß die Projektgruppe nach fünf Jahren nach wie vor existiert und immer besser arbeitet. Dies in einer Betriebskultur, in der Projekte kommen und gehen und kaum je mehr als ein Jahr überleben. Der Schlüssel zu diesem „Überlebenserfolg“ ist die Repräsentation verschiedener Betriebsgruppen im SWC und die Entwicklung eines erfolgreichen Gruppenprozesses, in dem die Arbeitsgruppenmitglieder zunehmend Verantwortung für verschiedene Aspekte der Projektdurchführung übernommen haben. Die offizielle Teilnahme des Universitätsteams wird im Laufe der nächsten Monate enden und Bestrebungen sind im Gange die Projektmethodik voll in den Betrieb zu integrieren.

Im einzelnen wurde unter anderem erreicht:

- Herausgabe eines wöchentlichen Informationsbulletins über Ereignisse im Betrieb
- Aufstellung von zehn Informationszentren (Schaukästen) in der Produktionshalle
- Einführung einer sogenannten „Gerüchteküche“, in der je ein/e Geschäftsführungs- und Gewerkschaftsvertreter/In einmal wöchentlich während einer Stunde zur Verfügung stehen, um Mitarbeiterfragen zu beantworten.
- Durchführung eines Pilotprojektes in einer Betriebsabteilung, in der ein Problemlösungsteam aus verschiedenen Abteilungsmitarbeitern/Innen sich über zwei Jahre mit Produktqualitätsproblemen befaßte. Die Erfahrungen dieses Teams wurden vom SWC in einem Empfehlungskatalog zusammengefaßt, der

die Basis zur Einführung weiterer solcher Problemlösungsgruppen in zehn anderen Abteilungen bildete.

- Durchführung eines Gesundheitsaufklärungsprogramms mit folgenden Komponenten: Blutdruck- und Cholesterintest mit individueller Rückmeldung an die Teilnehmer; Wiederholungstest nach sechs Monaten; Versand eines monatlichen Gesundheitsrundbriefs an die Privatadresse aller Betriebsmitglieder
- Verbesserung des Speisenangebots der Betriebskantine
- Finanzierung des Projekts für weitere drei Jahre durch den gemeinsam vom Unternehmen und der Gewerkschaft verwalteten Arbeitssicherheits- und Gesundheitsfonds.
- Integration der Betriebsdirektorin und des zuständigen Gewerkschaftsvertreters in die SWC-Gruppe während der Übergangsphase (in den letzten sechs Monaten) mit dem Ziel, den vom SWC praktizierten Ansatz im Betrieb zu institutionalisieren.

Hindernisse und Lernerfahrungen

Den genannten Erfolgen steht eine Liste von Schwierigkeiten und Hindernissen gegenüber, mit denen das SWC zu kämpfen hatte. Die folgenden Lernerfahrungen wurden von den SWC-Mitgliedern als zentral aufgeführt:

- Das Vertrauen im SWC zwischen Arbeiter- und Managementmitgliedern (Vorarbeiter, mittlere Betriebsleistungsstufe) war ursprünglich gering. Von großer Wichtigkeit war es deshalb, daß das SWC sich auf Grundregeln einigte, die die Entwicklung einer konstruktiven Zusammenarbeit ermöglichten. Die wichtigsten Regeln waren: gleichwertige Partizipation aller Gruppenmitglieder (alle Ideen sind wichtig und wertvoll); ein auf Konsensus basierender Entscheidungsprozeß; in SWC-Sitzungen diskutierte Themen/Probleme werden vertraulich behandelt und nicht nach außen getragen.
- Trotz „offizieller“ Unterstützung des Projekts durch die Betriebsleitung und Gewerkschaftsführung wurden viele der vom SWC erarbeiteten Empfehlungen nicht in die Tat umgesetzt. Ein Hauptproblem war dabei, daß die Geschäftsleitung während der fünf-

jährigen Projektdauer viermal wechselte, d. h. das SWC sah sich immer wieder vor die Aufgabe gestellt, das „neue Management“ für das Projekt zu gewinnen. Die Teilnahme von Entscheidungsträgern im Betrieb ist von außerordentlicher Wichtigkeit.

- Das SWC lernte, daß nur Hartnäckigkeit und Beharrlichkeit Fortschritte brachte.
- Das SWC erkannte, daß wir kein „fertiges Programm“ zu verkaufen hatten, daß wir als Gruppe zu Beginn nicht genau wußten, wie sich das Projekt entwickeln würde, und daß das Projekt deshalb ein fortdauernder Lernprozeß war, der immer wieder Kurskorrekturen erforderte.
- Die Teilung des Betriebs in zwei verschiedene Produktionssektoren mit getrennten Betriebsleitungen und unterschiedlicher Managementphilosophie brachte Verzögerungen und Schwierigkeiten, vor allem weil eine der Betriebsleitungen unserem partizipativen Ansatz wenig Interesse entgegenbrachte.
- Die vielleicht wichtigste Lernerfahrung war die unerwartet große Schwierigkeit, die Erfahrungen und Erkenntnisse der SWC-Gruppe in den Betrieb zu integrieren. Das SWC mußte zunehmend erkennen, daß es seine eigenen Lernprozesse nicht in der Form von Empfehlungskatalogen weiterreichen konnte, sondern daß es diese Art von partizipativem Lernprozeß selbst ist, die im Betrieb verankert werden muß. Dies ist ein kein leichtes Unterfangen in einer Organisationskultur, die auf der Basis eines „Quick-fix“-Problemlösungsmodells operiert.

Literatur

1. Israel, B. A., Schurman S. J. and House J. S.: Action research on occupational stress: Involving workers and researchers. *International Journal of Health Services*, 19 (1989): 135-155.
2. Israel, B. A., House J. S., Schurman S. J., Heaney C. A., and Mero R. P. The relation of personal resources, participation, influence, interpersonal relationships and coping strategies to occupational stress, job strains and health: A multivariate analysis. *Work and Stress*, 3 (1989): 163-194.
3. Hugentobler, M. K., Israel, B. A. and Schurman S. J. An action-research approach to workplace health: Integrating methods. *Health Education Quarterly*, in press.
4. Israel, B. A., Schurman, S. J. and Hugentobler, M. K. The relationship between organization members and researchers in conducting action research: Values, skills, control, politics and rewards. *Journal of Applied Behavioral Science*, forthcoming.

„Projekt Klima“: Verbesserungen des Betriebsklimas und der Arbeitszufriedenheit bei der J. M. Voith GmbH

Ausgangssituation

Folgende Faktoren beschreiben unsere Ausgangslage:

1. Die Hypothese, daß Menschen nicht nur zweckrational, sondern auch sozio-emotional zusammenarbeiten.
2. „Die wichtigste Aufgabe ist die Pflege des Menschlichen im Menschen“ (Zitat Goethe).
3. Die in dem Projekt „Gesundheit im Betrieb“ (1982–89) gesammelten Erfahrungen zeigen, daß ca. 80 % der Probleme in einer Gruppe nicht Sachsondern Beziehungsprobleme sind.
4. Die bei der Meinungsumfrage (Nov. 1989) sich herauskristallisierende besondere Verantwortung des Vorgesetzten für Motivation und Führung der Mitarbeiter. Das Klima der Verständigung und Zusammenarbeit wird maßgeblich vom Orientierungspunkt „Chef“ geprägt.
5. Die aus innerbetrieblichen Seminaren aus den Bereichen der Kommunikationspsychologie gewonnenen positiven Rückmeldungen.
6. Unsere Wettbewerbsposition ist nicht nur in der Verkürzung der fertigungstechnischen Durchlaufzeit (irA) begründet, sondern zusätzlich in der Verkürzung der „geistigen Durchlaufzeit“. Damit ist auch gemeint, wie Mitarbeiter aller Ebenen miteinander umgehen und Reibungsverluste minimieren.

Wir leiten daraus die Erkenntnis ab, daß die Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen am Arbeitsplatz den Mitarbeiter (auch den Chef) ganz wesentlich beflügelt oder blockiert und bewußt(er) gestaltet werden muß. Dazu ist das individuelle Gespräch zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern und das im folgenden beschriebene Gruppengespräch (Projekt Klima) gedacht.

„Projekt Klima“:

Ziele, Themen, Teilnehmer

Ein Umsetzungsvorhaben aus dem geschilderten Fazit ist das „Projekt Klima“. Das Projekt ist zugleich eine Form der konkreten Ausgestaltung der in unserem Unternehmensführungskonzept (Voith. Die Führung) postulierten Notwendigkeit von menschlicher Kommunikation.

Es handelt sich um eine Form von Kleingruppenarbeit bzw. Teamentwicklung. Mitarbeiter und Vorgesetzter erhalten die Gelegenheit, unter Leitung eines abteilungsexternen Moderators Themen der täglichen Zusammenarbeit zu besprechen und Dinge auszutauschen, die im Alltagsgeschäft in der Regel untergehen oder verdrängt werden. Hierbei geht es um Sachthemen in der Zusammenarbeit, und insbesondere um die Beziehung untereinander. Sachthemen sind häufig Aufhänger für die Diskussion über das „Wie“ der täglichen Zusammenarbeit. Wo tieferliegende Beziehungsstörungen die Ursache für angebliche Sachprobleme sind, ist es die nicht einfache Aufgabe des Moderators, das Gespräch auf den gegenseitigen Umgang, auf die zwischenmenschlichen Beziehungen untereinander zu lenken.

Die Teilnehmer dieser Kleingruppen sind Mitarbeiter und Vorgesetzter aus einer zusammengehörenden Organisationseinheit (family group) oder Mitarbeiter und Vorgesetzter aus verschiedenen, aber zusammenarbeitenden Organisationseinheiten. Die Teilnehmeranzahl beträgt 7 bis 8 Mitarbeiter. (Tagungszeit, -dauer: 4 bis 6mal je 2 Std. oder in einem oder mehreren Blocks, Absprachen möglich).

Gruppenerfahrung und Effekte

Die Gruppe soll erfahren was die produktive Zusammenarbeit behindert, wie das Miteinander weiter verbessert werden kann, daß Gefühle des einzelnen subjektive Realität sind und daß etwas verändert werden kann.

Jeder Teilnehmer soll wissen, wie sein Verhalten von anderen wahrgenommen wird, wie er auf den Kollegen, Chef oder Mitarbeiter wirkt, welche Erwartungen an ihn gestellt werden, welche Befürchtungen man ihm gegenüber hat, welchen Nutzen er geben und nehmen kann und daß das Betriebsklima nicht besser sein kann als sein eigener Beitrag, den er dazu leistet.

Zu den Wirkungen dieser Gruppengespräche gehören die gemeinsame Bearbeitung von Themen, der Abbau von Distanz zwischen Vorgesetztem und Mitarbeiter, das Erleben einer gesunden Nähe/Natürlichkeit zwischen Vorgesetztem und Mitarbeiter, das Erleben, sich Gehör zu verschaffen oder eine negativ empfundene Situation ändern zu können, die Stärkung der Identifikation mit Voith, die Steigerung der Lernbereitschaft im kommunikativen Bereich, die Verbesserung der

innerbetrieblichen Kommunikaton, nicht unbedingt die Änderung von Menschen, sondern die Änderung der gegenseitigen Beziehung und Wahrnehmung sowie die Stärkung des in den Begriffen Esprit, Excellence und Effizienz ausgedrückten Selbstverständnisses unserer Firma.

Initiierung und Unterstützung der Gruppenarbeit

Auslösende Ereignisse für die Gruppenarbeit sind Meinungsumfragen, Führungswechsel, auftretende Probleme, oder Wünsche der Initiatoren. Diese sind geschäftspolitische Vorgaben, Fachbereichsvorgesetzte (besondere Verantwortung), Mitarbeiter, das Personalwesen, die Geschäftsführung u. a. m.

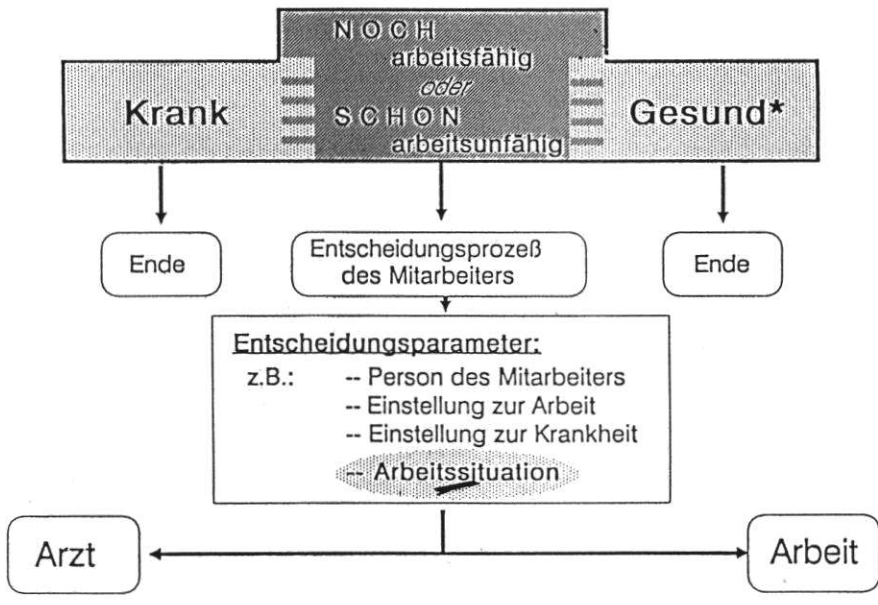
Der Ausschuß eines Arbeitskreises Klimagespräche besteht aus Personalleitung (Vorsitz), Fortbildung (Geschäftsführung), Ausbildung, Mitarbeitereinsatz, dem Betriebsrat und externen Moderatoren, die die Aktivitäten koordinieren.

Marketingmaßnahmen für die Idee erfolgen über die Geschäftsführung, die Betriebsversammlung, die Versammlung leitender Angestellter, leitende Mitarbeiter-Information, den Voith-Report und Geschäftsbericht, das Bildungsprogramm, Sozialhelfer, Betriebs-Ebenen-Info u. a. m. Eine Reihe von zentralen firmenpolitischen Veröffentlichungen (z. B. VOITH. Die Führung oder der Geschäftsbericht 89/90) beinhalten mittlerweile einen Bezug zum „Projekt Klima“.

Arbeits-Fähigkeit und Arbeits-UNfähigkeit



*Gesundheit umfaßt die Abwesenheit von Krankheit und die subjektiven äußeren und seelischen Lebensumstände WHO



→ Es ist Aufgabe der Unternehmen sich um eine positive Veränderung der Arbeits-situation zu kümmern.
 z.B.: MAB oder Projekt "Klima"

Konzept „Betriebshygiene“

Vorbemerkung

Betriebshygiene wird bei der gewerblichen Verarbeitung von Lebensmitteln immer wichtiger. Zum einen besteht ein Verbrauchertrend zu möglichst natürlichen und wenig konservierten Lebensmitteln. Dieser Bedarf läßt sich nur bei einer optimalen Betriebshygiene erfüllen. Zum anderen reagiert die öffentliche Meinung auf Lebensmittelskandale sehr sensibel (vgl. den Trocken-eiskandal bei der Fa. Birkel und den Glykolskandal), wie berechtigt das im Einzelfall auch sein mag.

Während die Bedeutung der Betriebshygiene für den Unternehmenserfolg zunimmt, wird es immer schwieriger, erhöhte hygienische Anforderungen im Produktionsprozeß durchzusetzen. Dies ist teilweise auf eine veränderte Struktur der Arbeitnehmerschaft zurückzuführen. In manchen Bereichen der Lebensmittelverarbeitung sind qualifizierte Arbeitskräfte nur schwer zu gewinnen. Es wird daher zunehmend auf Aushilfskräfte zurückgegriffen, die oft wenig über Betriebshygiene wissen. Daher müssen sich die Unternehmen in Zukunft verstärkt um die Durchsetzung der Betriebshygiene kümmern und geeignete Konzepte anwenden.

Folgende Bedingungen sind für ein erfolgreiches Konzept wichtig:

1. die Mitarbeiter/Innen sollten bei der Entwicklung und Durchführung betriebshygienischer Maßnahmen von Anfang an einbezogen werden, denn der Erfolg ist in hohem Maße von der Motivation der Beschäftigten abhängig;
2. Vorschriften und Verbote sollten soweit wie möglich vermieden werden, damit der Aufwand für Kontrollen minimiert wird;
3. Betriebshygiene kann nicht Thema einer einmaligen Aktion sein. Das Konzept muß gewährleisten, daß Betriebshygiene von allen Beteiligten als dauerhafte Aufgabe angesehen wird.

Ein neues Konzept zur Betriebshygiene

Bei der Durchführung dieses neuen Konzeptes arbeitet der Betrieb mit dem Betriebsarzt/ärztin und einem Lebensmittellabor zusammen. Die betriebsärztliche Betreuung ist ab dem 1. 1. 1992 für alle lebensmittelverarbeitenden Betriebe vorgeschrieben. Das Projekt beginnt mit einem Einführungsvortrag des Betriebsarztes/ärztin vor der Gesamtbelegschaft. Dabei wird die Bedeutung der Produktionshygiene und der Personalhygiene dargestellt sowie das Konzept

„Betriebshygiene“ erläutert. Dieser Vortrag dauert ca. 20 Minuten.

Als zweiter Schritt ist die Gründung einer Arbeitsgruppe „Betriebshygiene“ vorgesehen. Teilnehmer sind Mitglieder der Geschäftsleitung, der Meister-ebene und der Belegschaft. Dabei agiert der/die Betriebsarzt/ärztin als neutraler Moderator. Nach den Erfahrungen von „quality circles“ hat sich eine Gruppengröße von sieben Mitarbeiter/Innen bewährt. Die Gruppe trifft sich alle vierzehn Tage während der Arbeitszeit für eine Stunde. Aufgabe dieser Arbeitsgruppe ist es, eine Istanalyse der Betriebshygiene durchzuführen, Schwachstellen zu erkennen und Vorschläge für einen neuen Hygieneplan zu erarbeiten.

Dazu dient ein Fragebogen, der von jedem Beschäftigten anonym beantwortet wird. Anhand dieser Fragebogen wird deutlich, welche Problembereiche die Belegschaft bei der Betriebshygiene sieht, und wie sie sich eine Verbesserung vorstellt. Auf der Grundlage dieses Fragebogens und des Arbeitsergebnisses der Projektgruppe entsteht das Istprofil der Betriebshygiene. Daraus lassen sich die zukünftigen Aufgaben ableiten. Nach ca. zwei Monaten kann Teil A eines neuen Hygieneplans vorliegen.

Gleichzeitig wird ein Lebensmittellabor beauftragt, ebenfalls eine Istanalyse unter mikrobiologischen Gesichtspunkten im Produktionsbereich durchzuführen. Dazu werden Lage der Produktionsstätten, Art der Produktion und Produktionsräume auf mögliche Gefahrenquellen hin untersucht. Danach wird ein Untersuchungsplan für die entsprechenden mikrobiologischen Untersuchungen wie Abklatschfolien und „Dip-slides“ festgelegt. Auf der Grundlage der Ergebnisse dieser mikrobiologischen Istanalyse wird Teil B eines neuen Hygieneplans erstellt.

Dieser Hygieneplan beinhaltet – neben Vorschlägen zu Veränderungen bei der Produktion – einen Reinigungsplan und einen Desinfektionsplan. Die Einhaltung des Hygieneplans wird durch das Lebensmittellabor und die Arbeitsgruppe „Betriebshygiene“ kontrolliert. Diese Arbeitsgruppe trifft sich vierteljährlich. Der Hygieneplan legt auch Themen für eine Hygiene-schulung fest, die vom Betriebsarzt/ärztin durchgeführt wird. Schulungsthemen sind beispielsweise:

- Personalhygiene
- Produktionshygiene
- Pausenhygiene
- Information über Hygieneprodukte
- Information über ärztliche Untersuchungen nach dem BSeuchG und den EG-Richtlinien.

Die einzelnen Themen werden in einer „Kurzschulung“ den Mitarbeiter/Innen vorgestellt. Die Schulungen finden unmittelbar nach den Pausen statt und dauern nicht länger als 10 bis 15 Minuten. Dabei sollten neue Medien wie beispielsweise Video eingesetzt werden, wenn sie zur Verkürzung der Schulungszeit beitragen. Denn ein erheblicher Teil der Schulungskosten wird durch den Produktionsausfall bestimmt.

Betriebshygiene ist eine Daueraufgabe im Betrieb. Ein sinnvolles Konzept muß daher gewährleisten, daß diese Aufgabe kontinuierlich gelöst wird. Daher stellt der/die Betriebsarzt/ärztin jährlich einen Rechenschaftsbericht der Belegschaft vor. Auf der Grundlage des Jahresberichts erarbeiten die Arbeitsgruppe „Betriebshygiene“ und das Lebensmittellabor Vorschläge zur Verbesserung des bestehenden Hygieneplans. Entsprechend werden neue Schulungsinhalte angeboten. Der jährliche Rhythmus führt dazu, daß die Betriebshygiene nicht als einmalige Aktion, sondern als dauernde Aufgabe gesehen wird.

Neue Schulungsinhalte

Viele Hygieneschulungen beschäftigen sich in erster Linie mit Bakterien und Mikroorganismen. Hygienemaßnahmen werden als „Kampfmaßnahmen“ gegen diesen „unsichtbaren“ Feind gesehen. Wir sind der Meinung, daß mikrobiologische Themen wie rasche Vermehrung, natürliches Vorkommen, pathogene oder apathogene Keime für betriebshygienische Schulungsmaßnahmen nur bedingt geeignet sind. Da Mikroorganismen überall vorkommen und sich unvorstellbar schnell vermehren, kann ein Gefühl der Ohnmacht hervorgerufen werden. Es besteht die Gefahr, daß betriebshygienische Probleme verdrängt werden.

Daher stehen im Mittelpunkt unserer Schulungsvorschläge die Begriffe **Sauberkeit** und **Verantwortung** jeder Mitarbeiterin und jedes Mitarbeiters für das Produkt. Sauberkeit und Verantwortung sind Begriffe, die emotional besser nachvollziehbar sind als Bakterien und Mikroorganismen. Sauberkeit im Betrieb ist dabei Reinigung und Desinfektion. Ziel jeder Betriebshygiene ist die Keimarmut im Betrieb. Dies bedeutet, daß

alle vermeidbaren Keimquellen ausgeschaltet werden müssen.

Weitere Schulungsinhalte sind Erläuterungen zu den ärztlichen Untersuchungen nach den BSG- und EG-Richtlinien. Hier soll Verständnis für die jährliche Untersuchung nach den EG-Richtlinien geweckt werden. In diesem Zusammenhang sollen die Mitarbeiter/Innen auch die Erkrankungen kennenlernen, bei denen sie sich an den/die Betriebsarzt/ärztin wenden müssen.

Zusammenfassung

Das Konzept „Betriebshygiene“ beinhaltet zwei neue Faktoren:

- a) die Einbeziehung der Mitarbeiter/Innen bei der Aufstellung eines Hygieneplans, entsprechend den Erfahrungen des Personalmanagements (Qualitätszirkel und Mitarbeiterbefragung).
- b) Das Konzept ist so angelegt, daß Betriebshygiene als eine ständige Aufgabe für das Management gesehen wird.

Das Konzept besteht aus folgenden Teilen:

- Einführungsvortrag: Hier werden Probleme der Betriebshygiene und das neue Konzept der Belegschaft vorgestellt.
- Arbeitsgruppe: Ein Fragebogen wird ausgewertet, Teil A eines Hygieneplans wird entworfen.
- Ein Lebensmittellabor erarbeitet Teil B des Hygieneplans.
- Teil A und B werden zu einem Gesamtplan zusammengefaßt. Dieser Hygieneplan berücksichtigt die Belange des Betriebes (Produktion, Bedürfnisse der Mitarbeiter/Innen u. a.) und die mikrobiologischen Gesichtspunkte.
- Die Schulungsmaßnahmen sind Teil des Hygieneplans. Sie werden unter den Gesichtspunkten Sauberkeit und Produktverantwortung durchgeführt.
- Der Hygieneplan wird jährlich überarbeitet und aktualisiert. Die Arbeitsgruppe „Betriebshygiene“ und das Lebensmittellabor sind daran beteiligt.
- Der Betrieb arbeitet beim Thema Betriebshygiene mit dem/der Betriebsarzt/ärztin und einem Lebensmittellabor zusammen.

Gruppenbezogene Gestaltungsansätze zur Reorganisation von Fertigungsstrukturen

An dieser Stelle soll über Erfahrungen berichtet werden, die bei Reorganisationsprozessen im Maschinenbau gewonnen wurden. Zwar steht die Gesundheitsförderung nicht explizit im Vordergrund der Betrachtungen, sie ist jedoch als integrierter Bestandteil des nachfolgend beschriebenen Konzeptes zu verstehen. Gestaltungsansätze zur Reorganisation von Fertigungsstrukturen bedingen im übrigen auch Veränderungen im administrativen Bereich. Das Konzept ist für Reorganisationsmaßnahmen im gesamten Unternehmen geeignet.

Voraussetzungen für eine erfolgreiche, beteiligungsorientierte Organisationsentwicklung

Bei Reorganisationsmaßnahmen in der Fertigung, die auf gruppenbezogenen Modellen aufbauen, stellt die angemessene Beteiligung der Beschäftigten und Führungskräfte eine wichtige Grundlage des Erfolgs dar. Hierzu sind geeignete organisatorische Voraussetzungen zu schaffen. Eine in der Praxis erfolgreich praktizierte Möglichkeit besteht in der Einrichtung eines Beratungsausschusses, in dem Geschäftsführung, Betriebsrat und externe wissenschaftliche Berater alle den Organisationsentwicklungsprozeß betreffende Fragen behandeln.

Eine große Innenwirkung kann die Entscheidung haben, Projektteams zu bilden. Ihnen werden durch den Beratungsausschuß Aufträge erteilt. Die Projektteams berichten dem Beratungsausschuß. Die Projektteams haben neben ihrer Funktion der Analyse und Erarbeitung von Vorschlägen für ausgewählte Problembereiche auch die Aufgabe der Einbeziehung und Beteiligung von direkt und indirekt Betroffenen. Es ist nicht leicht, Projektteams in verfestigten hierarchischen Organisationen wirksam zu etablieren. Insbesondere die gemeinsame Ausfüllung einer Aufgabe und die gemeinsame Verantwortung für die Ergebnisse stehen häufig im Widerspruch zur Praxis der Abgrenzung von Kompetenz und Verantwortung. Die Mitglieder eines Projektteams müssen erst lernen, im Team zu arbeiten, entsprechend zu diskutieren, gemeinsame Diskussionsergebnisse festzuhalten sowie Arbeitsteilung und Kooperation gemeinsam festzulegen. Dabei können erhebliche Anlaufschwierigkeiten und Friktionen in Projektteams auftreten. Bei der Lösung derartiger Probleme hat sich die Moderatorenmethode als eine wichtige Hilfe erwiesen.

Organisationsentwicklung setzt ferner voraus, daß alle Beteiligten über ihre bisherigen Aktivitäten hinaus tätig werden und gegebenenfalls auch Kritik bzw. eine kritische Betrachtung ihrer Arbeit akzeptieren. Organisationsentwicklung wird durch die Analyse wesentlicher betrieblicher Schwachstellen unterstützt, sie muß deshalb mit sehr viel Sensibilität durchgeführt werden.

Organisationsentwicklung ist der Versuch, sich – letztlich aus eigener Kraft – eine neue innere Struktur zu geben. Dabei werden vorhandene Strukturen, Positionen und Anrechte verändert oder gar in Frage gestellt. Organisationsentwicklung ist ein Prozeß und nicht nur ein einmaliger Akt.

Erfolgreiche Organisationsentwicklung setzt Beteiligung vieler, Offenheit für neue Lösungen und weitgehend akzeptierte gemeinsame Erfolgsmaßstäbe voraus.

Ergebnisse eines betrieblichen Beispiels

In einem Familienunternehmen des Maschinenbaus mit ca. 100 Beschäftigten, wurde ein Prozeß zur Reorganisation der Fertigung und fertigungsnahen Verwaltung durchgeführt. Als Bergbauzulieferer stand die Firma Ende der 80er Jahre vor der Situation, daß die Losgrößen sich ständig verringerten und das Umsatzvolumen drastisch reduzierte. Der Maschinenpark bestand zwar zu einem beträchtlichen Teil aus modernen CNC-Maschinen, die Arbeits- und Betriebsorganisation sowie die Leistungs- und Entgeltsysteme waren diesem Entwicklungsstand jedoch nicht angemessen angepaßt. Die Notwendigkeit zur Anpassung und Steigerung der Effizienz der Fertigung wurde sowohl von seiten der Geschäftsführung als auch von seiten des Betriebsrates gesehen.

Die Ergebnisse des Umgestaltungsprozesses können insgesamt als erfolgreich angesehen werden. Die Fertigung wurde in acht verrichtungsorientierte Fertigungsgruppen umstrukturiert. Veränderte Steuerungs- und Kommunikationsformen sowie veränderte Organisationsstrukturen führten zu flacheren Hierarchien, kleineren Regelkreisen bzw. kürzeren Informationswegen. Die Einführung einer leistungsorientierten Prämienentlohnung hat sich bewährt.

Den Fertigungsgruppen stehen pro Woche je eine Stunde Zeit für bezahlte Gruppensitzungen zur Verfügung. Die Gruppen haben aus ihren Reihen je einen Sprecher, einen Stellvertreter sowie einen Protokollanten gewählt. Themen der Sitzungen werden von

den Gruppen selbst bestimmt oder von der Betriebsleitung eingebracht. Zu den Aufgaben der Gruppen gehören unter anderen: Festlegung der Auftragsreihenfolge und Arbeitsverteilung, Rüsten von Maschinen inklusive des Optimierens von CNC-Programmen, Wartung, Instandhaltung und Entsorgung der Maschinen, Störungsbeseitigung und Durchführung kleinerer Reparaturen, Kooperation mit anderen Gruppen und Bereichen, Schichtenteilung und Urlaubsplanung. Neben diesen Themen werden in den Gruppensitzungen Fragen der Verbesserung der Umgebungseinflüsse, wie Staub, Beleuchtung und Hitze angesprochen sowie gesundheitsschädliche Auswirkungen von Kühlschmierstoffen und weitergehende Fragen von Entsorgung und Umweltschutz. Die Verringerung der Belastungen durch schweres Heben und Tragen von Lasten stand ebenso zur Diskussion wie die Verbesserung der eingesetzten Werkzeuge, Werkstoffe und sonstigen Hilfsmittel.

Da jeder Gruppe das Recht zusteht, zu ihren Sitzungen Gäste einzuladen, wurden die im Betrieb Verantwortlichen, vom Einkaufsleiter bis zum Mitarbeiter der Arbeitsvorbereitung, in zahlreichen Fällen direkt angesprochen. Auch diese Vorgehensweise hat dazu beigetragen, daß Probleme schneller gelöst werden konnten, weil die Verantwortlichen ihr Handeln oder Nicht-Handeln ganzen Gruppen gegenüber legitimieren mußten.

Mit der Einführung eines Beratungsausschusses und Projektteams, die Lösungen für begrenzte Problemstellungen erarbeiteten, wurden darüber hinaus die Möglichkeiten von Planung und Kooperation erweitert. Projektteams wurden unter anderem zu folgenden Themen gebildet: Werknormen und Konstruktionsrichtlinien, Qualität der Halbzeuge, Disposition, Entgelt und Leistung, Qualifizierung.

Regelmäßige Gruppenbesprechungen haben sich als wichtige Einrichtung zur Informations- und Konfliktregulierung erwiesen. Zahlreiche Veränderungen technischer und organisatorischer Art wurden vorgenommen. So stehen beispielsweise jetzt Regale für Vormaterial zur Verfügung mit entsprechenden mechanischen Hebevorrichtungen, staubende Arbeiten an Schleifmaschinen werden durch technische

Maßnahmen verhindert. Den Arbeitsgruppen stehen eigenverantwortliche Planungshorizonte zur Verfügung, zum Beispiel ein Auftragsvorrat von einer Woche.

Die Frage des Verhältnisses zwischen Lohn und Leistung spielt eine sehr zentrale Rolle bei der Entwicklung menschengerechter Arbeitsbedingungen. Klare und eindeutige Regelungen, die sich an nachvollziehbaren und vereinbarten Leistungsnormen orientieren, sind notwendige Voraussetzungen hierfür. Eine qualifikationsorientierte, individuelle Eingruppierung in Lohngruppen hat sich bei Gruppenarbeit bewährt. Die Anwendung gruppenorientierter Standard-Prämienentlohnung kann einen wichtigen Beitrag zur Sicherstellung von vereinbarten Systemleistungen erbringen und bei richtiger Anwendung einen wichtigen Beitrag zur Gesundheitsförderung im Betrieb leisten.

Über- und Unterforderungen, die sich aus Reorganisationsmaßnahmen ergeben, müssen durch geeignete Gestaltungs- und Qualifizierungsmaßnahmen beseitigt werden. Geeignete Qualifizierungskonzepte, die innerbetriebliche und außerbetriebliche Möglichkeiten nutzen, müssen bei Gruppenarbeitskonzepten Fragen der fachlichen, organisatorischen und sozialen Qualifikation mit berücksichtigen.

Insgesamt sind die Ergebnisse des skizzierten Reorganisationsprozesses positiv einzuschätzen. Nicht alle betrieblichen Probleme wurden gelöst, aber dies darf auch nicht erwartet werden. Es wurde jedoch ein Modell installiert, daß sich verändernden inneren und äußeren betrieblichen Bedingungen flexibler anpassen kann. Es trägt dazu bei, die betrieblichen Bedingungen kontinuierlich zu verbessern. In diesem Zusammenhang soll nicht unerwähnt bleiben, daß sich die Pro-Kopf-Leistung in der Produktion innerhalb eines Jahres um über 20 Prozent erhöht hat.

Literaturhinweis:

Weitere Ausführungen u. a. zu dem oben genannten betrieblichen Beispiel finden sich in: Pöhler W.; Skrotzki R. (1991): Organisations- und Personalentwicklung, Die wichtigsten Faktoren für die Produktivitätssteigerung, RKW-Schrift, Eschborn.

Programmpalette betrieblicher Gesundheitsförderung

Einführung und Zusammenfassung der Ergebnisse

Rupert Ahrens und Harald Lehmann

Ziel dieser Arbeitsgruppe war es, einen Überblick über den bestehenden Markt der Anbieter und Angebote betrieblicher Gesundheitsförderung zu gewinnen.

Da hinreichend bekannt ist, daß sich die meisten Programme betrieblicher Gesundheitsförderung im einzelnen oder in Kombination mit den Themen Ernährung, Bewegung, Alkohol, Streß und Arbeitssicherheit beschäftigen, ging es in dieser Arbeitsgruppe mehr um die Erfassung gemeinsamer Struktur- und Organisationsmerkmale solcher Programme (z. B. betriebsinterne oder externe Anbieter, Zielgruppen, Kooperationspartner, Reichweiten und Wirksamkeit der Programme bzw. Methoden der praktischen Umsetzung von Grundsätzen der Gesundheitsförderung wie Partizipation, ganzheitlicher Gesundheitsbegriff, Chancengleichheit und multirektorale Zusammenarbeit).

Im Vordergrund stand dabei vor allem die Frage, inwieweit die bisher überwiegend von Großbetrieben entwickelte Programmpalette betrieblicher Gesundheitsförderung auch auf Mittel- und Kleinbetriebe übertragbar ist und welche Kooperationsformen auch in den kommunalen Bereich hinein nötig sind, um in Mittel- und Kleinbetrieben gesundheitsfördernde Angebote zu etablieren und zu stabilisieren.

Die Diskussionsschwerpunkte legen eine thematische Einordnung der Beiträge unter folgenden Gesichtspunkten nahe:

- Interventionsorte:
 - große, mittlere und kleine Betriebe
 - Dienstleistungsunternehmen und produzierendes Gewerbe
 - öffentliche und private Unternehmen
- organisationsinterne oder externe Programm-anbieter
- verhaltens- oder verhältnisbezogene Programme
- Kooperationsstrukturen.

1. Interventionsorte

Die Referate zeigten, daß die personale und wirtschaftliche Stärke von Unternehmen entscheidende Gestaltungsparameter betrieblicher Gesundheitsförderungsprogramme sind. Großunternehmen können eigene Stäbe und Fachleute zur Durchführung verhält-

nisgerechter Programme unterhalten. Beispiele aus Großbetrieben zeigten, daß sich mit einer großen Personalstärke ein kostengünstiges Input/Output-Verhältnis der zu leistenden Investitionen einstellt. Auch positive Nebeneffekte, wie Öffentlichkeitsarbeit und Imagepflege, legen die Durchführung unternehmensintern konzipierter Programme nahe.

Beispiele aus dem Handwerk zeigten, daß kleine Betriebe zwar mit eigenen Programmen in der Regel personell und finanziell überfordert sind, daß sie aber in Kooperation mit anderen Betrieben über die Innungen, die Krankenkassen und über kommunale Einrichtungen Möglichkeiten haben, geeignete Programme durchzuführen.

Programme in Mittelbetrieben kombinieren konzeptionelle Elemente aus Groß- und Kleinbetrieben. So empfiehlt sich hier die komplette oder anteilige Kostenübernahme durch externe Interessenten, in der Regel die Krankenkassen, während die organisatorischen Gegebenheiten unwesentlich von denen eines Großbetriebes abweichen.

Verhältnispräventive Programme im Dienstleistungsbereich unterscheiden sich naturgemäß deutlich von solchen im produzierenden Gewerbe. Während dort vor allem die „hardware“, d. h. Werkzeug, Gerätschaften und Anlagen Interventionsgegenstand sind, stehen hier – von Computerarbeitsplätzen und der Bestuhlung abgesehen – psychomentele und psychosoziale Belastungen, d. h. die „software“ im Vordergrund. Auf dem Feld der Streßprävention besteht in Produktions- und Dienstleistungsbetrieben gleichermaßen ein großer Interventionsbedarf.

Eine systematische Unterscheidung zwischen öffentlichen und privatwirtschaftlichen Unternehmungen ist im Hinblick auf Konzepte der Gesundheitsförderung zwingend.

2. Programmanbieter

Zwei Anbieterklassen mit folgenden Untergliederungen wurden thematisiert:

Eigenanbieter: Großunternehmen/Mittelunternehmen
Fremdanbieter: Krankenkassen, privatwirtschaftlich tätige Firmen/Institute, öffentliche Anbieter

Eine Reihe von Großunternehmen haben für ihre Mitarbeiter Programme entwickelt, diese dann aber kostenpflichtig oder kostenfrei, unmittelbar oder mittelbar (Broschüren/Erfahrungsberichte) an Dritte weitergegeben.

Krankenkassen nutzen ihre vielfältigen Aktivitäten im Bereich der Gesundheitsförderung zu unterschiedlichen Zwecken. Neben der Erfüllung des gesetzlichen Auftrages (§ 20 SGB) stehen akquisitorische und Marketingziele im Vordergrund. Dem Handwerk bieten sich die Innungskrankenkassen als Partner an. Großbetriebe kooperieren meist mit ihren Betriebskrankenkassen.

Öffentliche Anbieter liefern Interessenten das gewünschte Know-how. Sie sind Anlaufstelle von Programmanbietern und -nachfragern und vermitteln Kontakte und Expertisen. Darüber hinaus sind sie meist kostenloser Lieferant von Informationsmaterialien zu unterschiedlichen Themen der Gesundheitsförderung, so wie z. B. die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA).

Bezüglich privatwirtschaftlicher Anbieter betrieblicher Gesundheitsförderungsprogrammen stellte sich in der Diskussion Einvernehmen darüber ein, daß die Vielfalt der privaten Anbieter, ihre Flexibilität, der – wettbewerbsbedingt – hohe Qualitätsstandard und das in der Regel große Verständnis für die wirtschaftlichen Belange nachfragender Unternehmen Vorteile sind, die seitens der Nachfrager nicht ausreichend genutzt werden. Hierfür wurde die spezifisch „deutsche“ Neigung verantwortlich gemacht, das normativ überhöhte Gut „Gesundheit“ dem Zugang gewinnträchtiger Initiativen zu entziehen.

3. Verhaltens- oder verhältnisbezogene Programme

Programme zur Förderung gesundheitsorientierten Verhaltens wurden vor allem im Bereich der Suchtprä-

vention diskutiert. Es zeigte sich, daß das Interventionsfeld Süchte/Suchtverhalten/Co-Suchtverhalten tendenziell sekundärpräventiv ausgerichtet ist. Betriebliche Gesundheitsförderung als primärpräventives Handlungsfeld müßte auch suchtpreventive Verhältnisprävention betreiben, ohne das Thema Sucht explizit zu thematisieren.

Bei verhältnispräventiven Programmen wurde zwischen „hardware“-Investitionen – ergonomische Bestuhlung, gesündere Computerarbeitsplätze, benutzerfreundliches Werkzeug – und „software“-Investitionen – Verbesserung der Organisationsstruktur, des Time-Managements von Vorgesetzten, des betrieblichen Kommunikationsflusses – unterscheiden.

4. Kooperationsstrukturen

Betriebliche Gesundheitsförderung in ein Netzwerk interner und externer Kooperationspartner einzubetten, bietet viele Vorteile:

- Kostenverteilung auf mehrere interne/externe Träger
- Know-how unterschiedlicher interner/externer Fachleute zum Vorteil eines interdisziplinär organisierten Gesundheitsförderungsprogramms
- Einbindung heterogener Interessen zur Intensivierung der Anschubkraft in der Implementationsphase und
- die breite Trägerschaft als Sicherheit gegen den vorübergehenden oder dauerhaften Ausfall eines Trägers.

Bei Groß- und Mittelbetrieben wurde ein Bedarf an intensiver Zusammenarbeit zwischen Arbeits- und Gesundheitsschutzstellen festgestellt. Als externe Kooperationspartner bieten sich neben Krankenkassen, öffentlichen und privaten Anbietern zunehmend kommunale Einrichtungen und Initiativen an.

PETER HALLER
Leiter Verpflegungsbetriebe Mercedes-Benz AG, Werk Bremen

Betriebsverpflegung bei Mercedes-Benz in Bremen

Ausgangsbasis

Das Mercedes-Benz-Werk in Bremen hat insgesamt 16 850 Mitarbeiter. Davon sind 10 600 in der Produktion beschäftigt und der Rest als Angestellte tätig. Im Werksbetrieb sind täglich ca. 12 500 Mitarbeiter anwesend. Die Beteiligung an der Betriebsverpflegung beträgt ca. 30 %. Das heißt, es werden etwa 3750 Essen pro Tag ausgegeben.

Dies geschieht durch eine Hauptküche mit einem Speisesaal für 470 Plätze, eine Relaisküche mit 2 Speisesälen à 150 Plätzen und zwei Cafeterien mit je 120 Plätzen. Hinzu kommen 12 SB-Läden und 100 Getränke- und Verpflegungsautomaten. Angeboten werden täglich 2–3 Hauptkomponenten (davon 2–3mal in der Woche Fisch), 2 Sättigungsbeilagen, 2 Gemüsebeilagen, 2 Tagessuppen, 1 komplettes Vollwertmenü, Salatbar, Dessertbar, Obst und Müslibar. Der Verpflegungsbetrieb beschäftigt 118 Mitarbeiter (davon 53 Teilzeit) sowie 16 Angestellte und Meister.

Im Jahr 1984 haben wir den Verpflegungsbetrieb eröffnet. Zuerst boten wir nur ein schmales Angebot an, stellten aber bald fest, daß wir mit der technischen Einrichtung, der Ausgabeform und dem eingestellten Fachpersonal wesentlich mehr anbieten können.

Die ersten Aktionen stießen bei den Gästen auf große Resonanz. Die ersten Fragen nach vegetarischem Essen wurden laut. Daraus bildete sich der Trend: Vollwertkost und Gesunde Kost. Wir stellten fest, daß bei den Tischgästen eine Natursensibilisierung stattfindet und der Gast nach gesunderhaltenen Kostformen sucht.

Wir haben in der westlichen Welt in der Ernährung eine widersprüchliche Situation. Auf der einen Seite Fortschritte in der Medizin, Nahrungsmittelüberschuß, Produktvielfalt, Überangebot an Informationen und Gesundheitsbewußtsein und auf der anderen Seite ernährungsbedingte Krankheiten, Fehlernährung, einseitige Ernährung, Mangel an Wissen über gesunde Ernährung und schädliche Gewohnheiten. Deshalb wollen wir im Mercedes-Benz-Konzern mit Unterstützung der Firmenleitung, der Werksärzte, den Betriebskrankenkassen und den Verantwortlichen der Verpflegungsbetriebe unter Einbeziehung der Arbeitnehmervertreter den Mitarbeitern gesunde Kost anbieten.

Wie gehen wir vor?

1. Schulung und Überzeugung der eigenen Mitarbeiter durch Seminare, Kurse, Besuche von Veran-

staltungen, durch Vormachen und Nachmachen, Versuchen und vor allem nicht aufgeben. Denn das größte Hindernis ist nicht das Mißtrauen der Gäste, sondern das Unwissen und das Nichtwollen der Mitarbeiter.

2. Erstellen einer Gästeanalyse nach Werksbranchen, Altersstruktur, Geschlecht, Arbeiter/Angestellte, Schüler/Studenten, Auszubildende und Laufkundschaft.
3. Information des Tischgastes durch Vorankündigungen auf dem Speiseplan oder in der Werkszeitung, Flugblätter, Informationsstände mit Broschüren, Speiseplänen und Rezepte sowie Pressemitteilungen.
4. Aufzeigen der Ware, d. h. Produktausstellung, fertige Gerichte ausstellen, Proben und „Schnupperportionen“ anbieten (kleine Portionen – kleine Preise).
5. Erfahrungen auswerten, Rezepte prüfen und ggf. verändern, Nachkalkulationen aufstellen, Statistiken anlegen, Beteiligungen ermitteln, Zuschriften auswerten und ggf. Umfragen unter den Werksangehörigen durchführen, z. B. zu Fragen, wie ich mich überlicherweise ernähre, oder zur Bereitschaft, für Lebensmittel aus ökologischem Anbau mehr zu bezahlen.

Wichtig ist für uns die Förderung durch Unternehmensleitung, Werksarzt, Betriebskrankenkasse und das Bremer Institut für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS) sowie die Einbindung in die im gesamten Stadtgebiet stattfindenden „Frühjahrskuren“ und die Einbindung in die regelmäßigen Gesundheitswochen im Werk, mit Aktionen der Betriebskrankenkasse, der Arbeitssicherheit, den Sportvereinen, dem Werksärztlichen Dienst, der Sozialberatung, der Fort- und Weiterbildung und dem Umweltschutz.

Erschwert wird unsere Arbeit für eine gesunde Kost im Betrieb vor allem durch die Kostensituation, die Preise für alternative Lebensmittel, die Gleichgültigkeit von Mitarbeitern und Teilen der Tischgäste sowie personelle Engpässe. Dennoch gehen wir den eingeschlagenen Weg weiter, der Erfolg gibt uns recht, denn „Gesundes Essen ist heute wichtiger als kalorienarmes Essen.“

Aktion „Kantinenberatung bei der Lufthansa“ durch die AOK Köln

Die Aktion basiert auf der Philosophie der AOK-Gesundheitskasse, einem ganzheitlichen Ansatz der Gesundheitsförderung im Rahmen des Kontextes Soziales – Ernährungsberatung – Bewegung und Rehabilitation. Die marginalen Punkte: Persönliches Ernährungsprogramm, Müslibar, Getränke ohne Alkohol und Abnehmprogramm für 3 Wochen wurden in ausführlichen Vorbereitungsgesprächen mit den Kantinenchefs erarbeitet. Die AOK stellte sowohl die Vollwertrezepte zur Verfügung als auch die Begleitbroschüre, welche von der Ernährungsberaterin neu entwickelt wurde. Die Lufthansaköche probierten die Rezepte aus und entschieden dann die Speiseplanfolge nach saisonalen und Preisgesichtspunkten.

Das gemeinsame Thema war gesunde Ernährung in der Kantine (kalorienreduziert). Täglich wurde ein Vollwert-Menü von ca. 500 kcal angeboten sowie montags und freitags zusätzlich eine Müslibar (mit berechneten Beispielen, wie z. B. Messungsberechnungen von Obst, Haferflocken usw.). Die tägliche Durchführung wurde von einer Ernährungsberaterin betreut und verschiedene Broschüren zu entsprechenden Themen verteilt.

Während dreier Wochen wurden durchschnittlich 900 Beschäftigte durch die Kantine verpflegt. Dies ist ein relativ hoher Prozentsatz bei ca. 1300 Angestellten mit starker Dienstreisefluktuatation und spricht für die Qualität der Kantine.

Die Resonanz war im Vergleich zu anderen Kantinenzahlen sehr hoch. Die gemeinsame Zukunftsperspektive war 1–2mal wöchentlich ein Vollwert-Menü anzubieten. Zunächst soll in halbjährlichen Abständen die Akzeptanz der Vollwerternährung bei der Lufthansa abgefragt werden, um den Erfolg unserer Multiplikatorenschulung ablesen zu können.

Auf allgemeine Problematiken, daß z. B. viele Arbeitnehmer eine zu kurz bemessene Essenszeit haben, wurde eingegangen, ebenso darauf, daß Vorträge während der Arbeitszeit bei Arbeitgebern schwierig unterzubringen sind. Im Gegensatz zu den Betriebskrankenkassen stellt sich für die AOK heraus, daß die Nachfolge-Einzelberatung eher im Gebäude der AOK im Rahmen der Ernährungsberatung erfolgt als in der Betriebssphäre. Hier spielen Karrieredinge, Privatsphäre, Datenschutz und ähnliches eine Rolle.

MICHAEL KENTNER
Ltd. Werksarzt, Robert Bosch GmbH,
und ANGELIKA WIEGE

Einführung einer Fitneß-Pause am Arbeitsplatz im Werk Hildesheim der Blaupunkt-Werke GmbH

Einleitung

Trotz weitgehend optimierter Ergonomie kann es bei feinmotorischen Bestückungstätigkeiten im Rahmen einer Fließfertigung zu teilweise einseitigen Belastungen des Stütz- und Bewegungsapparates kommen. Nach Betriebskrankenkassen-Statistiken stellen Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates mit ca. 20 % aller Fälle eine der Hauptkrankheitsgruppen dar. Da derartige Fälle mit einer durchschnittlichen Krankheitsdauer von bis zu 30 Tagen weit überdurchschnittliche Arbeitsunfähigkeitszeiten verursachen, stehen Maßnahmen zur Vorbeugung dieser Erkrankungen im Zentrum des Interesses bei Unternehmensleitungen, Werksärzten und Arbeitnehmervertretungen.

Am häufigsten treten Verspannungen der Hals-, Schultergürtel- und Rückenmuskulatur sowie HWS-Syndrome und Cervico-Brachialgien auf. Zusätzlich werden häufig Tennis-Ellenbogen, Sehnenscheiden-Entzündungen im Bereich der Unterarme und Stauungsbeschwerden in den Beinen beobachtet. Diese Beschwerden werden verursacht durch einseitige Belastungen sowie Bewegungsmangel und falsche Körperhaltungen. Daher wird zunehmend nach Wegen gesucht, Befindlichkeitsstörungen und gesundheitlichen Dauerschäden in diesem Bereich vorzubeugen.

Definition

Bei der Fitneß-Pause handelt es sich um ein auf die Bedürfnisse der Mitarbeiter zugeschnittenes gymnastisches Übungsprogramm, welches in der unmittelbaren Umgebung des Arbeitsplatzes ausführbar ist und nicht länger als fünf Minuten dauert.

Die Ziele für die Mitarbeiter liegen im Ausgleich von Zwangshaltungen und Bewegungsdefiziten, in der Steigerung des körperlichen Wohlbefindens sowie der physischen und psychischen Entspannung. Zusätzlich kann die Fitneß-Pause als Einstieg zu gezielter Bewegung und Sport in der Freizeit dienen.

Vorbereitung

Durch Vorträge und praktische Demonstrationen seitens des werksärztlichen Dienstes konnte bei Geschäftsleitung, Abteilungsleitern, Meistern und Betriebsrat ein entsprechendes Problembewußtsein induziert werden. Nützlich hierbei war eine Dokumen-

tation der Beschwerden der Mitarbeiter im werksärztlichen Dienst mit Darstellung von Verursachungsschwerpunkten in der Fertigung. Unsere Vorstellungen und Ergebnisse flossen zusätzlich in die Besprechung einer Projektgruppe zur Förderung des Gesundheitszustandes der Mitarbeiter mit ein.

Auf der Basis dieser Vorarbeiten konnten folgende Ziele formuliert werden:

1. Erhaltung der körperlichen Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter.
2. Verhinderung von vorzeitigem krankheitsbedingtem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben.
3. Erhöhung der Motivation und Arbeitszufriedenheit sowie eine dadurch bedingte Steigerung der Arbeits- und Produktqualität.
4. Steigerung der Attraktivität des Unternehmens.
5. Abbau der Fehlzeitenquote durch Reduzierung der Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates.

Diese Vorstellungen mündeten schließlich in einen Geschäftsleitungsbeschuß zur Durchführung der Fitneß-Pause. Das wirkte sich ganz besonders günstig auf die Umsetzung unserer Vorstellungen und die Durchführung der Gymnastik am Arbeitsplatz aus.

Voraussetzungen

Personell:

- Einstellung einer Diplom-Sportpädagogin
 - Ausbildung von Übungsleiter(inne)n
- Dabei wurde pro 30 bis 40 Mitarbeiter in der Fertigung eine Übungsleiterin im Rahmen einer Anfangsschulung von 4 x 1,5 Stunden ausgebildet. Eine Weiterbildung zur Vermittlung neuer Übungselemente von 12 Stunden pro Jahr ist vorgesehen. Diese Schulungsmaßnahmen finden während der bezahlten Arbeitszeit statt.

Sachlich:

- Anlage zur Beschallung (Cassettenrecorder, Verstärker, diverse Lautsprecher) der in der Fertigung für die Gymnastik geeigneten Verkehrsflächen
- Mobile Podeste für Übungsleiter

Organisatorisch:

- Freiwilligkeit
- Nur in offiziellen Arbeitspausen
- Starke Einbindung des Werkstatt-Führungspersonal (Meister, Vizemeister, Vorarbeiter)

Werblich:

- Mitarbeiter-Information über Plakate und Rundschreiben
- Animation über Erkennungsmelodie, täglich wechselnde Musik und wöchentlich neue Übungsteile

Ablauf und Methodik

Das vorbeschriebene Konzept wurde insbesondere auf die Motivationsstruktur der Mitarbeiter in der Produktion ausgerichtet. Die Fitneß-Pause konkurriert in der Arbeitspause mit Aktivitäten wie Zigarettenrauchen, Kaffeetrinken, Unterhalten und muß deshalb besonders attraktiv sein. Entscheidend ist ferner, bei den Mitarbeitern anfängliche Hemmungen abzubauen und die Gymnastik zu einem integralen Bestandteil des betrieblichen Lebens werden zu lassen. Dazu war es notwendig,

- ein auf die Bedürfnisse der Mitarbeiter abgestelltes, abwechslungsreiches Übungsprogramm zu erstellen, welches ständig variiert werden kann,
- Mitarbeiter aus den eigenen Reihen zu Übungsleitern auszubilden, da persönliches Vorbild und Ansprache Hemmungen und Ängste abbauen können und
- Cassetten mit aktueller rhythmischer Musik bereitzustellen.

Bei der Auswahl der Übungen wurden insbesondere folgende Punkte berücksichtigt:

- Kompensatorische Wirkung bei den unter 1. genannten Beschwerdekompexen
- Durchführbarkeit in Arbeits-/Alltagskleidung
- Vermeidung von stärkerer Transpiration
- Für möglichst viele Teilnehmer erreichbarer Schwierigkeitsgrad, damit ein Erfolgserlebnis vermittelt werden kann.

Zeitpunkt und Ort:

- Unter Berücksichtigung des Tagesrhythmus der biologischen Leistungskurve die Zeiträume zwischen 10 und 11.30 Uhr sowie zwischen 14.30 und 15.30 Uhr
- Aus Gründen der Zeitersparnis Durchführung der Gymnastik direkt am Arbeitsplatz auf den Verkehrsflächen.
- Innerhalb einer 13minütigen unbezahlten Arbeitspause fünf Minuten Gymnastikzeit.

Die Gymnastik läuft nach folgendem Schema ab: Nach der Erkennungsmelodie kommt ein schwungvoller Musikteil mit vier Minuten Dauer zur Aktivierung des Kreislaufs, Lockerung und Beweglichmachung sowie mit Koordinations- und Kräftigungsübungen. Daran schließt sich ein langsamer einminütiger Musikteil mit Dehn- und Entspannungsübungen an.

Ergebnisse:

Von April 1990 bis April 1991 wurde eine Pilotphase initiiert. Dabei waren in zwei Werkstätten 220 Mitarbei-

ter angesprochen. Die Teilnahmequote lag zwischen 60 und 80 Prozent.

Eine Mitarbeiter-Befragung erbrachte folgende wichtige Ergebnisse: Insbesondere die älteren und untrainierten Mitarbeiter(innen) nutzten das Angebot, um ihr Bewegungsdefizit auszugleichen. Bereits nach einem halben Jahr gaben die meisten Teilnehmer an, physisch und psychisch positive Auswirkungen der Gymnastik zu verspüren. Sie fühlten sich durch die Teilnahme entspannter und besser gelaunt, Muskelverspannungen haben nachgelassen und die allgemeine Beweglichkeit war größer geworden. Insgesamt war eine deutliche Verbesserung des Betriebsklimas zu beobachten.

Vor dem Hintergrund dieser durchaus positiven Erfahrungen wurde die Projektphase ab September 1991 gestartet. Dabei werden in neun Werkstätten insgesamt rund 1800 Mitarbeiter, welche in zwei Schichten arbeiten, animiert.

Vorläufige Auswertungen haben ergeben, daß sich rund 30 % aller angesprochenen Personen an den Übungen beteiligen. Die auffällige Diskrepanz zu der Beteiligungsquote der Pilotphase dürfte in erster Linie auf folgende Sachverhalte zurückzuführen sein.

In dem rund 10 000 qm großen Hallenbereich besteht eine größere Anonymität. Das Durchschnittsalter der angesprochenen Mitarbeiter ist deutlich niedriger. Es bestehen teilweise ausgeprägte gruppenspezifische Effekte, welche überwiegend von der Akzeptanz der Übungsleiter(innen) in der Belegschaft bestimmt werden.

Aufgrund uns vorliegender Informationen ist eine Beteiligungsquote von rund einem Drittel der Gesamtbelegschaft dennoch als zufriedenstellend, wenn nicht gar als gut zu beurteilen. Eine ganze Reihe ähnlicher Projekte gibt sich unter teilweise günstigeren Rahmenbedingungen mit weitaus niedrigeren Teilnahmequoten zufrieden.

Kostenrahmen

Einmalige Kosten für die Einführung:	TDM
● Beschallungsanlage für die Verkehrsflächen (rund 10 000 qm Hallenfläche insgesamt)	12,5
● 14 Podeste	6,0
● Übungsleiter-Grundausbildung (40 Mitarbeiter, 6 Stunden, rund 40 DM/Std.)	9,6
● Infomaterial	<u>1,0</u>
	29,1
Voraussichtliche laufende Kosten pro Jahr:	TDM
● Angestellte Sportpädagogin	80,0
● Übungsleiter-Weiterbildung (40 Mitarbeiter, 12 Stunden)	19,2
● Cassetten-Musik	0,5
● Gema-Gebühren	0,5
● Infomaterial	<u>0,5</u>
	100,7

Wirtschaftlichkeit

Den vorgenannten Kosten von rund 100 TDM kann vereinfacht folgender materieller Nutzen für das Unternehmen gegenübergestellt werden.

Bei vorsichtiger Schätzung kostet ein Arbeitsunfähigkeitstag rund 300 DM/Mitarbeiter, d. h. es müßten rund 300 Tage Arbeitsunfähigkeit durch die Fitneß-Pause vermieden werden. Die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeitsdauer bei Rückenerkrankungen im Altersbereich 25 bis 60 Jahre liegt zwischen 10 und 25 Tagen. Dies bedeutet, daß Kostendeckung dann besteht, wenn durch die Fitneß-Pause 12 bis 30 derartige Erkrankungsfälle vermieden werden.

Neben diesem materiellen Nutzen sind immaterielle Vorteile erwähnenswert. Hierzu sind zu rechnen eine

verbesserte Motivation und Arbeitszufriedenheit, eine verbesserte „Corporate Fitneß“ mit Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes und Wohlbefindens der Mitarbeiter sowie schließlich auch ein verbessertes Image des Unternehmens.

Fazit

Unsere durchweg guten Resultate dürfen nicht darüber hinwegtäuschen, daß derartige Ergebnisse nur unter erheblichem zeitlichem Aufwand und starkem persönlichem Engagement zu erreichen sind. Ganz besonders wichtig ist hierbei die Integration leitender und meinungsbildender Stellen sowie die fortlaufende Motivation und auch psychosoziale Betreuung der Übungsleiter(innen).

Streßprophylaxe im Betrieb: Streß-Management-Seminare bei der Bayer AG

Einleitung

In einem Großunternehmen, das neben der arbeitsmedizinischen Vorsorge im engeren Sinne eine allgemeine Prävention für die Firmenmitarbeiter im Rahmen seiner sozialen Verantwortung aufgreift, bietet das Thema Streßprophylaxe ein bedeutendes Ansatzgebiet.

Bei der Bayer AG wurde das Thema „Streß“ bereits 1981 aufgrund der Diskussion in der Literatur und von Erfahrungen der innerbetrieblichen psychologischen Beratung von Mitarbeitern als Ziel für Präventivmaßnahmen erkannt. In der Abteilung Sozialberatung wurde in Zusammenarbeit mit der werksärztlichen Abteilung ein Programm für ein dreitägiges Streß-Management-Seminar erstellt. Es soll hier über die bisherigen Erfahrungen mit diesem Konzept berichtet werden.

Ziel und Inhalte

In einem dreitägigen Seminar wird versucht, den Teilnehmern die Streßproblematik sowohl aus medizinischer Sicht als auch unter psychologischen Aspekten nahezubringen. Im Wechsel von Vorträgen, praktischen Übungen, einschließlich sportlicher Aktivitäten, Selbstbewertungsübungen und Gruppenarbeiten wird der Gesamtkomplex unter Verwendung von entsprechenden Hilfsmitteln (Videokassetten, Hörkassetten, Teilnehmerunterlagen) aufgearbeitet.

Ziel des Seminars ist es,

- das medizinische und das psychologische Basiswissen über das Streßgeschehen und die Streßreaktion zu vermitteln (Information),
- den Teilnehmern die Möglichkeit zum Erkennen eigener Stressoren und streßbedingter Symptome zu geben (Diagnose),
- Wege zur Streßprophylaxe, zur Streßbewältigung und zum Streßabbau theoretisch aufzuzeigen und in praktischen Übungen zu vermitteln (Bewältigung).

Die Seminarinhalte gliedern sich in 10 Bausteine:

- Bausteine 1–3 vermitteln den Teilnehmern die notwendige Theorie, wie z. B. das zugrunde liegende Streßmodell, den physiologischen Ablauf einer Streßreaktion, das Typ-A-Verhalten, psychosomatische Zusammenhänge und anderes.
- Baustein 4 ist der Analyse der individuellen Stressoren gewidmet.

- Die Bausteine 5–10 beinhalten die Gegenmaßnahmen gegen Streß, wie z. B. Sport-Bewegungsprogramme, Entspannungs- und Meditationsübungen, kognitive Umstrukturierung und Problemlösungen, Streßausgleich durch Befriedigung der Ich-Bedürfnisse sowie konkrete individuell erarbeitete und schriftlich festgehaltene Anti-Streß-Strategien, die sich die Teilnehmer als „gute Vorsätze“ mit nach Hause nehmen. 2 Hörkassetten werden den Teilnehmern als Hilfsmittel mitgegeben (Entspannungstraining, meditative Gymnastik, sportliche Intensivgymnastik und Wortmeditationsübungen).

Die Seminare werden von einer Psychologin und einem Arzt gemeinsam durchgeführt. Alle Seminarteilnehmer unterziehen sich vorab einer ärztlichen Untersuchung mit Überprüfung der Lungenfunktion, der Herz-Kreislauf-Funktion und der laborchemisch faßbaren Risikofaktoren.

Zielgruppe der Seminare waren bisher leitende Mitarbeiter des mittleren und oberen Managements. Von 1982 bis 1991 wurden bisher 41 Seminare mit insgesamt 657 Teilnehmern mit sehr positivem Echo durchgeführt.

Einige grundsätzliche Überlegungen zum Thema „Streß“

Die Diskussion über Streß hat inzwischen auch Eingang gefunden in Publikationen für Management und Personalwesen. In Japan schießen Institute, die Anti-Streß-Training anbieten, aus dem Boden. In den Vereinigten Staaten ist die Diskussion über die Haftung des Unternehmens für Gesundheitsstörungen, verursacht durch Streß am Arbeitsplatz, voll im Gang. So wird in Kalifornien ein durch Streß am Arbeitsplatz ausgelöster Herzinfarkt teilweise bereits als berufsbedingt entschädigt.

Auch wenn wir nicht wieder zu unserem Ausgangspunkt als Jäger und Sammler, also in die Steinzeit zurückkehren können und wollen, sollte man sich fragen, ob der einzelne dieser Situation so unabänderlich und hilflos ausgeliefert ist. Denn wir können den Streß nicht vollständig vermeiden, wir müssen vielmehr umdenken und lernen, richtig mit ihm umzugehen, ihn zu bewältigen, ehe er uns überwältigt und krank macht. Streß kann krank machen: Einer Umfrage des Instituts für Demoskopie in Allensbach zufolge klagt fast ein Drittel der leitenden Mitarbeiter und Beamten in der Bundesrepublik über Kreislauf- und Durchblu-

tungsstörungen, ein Fünftel über Magen- und Darmbeschwerden, jeder sechste hat Probleme „mit dem Herzen“.

Das Wort „Streß“ stammt aus dem Englischen und bedeutet soviel wie Anspannung oder Belastung. Der Begriff wird sehr weit gebraucht. Hans Selye, der Vater der Streßforschung, unterschied die positiven, für das Leben notwendigen Reize und Anforderungen (den sogenannten Eu-Streß) von den schädlichen, den Menschen überlastenden Anforderungen (dem sogenannten Dys-Streß). In der Umgangssprache wird unter Streß im allgemeinen nur das Zuviel an Belastung und Anforderungen verstanden. Nach Lazarus, einem führenden amerikanischen Streßforscher, ist Streß die Wahrnehmung einer Bedrohung, hervorgerufen durch sogenannte Stressoren. Die Wahrnehmung dieser Streßreize ist subjektiv, das heißt, sowohl die Beurteilung der Streßsituation wie auch die Reaktion darauf ist individuell verschieden. Jugendliche beurteilen einen Besuch in einer lautstarken Diskothek als Eu-Streß, für Ältere bedeutet er ausgesprochenen Dys-Streß. Die Beurteilung einer Situation ist abhängig von der momentanen seelischen und körperlichen Verfassung des Menschen, seiner persönlichen Erfahrung und Abhärtung im Umgang mit Belastungen. Ausgelöst durch Stressoren, läuft in der Streßsituation ein körperlicher Vorgang ab, der über das vegetative Nervensystem gesteuert wird: Über Streßhormone werden Energiereserven bereitgestellt und mobilisiert, um die Situation zu bewältigen. Die gesamte Biomechanik und Physiologie des Menschen ist auf Bewegung aufgebaut. Auf bedrohliche Situationen regierte der Mensch früher mit einer Bewegungsaktion, nämlich Kampf oder Flucht. Unter den heutigen Stressoren, die uns belasten, sind vor allen Dingen Zeitdruck, Hetze, Lärm, Frustrationen, Existenz- und Versagensängste zu nennen.

Aber was machen wir modernen, sitzenden und bewegungsarmen Menschen in der jeweiligen Streßsituation, um die im Körper mobilisierten Energien abzureagieren? Wir können uns gegenseitig höchstens lautstark bei Auseinandersetzungen die Meinung sagen oder eine Faust in der Tasche ballen; körperliche Auseinandersetzungen können wir uns weder privat und schon gar nicht am Arbeitsplatz leisten. Die durch Streßhormone ausgelösten körperlichen Reaktionen wie Mobilisierung von Energiereserven, Erhöhung des Blutdrucks, Beschleunigung der Atmung münden nicht in die adäquate körperliche Bewegung ein. Unter Dauerstreß führt dies zu einer ständigen Überlastung und Überbeanspruchung der Organe, was von leichten vegetativen Störungen bis hin zu Magengeschwüren und Herzinfarkt führen kann. Die damit einhergehenden seelischen Spannungszustände äußern sich in Symptomen wie Nervosität, Gereiztheit, Schlafstörungen oder gar depressiven Verstimmungen. Unangemessene Anti-Streß-Strate-

gien wie erhöhter Alkoholgenuß, Beruhigungsmittel, übermäßiges Essen oder die Beruhigungszigarette bringen nur kurzfristige Erleichterung, erhöhen aber auf Dauer das Krankheitsrisiko.

Der erste Schritt einer adäquaten Streßbewältigung muß bei der Analyse der individuellen Streßfaktoren beginnen:

Wer seine Stressoren genau kennt, kann sie entschärfen. Hier helfen Fragen wie: Kann ich nicht einige meiner Stressoren abbauen? Kann ich einige der Pflichteinladungen ablehnen oder den Stressor Zeitdruck vermindern? Das Trennen des Wichtigen vom Unwichtigen, das Setzen von Prioritäten hilft, die Häufung von Stressoren zu vermeiden. Viele Menschen tun sich auch schwer, an sie herangetragene Forderungen abzulehnen; sie lassen sich immer noch mehr aufbürden. Hier muß das Neinsagen systematisch geübt werden, wenn die Überlastung zu groß wird – nach dem Motto: Weniger ist mehr. Einige Stressoren sind auch „hausgemacht“ und können bei der Analyse als entbehrlich oder wenigstens veränderbar identifiziert werden, wie die Übernahme von zahlreichen Ehrenämtern oder eine zu hoch gestellte Leistungsanforderung oder Erwartung an sich selbst. Oft sind wir erstaunt, daß der tatsächliche Entscheidungs- und Handlungsspielraum in der Realität größer ist, als wir vermuten, wenn wir nur den Mut haben, ihn in Anspruch zu nehmen.

Der zweite Schritt zur adäquaten Streßbewältigung muß bei der individuellen Reaktion auf Streßfaktoren ansetzen. Fragen regen zur Selbstreflexion: Warum rege ich mich über diese oder jene Situation so auf? Ist mein Verhalten wirklich angemessen? Methoden wie Atem- und Entspannungstraining helfen, mehr Ruhe und Gelassenheit zu entwickeln. Positive Vorsatzformeln wie „Ich schaffe es schon“ geben Zuversicht. Innere und äußere Ablenkung vom Stressor helfen, das innere Gleichgewicht schneller wiederzufinden. Das Festbeißen an Problemen entmutigt und verstellt den Blick für sinnvolle Lösungen. Ein Gespräch mit dem Ehepartner oder einem guten Freund kann helfen, innerlich wieder Distanz zu den Dingen zu gewinnen.

Der dritte Schritt der Streßbewältigung soll Methoden beinhalten, die die schädlichen Folgen von übermäßiger Streßeinwirkung vermeiden helfen. Dazu gehört an erster Stelle ein moderates, nicht leistungsorientiertes Bewegungs- und Ausdauertraining. Ein gemächlicher Dauerlauf am Ende eines stressigen Tages verbraucht die angestauten Energien, entspannt und lenkt von den Geschehnissen des Tages ab. Je nach Rat des Hausarztes kann der Schwerpunkt auch auf andere Ausdauersportarten wie Schwimmen, Radfahren, Tanzen, Rudern gelegt werden.

Die Ausübung eines befriedigenden Hobbys als Eustress bildet einen wirksamen Gegenpol zum negativen Stressgeschehen. Harmonische mitmenschliche Beziehungen legen sich wie ein schützende Panzer über uns und sorgen für das notwendige innerseelische Gleichgewicht. Eine intakte Partnerbeziehung puffert manchen Stress von außen ab und wirkt wie eine Burg, in die wir uns wohlgeschützt zurückziehen und neue Kraft tanken können für den beruflichen Alltag. In den Arbeitstag eingestreute mehrmalige Kurzpausen von drei bis sechs Minuten bewirken einen größeren Erholungseffekt als eine größere zusammenhängende Pause. Bewegung am Arbeitsplatz wie Kniebeugen, Atemgymnastik, Treppensteigen baut

schon untertags einen Teil der mobilisierten Stressenergien ab. Mehrmaliges tiefes Luftholen, verbunden mit langsamen Ausatmen, vermittelt Ruhe und fördert die Konzentrationsfähigkeit. Innerhalb eines ganzheitlichen Gesundheitsbegriffes wächst die Erkenntnis, daß körperliche, seelische und soziale Fakten bei der Stressbewältigung bzw. der Erhaltung von Gesundheit und Wohlbefinden eine entscheidende Rolle spielen. Zu einem erheblichen Teil kann jeder von uns erfolgreich das Stressgeschehen „in den Griff“ bekommen. Bei massiven Beeinträchtigungen des körperlichen Wohlbefindens oder des seelischen Gleichgewichts empfiehlt es sich jedoch, den Rat und die Hilfe eines Mediziners oder eines Psychologen einzuholen.

MATTHIAS MEINERT

motio gmbh Köln, Institut für ganzheitliche Bewegungs- und Gesundheitsprogramme

Bewegung und Entspannung am Arbeitsplatz – Das WAGUS®-Arbeitsplatzprogramm

Einrichtung von SBK-WAGUS®-Gesundheitsförderungsmaßnahmen

Die motio gmbh, Institut für ganzheitliche Bewegungs- und Gesundheitsprogramme, führt seit 1990 WAGUS®-Gesundheitsförderungsprogramme für die Siemens-Betriebskrankenkasse (SBK) durch. Durch die WAGUS®-Programme soll den SBK-Versicherten und den Betriebsangehörigen der Trägerunternehmen ein breites Spektrum an Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge angeboten werden. Die WAGUS®-Angebote umfassen laufende Kurse, Seminare, Vorträge, Präsentations- bzw. Informationsveranstaltungen sowie die Verbreitung von Informationsmaterialien.

Die WAGUS®-Programme sind ganzheitlich angelegt, d. h. sie integrieren körperliche, psychosomatische und psychische Komponenten. Grundelemente aller WAGUS®-Angebote sind: eine positive Motivation, Gruppenerlebnisse, Aktivierung und Entspannung sowie die Vermittlung von Informationen zur gesundheitlichen Aufklärung mit dem Ziel der unmittelbaren Anwendbarkeit im Alltag und am Arbeitsplatz.

Das WAGUS®-Arbeitsplatzprogramm (APP)

1. Grundsätze

- Das APP ist ein Lernprogramm, d. h. der Teilnehmer erlernt bewußt, durch Wiederholungen und in Eigenverantwortung das gesundheitliche Verhalten am Arbeitsplatz.
- Das Arbeitsplatzprogramm ist zeitlich begrenzt und wird von einem WAGUS®-Präventionsreferenten geleitet. Im letzten Teil des Programmes zieht dieser sich zurück und die Teilnehmer führen die Übungen selbständig durch.
- Es berücksichtigt die individuellen Bedingungen des Teilnehmers und des Arbeitsplatzes.
- Es läßt sich sowohl an Gruppenarbeitsplätzen als auch an Einzelarbeitsplätzen durchführen.
- Es kann sich sowohl an Mitarbeiter mit vorwiegend sitzender oder stehender Tätigkeit, als auch an solche mit berufsbedingten einseitigen Belastungen wenden.

2. Zielsetzung

Durch das Arbeitsplatzprogramm wird angestrebt:

- die Monotonie des Arbeitsablaufs sowie die einsei-

tigen Belastungen am Arbeitsplatz zu unterbrechen, um eine regenerative Wirkung zu erzielen;

- das Bedürfnis nach kleinen, aktiven Bewegungspausen entstehen zu lassen;
- die Teilnehmer über die gesundheitlichen Gefahren falscher Verhaltensweisen am Arbeitsplatz aufzuklären und Alternativen aufzuzeigen (Inhalte: Sitzen, Stehen, Heben von Lasten);
- den Teilnehmern Übungen zur Kräftigung jener Muskulatur zu zeigen, die für eine gesunde Haltung am Arbeitsplatz notwendig ist und so Fehlhaltungen und Verspannungen vorzubeugen oder sie zu lindern;
- körperlichen Beschwerden entgegenzuwirken, die durch Belastungen am Arbeitsplatz entstehen können, bevor sie sich verfestigt haben und zu Krankheitsausfällen führen. Dadurch werden gleichzeitig die Identifikation der Mitarbeiter mit dem Unternehmen verbessert, die sozialen Kontakte gefördert und ein Beitrag zum positiven Arbeitsklima geleistet.

3. Aufbau und Inhalte des Arbeitsplatzprogramms

(Siehe Abb. auf der nächsten Seite.)

Beispiel für ein WAGUS®-Arbeitsplatzprogramm

Die motio gmbh Köln führt im Rahmen der SBK-WAGUS®-Gesundheitsförderungsmaßnahmen seit 1991 in der Firma Radium Lampenwerk GmbH Wipperfürth, einem SBK-Trägerunternehmen mit ca. 800 Mitarbeitern, WAGUS®-Arbeitsplatzprogramme durch. Das erste Programm (Pilotphase) wurde im November 1991 abgeschlossen.

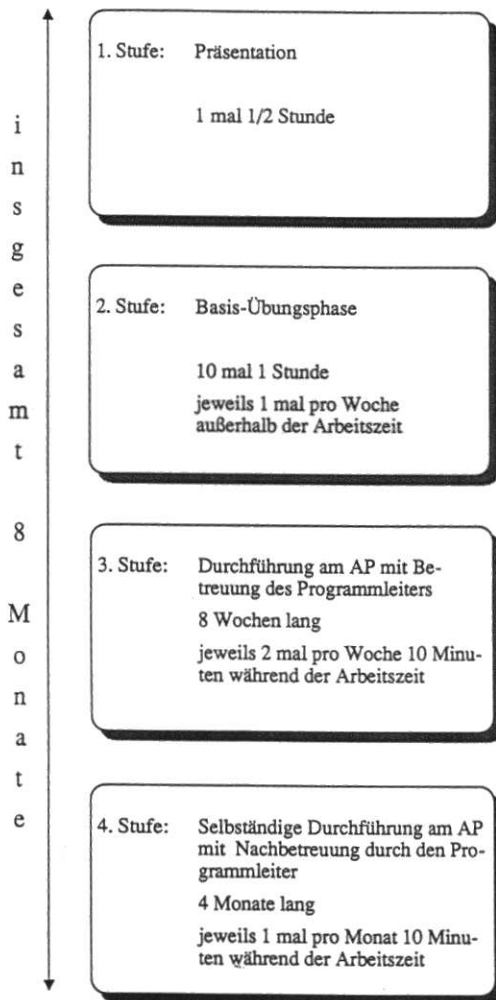
Zielgruppe: 27 SchichtarbeiterInnen (überwiegend angeleitete Beschäftigte)

Dauer des APP: Mai bis November 1991

Tätigkeitsbericht der TN: Montage von Einzelteilen in der Quarzlampeherstellung, überwiegend sitzende Tätigkeit, Akkordarbeit

Beschwerdebilder: Verspannungen im Schulter-Nackengebiet, Probleme im Bereich der Lendenwirbelsäule

Aufbau des APP



Welche Inhalte enthält das APP?

Informationen über

- Folgen falschen Verhaltens am Arbeitsplatz (Sitzen, Stehen, Heben von Lasten)
- Möglichkeiten richtigen Verhaltens

Erlernen von Übungen zur

- Lockerung und Dehnung besonders beanspruchter Gliedmaßen
- Kräftigung der entsprechenden Muskulatur
- Aktivierung des Herz-Kreislaufsystems
- Entspannung und Regeneration

Übertragung auf den Arbeitsplatz

Beispiel einer Übungseinheit (10 Min.)

Zeit	Inhalt
1 Min.	1. Begrüßung, Erfahrungsaustausch
3 Min.	2. Aktivieren, Lockern - die Schultern kreisen, hochziehen und fallenlassen - den Kopf von der rechten zur linken Schulter neigen
4 Min.	3. Kräftigen - Grundspannung im Stehen, dabei die Handballen in Brusthöhe zusammenpressen - Grundspannung im Sitzen, gleiche Übung wie oben - Lockern
2 Min.	4. Theorie - Tips zum rückengerechten Sitzen am Arbeitsplatz

Entspannung. Die Übungen wurden in einem Nebenraum der Werkshalle durchgeführt.

Programmablauf

1. Die **Präsentation** des Programms erfolgte nach einer Arbeitsplatzbegehung (mit Einzelgesprächen) durch die WAGUS-Präventionsreferentin. Die gesamte Abteilung erklärte sich bereit, an dem Gesundheitsförderungsprogramm teilzunehmen.

2. Die **Basis – Übungsphase** (10 Wochen jeweils 60 Min. im Anschluß an die Schicht) wurde in zwei Gruppen in einem dafür von der Firma Radium hergerichteten ca. 150 qm großen Gymnastikraum durchgeführt. Der Schwerpunkt lag auf der theoretischen und praktischen Erarbeitung rückenschonenden Verhaltens, vor allem nach „dynamischen Sitzen“. Darüber hinaus wurden einfache Entspannungstechniken eingeübt sowie anatomische und ergonomische Grundkenntnisse vermittelt.

3. Die **Durchführung der Bewegungspausen** am Arbeitsplatz erfolgte acht Wochen lang, zweimal wöchentlich jeweils 10 Minuten in Kleingruppen während der Arbeitszeit. Es wurden gezielte funktionelle gymnastische Übungen zur Dehnung der belasteten Muskelpartien durchgeführt, sowie Atemübungen zur

4. Nach den acht Wochen wurden die TeilnehmerInnen durch die WAGUS-Sportlehrerin nur noch unregelmäßig angeleitet. (**Nachbetreuung/Supervision**).

Beurteilung des Projektes

Das WAGUS®-Arbeitsplatzprogramm wurde von allen Beteiligten (TeilnehmerInnen, WAGUS-Sportlehrerin, Firmenleitung, Siemens-Betriebskrankenkasse) als Erfolg angesehen. Zum Abschluß des Programms übten von anfänglich 27 TeilnehmerInnen, 14 regelmäßig, zwei ab und zu, sechs nicht mehr. Fünf TeilnehmerInnen wurden im Laufe des Programms in andere Abteilungen versetzt.

Die Hälfte der TeilnehmerInnen meldeten sich nach Abschluß des Arbeitsplatzprogramms zu anderen SBK-WAGUS-Gesundheitsförderungskursen an (Herz-Kreislauf-Prävention, Rückenschule, Entspannungstraining). Dies ist insofern als Erfolg zu bewerten, da alle TeilnehmerInnen in den zurückliegenden Jahren keine Sport- oder Bewegungskurse bei Vereinen o. ä. wahrgenommen haben. Im Dezember 1991 wurde ein weiteres Arbeitsplatzprogramm mit einer anderen Abteilung begonnen.

DETLEF SCHWARZE

Preussag AG, Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz

Suchtgefahren – Grundsätze und praktische Beispiele

Grundsätze

1. Die Gründe für das Handeln der Betriebe sind humanitäre, soziale, rechtliche, sicherheitliche (z. B. Betriebsgefährdung durch Nichtbeachtung des Rauchverbots in einem Tanklager) und wirtschaftliche (z. B. Tankerunglück Exxon Valdez – Gesamtschaden ca. 60 Mrd.).
2. Gesundheitsförderung bedarf bei der betrieblichen Umsetzung der Akzeptanz des Betriebes von „innen“. Eine gute Plattform bietet der Arbeitsschutz-Ausschuß.
3. Das Thema „Suchtgefahren“ berührt in allen Phasen wie Prävention und Hilfsangebote die Bereiche der „Arbeitssicherheit“ und der „Gesundheitsförderung“.
4. Ansatz für die Betriebe:
Berücksichtigung im Rahmen des Qualitätsmanagements: Qualität, Zeit, Kosten; Betrachtung von Arbeitssicherheit, Gesundheits- und Umweltschutz inkl. Gesundheitsförderung.
5. Konzern-Zielsetzung:
Schutz und Förderung der Gesundheit seiner Mitarbeiter; Gewährleistung der Sicherheit des Betriebes, seiner Produkte und Dienstleistungen; Schutz der Umwelt und Wirtschaftlichkeit.
6. Umsetzung:
Analyse von Vorschriften, Unfallereignissen und Betriebszuständen; Beratungen auf allen Ebenen in den Betrieben und im Konzern-Arbeitsschutz-Ausschuß mit der Empfehlung, „Arbeitssicherheit und Suchtgefahren“ als Schwerpunkt in der Jahresplanung Arbeitssicherheit zu berücksichtigen; Betriebe wurden dadurch verpflichtet, das Thema mit „maßgeschneiderten“ Aktionen umzusetzen. Nach Jahresablauf erfolgte Berichterstattung im Jahresbericht.

„Suchtgefahren“-Aktion in einer Hauptverwaltung:

Gesundheitswoche der Howaldtswerke – Deutsche Werft AG

Der Suchtmittelmißbrauch von Alkohol und Medikamenten, insbesondere der sog. Psychopharmaka, hat drastisch zugenommen. Noch beängstigender sieht es beim Drogenkonsum aus, wo eine Eindämmung noch nicht abzusehen ist. Wenn man sich vorstellt, daß heute versucht wird, bereits Schulkinder drogenabhängig und damit evtl. zu willenlosen Kriminellen zu

machen, dann wird das Ausmaß der Herausforderung für unsere gesamte Gesellschaft deutlich. Wir alle müssen mit Entschlossenheit jede Gelegenheit nutzen, durch Aufklärung die Ursachen und die Wirkungen der verschiedenen Suchtgefahren zu verdeutlichen und Präventionsmöglichkeiten anzubieten. Das bedeutet für den Betrieb natürlich auch, Mitarbeitern, die durch Alkohol, Medikamente oder Drogen suchtabhängig oder -gefährdet sind, Hilfe anzubieten.

Zielsetzung für den Betrieb

- Information und Aufklärung über Ursachen, Wirkungen und Vorbeugungsmöglichkeiten bei Suchtgefahren
- Anbieten konkreter Hilfen für Suchtabhängige oder -gefährdete.

Umsetzung

Von dieser Zielsetzung ausgehend, wurde im Arbeitsschutzausschuß des Hauses festgelegt, das Thema „Alkohol“ schwerpunktmäßig zu behandeln. Die konkrete Ausgestaltung übernahm der Arbeitskreis Suchtgefahren mit Betriebsleitung, Betriebsrat, Fachkraft für Arbeitssicherheit, Betriebsarzt und Personalabteilung. Die Mitglieder klärten in offener und wirklich vertrauensvoller Zusammenarbeit den Umfang an Maßnahmen einschließlich der persönlichen Hilfe ab und sondierten, **wer** bei dieser Umsetzung **was** zu tun hat.

Hausinterne Maßnahmen

- Einbeziehung des Themas in die Sprechstunden des Betriebsarztes.
- Verteilen von Broschüren an alle Mitarbeiter im Rahmen einer zweiwöchigen Informationsveranstaltung.
- Informationen per Hausmitteilung und Werkzeitschrift.
- Vertrauliche Gespräche mit Gefährdeten, insbesondere Hilfsangebote innerhalb und außerhalb des Betriebes.
- Erarbeitung und einvernehmliche Verabschiedung einer Richtlinie über Hintergründe der Suchtgefahren und Verhaltensweisen speziell für Vorgesetzte. Nach dieser Richtlinie finden Vorgesetztenschulungen statt.

- Plakatausstellung

Die Idee war, Plakate von Firmen und Verbänden in einer Ausstellung den Mitarbeitern im Eingangsbereich des Hauses zu präsentieren, um so für eine optische Aufmerksamkeit zu sorgen. Diese Idee zeigte positive Wirkung und wurde vertieft durch einen Aufruf an die Mitarbeiter, das aussagefähigste Plakat auszuwählen.

- Alkohol und Gesundheit

Bekanntlich führt Alkohol je nach Art, Dauer und Menge zu Gesundheitsschäden bei Konsumenten. Dazu gehört auch, daß Alkohol unser Verhalten und insbesondere das Reaktionsvermögen beeinträchtigt. Eindrucksvoll läßt sich dieses mit einem Pkw-Fahrsimulator demonstrieren.

Und so lud – mit freundlicher Unterstützung der Bergbau-BG – ein Fahrsimulator über eine Woche die Mitarbeiter zu einer Fahrt in simulierter Fahruntüchtigkeit ein. Diese „Fahrten“ mit Zusammenstoß, Baumrasuren am Pkw-Bildschirm-Cockpit haben viele Autofahrer sicher zu einer geänderten Einstellung bewegt.

Der Arbeitskreis diskutierte natürlich auch darüber, wie man i. S. der Prävention auf das Trinkverhalten hin zu alkoholfreiem Genuß einwirken kann. Und hier leistete die AOK wirkungsvolle Unterstützung. Für eine Woche richtete sie eine Gesundheitstheke mit Stehtischen ein. Während der Mittagszeit servierten AOK-Beraterinnen kostenlos alkoholfreie Cocktails, gaben fachkundig auch zu Themen wie der Ernährung Auskunft. Die positive Resonanz dieser Aktion führte dazu, daß im Herbst in Verbindung mit der AOK im Hause eine Ernährungsberatung stattfand.

Einleitend war von gesellschaftlicher Herausforderung bezüglich der Suchtgefährdung gesprochen worden: Alle Verantwortlichen unserer Verwaltung haben sich ihr gestellt mit einem Programm, das neue Elemente der Information und Motivation enthält und von den Mitarbeitern bisher positiv aufgenommen wurde.

Unter dem Motto „Gesund in die Zukunft“ veranstaltete die Howaldtswerke – Deutsche Werft AG zusammen mit der AOK Kiel ein Pilotprojekt für die rund 5000 Mitarbeiter der Werft. Die HDW-AOK-Aktion war eine Premiere, zumindest in Norddeutschland.

Zum erstenmal haben sich hier ein Industrieunternehmen und der Träger der gesetzlichen Krankenversicherung mit einem breiten Gesundheits- und Vorsorgeprogramm an die Mitarbeiter und ihre Angehörigen gewandt. So hatten die HDWler Gelegenheit, sich mit Kind und Kegel eine Woche lang ausführlich über Themen rund um die Gesundheit zu informieren.

HDW-Personalchef Karl Gabler nannte dem „Preussag-Journal“ handfeste Gründe für die Gesundheitswoche: „Wir wissen, daß die medizinische Versorgung in Deutschland technisch auf dem modernsten Stand

ist. Aber trotzdem gehen die Krankenzahlen nicht weiter zurück. Deshalb müssen wir bei der Vorbeugung ansetzen. Das ist ohnehin besser als Heilen. Und hier haben wir zusammen mit der AOK unseren Mitarbeitern ein Angebot gemacht, die umfangreichen Vorsorgeprogramme der AOK kennenzulernen und zu nutzen. Und wir wollen ihnen zeigen, was sie alles selbst tun können, um gesund zu bleiben.“

Ein sechstägiges Programm bot ein breites Spektrum der verschiedenartigsten Aktionen. Im Gesundheitszelt vor dem Hauptverwaltungsgebäude konnten die Besucher ihre Kräfte erproben, ihre Augen prüfen und sich über die Schadstoffe informieren lassen, die Raucher beim Inhalieren in sich aufnehmen. Weiter informierte eine Reihe von Broschüren über alle Aspekte der Vorbeugung. Daneben bot der Betriebsarzt täglich Untersuchungen von Blutdruck, Blutzucker und Cholesterin an. Rund zehn Prozent der Belegschaft machten davon Gebrauch.

Auch die Kantine zog mit: Gesundheitsbewußte Ernährung – Vollwertkost – hatte der Küchenchef jeden Tag auf dem Programm. Die Rezepte zum Nachkochen zu Hause gab es gleich dazu. Denn was gesund ist, kann auch gut schmecken.

Neben diesen Angeboten bestand die Möglichkeit, an einer ganzen Reihe von Informations-„Schnupper“-Kursen teilzunehmen. Da gab es Nichtraucher-, Anti-Streß- und Wirbelsäulen-Gymnastik-Veranstaltungen. Und: Jeden Nachmittag nach Dienstschluß hatten Interessierte die Gelegenheit, einen Vortrag über bestimmte Gesundheitsprobleme zu hören. Die Veranstaltungsreihe gipfelte in einer Podiumsdiskussion über Suchtprobleme, bei der neben dem Personalchef und dem Betriebsratsvorsitzendem auch die Drogenbeauftragte der Schleswig-Holsteinischen Landesregierung und weitere namhafte Fachleute teilnahmen.

„Sag's mit Schmus“ ist eine alte Werbeweisheit. Nicht der erhobene Zeigefinger, sondern Information mit Kurzweil war bei HDW angesagt. So bliesen bei der Eröffnung mit sonntäglichem Kaiserwetter die „Diexieland Old Stars“ aus vollen Backen. Volle Backen hatten auch viele Besucher. Denn der Erlös für die Erbsensuppe aus der Gulaschkanone war für den „Verein zur Förderung krebskranker Kinder“ bestimmt. Mit rund 1200 Mark in der Kasse gehörte er zu den Gewinnern der Veranstaltung. Gewonnen hatte auch der HDWler Claus Peters im Gesundheitsquiz. Den Hauptpreis, ein Super-Damenfahrrad, schenkte er seiner Frau.

Fazit der Veranstalter, die sich mit Riesenengagement in die Vorbereitungen der Gesundheitswoche gestürzt hatten: Die Beteiligung hätte besser sein können, besonders bei den Vortragsveranstaltungen. Aber gelohnt hat sich die Aktion doch. Immerhin hatte HDW mit der Aktion Neuland betreten. Und die Erfahrungen waren ermutigend. Die Arbeit wird Früchte tragen.

HANS GÜNTER ABT
AOK-Landesverband Hessen

Programm zur Haltungs- und Bewegungsschulung in einem Mittelbetrieb

Ziele

In einem hessischen Mittelbetrieb der Metallbranche wird gemeinsam vom Unternehmen, der dort zuständigen AOK und dem AOK-Landesverband ein Modellprojekt zur betrieblichen Gesundheitsförderung durchgeführt. Gegenwärtig liegt der Schwerpunkt auf einem Programm, das gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Bewegungsapparates vorbeugen soll. Die Entscheidung dafür wurde von einer eigens eingerichteten „Planungsgruppe“ auf der Basis der Auswertung von Arbeitsunfähigkeits-Daten der AOK und einer Betriebsbegehung durch einen Mitarbeiter der Bundesanstalt für Arbeitsschutz getroffen. Das Programm begann in einer Abteilung mit vielen Frauen an Einzelakkord-Arbeitsplätzen.

Bewegungsabläufe und Arbeitshaltungen sind in der Regel stark von den Arbeitsanforderungen geprägt, werden aber auch von den Beschäftigten in erheblichem Maße mitbeeinflusst. Deshalb wurden sowohl Überlegungen angestellt, ob und wie kurzfristig durch Arbeitsplatzveränderungen Belastungen verringert und Bewegungsspielräume erweitert werden könnten, als auch Maßnahmen erörtert, durch welche die Mitarbeiter selbst angesprochen werden sollten.

Organisation

Es wurde ein zweigleisiges Vorgehen gewählt. In der gesamten Abteilung, in der überwiegend im Sitzen gearbeitet wird, wurden die unflexiblen Sitzhocker durch anpassungsfähige Produktionsstühle ersetzt. Ein Qualitätszirkel hatte dazu Empfehlungen ausgearbeitet. Dadurch konnten Zwangshaltungen verringert werden. Parallel dazu wurde den Mitarbeiterinnen der Abteilung eine vom Unternehmen und der AOK gemeinsam getragene Schulung durch eine erfahrene Krankengymnastin angeboten. Diese beinhaltete insbesondere das Training der eigenen Körperwahrnehmung, Bewegungsübungen zur Kompensation der einseitigen Belastungen und zur Stärkung der Rückenmuskulatur und die Gestaltung der Arbeitsplatzsi-

tuation. Nur 2 ausländische Mitarbeiterinnen lehnten die Teilnahme ab. Die organisatorischen Aufgaben im Unternehmen erledigte ein Mitarbeiter der Personalabteilung. Die AOK gewann eine frei praktizierende Krankengymnastin mit einschlägigen Vorerfahrungen für die Durchführung der Schulung. Deren Honorar sowie die Kosten für die Kursmaterialien wurden von der AOK getragen. Wegen des 2-Schichten-Rhythmus der Beschäftigten lag die Kursdurchführung am frühen Nachmittag teilweise innerhalb, teilweise außerhalb der Arbeitszeit. Die Kurszeit wurde den Teilnehmerinnen daher wie Arbeitszeit angerechnet und entsprechend dem Stundenlohn vom Unternehmen vergütet. Dadurch wurde die Motivation zur Teilnahme auf einem hohen Niveau gehalten.

Ergebnisse

Die Erfahrungen mit dieser Aktion sind in zweierlei Hinsicht erfolgversprechend. Erstens berichteten die an der Schulung teilnehmenden Frauen, daß infolge der empfohlenen Bewegungsübungen viele bereits vorhandene Beschwerden verschwunden oder zumindest reduziert wurden. Zweitens nehmen die Frauen an ihrem Arbeitsplatz die räumliche Anordnung mit mehr Kompetenz vor und äußern sich auch eher im Hinblick auf noch vorhandene Mängel, die oft mit der nicht ausgereiften Konstruktion der Maschinen zusammenhängen.

Das Programm stieß bei den Männern im gewerblichen Bereich auf mehr Skepsis. Deren distanzierte Einstellung wurde durch wiederholte unernsthafte Bemerkungen deutlich. Deshalb war es angezeigt, das Image des Programms bei den Männern zu verbessern. Dazu wurde eine Gruppe aus verschiedenen Abteilungen zusammengestellt, die in Kürze starten wird. Es wurde darauf geachtet, daß eher aufgeschlossene und anerkannte Mitarbeiter teilnehmen. Mit Hilfe der Rückmeldungen aus dieser Gruppe soll die Überzeugungsarbeit in der Belegschaft weitergeführt werden, damit dieses Programm zu einem festen Bestandteil der Gesundheitsförderung im Unternehmen wird.

DIETER BERCKER

bbz, Zentrum für Abhängigkeitsprobleme

Ein externes Modell des Zentrums für Abhängigkeitsprobleme (bbz) für mittlere und kleinere Betriebe

In zunehmendem Maße installieren Großbetriebe Suchthilfeprogramme in ihren Betrieben. Das geschieht nicht zuletzt aus der Überlegung heraus, daß prophylaktische und präventive Maßnahmen letztendlich wesentlich kostengünstiger sind als eine späte, oft allzu späte Intervention.

Den Krankenstand bei einem Betrieb mit 1000 Beschäftigten um 1% im Jahr zu senken, bedeutet eine Kostensenkung um ca. 500 000 DM. Bei 5 bis 7% behandlungsbedürftiger Suchtkranker in einem Unternehmen, bei dem jeder für sich im Schnitt nur 75% seiner Leistung erbringt, sehen die meisten Großbetriebe durchaus die ökonomische Notwendigkeit solcher Suchthilfeprogramme.

Mittlere und kleinere Betriebe stehen in einem viel größeren Maße vor der Notwendigkeit, sich um das Problem der Suchterkrankung am Arbeitsplatz zu kümmern. Aber hier gibt es viele Gründe, trotz aller ökonomischer Überlegungen, das Problem weiter zu tabuisieren.

Zunächst können sich solche Betriebe natürlich aus wirtschaftlichen Gründen heraus kein eigenes innerbetriebliches Suchthilfeprogramm erlauben. Aber in vielen dieser Betriebe wird dieses Thema nicht nur tabuisiert, sondern es gehört mit zu den bestgehüteten Betriebsgeheimnissen. Das liegt sehr oft an der persönlichen Einstellung der Geschäftsleitung zum Alkohol – der Inhaber ist häufig auch Geschäftsführer –, aber häufig auch an der falsch verstandenen Imagepflege solcher Unternehmen. Man denke dabei z. B. an Banken, die glauben, ihre Kundschaft könnte die Bank wechseln, wenn bekannt würde, daß Alkoholiker in der Bank beschäftigt und ihr Geld verwalten würden. Und alleine bei der Einführung von Suchthilfeprogrammen könnten ja auch schon solche Rückschlüsse eventuell gezogen werden.

Um das Thema „Alkohol am Arbeitsplatz“ in diesen Betrieben zu enttabuisieren, wurde das bbz 1984 im Raume Koblenz auf privatwirtschaftlicher Basis gegründet. Grundüberlegung war, ein komplettes und qualifiziertes Interventionsprogramm einzurichten und einen Pool zu bilden, aus dem die einzelnen Betriebe wie nach einem Baukastenprinzip einzelne Bausteine bis hin zur kompletten Interventionskette in Anspruch nehmen können.

Die Lösung des Problems wird ausgelagert, aber auf eine enge Betriebsbezogenheit Wert gelegt. Dadurch ist ein Höchstmaß an Anonymität gewährlei-

stet, deren Garantie wiederum für frühzeitige Interventionen unabdingbar ist. Der Betrieb selbst braucht sich nicht um die „Behandlung“ zu kümmern, sondern kann nach Erkennen des Problems sofort den Fall an den externen Partner weitergeben.

Die zur Früherkennung und zur Einleitung der ambulanten Rehabilitation erforderlichen Kenntnisse bekommen die Mitarbeiter und betrieblichen Vorgesetzten in Schulungen und Vorgesetztentrainings vermittelt. Diese intensiven Schulungsmaßnahmen ermöglichen, daß der Betroffene in einem sehr frühen Stadium seiner Erkrankung erreicht wird und durch die Anonymitätsgarantie auch sehr häufig in diesem Stadium seiner Erkrankung auch schon bereit ist, Hilfe anzunehmen. Durch die ambulante Rehabilitation bleibt der Betroffene in seinem sozialen Umfeld und an seinem Arbeitsplatz. Das wiederum trägt erheblich zu einer für frühe Interventionen so notwendigen Senkung der Hemmschwelle bei.

Die These, daß ein Suchtkranker erst „in der Gosse liegen“ muß, bis er behandlungsbereit ist, stimmt so nicht und wird durch die konkrete Arbeit des bbz widerlegt. So mußte in einem Betrieb im Raume Koblenz mit ca. 1000 Mitarbeitern in den letzten sieben Jahren seit der Zusammenarbeit mit dem bbz nur ein Mitarbeiter wegen Alkoholmißbrauchs entlassen werden, während vor der Zusammenarbeit jährlich im Schnitt drei Mitarbeiter entlassen werden mußten. Außerdem konnte in diesem Betrieb der Krankenstand um 1,5% gesenkt werden. Es ist nicht auszuschließen, daß die Senkung des Krankenstandes um diese Prozentpunkte zu einem wesentlichen Teil auf die intensiven, präventiven Maßnahmen des Betriebes bei der Suchtprophylaxe und das Angebot an die Betroffenen, sich angstfrei unter der absoluten Wahrung der Anonymität einer ambulanten Rehabilitation zu unterziehen, zurückzuführen ist.

Die Betriebe lagern ein Problem aus, das sie so nicht lösen können. Dabei unternehmen sie alle erdenklichen Schritte, um zur Lösung des Problems beizutragen. Sie setzen je nach ihrer Betriebsgröße und Mitarbeiterzahl vorteilhaft finanzielle Mittel ein, die sich in der Endabrechnung immer auf der „Haben-seite“ positiv niederschlagen. Aber viel wichtiger ist die Tatsache, daß sie kranken Mitarbeitern die Hilfe anbieten, ohne die sonst für diese Mitarbeiter der unvermeidliche gesundheitliche und soziale Abstieg vorprogrammiert ist.

OLAF TRAPPHAGEN
Bundesverband der Innungskrankenkassen

Kooperationspartner für Maßnahmen der Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelbetrieben

Dem Betrieb als Interventionsort präventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen kommt, wie nicht nur diese Veranstaltung beweist, eine steigende Bedeutung in der Gesundheitsförderung zu. Gesundheitsförderung muß, wenn man dem Ziel der WHO „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ näherkommen will, in allen Sektoren und Bereichen unserer Gesellschaft wirksam werden. Die Einzelziele zur Unterstützung der europäischen Regionalstrategie für „Gesundheit 2000“ beinhalten auch die Arbeitswelt und fordern bis zum Jahr 1995 einen nachhaltigen Schutz der Bevölkerung in der Region gegen berufsbedingte Gesundheitsgefahren. Dieses Ziel kann nach Ansicht des Regionalbüros für Europa erreicht werden, indem sichergestellt wird, daß die arbeitsmedizinischen Dienste den Bedürfnissen aller Arbeitnehmer Rechnung tragen. Die Arbeitsmedizinische Versorgung sollte alle Arbeitsstätten betreffen.

Gesundheitsförderung im Handwerk

Aus der Sicht des Handwerks ergeben sich jedoch, gerade in diesem Bereich, erhebliche Defizite. In den alten Bundesländern der Bundesrepublik Deutschland gab es nach Angaben des Statistischen Bundesamtes rund 2,6 Millionen Betriebe (Stand 25. 5. 87), die insgesamt rund 27 Mio. Arbeitnehmer beschäftigen. Nahezu 15,5 Mio. Arbeitnehmer, also mehr als die Hälfte, werden von ca. 2,5 Mio. Betrieben in einer Größenordnung bis max. 99 Beschäftigte beschäftigt. Diese Tendenz wird in den neuen Bundesländern wahrscheinlich sogar noch übertroffen.

Unter Berücksichtigung dieses großen Arbeitnehmerpotentials wird deutlich, daß Gesundheit auch für die Handwerksunternehmen und nicht nur für die Großbetriebe eine bedeutsame betriebswirtschaftliche Rolle spielt. Gerade in den Klein- und Mittelbetrieben steckt somit ein erhebliches Gesundheitspotential, das es durch betriebliche Gesundheitsförderung – getreu dem Motto: „Gesunde Mitarbeiter – erfolgreiche Betriebe“ – zu bewahren gilt.

Die Unfallverhütungsvorschriften über Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit, die das Arbeitssicherheitsgesetz konkretisieren, sehen vor, daß in der Regel Betriebe erst ab einer Größenordnung von 30 bis 50 Arbeitnehmern in die arbeitsmedizinische Beratung einbezogen werden. In der Bundesrepublik Deutschland liegt die durch-

schnittliche Größe eines Handwerksbetriebes derzeit aber nur bei 8 Mitarbeitern.

Resultat hieraus ist, daß bundesweit weniger als 5 % aller Betriebe mit nur rd. 55 % der Arbeitnehmer sicherheitstechnisch beraten werden. Diese Entwicklung setzt sich als logische Konsequenz der Effektivitäts- und Effizienzargumentation in Abhängigkeit von großen praktikablen Organisationseinheiten (Großbetriebe) auch im Bereich der Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelbetrieben fort. Der Handwerksbetrieb blieb bisher bei der Gesundheitsförderung häufig außen vor.

Initiativen und Kooperationspartner

Durch die Einführung des § 20 SGB V (Krankheitsverhütung, Gesundheitsförderung) durch das Gesundheitsreformgesetz hat der Gesetzgeber die Krankenkassen zur Gesundheitsförderung legitimiert, aber auch bereits erste Ansätze vorgegeben, die eine Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung vorschreiben. So haben die Krankenkassen insbesondere mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammenzuarbeiten. Bei der Durchführung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung können die Krankenkassen

- mit den Kassenärztlichen Vereinigungen,
- mit auf diesem Gebiet tätigen erfahrenen Ärzten sowie
- mit den zuständigen Stellen, insbesondere den Gesundheitsämtern sowie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

eng zusammenarbeiten. Hierbei handelt es sich nur um einen gesetzlich abgesteckten Aktionsrahmen, der die bereits in vielfacher Hinsicht bestehende Zusammenarbeit der Krankenkassen in der Gesundheitsförderung lediglich unterstützen und ergänzen soll.

Die Vielfalt der für die Entstehung von Gesundheitsgefährdungen und -schäden ursächlichen Faktoren, wie Lebens- und Umweltbedingungen, die Arbeitswelt, der Freizeitbereich und der persönliche Lebensstil, macht deutlich, daß Prävention eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, die es in Kooperation mit allen Beteiligten zu bewältigen gilt. Es kann kein Patentrezept dafür geben, welche Kooperationspartner bei der Durchführung von Gesundheitsförderung zu beteiligen sind. Wichtig ist, daß jedoch allen Betroffenen unmittelbar die Möglichkeit gegeben wird, sich einzubringen und aktiv mitzuwirken.

Zur einheitlichen Ausrichtung und Zielorientierung der Handwerklichen Krankenversicherung in der Gesundheitsförderung hat der IKK-Bundesverband Grundsätze zur Gesundheitserhaltung und zur Gesundheitsförderung entwickelt. In diesen Grundsätzen wird neben den Interventionsmöglichkeiten der IKK im Bereich verhaltenspräventiver Maßnahmen insbesondere der durch das GRG aufgezeigte Ansatz zu Maßnahmen der Verhältnisprävention aufgegriffen. Einen Schwerpunkt bildet darin auch das Aufzeigen der Möglichkeiten der Zusammenarbeit und Kooperation bei der Organisation und praktischen Umsetzung der Präventionsmaßnahmen der IKK.

Diese Rahmenbedingungen gilt es bei der Durchführung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung zu berücksichtigen. Die Innungskrankenkassen als Träger der Handwerklichen Krankenversicherung nutzen ihre Nähe zu den Versicherten und Handwerksbetrieben als Basis für gezielte Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Die Durchführung solcher Maßnahmen, wie z. B. das Modellprojekt des Landesverbandes Nordrhein und Rheinland-Pfalz „Handwerksbezogene Gesundheitsförderung“ oder das Projekt „Gesundheit im Stukkateurhandwerk“ der IKK Heilbronn*, berücksichtigen die Forderung nach einer breit angelegten multisektoralen Kooperation, um möglichst alle vorhandenen Erkenntnisse und Erfahrungen im Bereich der Verhältnis- und Verhaltensprävention nutzbar zu machen. Auf der anderen Seite wird durch die breit gefächerte interdisziplinäre Zusammenarbeit der Erfolg der Maßnahme sichergestellt.

Am Beispiel des Modellprojektes „Handwerksbezogene Gesundheitsförderung – Entwicklung eines Praxismodells“ wird deutlich, wie vielschichtig die Palette der Kooperationspartner in der Gesundheitsförderung sein kann. Dort arbeiten u. a. neben der IKK Düsseldorf und Neuss, dem IKK-Landesverband Nordrhein und Rheinland-Pfalz, dem IKK-Bundesverband, der Bundesanstalt für Arbeitsschutz, der BZgA sowie der Berufsgenossenschaft auch die Sozialpartner, der Zentralverband des Kfz-Handwerks, der Verband des Kraftfahrzeuggewerbes NRW e. V., die Kfz-Innung (vertreten durch Vorstand und Gesellenausschuß) sowie die Gewerkschaften eng zusammen, um eine breite Akzeptanz und somit den Erfolg des Projektes zu gewährleisten. Darüber hinaus ist es natürlich erforderlich, mit weiteren Institutionen und Organisationen, wie z. B. Ärzten (Betriebsärzten) und Forschungsinstituten zu kooperieren. Dies gilt um so mehr, wenn man aus ganzheitlicher Sicht unter Gesundheitsförderung nicht nur den verhaltenspräventiven Ansatz verfolgt. Nur durch die Einbeziehung aller Beteiligten kann es mit Hilfe eines kooperativen

Miteinander gelingen, Verhaltens- und Verhältnisprävention in Klein- und Mittelbetrieben zu initiieren und zu praktizieren.

Versteht man betriebliche Gesundheitsförderung als einen Motor für die Gesundheit, der erst durch das Zusammenspiel aller beteiligten Einzelteile funktionieren kann, wird deutlich, daß unter Umständen bereits mit einem nicht mehr vorhandenen Teil der Erfolg bzw. das Funktionieren in Frage gestellt wird. Ich finde dieses Beispiel verdeutlicht sehr plastisch, warum der Kooperation bei der Durchführung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung eine so bedeutende Rolle zukommt.

Wichtig ist dabei, daß allen Beteiligten grundsätzlich die gleiche Wertigkeit und Bedeutung zukommt, denn der Erfolg bzw. Mißerfolg eines Projektes wird ganz entscheidend beeinflusst von der Kooperationsbereitschaft der betroffenen Partner. Dies wiederum setzt eine frühzeitige Information aller Beteiligten und eine Orientierung an den gemeinsamen Bedürfnissen voraus.

Fazit

Gesundheitsförderung ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Nur in Kooperation mit allen Beteiligten läßt sie sich erfolgreich realisieren, dies gilt für die Klein- und Mittelbetriebe ebenso wie für den Großbetrieb. Daß Gesundheitsförderung, gerade auch für die Handwerksbetriebe eine große Herausforderung darstellt, steht, angesichts des Arbeitnehmerpotentials, das hier vertreten ist, fest. Daß betriebliche Gesundheitsförderung im Klein- und Mittelbetrieb möglich ist, daß sie die Chance für zielgruppenspezifisches, handwerksbezogenes Vorgehen, besonders für die Innungskrankenkassen darstellt, beweisen die beiden im Rahmen dieser Konferenz vorgestellten Modellprojekte aus dem IKK-Bereich „Handwerksbezogene Gesundheitsförderung – Entwicklung eines Praxismodells“ und „Gesundheit im Stukkateurhandwerk“.

Die Innungskrankenkassen als Initiatoren sind bereit, ihren Beitrag für die Gesundheitsförderung im Rahmen ihrer Kompetenzen und Möglichkeiten getreu dem Motto: „Gesundheit darf kein Zufall sein“ zu leisten und mit allen ebenfalls auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung in den jeweiligen Regionen tätigen Institutionen und Organisationen zusammenzuarbeiten.

*beide Projekte werden in diesem Band vorgestellt (Anmerkung der Redaktion)

RAINER SEEGER
IKK-Landesverband Nordrhein und Rheinland-Pfalz

Gesundheitsförderung im Kfz-Handwerk – Entwicklung eines Praxismodells handwerksbezogener Gesundheitsförderung der Innungskrankenkassen (IKK)

Einleitung

In der Ottawa-Charta von 1986 heißt es: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“ Diese Erklärung der WHO, mit der die Entwicklung von mehr Betroffenenkompetenz gefordert wird, ist Grundlage für das Verständnis der Innungskrankenkassen (IKK) von Gesundheitsförderung und die Ausgestaltung ihrer präventiven Konzepte und Programme.

Als gesetzliche Krankenversicherung für das Handwerk setzt die IKK auf einen handwerksspezifischen Ansatz der Gesundheitsförderung. Mit dem am 1. April 1990 begonnenen dreijährigen Modellversuch „Handwerksbezogene Gesundheitsförderung – Entwicklung eines Praxismodells“ führt die IKK ihre Mitte der 80er Jahre eingeleitete handwerksorientierte Prävention konsequent fort. Der IKK-Landesverband Nordrhein und Rheinland-Pfalz führt diesen Modellversuch stellvertretend für die IKK-Gemeinschaft in Zusammenarbeit mit der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und der IKK Düsseldorf und Neuss durch. Finanziert wird das Projekt durch den IKK-Bundesverband und damit solidarisch durch das IKK-System. Als Modellinnung ist die Kfz-Innung Düsseldorf beteiligt.

Ziel ist es, beispielhaft für das Kfz-Handwerk ein Praxismodell branchenspezifischer Gesundheitsförderung zu entwickeln und in der Praxis zu erproben, das sich grundsätzlich auf andere Handwerksbranchen und IKKs übertragen läßt. Projektschwerpunkt ist die Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen im Prozeß kooperativer Zusammenarbeit von Betroffenen und Experten.

IKK und Handwerk

Das Handwerk ist mit rd. 720 000 Betrieben und rd. 4,6 Millionen Beschäftigten Deutschlands zweitgrößter Wirtschaftszweig. Es weist mehr als 100 Handwerksberufe und mehr als 50 Handwerksbranchen (Innungen) auf. Die IKK ist die gesetzliche Krankenversicherung des Handwerks. Bundesweit gibt es 175 IKK mit rd. 2,3 Millionen Versicherten.

Die Modellinnung

Das Kfz-Handwerk bot sich aus unterschiedlichen Gründen als Modellbranche an: Das Metallgewerbe stellt bundesweit mit mehr als 420 000 versicherungspflichtig Beschäftigten den größten Mitgliederanteil aller IKK-Versicherten. Davon sind mehr als 100 000 Versicherte im Kfz-Handwerk beschäftigt.

Gesetzliche Grundlagen und Ziele der handwerksbezogenen Gesundheitsförderung

Der Gesetzgeber hat mit dem sogenannten Gesundheits-Reformgesetz der gesetzlichen Krankenversicherung die Aufgabe übertragen, Krankheitsursachen nachzugehen und auf deren Beseitigung hinzuwirken. Hierzu können sie in Zusammenarbeit mit den Institutionen des Arbeitsschutzes nunmehr auch im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung tätig werden.

Mit der handwerksbezogenen Gesundheitsförderung werden nachstehende Ziele verfolgt:

- Die langfristige Gesunderhaltung der Beschäftigten im Handwerk und damit die Steigerung ihrer Lebensqualität.
- Den Handwerksbetrieben gesunde und leistungsfähige Mitarbeiter zu erhalten und damit auch deren Wettbewerbsfähigkeit zu stärken.
- Gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen zu schaffen und damit die Attraktivität der Arbeitsplätze im Handwerk zu steigern.
- Die Bedürfnisse der Beschäftigten nach Gesundheit mit den betriebswirtschaftlichen Interessen der Betriebsinhaber zu verzahnen.

Betriebliche Ausgangsbedingungen der Gesundheitsförderung im Handwerk

Handwerksbetriebe sind Klein- und Kleinstbetriebe mit einer durchschnittlichen Größe von acht Beschäftigten. Damit gelten andere Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung als in Großbetrieben.

So fehlt den meisten Handwerksbetrieben ein etabliertes Arbeits- und Gesundheitsschutzsystem. Dies hängt damit zusammen, daß die Unfallverhütungsvorschriften der Berufsgenossenschaften sicherheitstechnische Beratungs- und arbeitsmedizinische Betreuungsdienste zumeist erst für Betriebe ab einer Größenordnung von 30 bis 50 Arbeitnehmern vorse-

hen. Eine Ausnahme bildet das Bau- und Holzgewerbe. In diesen Handwerksbranchen werden bereits Betriebe ab einem Beschäftigten durch die zuständige Berufsgenossenschaft arbeitsmedizinisch betreut. Ein Hindernis für die Weiterentwicklung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes im Handwerksbetrieb besteht oft in den begrenzten finanziellen und persönlichen Ressourcen der kleinen Betriebe.

Kooperation

Das IKK-Projekt ist auf eine breite Kooperation angelegt. Es geht darum, vielfältiges Expertenwissen und Praxiserfahrungen für die Gesundheitsförderung im Handwerk zu nutzen und Betroffene zu Beteiligten zu machen. Der Erfolg des Modellvorhabens ist ganz entscheidend von der aktiven Unterstützung der betroffenen Sozialpartner (Innung, Gesellenausschuß, Gewerkschaft sowie Kreishandwerkerschaft und Handwerkskammer) abhängig.

Die IKK zeichnet sich durch ihre Nähe zu den Innungen und Handwerksbetrieben aus. Sie sieht ihre Rolle darin, sich als Vermittler und Anreger handwerksbetrieblicher Gesundheitsförderung in den Arbeits- und Gesundheitsschutz sozialpolitisch einzubringen und ihre Kompetenz in gesundheitlichen Fragen dem Handwerk zur Verfügung zu stellen.

Betriebliche Gesundheitsförderung ist aber in erster Linie das Handlungsfeld der Institutionen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Dies war ein Grund für die frühzeitige Beteiligung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz. Ein Projektziel ist es, Möglichkeiten der Zusammenarbeit mit den Berufsgenossenschaften und der Gewerbeaufsicht nach § 20 Abs. 2 SGB V zu erproben.

Diese vielschichtigen Kooperationsbeziehungen erfordern außerdem einen hohen Grad an Flexibilität in der Projektorganisation, dem durch verschiedene Gremien Rechnung getragen wurde. Unverzichtbarer Baustein ist die Arbeitsgruppe „Gesundheitsförderung im Kfz-Handwerk“.

Der Modellinnung sind 162 Kfz-Betriebe mit insgesamt ca. 1900 IKK-versicherten Beschäftigten angeschlossen. Der Großteil der Beschäftigten (ca. 1600) ist in Reparaturbetrieben tätig. Betriebsgrößen und Zusammensetzung der Belegschaften weisen eine für das Handwerk charakteristische Struktur auf: 76 % der Betriebe haben zwischen ein bis neun Beschäftigte, rund 47 % der Beschäftigten sind unter 24 Jahre alt, darunter viele Auszubildende. Der Ausbildungsgrad ist relativ hoch: ca. 48 Facharbeiter.

Der Innungsspezifische Gesundheitsbericht

Die Grundlage des künftigen Gesundheitsförderungsprogrammes bildet der Innungsspezifische Gesundheitsbericht, der in einem einjährigen Projektabschnitt modellhaft für die beteiligte Kfz-Innung vom Institut für

Gesundheit und Sozialforschung (IGES) erstellt wurde. Gleichzeitig wurde ein grundsätzlich übertragbares Verfahren für das Erstellen dieser Gesundheitsberichte im gesamten IKK-System entwickelt.

Dabei wurden zwei sich gegenseitig ergänzende Informationsquellen genutzt:

1. Die Routinedaten der Modell-IKK, ausgewertet nach Krankheitsarten, AU-Dauer, Alter und Stellung im Beruf.
2. Eine standardisierte Befragung (Fragebogen) der Beschäftigten und Betriebsinhaber der Modellinnung, um Informationen über Arbeitsbedingungen, subjektive Belastungen, Lebensweise und Gesundheitsinteressen zu gewinnen.

Der Gesundheitsbericht hat die Funktion, Faktoren darzustellen, die den Krankenstand der Innung im Berichtszeitraum beeinflussen, gesundheitliche Probleme der Beschäftigten aufzuzeigen und Hinweise auf Handlungsmöglichkeiten zu geben. Ein Gesundheitsbericht läßt keine eindeutigen Aussagen über Ursachen arbeitsbedingter Erkrankungen zu. Die Ergebnisse der Datenauswertungen bedürfen der Interpretation. Sie wurden mit den handwerklichen Unternehmern wie auch mit den Beschäftigten diskutiert und bewertet. Zentrale Vermittlungsinstanz war dabei die erwähnte Arbeitsgruppe „Gesundheitsförderung im Kfz-Handwerk“.

Handlungsfelder der Gesundheitsförderung im Kfz-Handwerk

Auf der Grundlage der Ergebnisse der Datenauswertungen und in zahlreichen Gesprächen mit Experten und Praktikern haben sich folgende Handlungsfelder für die Gesundheitsförderung in der Modellinnung herauskristallisiert:

1. Handlungsfeld „Arbeitsplatz“
2. Handlungsfeld „Individuelle Gesundheitsinteressen“
3. Handlungsfeld „Sozialpolitik“

Im Handlungsfeld „Arbeitsplatz“ werden angestrebt:

- Senkung der Arbeitsunfälle, da insbesondere bei den jungen Beschäftigten Verletzungen im AU-Geschehen drohen.
- Maßnahmen zur Sanierung der Arbeitsumgebung (Beleuchtung, Belüftung, ergonomische Arbeitsplatzgestaltung)
- Verbesserung der Arbeitsorganisation, die in manchen Fällen streßerzeugend wirkt.
- Seminare zur Weiterbildung von Führungskräften (Unternehmer und angestellte Meister) zu Personalführung, Werkstattgestaltung u. ä.

Bei den individuellen Ressourcen stoßen Sportangebote und Verkehrssicherheitstrainings bei den jüngeren Beschäftigten auf ein deutliches Interesse. Weiterhin sollen Schulungen der Beschäftigten zur Stärkung des Bewegungs- und Stützapparates durchgeführt werden.

Die betrieblichen und überbetrieblichen Gestaltungsaufgaben und die verhaltenspräventiven Maßnahmen sind durch sozial- und gesundheitspolitische Aktivitäten zu ergänzen. Hier ist beispielsweise daran gedacht, auf die zunächst befristete Vorlage der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung an den ersten beiden Krankheitstagen zu verzichten, als Maßnahme zur Senkung der Kurzzeit-Arbeitsunfähigkeit.

Zusammenfassung und Ausblick

Gesundheitsförderung verlangt ein koordiniertes Zusammenwirken aller am gesellschaftlichen Prozeß Beteiligten. Die langfristige Aufgabe besteht darin, gesundheitsförderliche Bedingungen in allen Lebensbereichen zu schaffen und zu unterstützen, um allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.

Als zentraler Lebensbereich ist die Arbeitswelt ein wichtiges Handlungsfeld für die Gesundheitsförderung. Mit der Entwicklung des Modells handwerksbezogener Gesundheitsförderung haben sich die IKKs zur Aufgabe gestellt, auf der Grundlage eines ganzheitlichen Verständnisses von Gesundheit als psychisches, soziales und körperliches Wohlbefinden im Rahmen ihrer Möglichkeiten zur gesundheitsgerechten Gestaltung handwerklicher Arbeitsplätze und zur Steigerung der Lebensqualität ihrer Versicherten beizutragen.

Die Realisierung steht und fällt aber letztendlich mit der aktiven Beteiligung der einzelnen Arbeitgeber und Beschäftigten vor Ort. Daher ist Partizipation der Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertreter ein zentraler Projektbestandteil; denn es gilt: Betroffene zu Beteiligten zu machen. Aufgrund der bisherigen Projekterfahrungen läßt sich sagen, daß die Idee der handwerksbezogenen Gesundheitsförderung auf positive Resonanz bei den Kooperationspartnern aus vielfältigen Bereichen stößt.

BERNHARD KILGUS

Obermeister der Stukkateur-Innung Heilbronn

HEINZ NITSCHKE

Geschäftsführer der IKK Heilbronn

RAINER PITSCH

Institut für Prävention und Gesundheitsforschung, Heidelberg

„Gesundheit im Stukkateur-Handwerk“

„Gesundheit im Stukkateur-Handwerk“, mit dieser Aussage stellt die IKK der Stukkateur-Innung ein Projekt vor, das im Vorstand breite Zustimmung fand. Aufgrund der überzeugenden Darstellung des Modells mit sowohl theoretischen als auch praktischen Programmteilen gelang es anlässlich einer eigens für dieses Vorhaben einberufenen Mitgliederversammlung genügend Mitgliedsbetriebe zu einer Teilnahme zu bewegen. Die Betriebsinhaber erkannten, daß Information über die Bereiche Ernährung, Bewegung und Arbeitsstoffe, zusammen mit Anwendungsübungen, ein erfolgreicher Weg sein kann, um Krankheiten und Arbeitsunfähigkeiten zu verringern.

Aus diesem Grund waren sich die Betriebe einig, den Zeitaufwand als Arbeitszeit zu übernehmen. Positiv wurde bewertet, daß die IKK und ihr Verband einen sehr hohen Anteil der Kosten übernommen haben.

Ausgangslage

Ausgangspunkt für dieses Projekt waren Daten aus dem Modellversuch „Leistungs- und Kostentransparenz in der gesetzlichen Krankenversicherung“, den das Sozialministerium Baden-Württemberg in der Region Heilbronn durchführte. Im Rahmen der Teilerhebung „Arbeit und Gesundheit“ erstellte das Institut für Gesundheits- und Sozialforschung GmbH (IGES) in Berlin einen Gesundheitsbericht für die erwerbstätigen Versicherten aus der Stukkateur-Innung Heilbronn. Dieser Bericht bestätigte die Vermutung, daß es für jeden Beruf spezielle Krankheits-schwerpunkte gibt. So entfallen 80 % der Arbeitsunfähigkeitsfälle der im Stukkateurhandwerk Beschäftigten auf 4 Krankheiten. An erster Stelle stehen Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (27 %), gefolgt von Erkrankungen der Atmungsorgane (25 %), Verletzungen und Vergiftungen (20 %) sowie Verdauungskrankheiten (8 %).

Ausgehend von der Überlegung, berufsbezogene Krankheiten schon vor ihrer Entstehung durch Aufklärung zu vermeiden, entwickelte die IKK Heilbronn in Zusammenarbeit mit dem IKK-Landesverband Baden-Württemberg ein Gesundheitsförderungsprojekt für Stukkateure, das von dem Heidelberger Institut für Prävention und Gesundheitsforschung (IPG) wissenschaftlich begleitet wird.

Die einzelnen Aktionsteile orientieren sich inhaltlich an den im Gesundheitsbericht festgestellten Krankheitsschwerpunkten. Ausgehend von den Krankheitsauswertungen wurden die drei Programmschwerpunkte Bewegung, Ernährung und Umgang mit Arbeitsstoffen festgelegt.

Mit dem Komplex „Bewegung“ befaßte sich das Heidelberger Institut für Prävention und Gesundheitsforschung in Zusammenarbeit mit dem Institut für Sport und Sportwissenschaft der Universität Heidelberg. Von den Ernährungsberaterinnen unserer IKK Heilbronn und des IKK-Landesverbandes wurden die Programminhalte zum Thema Ernährung erarbeitet. Für den Bereich „Umgang mit Arbeitsstoffen“ hatte sich die Württembergische Bau-Berufsgenossenschaft in Böblingen zu einer Kooperation bereit erklärt und deckte diesen Bereich ab.

Praktische Durchführung

Das Besondere an diesem Projekt war, daß von Anfang an alle Betroffenen an der Entwicklung beteiligt waren (Betroffene zu Beteiligten machen!). Im Projektausschuß wirkten als Vertreter der Stukkateur-Innung der Obermeister und sein Stellvertreter, ein Arbeitnehmervertreter sowie Vertreter aller anderen Projektbeteiligten mit (IKK-Landesverband, IPG, Württ. Bau-BG, Institut für Sport und Sportwissenschaft der Uni Heidelberg und IKK Heilbronn). Gerade die Vertreter der Innung und der Arbeitnehmervertreter waren eine wesentliche Bereicherung des Projektausschusses und konnten durch ihre von der Praxis geprägten Aussagen wesentliche Impulse geben.

Die Einsetzung dieses Projektausschusses war eine wichtige Voraussetzung für die praktische Durchführung des Projekts, denn in jedem Betrieb werden Arbeitszeiten und Pausen anders gehandhabt, ebenso An- und Heimreise mit eigenem Fahrzeug oder Firmenfahrzeug, Feierabend auf der Baustelle oder Rückfahrt ins Lager, duschen in der Firma oder zu Hause. Viele Einzelheiten mußten bis ins Detail besprochen werden. Um das Projekt nicht zu gefährden wurde auf die individuellen Verhältnisse der Betriebe eingegangen, denn der sensibelste Punkt waren die Mitarbeiter.

Im Projektausschuß waren wir uns schnell einig, daß die Vorstellung des Programms für die Mitarbeiter in den Betrieben nicht vom Inhaber, sondern durch die „neutralen“ Projektleiter der IKK erfolgen muß. So wurde erreicht, daß in allen Betrieben die Mitarbeiter sich mit sehr hoher Beteiligungsquote zu den ersten Informationsabenden eingefunden haben.

Stukkateure haben keinen örtlich festen Arbeitsplatz. Arbeiten auf ständig wechselnden Baustellen und dann noch verschiedene Arbeitsgruppen auf weit verstreuten Baustellen erfordern einen hohen organisatorischen Aufwand, um solch ein Projekt bei hohen Teilnehmerzahlen abwickeln zu können. Wir haben deshalb den Einzugsbereich in drei Regionen aufgeteilt und den Beginn der jeweiligen Programme zeitversetzt festgelegt.

Insgesamt fanden vom 18. Februar bis zum 8. Juli 1991 42 Veranstaltungen statt. Die Vorlaufzeit betrug nahezu 1 Jahr. Aus 11 Stukkateurbetrieben beteiligten sich 88 Mitarbeiter wovon die Beteiligungsrate in einzelnen Betrieben über 80 % betrug. Positiv wirkte sich dabei aus, daß ein großer Teil der Betriebe sich an den zeitlichen Aufwendungen ihrer Arbeitnehmer bei Teilnahme am Projekt durch Weiterzahlung des Lohnes beteiligte.

Schwerpunkt Ernährung

Begonnen wurde mit einer Informationsveranstaltung für Mitarbeiter und deren Ehepartner zum Thema vollwertige, gesunde Ernährung mit den Punkten:

- Bedeutung der Nahrung und der Nährstoffe,
- Errechnung des täglichen Energiebedarfs,
- falsche Ernährung,
- Zivilisationskrankheiten,
- Zusammenstellung einer vollwertigen, gesunden Ernährung.

Nach Abschluß der Diskussion wurden Kostproben einer gesunden Ernährung gereicht und die Möglichkeit eines Gesundheits-Checks (Blutdruck- und Cholesterinmessungen) wahrgenommen.

In 2 Seminaren wurden gemeinsam mit der Ernährungsberaterin der IKK die Zubereitung von beispielhaften Menüs auf nährstoffschonende Weise durchgeführt. (Leider ohne Beteiligung von Ehefrauen ausländischer Mitarbeiter). Abgerundet wurde das Programm im Bereich Ernährung mit dem Besuch der Ernährungsberaterin auf der Baustelle einschließlich einem gesunden Mittagessen. In der Diskussion wurde der beliebte „Lkw“ (Leberkäsweck) als ungesundes Mittagsvesper entlarvt.

Schwerpunkt Bewegung

Das zweite Schwerpunktthema Bewegung war zunächst einmal geprägt von dem Vorurteil der Mitarbeiter, daß sie doch genügend Bewegung hätten.

Bereits im einführenden Seminar wurde anhand eines Wirbelsäulenmodells von den Sportpädagogen der Uni Heidelberg jedem Mitarbeiter in überzeugender Weise klargemacht, wodurch Rücken- und Schulterprobleme entstehen, wie man Muskeln durch einfache Übungen entspannen kann und typische Fehlhaltungen in den Arbeitsabläufen auf der Baustelle vermieden werden.

Es wurden folgende Themen behandelt:

- Aufbau, Funktion und berufstypische Belastung der Wirbelsäule,
- Rückenschmerzen und ihre Entstehung,
- die Rolle der Muskulatur bei Rückenbeschwerden,
- die Bedeutung der Dehnung zur Vermeidung von Rückenschmerzen,
- Muskelentspannung als vorbeugendes Mittel und
- Empfehlungen zur Arbeitsplatzgestaltung.

Durch den hohen Anteil an praktischen Übungen wurden die theoretischen Erläuterungen verständlich und das gesamte Programm sehr gut angenommen. Die zuvor bei manchen Teilnehmern vorhandene Skepsis wandelte sich aufgrund spürbarer Verbesserungen durch Dehnübungen in eine sehr große Bereitschaft, die 6 Unterrichtseinheiten voll anzunehmen.

Die begleitenden Fragebögen über das eigene Gesundheitsbefinden und die Tätigkeit im sportlichen Bereich sowie die Erwartungen an das Gesundheitsmodell wurden sehr gewissenhaft ausgefüllt. Da die Unterrichtseinheiten auf 6 Wochen verteilt waren, entstand im Betrieb eine ständige Diskussion, sei es im Bereich der Umsetzung des Erlernten oder Verbesserungen durch Arbeitshilfen.

Das Interesse für das eigene Gesundheitsbefinden wurde geweckt, ohne daß deshalb im Betrieb die Leistungsbereitschaft nachließ. Der Erfolg läßt sich nicht besser darin dokumentieren, als daß in einem Betrieb nach Beendigung des Programms heute noch auf freiwilliger Basis Montag und Donnerstag früh in der Lagerhalle vor Arbeitsbeginn ca. 15 Minuten Übungen aus dem Programm in abwechselnder Folge durchgeführt werden. Die Leitung hat ein Meister übernommen und alle Mitarbeiter einschließlich dem Betriebsinhaber nehmen daran teil.

In Einzelgesprächen erfuhren wir, daß die Übungen teilweise in der gesamten Familie durchgeführt werden. Ein Mitarbeiter führt eine Jugendgruppe und setzt hier die Übungen fort. In Sportvereinen wurde das Übungsprogramm in der Weise abgeändert, daß bei jeder Übung der Rücken gerade bleibt. Die Veränderungen in Familie und Sport konnten deshalb erreicht werden, weil zu jedem Übungsabend ein Informationsblatt mit Erläuterungen und Zeichnungen der Übungen zur Verfügung gestellt wurde.

Schwerpunkt „Arbeitsstoffe“

Der 3. Schwerpunkt „Arbeitsstoffe“ wurde von der Bau-Berufsgenossenschaft abgedeckt. Durch den

sehr hohen Anteil an mineralischen Produkten und Arbeitsstoffen hat dieses Thema aus meiner Sicht keine so große Bedeutung wie Ernährung oder Bewegung. Sicherheitsschuhe, Handschuhe, Staubmasken und Hautcreme sind heute selbstverständlich. Informationen über Arbeitsstoffe, die Gesundheitsschäden verursachen können, sind jedoch unverzichtbar.

Die Schwerpunktthemen waren:

- Welche Materialien können welche Gesundheitsschäden verursachen.
- Welche Gefahren bestehen bei Sanierung von Altbauten.
- Wie können Arbeitsverfahren im Sinne des Gesundheitsschutzes verbessert werden.

Hierüber wurde ausgiebig diskutiert. Eine Vertiefung, begleitet mit wissenschaftlichen Untersuchungen, müßte in den Materialien Asbest, Steinwolle und Mineralfaser erfolgen.

Wichtige Voraussetzung für das Gelingen der Aktion war das Interesse und die Teilnahmebereitschaft der Betriebe. Deshalb wurde besonderer Wert auf die Informationen der Betriebe durch einen gemeinsamen Informationsabend und ergänzend eine persönliche Information der Mitarbeiter gemeinsam mit den Betriebsinhaber in den Betrieben vor Ort gelegt.

Die praktische Durchführung des Projektes hat gezeigt, daß derartige Aktionen bis April abgeschlossen sein sollten. Die Arbeitszeiten der Stukkateure sind saisonbedingt, d. h. daß bei schönem Wetter oft Überstunden geleistet werden müssen und eine Teilnahme an den Aktivitäten zur Gesundheitsförderung nur beschränkt möglich ist. Geworben wurde für das Projekt durch Anzeigen und Rundfunkspots. Außerdem wurden verschiedene Medien vom Falblatt über ein Plakat bis hin zu einem Programmheft entwickelt.

Bisherige Ergebnisse und Beurteilung

Obwohl das Projekt langfristige Verhaltensänderungen herbeiführen will, konnten bereits auch sichtbare kurzfristige Erfolge festgestellt werden:

- in einem Betrieb wird seit diesem Projekt 2mal wöchentlich vor Arbeitsbeginn 10 Minuten Gymnastik durchgeführt,
- die Mitarbeiter machen sich beim Arbeiten auf der Baustelle gegenseitig auf Fehlhaltungen aufmerksam (es ist also eine Bewußtseinsänderung eingetreten)
- für den Projektbereich Bewegung sind vierteljährliche Nachtreffen zur Auffrischung der erlernten Übungen terminiert,
- in einer Diskussionsrunde mit führenden Unternehmen der Bauindustrie (wie z. B. Schwenk, Knauf, Heidelberger Zement) wurde unserem angestrebten Ziel entsprochen, baldmöglichst eine Begrenzung

der Sackgewichte von 50 und 40 kg auf maximal 30 kg sowie der Farb- und Putzeimergewichte von 25 auf maximal 20 kg einzuführen. Diese vom Stukkateurverband schon seit Jahren geforderte Reduzierung der Verpackungsgewichte erhielt durch das Modellprojekt und den zuvor vorgenommenen Untersuchungen die notwendige Unterstützung. Da einige Hersteller bereits 25-kg- und 30-kg-Materialsäcke anbieten, werden wir diese Anbieter bevorzugen.

- Aufgrund der positiven Erfahrungen und Medienberichten wird das Projekt „Gesundheit im Stukkateurhandwerk“ bei der Delegierten-Versammlung des Landesinnungsverbandes für das Stukkateurhandwerk Baden-Württemberg vorgestellt und erläutert.

Obwohl die endgültige Auswertung noch aussteht, läßt sich bereits heute sagen, daß die Aktion ein Erfolg war. Die positive Resonanz der Teilnehmer, Arbeitnehmer wie Arbeitgeber, bestätigt das Konzept. Das Modell für die neue Art der Gesundheitsförderung, mit planvollem Vorgehen und wissenschaftlicher Begleitung, hat sich bewährt.

Langfristig wird sich eine Krankheitsreduzierung erzielen lassen. Auch konnte in der Öffentlichkeit eine Imageverbesserung des Stukkateur-Handwerks durch das Modell festgestellt werden. Das Betriebsklima läßt sich durch diese Maßnahmen erheblich verbessern. Gesundheitsvorsorge wird zunehmend die Aufgabe fortschrittlicher Personalführung, deshalb muß das Modell „Gesundheit im Stukkateurhandwerk“ im gesamten Handwerk zur Anwendung kommen.

Wissenschaftliche Begleitung

Da das vorgestellte Projekt als modellhaft gelten kann, besteht natürlich ein besonderes Interesse an Erfolgskontrolle/Evaluation. Die Aktion wird deshalb wissenschaftlich begleitet, wobei das Hauptinteresse auf die Frage gerichtet ist, ob durch die Maßnahmen eine nachhaltige Verbesserung der angestrebten Verhaltensweisen erreicht werden kann.

Evaluationsgegenstände sind im einzelnen:

1. Inanspruchnahmeverhalten
 - Teilnahmegründe
 - Interessenschwerpunkte
 - Beteiligungsstabilität/Drop-out-Rate
 - Gründe für Ausstieg/Abbruch
2. Gesundheits-Bestandsaufnahme
 - Gesundheitsbewußtsein und -wissen
 - Gesundheitsstatus
 - Arbeitsbelastung
 - Ernährungsgewohnheiten
 - Schadstoff-Exposition und -Kenntnisse

3. Verhaltensänderungen
- Veränderungen in den unter 2) genannten Merkmalen durch die Projekthinhalte
 - Stabilität der Veränderungen
 - Integration in das Alltagsverhalten (Ernährungsverhalten, Körperhaltung/berufl. Bewegungsabläufe, Umgang mit Schadstoffen).

Evaluationsmaßnahmen

- Dokumentationsbögen mit Betriebsdaten
- Eingangsbefragung der teilnehmenden Stukkateure, deren (Ehe-) Partnerinnen und der nicht-teilnehmenden Stukkateure

- Teilnahme-Dokumentation (Teiln.-Listen bei allen Veranstaltungen)
- Interviews mit Betriebinhabern
- Interviews mit Referent(inn)en/Kursleiter(inn)en
- Abschlußbefragung der beteiligten Stukkateure (u. Partnerinnen).

Die wissenschaftliche Auswertung des Projekts ist noch nicht abgeschlossen. Ein Teil der explorativen Arbeiten wird erst in den kommenden Monaten erfolgen. Ausgewählte Ergebnisse der Eingangsbefragung der Stukkateure liegen jedoch bereits vor (s. nachfolgende Abbildung).

Gesundheit im Stukkateurhandwerk

Ein Gemeinschaftsprojekt zur Förderung der Gesundheit von IKK Heilbronn, IKK-Landesverband Bad.-Württ., Stukkateur-Innung Heilbronn und IPG Heidelberg

Inhalte: Verschiedene Angebote (Vorträge, Kurse, praktische Übungen und Vorführungen) zu drei berufsspezifischen Gesundheitsbereichen (aus diesen Bereichen resultieren die meisten Arbeitsfähigkeits-Fälle):

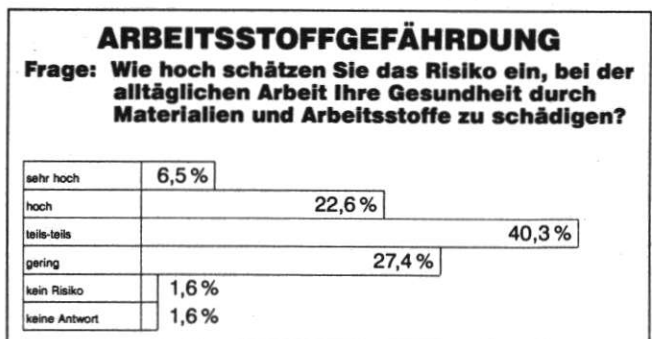
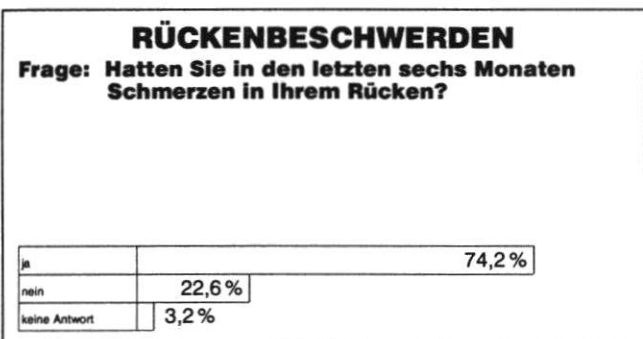
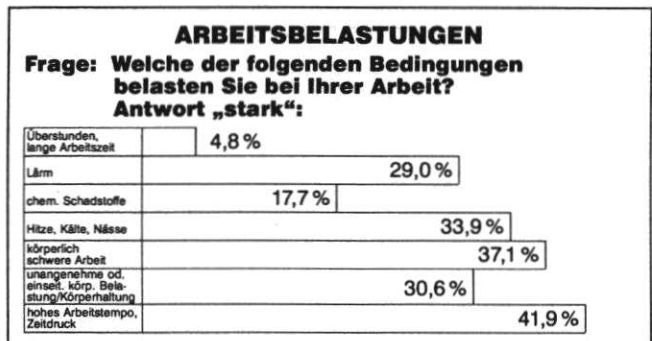
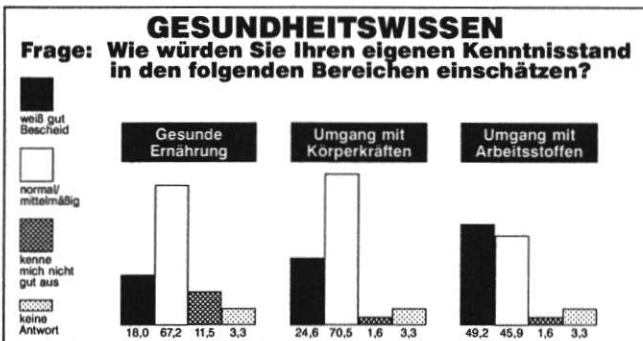
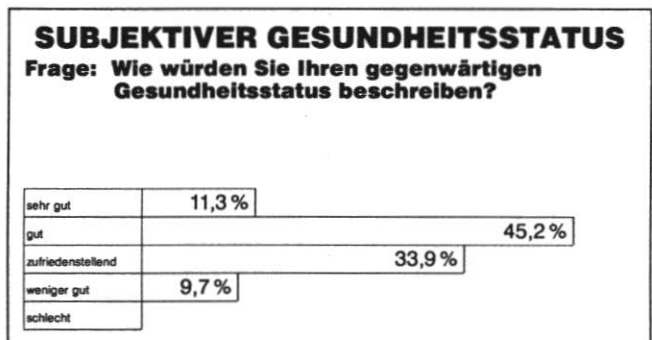
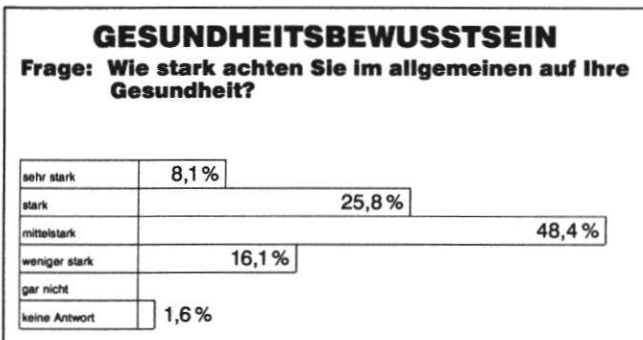
- Verbesserung der Ernährung
- Änderung der Körperhaltung bei der Arbeit bzw. Reduzierung von Rückenbeschwerden
- Verringerung der Arbeitsstoff-Gefährdung

Evaluation: Zur Erfolgsbewertung werden verschiedene Verfahren eingesetzt:

- Pre/Post-Befragung der a) teilnehmenden Stukkateure, b) Partnerinnen, c) Nicht-Teilnehmer
- Dokumentationsbögen zur Erfassung struktureller Merkmale der beteiligten Betriebe
- Interviews mit Betriebinhabern
- Interviews mit Kursleiter(inne)n/Referent(inn)en

Teilnehmer: 88 Stukkateure (= Beteiligungsrate 76,5 %) aus 11 Betrieben im Raum Heilbronn und 34 (Ehe-)Partnerinnen

Ergebnisse: Das Projekt ist noch nicht abgeschlossen. Vorgestellt werden hier ausgewählte Ergebnisse aus der Eingangsbefragung der beteiligten Stukkateure (alle Zahlen sind Prozentangaben)



Qualifizierung von Arbeitnehmersvertretern für das Politikfeld „Arbeit und Gesundheit im Betrieb“ – Das Seminarkonzept AGiB

Unter der Bezeichnung „Arbeit und Gesundheit im Betrieb“, kurz: AGiB, hat das Institut für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e. V., (ISO), Saarbrücken, in Zusammenarbeit mit der Industriegewerkschaft Metall und der Arbeitskammer des Saarlandes ein Weiterbildungskonzept ausgearbeitet und erprobt, das sich an die Zielgruppe der Betriebs- und Personalräte sowie der Schwerbehindertenvertretung in den Betrieben richtet. Dieses Seminar soll schwerpunktmäßig im Bereich der gewerkschaftlichen Bildungsarbeit zum Einsatz kommen.¹⁾

Ausgangssituation

Das Vorhaben sollte eine Verbesserung der Schulung von Schwerbehindertenvertrauensleuten in inhaltlicher und didaktischer Sicht bewirken. Am Ende stand eine völlige Neukonzeption dieses Weiterbildungsansatzes. Die arbeits- und gesundheitspolitische Schwerpunktsetzung, die damit einherging, ergibt sich aus folgender Problembeschreibung:

- Schwerbehinderung ist in unserer Gesellschaft kein Randphänomen, sondern eine Massenerscheinung.
Mehr als ein Viertel unserer Bevölkerung und jeder 3. Mann ist zum Zeitpunkt der regulären Beendigung des Erwerbslebens schwerbehindert.
- Das Behindertenbild hat sich gewandelt.
Zu 80 % sind Krankheiten die Ursache anerkannter Behinderungen. An der Spitze stehen Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Schwächen des Stütz- und Bewegungsapparates.
- Risiko statt Schicksal.
Charakteristisch für diese „modernen“ Behinderungen ist die lange Entstehungszeit unter dem anhal-

tenden Einfluß schädigender Bedingungen. Das arbeitsbedingte Risiko, an chronisch-degenerativen Leiden zu erkranken, ist hoch.

- Behinderte sind nur die Spitze des Eisberges.
Dem chronisch-degenerativen Charakter gemäß bilden die (bereits) anerkannten Schwerbehinderten nur einen Teil der im betrieblichen Alltag in Erscheinung tretenden gesundheitlichen Problemfälle.
- Die personalpolitische Problemschere.
Modernisierung und Rationalisierung der Arbeit verschärfen das Problem. Das hohe Niveau der betrieblichen Leistungs politik läßt gesundheitliche Problemfälle früher in Erscheinung treten. Zugleich verschwinden mehr und mehr jene Arbeitsplätze, die einen gesundheitsgerechten Einsatz der chronisch-degenerativ Erkrankten ermöglichen.

Die Konsequenz aus diesen Einsichten lautet: Da Behinderung zunehmend als Schädigungsfolge chronischer Erkrankungen auftritt, muß neben die klassischen Ziele INTEGRATION und REHABILITATION heute als weiteres Ziel die PRÄVENTION treten. Diese Aufgabe überschreitet den Handlungsrahmen der Schwerbehindertenvertretung im Betrieb. Die Umsetzung dieses Zieltrias kann daher nur als Aufgabe der gesamten Arbeitnehmervertretung im Betrieb begriffen werden.

Das Seminarkonzept

Das Seminarkonzept AGiB hat zwei Ansatzpunkte, die sich beide aus dem allgemeinen Ziel der Abwehr und Minderung sozialer Risiken für die Arbeitnehmer herleiten lassen.

Der erste Ansatzpunkt sind die im Betrieb beschäftigten und bereits gesundheitlich geschädigten Arbeitnehmer. Das Risiko, das es abzuwenden gilt, liegt in den möglichen negativen Folgen, die auf die gesundheitlich geschädigte Arbeitskraft zukommen: zunächst die Gefährdung ihres Arbeitsverhältnisses, dann auch weitere Auswirkungen hinsichtlich der betrieblichen Stellung und der beruflichen Entwicklung. Es geht hierbei also um Integration im Betrieb durch bzw. in Verbindung mit einem der Beeinträchtigung angemessenen Arbeitseinsatz und mit entlastenden Maßnahmen am Arbeitsplatz. Neben der Integration verbindet sich mit diesem Ansatz eine sekundärpräventive Ausrichtung: spezifische und unspezifische gesundheits-

¹ Die Finanzierung des Vorhabens erfolgte aus Mitteln des Programms „Arbeit und Technik“ des BMFT.

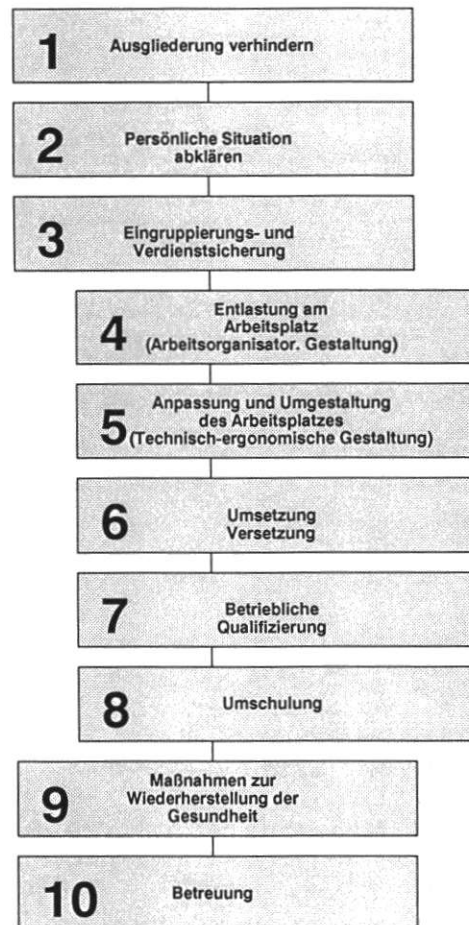
Peter Ochs, Winfried Wotschack, Achim Huber, Werner Feldes, Heinz Bethmann, Georg Schmidt, Arbeit und Gesundheit im Betrieb. Schwerbehinderte, gesundheitlich Beeinträchtigte und Gesundheitsrisiken in der Arbeitswelt – Handbuch zum Arbeitsmittelsystem AGiB, Saarbrücken 1991. Diess., Arbeit und Gesundheit im Betrieb. Arbeitsmaterialien für die Weiterbildung der Betriebsräte, Personalräte und Vertreter der Schwerbehinderten, 3 Bände (Band 1: Einführung in das Aufgabenfeld; Band 2: Integration Behinderter und gesundheitlich Beeinträchtigter; Band 3: Vorbeugender Gesundheitsschutz im Betrieb), Saarbrücken 1991.

schädigende Wirkungen in der Wechselbeziehung von Belastung – Beanspruchung – Bewältigung aufspüren und mit geeigneten Gestaltungs- und Einsatzmaßnahmen einer Verschlimmerung des bereits eingetretenen Gesundheitsschdens vorbeugen.

Der zweite Ansatzpunkt sind arbeitsbedingte Krankheiten und die im Betrieb vorhandenen Risikoarbeitsbedingungen und -arbeitsplätze. Das Risiko, das es hier abzuwenden gilt, ist die Auslösung chronisch-degenerativer Erkrankungsprozesse durch pathogene Arbeitsbedingungen. Es handelt sich hierbei also um einen primärpräventiven Ansatz.

Die inhaltliche und praktisch-politische Umsetzungsreichweite dieses handlungsorientierten Seminarskonzeptes wird davon bestimmt, daß es sich bei der Zielgruppe der Seminare weder um betriebliche Vorgesetzte mit einem ihrer hierarchischen Stellung gemäßen Gestaltungsauftrag und Entscheidungsspielraum, noch um betriebliche Fachkräfte (etwa des Arbeitsschutzes) mit entsprechendem fachlichen Grundwissen handelt. Zielgruppe sind Arbeitnehmervertreter und das heißt Interessenvertreter, deren Handlungsrahmen gesetzlich begründet und entsprechend der jeweiligen betrieblichen Machtverhältnisse und der Qualität der Arbeitgeber-Arbeitnehmer-Beziehungen ausgestaltbar ist. Risikoabwehr wird daher als interessenpolitische Intervention verstanden, deren Chance sich ganz nach den Politikmöglichkeiten und dem Handlungsspielraum des einzelnen Betriebsrates ergibt. Unter Beachtung dieser Voraussetzungen ergeben sich zwei Themenfelder:

Maßnahmen zur Integration behinderter und gesundheitlich beeinträchtigter Arbeitnehmer



1. Themenfeld INTEGRATION:

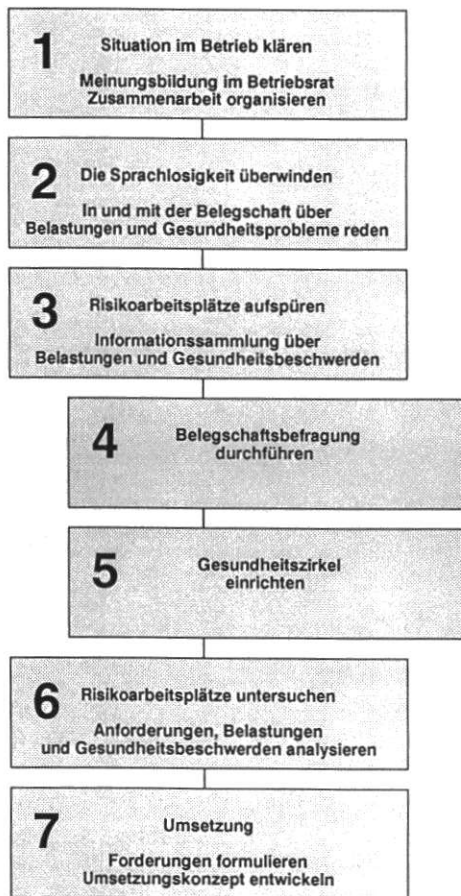
- *Orientierung auf die Problematik des „modernen“ Behindertenbildes:* Krankheiten statt „klassischer“ Behinderung; Risiko statt Schicksal; Massenphänomen statt Randerscheinung; und Arbeit als Entstehungszusammenhang von Krankheit;
- *Ausgliederung bremsen:* Sekundärprävention darf aus sozial- und interessenpolitischer Sicht nicht Ausgliederung aus dem Betrieb und seinen krankheitsmit-verursachenden Arbeitsbedingungen heißen;
- *die beschädigte Arbeitskraft integrieren:* Suche nach geeignetem Arbeitseinsatz und Arbeitsplätzen, Ent-Lastung am Arbeitsplatz; bedeutet weitgehend Erhaltung und Vor-halten anforderungs- und belastungsreduzierter Arbeitsplätze im Betrieb als interessenpolitische Aufgabe.

2. Themenfeld PRÄVENTION

- *Situation im Betrieb klären:* Vorbeugenden Gesundheitsschutz als interessenpolitisches Ziel begreifen und seine betrieblichen Durchsetzungsmöglichkeiten klären; Meinungsbildung und Selbstorganisation der Interessenvertretung.

- *Die Sprachlosigkeit überwinden:* In und mit der Belegschaft über Belastungen und Gesundheitsprobleme reden; Thematisierungsschranken abbauen.
- *Risikoarbeitsplätze aufspüren:* Mehrstufige Informationssammlung über Belastungen und Gesundheitsbeschwerden, und zwar Informationssammlung innerhalb der Interessenvertretung; Betriebsbegehung und Gespräche am Arbeitsplatz; Informationsgespräche mit Fachkräften (Betriebsarzt); Auswertung schriftlicher Daten und Dokumente des Betriebes.
- *(bei Bedarf und Möglichkeit) Belegschaftsbefragung durchführen:* Sie soll das Expertenwissen der Belegschaftsmitglieder nutzen; Arbeitnehmer verstärkt beteiligen und einbeziehen; das Nachdenken und Diskutieren über Belastungen anregen; Belegschaftsunterstützung zum Belastungsabbau mobilisieren.
- *(bei Bedarf und Möglichkeit) Gesundheitszirkel einrichten:* Sie sollen Vereinzelung überwinden helfen und die Gesundheitsproblematik als betriebliche Realität sozial vergegenwärtigen; Arbeitsabläufe und Arbeitssituationen ausleuchten und komplexen

Maßnahmen zum vorbeugenden Gesundheitsschutz im Betrieb



Belastungszusammenhängen auf den Grund gehen; Verbesserungsvorschläge diskutieren und formulieren.

- *Risikoarbeitsplätze untersuchen:* Anforderungen, Belastungen und Gesundheitsbeschwerden an den „auffälligen“ Arbeitsplätzen näher analysieren durch systematische Beobachtung von Arbeitsablauf und -situation; Intensivbefragung der dort Beschäftigten; vertiefende Einzelanalyse in Zusammenarbeit mit Fachkräften.
- *Umsetzung der Forderungen und Maßnahmvorschläge, hierzu:* Vorbereitung auf argumentative Auseinandersetzungen; klären der grundsätzlichen Vorgehensweise und der Verhandlungspolitik; klären, mit wem und auf welcher Ebene Maßnahmenforderungen umgesetzt werden können; klären des günstigen Interventionszeitpunktes im Rahmen betrieblicher Planungen und Umstrukturierungen.

Das Gesamtseminar besteht aus drei einwöchigen Veranstaltungen, in denen stufenweise auf das Handeln im Politikfeld „Arbeit und Gesundheit“ vorbereitet wird. Woche A „Einführung in das Aufgabenfeld“ beinhaltet einen Einstieg in den Problemzusammenhang und vermittelt Institutionenkompetenz für die Zusammenarbeit mit betrieblichen Fachkräften und externen Stellen. Woche B „Integration Behinderter und gesundheitlich Beeinträchtigter“ vermittelt Grundkenntnisse über Gesundheitsschäden einschließlich arbeitsgestaltungs- und -einsatzorientierter Handlungsmöglichkeiten und behandelt Grundsätze und Maßnahmen behindertengerechter Arbeit. Woche C „Vorbeugender Gesundheitsschutz im Betrieb“ qualifiziert die Teilnehmer für die Durchführung betrieblicher Gesundheitsschutzaktionen. Für die einzelnen Veranstaltungseinheiten des Seminars liegen detailliert ausgearbeitete Lern- und Arbeitsmaterialien vor. In Vorbereitung ist eine Modellmaßnahme zur Qualifizierung von Referenten aus der betrieblichen Praxis.

MARTIN KÜNG

Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich

Suchtprävention am Arbeitsplatz am Beispiel eines eintägigen Kurses für Lehrlinge und Lehrmeister durch ein Dienstleistungsunternehmen in Zürich

Die Suchtpräventionsstelle der Stadt Zürich: Auftrag und Grundlage

Die Suchtpräventionsstelle gehört zum Sozial- und Schulamt der Stadt Zürich. Sie hat den Auftrag, in allen Lebensbereichen suchtpreventiv zu wirken. Im Alltag bedeutet dies, daß von den 13 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die alle teilweise angestellt sind, einige im Bereich Schule Fortbildungen für Lehrer anbieten und Schülerkurse durchführen und andere sich schweremäßig mit der Suchtprävention in der Familie beschäftigen. Auch die Stadtteil- und Quartierarbeit ist ein wichtiger Bestandteil unserer Suchtpräventionsarbeit. Ebenfalls begleitet uns seit bald drei Jahren eine Medienkampagne zum Thema „Sucht hat viele Ursachen“. Auch das Erwerbsleben, der Arbeitsbereich, ist ein wichtiges Aufgabengebiet der Suchtpräventionsstelle.

Nun, wer bei einer Fachstelle für Suchtprävention anknüpft, der möchte zu Recht wissen, mit wem er es zu tun hat. Welche Ziele verfolgt diese Stelle? Was sind ihre Strategien, Sucht zu verhindern? Eine fruchtbare Zusammenarbeit bedingt die Transparenz der gegenseitigen Vorstellungen. Die Suchtpräventionsstelle geht von folgenden Voraussetzungen aus:

1. Nicht die Suchtmittel sind das Problem, sondern unser Umgang mit den Suchtmitteln.

Grundsätzlich gibt es keine Genuß- oder Heilmittel, die nicht auch mißbraucht werden könnten. Es liegt an uns, mit den zur Verfügung stehenden Substanzen sinnvoll statt mißbräuchlich umgehen zu lernen.

2. Die Suchtmittel können nicht aus unserer Gesellschaft zum Verschwinden gebracht werden, sie sind da und legal oder illegal erhältlich.

Es braucht deshalb sachliche, vorurteilsfreie Informationen über diese Suchtmittel und ihre Wirkung. Schwarzmalerei und reine Information, ohne Einbezug der Beschäftigung mit den Ursachen süchtigen Verhaltens, sind zu vermeiden, da sie – vor allem für Jugendliche, die sich gegen die Normen und Werte der Erwachsenen auflehnen – die Attraktivität der Suchtmittel eher erhöhen als verringern.

3. Es ist zwar sinnvoll, den Zugang zu Suchtmitteln zu erschweren, allerdings nützt das auf die Dauer nur etwas, wenn gleichzeitig die Suchtursachen angegangen werden.

Die Suchtursachen sind im Zusammenspiel folgender Einflüsse und Faktoren zu suchen:

- den gesamten Umwelteinflüssen
- der Persönlichkeitsstruktur
- der aktuellen Situation
- der Verfügbarkeit von Suchtmitteln.

Bemühungen, den Handel mit Suchtmitteln zu verunmöglichen und vom Suchtmittelkonsum abzuschrecken, werden von anderen Institutionen genügend unternommen. Suchtpräventionsstellen müssen sich auf die Auseinandersetzung mit den Ursachen konzentrieren.

4. Sucht als gescheiterter Selbstheilungsversuch

Hinter einer Sucht steht oft die Unfähigkeit, mit Problemen und Konflikten in konstruktiver Weise umzugehen. Mit der Absicht der Selbsthilfe wird Zuflucht bei einem Verhalten gesucht, das schließlich mehr Schaden verursacht als Erleichterung bringt. Wer konfliktfähig ist, läuft weniger Gefahr, in einen solchen Teufelskreis zu geraten. Notwendig ist eine Erziehung zu einem gesunden Konflikt- und Problemlösungsverhalten ohne Selbst- und Fremdschädigung.

5. Dem Mangel an Lebensgenuß, an Lebensfreude und Lebenssinn ist mit der Forderung des Verzichts nicht beizukommen.

Oft ist dieser Mangel Ursache eines übermäßigen Bedürfnisses nach Konsumgütern und Genußmitteln. Wer keine echte Befriedigung erlebt, braucht und sucht Ersatzbefriedigung. Verzicht kann sich nur leisten, wer weiß, daß er satt zu werden vermag.

6. Suchtprävention ist ein spezieller Teil von Gesundheitserziehung und Gesundheitspolitik.

Bereich Suchtprävention am Arbeitsplatz

Daß Suchtprävention im Bereich Familie und mit Jugendlichen in der Schule gemacht wird, wird von der Bevölkerung verstanden und ist gesellschaftlich akzeptiert. Daß Suchtprävention jedoch auch am Arbeitsplatz eine sehr wichtige Bedeutung hat, ist noch nicht so tief verwurzelt.

Die gleiche Bedeutung wie die Schulzeit für den Schüler hat analog die Arbeitszeit für den Erwerbstätigen. Das heißt, wir verbringen einen Großteil unseres

Lebens am Arbeitsplatz. Der berufliche Erfolg, die persönliche Befriedigung und Anerkennung sind für Arbeitnehmer wie Arbeitgeber existentiell. Unser persönliches Gleichgewicht hängt ganz empfindlich von unserer Arbeitssituation ab. Der Arbeitsbereich, ob angenehm, herausfordernd, gleichgültig oder belastend, kann auf den einzelnen suchtfördernd oder eben suchtpreventiv wirken.

Schulungen für Vorgesetzte, wie sie in ihrem Verantwortungsbereich den Mitarbeitern suchtpreventive Bedingungen ermöglichen können, wie auch Beratung bei bereits manifesten Problemen, sind Bereiche unseres Angebotes. Schwerpunkt bilden jedoch die nun im sechsten Jahr angebotenen Kurse für junge Arbeitnehmer, die in der Ausbildung stehen, zusammen mit den für sie verantwortlichen Lehrmeistern und Ausbildern.

Beispiel eines Kurses für Lehrlinge und Lehrmeister eines Dienstleistungsunternehmens

Wie kommt es dazu?

Intensive Öffentlichkeitsarbeit, Zufallkontakte und persönliche Beziehungen führten dazu, daß einzelne Unternehmen mit uns Kontakt aufnahmen. In den ersten Jahren waren es hauptsächlich Lehrmeister, die mit einzelnen Lehrlingen irgendwelche Drogenprobleme hatten oder Drogenprobleme auch nur vermuteten. Sie gelangten an uns als Fachstelle, um Rat zu holen, wie sie mit diesen Jugendlichen umgehen sollten. Nebst konkreten Ratschlägen, die wir ihnen je nach Situation geben konnten, empfahlen wir ihnen, sich nicht nur mit dem einzelnen Lehrling, im Sinne einer Symptombehandlung, zu beschäftigen, sondern dies als ein Problem, das eigentlich alle oder zumindest viele Jugendliche betrifft, anzusehen. Die Bewältigung von akuten Problemen, im Sinne einer Sekundärprävention, nahmen wir zum Anlaß, den Betriebsverantwortlichen die Bedeutung von primärpräventiv orientiertem Handeln näherzubringen. Da in der heutigen Zeit viele Jugendliche sich mit Sucht- und Drogenproblemen, persönlich oder in ihrem Umfeld, konfrontiert sehen, ist es um so wichtiger zu agieren anstatt zu reagieren. Wenn man dazu noch bedenkt, wie schwierig und oft wenig erfolgversprechend es ist, einen süchtigen Menschen zu heilen, ist ein vorbeugendes Engagement auch in der Verantwortung des Unternehmens eigentlich einsichtig.

Wollten sie längerfristig erfolgreich sein, so empfahlen wir ihnen, etwas für **alle** Lehrlinge zu machen und nicht nur einzelne Problemträger herauszupicken. Dies wurde in der Regel von den Lehrmeistern akzeptiert und sie wollten mit uns ein näheres Gespräch führen, um die Details kennenzulernen. Aus diesen Gesprächen, den Vorstellungen und Erwartungen der Lehrmeister, ihrer Betriebe und den Zielsetzungen unserer Stelle, entstanden erste Pilot-Kurse für Lehrlinge.

Wie hat es sich entwickelt?

Die meisten dieser Pilot-Kurse waren erfolgreich, d. h. die Lehrlinge schätzten die partnerschaftliche Art der Auseinandersetzung mit der Suchtproblematik, entgegen ihren Erfahrungen die sie aus der Schule mitbrachten, wo ihnen, um sie vor Drogen zu schützen, einseitig nur die Gefahren eingetrichtert wurden. Aufgrund dieser Erfahrungen und der allgemein zunehmenden Konfrontation und damit verbundenen Hilflosigkeit mit Drogenproblemen „richtig“ umzugehen, gelangten vermehrt Lehrmeister an uns mit dem Wunsch, sich vertiefter mit dieser Problematik auseinanderzusetzen. Parallel machten Lehrlinge in Kursen öfter Aussagen wie: „Diese Thematik geht nicht nur uns an, die geht eigentlich genauso unsere Lehrmeister an.“ Dies war für uns Grund genug, diese Kurse neu zu überdenken, um den neu formulierten Bedürfnissen gerecht zu werden. In gemeinsamen Gesprächen mit Lehrlingen und Lehrmeistern entstanden die jetzt hauptsächlich praktizierten eintägigen Kurse für Lehrlinge und Lehrmeister. Die Wichtigkeit, sich mit dieser Problematik **gemeinsam** auseinanderzusetzen, war genauso spürbar, wie die Unsicherheit, sich auf gleicher Ebene, Lehrling wie Lehrmeister, auf dieses Experiment einzulassen.

Wie steht es jetzt?

Von der Betriebsseite her wird eine Gruppe von Lehrlingen und Lehrmeistern zu einem Suchtpreventionstag eingeladen. Vorgängig zum Schulungstag erhalten alle Teilnehmer einen kleinen Fragebogen, auf dem sie notieren, was sie am Thema „Sucht“ speziell interessiert, was sie von diesem Schulungstag erwarten und was sie persönlich bereit sind, an diesem Tag dazu beizutragen, damit er gelingt. Die Rückmeldungen auf diesen Fragebogen dienen unserer Vorbereitung. Wir können so vor allem die Sachinformation entsprechend den jeweiligen Interessen abstimmen: Ist es einmal mehr die Drogenpolitik, ist es ein andermal mehr die Wirkung des momentan aktuellen Crack usw. Die Frage nach dem, was sie beitragen zu einem Suchtpreventionstag, will den Teilnehmern aufzeigen, daß dieser Tag im Dialog geführt werden wird. Entgegen ihren Gewohnheiten, im Frontalunterricht unterrichtet zu werden, merken sie, daß hier ihre Meinung gefragt ist. Wir arbeiten in der Regel zu zweit mit Gruppen von 20 bis 30 Teilnehmern.

Kursprogramm:

- Erweiterung des Suchtverständnisses
- Vom Genuß zur Sucht: Wie entsteht eine Sucht?
- Informationen zu den gewünschten Suchtmitteln
- Ursachen von süchtigem Verhalten (Bedeutung des psychosozialen Gleichgewichts)
- Prävention 1. Teil: Was unterscheidet mich von einem süchtigen Menschen?

- Prävention 2. Teil: Welche Ressourcen setze ich wie ein in der Bewältigung meiner Alltagsprobleme?
- In welcher Situation würden meine Ressourcen aus jetziger Sicht nicht ausreichen?
- Aufzeigen individueller Lösungsmöglichkeiten.

Viele Kursteilnehmer haben schon Süchtige erlebt, in ihrer Familie, in ihrem Verwandten- und Bekanntenkreis. Sie kennen also süchtiges Verhalten aus ihrer Umgebung und von sich selbst. Die Erweiterung des Suchtverständnisses dient darum in erster Linie dem Einordnen ihrer persönlichen Erfahrungen und dem Sensibilisieren für eventuelle eigene Probleme. Die Suchtentstehung konkretisiert die Begriffe Genuß – Mißbrauch – Abhängigkeit – Sucht und macht sie mit Beispielen nachvollziehbar. Eine objektive und sachliche Information über die auf dem Fragebogen gewünschten Suchtmittel dient der Klärung und Überprüfung des mitgebrachten Sachwissens, das oft sehr unterschiedlich ist. Erläuterungen zu den Ursachen süchtigen Verhaltens, die Einflüsse und bestimmenden Faktoren werden eindrücklich an der Bedeutung des psychosozialen Gleichgewichts in den verschiedenen Entwicklungsphasen, vom Kleinkind bis zum Erwachsenen, geschildert.

Als Einstieg ins Thema „Prävention“ stellt die Kursleitung folgende Frage: wenn ich an einen süchtigen, abhängigen Menschen denke, was unterscheidet mich von ihm, warum ist er süchtig und ich nicht?

Diese Frage löst vielfältigste Reaktionen und Antworten aus wie:

- weil ich gute Kollegen habe, mit denen ich mich aussprechen kann;
- weil ich mit den Eltern meine Probleme diskutieren kann;
- weil ich eine Lehrstelle habe, die mir gefällt;
- weil ich, wenn ich es brauche, mich auch in mein Zimmer zurückziehen kann;
- weil ich, wenn's mir dreckig geht, meine Gitarre hervornehme oder Trompete spiele und mich so wieder beruhigen kann.

In dieser Sequenz des Kurses erleben die Teilnehmer, über welche Ressourcen sie verfügen, welche Möglichkeiten sie haben, mit inneren und äußeren Konflikten umzugehen. Sie lernen unterscheiden zwischen konstruktiver Bewältigung und dem Ausweichen in Suchtverhalten oder Suchtmittel.

Ziel dieser Schulungstage ist es, nebst der Vermittlung von sachlich wichtigen Informationen zu Suchtmitteln und Suchtverhalten, die Kommunikation und Konfliktfähigkeit am Arbeitsplatz zu verbessern. Ebenfalls versuchen wir als Kursleiter den beteiligten Lehrmeistern und Lehrlingen das Bewußtsein für ihre eigenen Möglichkeiten und Kräfte im Umgang mit schwierigen Lebenssituationen zu stärken. Meistens ist es für Lehrlinge wie auch für Lehrmeister eine gänzlich neue Erfahrung, welche Möglichkeiten sie haben, sich in der Bewältigung der Alltags- und Lebensprobleme gegenseitig zu unterstützen. Die Lehrlinge erleben auf

diese Weise, was sie in offenen Gesprächen unter sich, wie auch mit Lehrmeistern, für sich profitieren können. Für die Lehrmeister ist es sehr oft eindrücklich und auch entlastend zu erleben, daß die Lehrlinge von ihnen in dieser Thematik keinen „Wissensvorsprung“ erwarten, sondern ein partnerschaftliches Gespräch und ein gemeinsames Suchen nach präventiven Lösungen.

Wo geht es hin?

Mußten wir anfänglich noch um „Kunden“ für diese Art von Veranstaltungen werben, so sind wir schon bald froh, wenn keine neuen Betriebe mehr anrufen. Das heißt, nachdem es uns nun gelungen ist, viele Betriebe für diese Art Arbeit zu sensibilisieren, scheint es nun Aufgabe zu sein, Wege zu finden, wie all diese Arbeit geleistet werden kann. Wir als kommunale Stelle der Stadt Zürich sind natürlich längerfristig nicht in der Lage, dieses Bedürfnis abzudecken. Auch scheint es uns nicht sinnvoll, weiterhin diese Arbeit kostenlos (aus Steuergeldern finanziert) anzubieten, an Kunden, die finanziell problemlos in der Lage wären, diese Arbeit entsprechend zu honorieren. Unsere Perspektiven teilen sich daher in zwei Richtungen: Zum einen wollen wir mittelfristig Multiplikatoren ausbilden, die freiberuflich diese Kurse durchführen können. Wir werden daher ein entsprechendes Schulungskonzept für Multiplikatoren im Unternehmens- und Industriebereich ausarbeiten. Zum anderen wollen wir, nachdem wir jetzt auf sechs Jahre Erfahrung mit diesen Schulungen zurückblicken können, eine noch etwas differenziertere und effizientere Evaluation anstreben. Zusammen mit entsprechenden Fachleuten möchten wir eine bestmögliche Auswertung dieser Kurse erreichen. Denn, kommen einmal schlechtere Zeiten, wird sich aus Budgetfragen in den Betrieben schnell die Frage stellen: „Was ist der Nutzen dieser Kurse?“ Und für diese Fragen wollen wir bis zu diesem Zeitpunkt eine möglichst gute Antwort bereit haben.

Unsere längerfristige Aufgabe als kommunale Stelle scheint uns also nicht die Durchführung aller durch unsere Akquisition entstandenen Kurse und Schulungen zu sein, sondern eher die weitere innovative Arbeit, welche ergänzenden Angebote im Bereich „Suchtprävention am Arbeitsplatz“ gemacht werden könnten. Diese innovative Arbeit, scheint uns, wird vorteilhafter von einer kommunalen Stelle erledigt, da sie nicht unter dem Druck der finanziellen Abgeltung steht. So, denke ich, ist auch eine gute Zusammenarbeit zwischen freiberuflichen Fachleuten und kommunalen Stellen möglich. Diese Arbeitsteilung, das haben Vorgespräche mit einzelnen Betriebsverantwortlichen gezeigt, muß jedoch sehr, sehr sorgfältig geschehen, da die entstandenen Vertrauensverhältnisse zwischen den Verantwortlichen unserer Fachstelle und den Verantwortlichen der Betriebe die fundamentale Basis dieser Suchtpräventionsarbeit darstellen.

Vermeidung vorzeitiger Fahrdienstuntauglichkeit in einem öffentlichen Verkehrsbetrieb

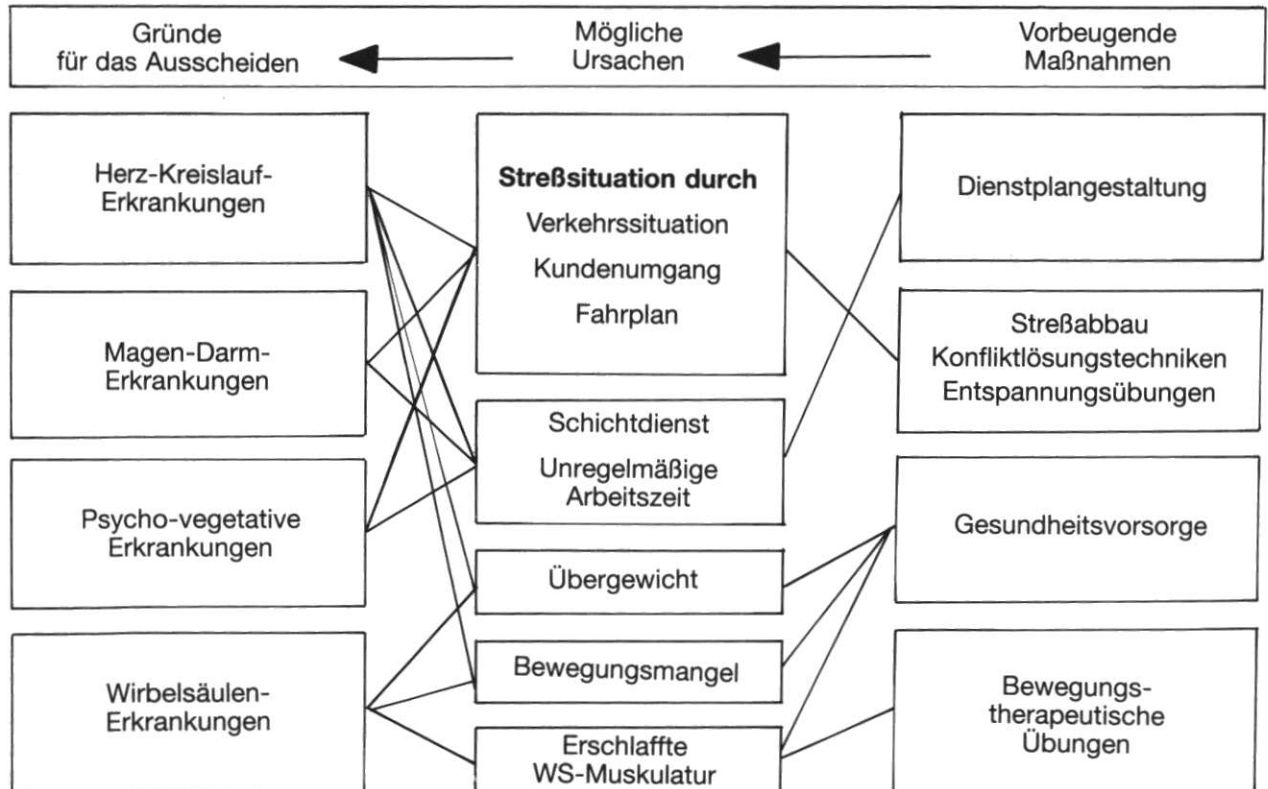
Nicht nur bei den Verkehrsbetrieben in Nürnberg, sondern bei allen Verkehrsbetrieben in der Bundesrepublik, ist das vorzeitige Ausscheiden von Mitarbeitern wegen „Fahrdienstuntauglichkeit“ ein zentrales Problem. Nur ein geringer Prozentsatz (in Nürnberg 3 %) erreicht als Fahrer das Rentenalter mit 63 Jahren. Der Anteil dieser Gruppe erhöht sich auf 15 %, bezieht man Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein, die als anerkannte Schwerbehinderte von der Möglichkeit des vorgezogenen Ruhestandes Gebrauch machen. Die überwiegende Mehrheit scheidet vorzeitig aus dem Fahrdienst aus:

- 21,5 % wegen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit
- 13,8 % werden in den betrieblichen Ruhestand versetzt
- 44,6 % werden innerbetrieblich umgesetzt, davon mehr als die Hälfte aufgrund eines ärztlichen Gutachtens.

Wichtig ist, daß bei der ärztlichen Attestierung der „Fahrdienstuntauglichkeit“ nicht nur allgemeine verkehrsmedizinische Gründe in Frage kommen, sondern auch arbeitsmedizinische Gründe, die die konkreten Arbeitsbedingungen im öffentlichen Nahverkehr berücksichtigen. Ein weiterer Aspekt, unter dem Fahrdienstuntauglichkeit attestiert wird, ist die gesundheitliche Prävention, wenn durch die frühzeitige Herausnahme aus dem Fahrdienst eine Verschlechterung bestehender Gesundheitsstörungen und vorzeitiger Invalidität vermieden werden kann.

Betrachtet man die Diagnosen, die im Jahr 1986 zum vorzeitigen Ausscheiden aus dem Fahrdienst führten, so stehen Erkrankungen der Wirbelsäule und des Skeletts mit 58 % deutlich an der Spitze. An 2. Stelle liegen die Herz-Kreislaufkrankungen mit 34 %. Psychovegetative Erkrankungen spielen mit 12 % ebenso wie Magen-Darm-Erkrankungen mit 5 % lediglich eine nachgeordnete Rolle. Die Abbildung

Projekt: „Arbeitshumanisierung im Fahrdienst“
 HDA-PROBLEMZUSAMMENHANG



zeigt bestehende, möglicherweise ursächliche Verbindungen zwischen der Ist-Situation der Fahrer im Betrieb und den gefundenen Erkrankungen. Des Weiteren ist aufgezeigt, auf welche Weise der Betrieb im Rahmen des Forschungsprogramms intervenieren wollte. Zugrunde lag diesem Zusammenhangsschema die Hypothese, Ursache für Fahrdienstuntauglichkeit seien die Belastungen des Fahrdienstes.

Nachdem die technischen Rahmenbedingungen für eine ergonomische Gestaltung des Fahrerarbeitsplatzes weitestgehend realisiert waren, wurden folgende Maßnahmen ausgewählt.

1. Schulung der Mitarbeiter mit dem Ziel, die Mitarbeiter dabei zu unterstützen, die individuellen Risikofaktoren zu reduzieren. Zu berücksichtigen waren dabei neben den individuellen Gesundheitsrisiken wie Übergewicht, Rauchen, Bewegungsarmut und falsche Ernährung auch die Beratung bezüglich der Wohnbedingungen und des Wohnortes.
2. Neben diesen allgemeinen Schulungen im Rahmen des Fahrerschulungsprogrammes wurde einer ausgewählten Gruppe von 60 Mitarbeitern ein Seminarprogramm angeboten. Schwerpunkt in diesem Programm waren Vorträge über die richtige Ernährung, praktische krankengymnastische Übungen, Kursteile mit dem Erlernen von aktiven Entspannungsübungen nach Jakobsen und Rollenspiele.

Eine Kontrollerhebung durch das projektbegleitende soziologische Institut nach einem Jahr ergab für alle diese Maßnahmen keine signifikante Besserung bezüglich der Fehlzeiten und der vorzeitigen Arbeitsunfähigkeit. Auch die vorgetragenen Beschwerden haben in keiner Gruppe signifikant abgenommen.

Entsprechend dem Belastungs-Beanspruchungskonzept wurde eine 2. Hypothese formuliert:
„Erkrankungen bei den Fahrern sind Ausdruck norma-

len altersbedingten Verschleißes. In Verbindung mit den hohen gesundheitlichen Anforderungen im Fahrdienst führen sie vor Erreichen des Rentenalters zu Fahrdienstuntauglichkeit.“

Zur Überprüfung dieser Hypothese wurden Versuche unternommen, die Belastung, vor allem älterer Fahrer und Fahrerinnen, zu reduzieren. Da dies qualitativ nicht möglich war, wurde die Quantität der Belastung, d. h. die Arbeitszeit für diese Mitarbeitergruppe reduziert. Für über 57jährige Mitarbeiter wurde eine sogenannte „Schonrotte“ eingerichtet, deren wöchentliche Arbeitszeit um etwa 5 Stunden verkürzt wurde. Des Weiteren wurde die Möglichkeit geschaffen, gesundheitlich angeschlagene Mitarbeiter normalschichtig und bei halbiertem Arbeitszeit im Fahrdienst weiter zu beschäftigen.

Diese drastische Arbeitszeitverkürzung für ältere und leistungsgewandelte Mitarbeiter brachte einen nachweisbaren Erfolg. Die krankheitsbedingten Fehlzeiten gingen deutlich zurück. Die Zahl der notwendigen innerbetrieblichen Umsetzungen wegen attestierter Fahrdienstuntauglichkeit nahm ab.

Die durch den erhöhten Personalbedarf verursachten Kosten ließen sich betriebswirtschaftlich rechtfertigen. Einerseits wurden dadurch Fehlzeiten vermieden, zum anderen konnte auf einen überplanmäßigen Einsatz von ungesetzten Mitarbeitern verzichtet werden.

Während in der ersten Phase lediglich die Gruppe der Straßenbahnfahrer von dieser „Sonderrotte“ profitierte, wurde zwischenzeitlich, nicht zuletzt wegen des offensichtlichen Erfolges, auch den Bus- und U-Bahnfahrern eine vergleichbare Sonderrotte angeboten.

Wenngleich, wie oben erwähnt, Vorträge zur Gesundheitsberatung und die Vermittlung krankengymnastischer Übungen bisher keinen nachweisbaren Erfolg gebracht haben, wurden diese Maßnahmen in veränderter Form dauerhafter Bestandteil der Fahrer-ausbildung und Fahrernachschulung.

Gesundheitsfördernde Unternehmenspolitik der Zukunft: Gesundheitsförderung nach innen und außen

In den letzten Jahren gewinnt das Gesundheitsthema unter dem Eindruck der „Human Resources“ – Diskussion (Stichwort: Wie gewinne und behalte ich kompetente Mitarbeiter), den Überlegungen zur Mitarbeitermotivierung (Stichwort „Innere Kündigung“) und dem zunehmenden Interesse der Mitarbeiter an einer gesunden und umweltfreundlichen Arbeitsumgebung (Stichwort „Sick Building-Syndrome“) deutlich an Interesse. Im folgenden soll deshalb ein kleiner strategischer Ausblick auf die Zukunft der betrieblichen Gesundheitsförderungspolitik versucht werden. Dabei ist dem Verfasser bewußt, daß der Ist-Zustand in den meisten Bereichen dies als „far ahead“ ansehen läßt. Trotzdem ist es notwendig, mögliche langfristige Verknüpfungslinien schon heute anzudeuten. Erst ihre Kenntnis erlaubt eine abgestimmte Einfügung des Gesundheitsförderungskonzepts in eine gesamte Unternehmensstrategie.

1. Von betrieblicher Gesundheitsförderung über betriebliche Gesundheitspolitik zur Einflußnahme auf die städtische Umwelt

Gesundheitsförderungsaktivitäten, etwa wie das Angebot einer Rückenschule, die Möglichkeit für Streßpräventionskurse oder ein Suchtpräventionsprogramm, unterliegen immer dem Dilemma der Konsistenz und inhaltlichen Übereinstimmung dieser Angebote an die Mitarbeiter mit dem allgemeinen Corporate Climate und der Corporate Identity des Unternehmens nach innen wie nach außen. Letztlich werden die Mitarbeiter einer fürsorgenden Haltung des Unternehmens eher skeptisch bis widerständig gegenüberstehen, wenn sie gleichzeitig auf anderen Ebenen die Unternehmensführung als nicht-fürsorgend interpretieren. Ein weiterer Grund für Skepsis gegenüber wohlgemeinten aber nicht in die Betriebskultur integrierten Angebote liegt in der schwachen Kosten-Nutzen-Performance vieler solcher Maßnahmen, die die zentralen Dilemmata aller medizinischen Maßnahmen teilen, die Kurzlebigkeit ihrer Wirkungen und der hohe Personalaufwand zur Erzielung von Wirkungen.

Für eine Reihe von Gesundheitsförderungsprogrammen in den USA war dies Anlaß, weiterzugehen zur konzeptionellen Entwicklung einer integrativen, das gesamte Unternehmen durchziehenden Gesundheitspolitik.

Dies bedeutet, sowohl die Sphären der Mitarbeiter, des Arbeitsschutzes, der inneren Führung, der

Betriebliche Gesundheitspolitik

durchleuchtet

- das Unternehmen als Ganzes auf seine Gesundheitsförderlichkeit, insb. aber
- die Organisation des Arbeitsschutzes,
- den Stil der inneren Führung,
- die betrieblichen Reaktionsformen auf Alkohol etc.
- die Ursachen für Fehlzeiten

untersucht

- die gesundheitliche und ökologische Qualität der verwendeten Arbeits-, Büro- und Gebäudematerialien

überprüft und verändert

- die Produktpalette in bezug auf ihre gesundheitliche Qualität

entwickelt

- eine strategische Vision und einen pragmatischen Umsetzungsplan für eine realistische Neuorientierung

betrieblichen Reaktionsformen auf Alkohol etc. zu durchleuchten, als auch die gesundheitliche und ökologische Qualität der verwendeten Arbeits-, Büro- und Gebäudematerialien sowie schließlich die Sphäre der Produkte des Unternehmens auf ihre gesundheitliche Qualität zu überprüfen und in einem Prozeß gezielter Organisationsentwicklung zu optimieren. Erst wenn die Beschäftigten durchgängig erkennen, daß der Unternehmensleitung die Gesundheit wichtig ist (und sich dies auch in entsprechenden Investitionssummen niederschlägt) wird dies auch zu einer entsprechenden Veränderung eigener Lebensstile und der dafür erforderlichen Motivation führen.

2. Argumente für eine betriebl. Gesundheitspolitik

Im folgenden will ich eine kurze stichwortartige Zusammenfassung der zentralen Argumente für eine betriebliche Gesundheitspolitik referieren, soweit sie uns aus der betrieblichen Praxis vorgetragen wurden:

- **Fehlzeiten:** Wenn sich der Krankenstand von 11,5 % nur um einen Prozentpunkt verringern lassen würde, so errechnete ein Automobilhersteller für einen norddeutschen Standort mit 2000 Beschäftigten, ließen sich eine Million DM einspa-

ren. Der AOK Hamburg und der Firma Beiersdorf ist eine 1prozentige Reduzierung der Fehlzeiten in Verbindung mit gewissen Marketing-Interessen insgesamt eine Investition von über 18 Millionen DM auf fünf Jahre wert. Eine 1prozentige Reduzierung des Krankenstandes heißt dort eine Einsparung von über drei Millionen DM pro Jahr.

- **Personalfuktuation:** Ein Ernstnehmen der Sorgen und Gesundheitsbelastungen der Mitarbeiter und ein sichtbares Engagement des Unternehmens fördert das Betriebsklima insgesamt und führt damit zu erhöhter Arbeits- und Leistungsbereitschaft, geringerer Personalfuktuation mit entsprechenden Einarbeitungs- und Ausbildungskosten. Ein norddeutsches Unternehmen des Transportgewerbes, das über einen Zeitraum von fünf Jahren ein tatsächlich umfassendes derartiges Programm einführte, kann von einer Senkung der Fehlzeiten um fünf Prozentpunkte (!) verbunden mit einer um über die Hälfte verringerten Fluktuation berichten.
- **Attraktivität des Unternehmens:** Im Zuge eines leeren Arbeitsmarktes für qualifizierte Beschäftigte wird es für Unternehmen immer wichtiger, sich mit zusätzlichen Leistungen einen Attraktivitätsvorsprung zu sichern. Bereits heute geben 72 % der Bevölkerung Gesundheit als ihre wichtigste Sorge an. Insbesondere im Handwerk und in der EDV-Branche zeigen sich die ersten Auswirkungen, die in den nächsten Jahrzehnten nach allen Berechnungen der Statistiker verstärkt auch in anderen Industriebereichen auftreten werden. Nicht von ungefähr sind dies neben dem Medienbereich auch die interessiertesten Branchen, soweit wir dies aus den Beratungen feststellen können.
- **Innerbetriebliche Kommunikation:** Die innerbetriebliche Kommunikation mit dem Betriebsrat kann positiv beeinflusst werden (die frühzeitige Kooperation mit Betriebsrat und Interessenvertretern in der Entwicklung von Gesundheitsförderungsprogrammen ist inzwischen [fast] selbstverständlicher Standard). Von einzelnen Unternehmen wird inzwischen allerdings von Sorgen berichtet, daß manche Betriebsräte mit diesen – von ihnen ja oft lange und hart geforderten – Veränderungen nicht Schritt halten können, sich manche sogar in ihrer Stellung als Interessenvertreter bedroht sehen, weil sich die gängigen Verhandlungsrituale als überflüssig erweisen. Hier ist viel Sorgfalt und Einfühlungsvermögen bei der Einführung und Moderation entsprechender Programme gefordert.
- **Positives Image des Unternehmens nach außen:** Einige Industriezweige haben deutlich verspürt, welche Absatzprobleme ihnen in den letzten Jahren im Zeichen stärkeren Gesundheits- und Umweltbewußtseins entstanden sind. Viele Anzeichen sprechen dafür, daß die aktuelle „Umweltwelle“ von einer tiefer und die Menschen noch stärker ergrei-

fenden „Gesundheitswelle“ übertroffen werden wird. Betriebliche Gesundheitsförderung, gekoppelt mit einer umfassenden „Gesundheitspolitik“ des ganzen Unternehmens, ist ein wesentlicher positiver Faktor für die Dialoge mit der Öffentlichkeit. Übrigens: Das Image wirkt nicht nur nach außen, sondern auch nach innen in die Reihen der Mitarbeiter und beeinflusst ihre Bereitschaft, sich kreativ für den Unternehmenserfolg einzusetzen.

- **Geteilte Finanzierung:** Zahlreiche Krankenkassen finanzieren und unterstützen betriebliche Maßnahmen der Gesundheitsförderung, da sie zusätzlich zu der Verpflichtung, die ihnen das Gesundheitsreformgesetz auflagt, auch gelernt haben, daß sich diese Investitionen rechnen.

Schritte zu einem integrierten unternehmerischen Gesundheitsengagement

- Bestandsaufnahme der Ist-Situation im Unternehmen hinsichtlich Fehlzeiten, Arbeitszufriedenheit, Gesundheitsbelastung, internen Gesundheitsangeboten, Imagezuschreibung
- Zieldefinition und Konsensherstellung auf der betrieblichen Führungsebene incl. Arbeitnehmervertretung
- Entwicklung einer integrierten Konzeption unter Verwendung von Mitarbeiter- und Bevölkerungsumfragen,
- Diskussion der Konzeption innerhalb des Unternehmens, ggfls. Veränderung
- Umsetzung der Konzeption mit begleitender Dokumentation und interner wie externer Kommunikation / Pressearbeit
- Ergebnisauswertung und Zielüberprüfung, ggfls. Ziel- und Maßnahmenanpassung.

3. Betriebliche Gesundheitspolitik weitergedacht

Eine weitere Stufe mit einem zusätzlichen Synergieeffekt ergibt sich, wenn das Unternehmen nicht nur nach innen, sondern auch nach außen eine Verantwortung für Gesundheit und eine gesunde Umwelt übernimmt. Bevor hierzu einige Überlegungen vorgebracht werden sollen, bittet der Verfasser um Verständnis für einen kleinen Exkurs, mit dem er einen möglichen Rahmen für eine solche Übernahme von Verantwortung skizzieren möchte.

Exkurs: „Gesunde Städte“ – ein Projekt der Weltgesundheitsorganisation

Ein Projekt der Weltgesundheitsorganisation – WHO – hat unter dem Namen „Gesunde Städte“ inzwischen über 500 Städte in der ganzen Welt zur Mitarbeit angeregt. Daß sich jetzt Städte zu einem Netzwerk „Gesündere Städte“ zusammengeschlossen haben,

ist Ausfluß des Bedeutungszuwachses von Gesundheit. Es ist aber gleichzeitig auch einer weiteren Einsicht geschuldet, nämlich der, daß die klassische Behandlung des Problems Krankheit – die kurative Medizin – allein oft nicht mehr in der Lage ist, das Problem zu lösen. Die „Reparatur“ im Einzelfall wird zu teuer und zu aufwendig, deshalb wird nach Möglichkeiten der Vorbeugung gesucht. Ziel der im Netzwerk der WHO zusammengeschlossenen Städte ist deshalb, die Lebensbedingungen und Lebensmöglichkeiten ihrer Bürger so gesundheitsförderlich wie möglich zu machen. Dies umfaßt Maßnahmen auf verschiedenen Ebenen.

- a) Für besondere Zielgruppen, etwa für Schülerinnen und Schüler gesunde Pausenfrühstücke, die Entwicklung von Freizeit- und Bewegungsmöglichkeiten für gestreßte Großstadtbewohner, oder Projekte für die bestmögliche Erhaltung der Selbständigkeit von alten Menschen;
- b) Gezielte Programme für gesundheitliche Problemfelder, etwa zur Minderung der Lärmbelastung durch Verkehr, zur Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder zur Umweltbelastung bei Kindern;
- c) Institutionelle Veränderungen auf der Behörden- und Ämterebene (Einführung von Projektmanagement, Matrix-Organisation, Verflachung von Hierarchieebenen);
- d) Initiierung von Modellprojekten von anderen Trägern, z. B. „Gesunde Betriebe“, Schulen, Krankenhäuser u. a. m.

Zentral ist dem WHO-Projekt der Gedanke der Eigeninitiative. Dies gilt sowohl für die Aufnahme der Städte in das Projekt, als auch für die Durchführung des Projekts in den Städten selber und die Beteiligung von Bürgern und Institutionen der Stadt.

„Gesündere Zukunft für Hamburg“ – Beispiel einer lokalen Umsetzung

In Hamburg hat der Verfasser im Rahmen einer Innovationsagentur „Werkstatt Gesundheit“ und im Auftrag der Stadt Hamburg daran mitgewirkt, für die lokale Umsetzung dieser Gedanken einen Zusammenschluß mit dem Namen „**Gesündere Zukunft für Hamburg**“ aufzubauen. Inzwischen ist dieser in einer regelmäßig tagenden „Gesundheitsförderungskonferenz Gesündere Zukunft für Hamburg“ verstetigt worden. Neben vielen klassischen Organisationen des Gesundheitsbereichs und Vertretern des Handels, des Handwerks gehören diesem Zusammenschluß – ganz im Sinne des Gedankens der Eigeninitiative – u. a. auch eine Reihe von Bürgerinitiativen zu Gesundheit und sozialen Aspekten an. In Arbeitskreisen werden aktuell konkrete Konzepte und Aktivitäten entwickelt, der Austausch gepflegt und Zukunftsprogramme ausgedacht. Die Themenbereiche reichen von „Selbstbe-

stimmtes Altern“ über „Ernährung und Umwelt“ bis hin zu „Vorfahrt für den Menschen: Gesundheit und Straßenverkehr“.

Möglichkeiten des aktiven Engagements der Wirtschaft

Von besonderem Interesse für Unternehmen erweist sich, daß es im Bereich der Gesundheitsförderung keine staatlichen Vorschriften gibt, sondern daß es den Unternehmensleitungen überlassen ist, in freier Gestaltung und ohne vorgegebene Grenzen etwas Neues zu formen.

Erste Anregungen und Ideen aus anderen Städten bzw. vergleichbaren Projekten liegen bereits vor, folgende Beispiele seien daher erwähnt und jeweils mit Überlegungen für ortsansässige Unternehmen verknüpft (ähnliches gilt für die anderen knapp dreißig deutschen Städte, in denen ebenfalls Gesunde-Städte-Projekte bereits aufgebaut worden sind).

- In **Mailand** wurde zusammen mit einem örtlich ansässigen Hersteller von Baby- und Kinderartikeln eine Kampagne des dortigen Projektes *Gesunde Stadt – citta sané* – gestartet zur Unfallverhütung bei Kleinkindern im Kinderzimmer und in den Kindergärten. Einzelne Projekte, etwa eine solche Kampagne, können in public-private partnership durchgeführt werden. Vielfältige Möglichkeiten des Sponsoring, aber auch aus der stillen Beteiligung oder der Beteiligung über Beratungsleistungen, Materialien, technische Dienstleistungen sind denkbar.

- In **Philadelphia** gibt es eine Organisation „Business Volunteers for the Arts“, in der Manager als ehrenamtliche Experten ihr betriebswirtschaftliches Wissen, Kunst- und Kulturinitiativen zur Verfügung stellen. Gleiches ließe sich für den Sozial- und Gesundheitsbereich denken. Hier mangelt es häufig an gutem Managementwissen. Über „Gesündere Zukunft“ ließe sich eine Wissensaustauschbörse organisieren, und da ein wechselseitiger Austauschprozeß viele Vorteile hat, ließe sich überlegen, ob nicht auch das „Sozialwissen“ wiederum als Gegenwert die Sozialabteilungen in den Unternehmen befruchten kann.

- Aus **Liverpool** wurde kürzlich berichtet, daß eine Supermarktkette in Verbindung mit einem aktiven Marketing durch das dortige Healthy Cities Projekt eine Umstellung ihres Sortiments hin zu vollwertigeren und frischen Nahrungsmitteln aus ökologischem Anbau begonnen hat. Auf Hamburg bezogen könnte bei einer vergleichbaren Warenumstellung eine „Gesündere Zukunft“ – Label, ähnlich einem Gütesiegel, wie dem „Umweltengel“, verliehen werden.

- Die Firma „Fruit of the Loom“ hat in **Irland** neben einem eigenen Gesundheitsförderungsprogramm zur Förderung von Wohlbefinden und Fitneß im Betrieb auch mit der Gemeinde ein Gesundheitsaufklärungs-

programm gestartet und unterhält zu einem wesentlichen Teil das örtliche Schwimmbad. Auch für deutsche Firmen wäre die gemeinschaftliche Unterhaltung von Gesundheitsförderungsprogrammen, etwa zusammen mit einer Krankenkasse, einem Verein oder einem Gesundheitsamt denkbar. Insbesondere bei Suchtproblemen und zu Fragen des Arbeitsstresses, ziehen es viele Mitarbeiter ohnehin vor, außerhalb des Unternehmens solche Probleme zu erörtern bzw. Selbsthilfegruppen zu besuchen.

- Aus **Barcelona** wird von einem Wettbewerb zum Thema „Arbeit und Gesundheit“ berichtet, in dem Arbeiter selber und aber auch Unternehmen oder Spezialisten Vorschläge und Beispiele von durchgeführten Aktivitäten einreichen. Einmal im Jahr vergibt eine Jury dann diese Preise zusammen mit dem Bürgermeister der Stadt. Die WHO selber ist im Moment in den Vorbereitungen dazu, ein Programm „Healthy Companies“ aufzulegen.

- In der Stadt **Horsens** in Dänemark und auch in **München** wird momentan überlegt, einen „Wirtschaftsgesprächskreis Gesunde Stadt“ zu gründen, über den die Mitarbeit der Wirtschaft untereinander abgestimmt wird. Zur Verwertung des in den letzten drei Jahren gesammelten Know-hows wurde von der Stadt Horsens über Vermittlung der lokalen Industrie- und Handelskammer inzwischen eine gemeinsam von der Stadt und drei örtlichen Unternehmen getragene GmbH gegründet. Ähnliches ist im Grunde in jeder anderen Stadt denkbar, wobei sicherlich der je unterschiedliche Entwicklungsstand des Gesunde-Stadt-Projekts berücksichtigt werden muß.

4. Argumente von Unternehmen für eine „Gesundheitspolitik nach außen“

Aus Gesprächen mit insbesondere Hamburger Unternehmen sollen im folgenden einige der wichtigsten Argumente zusammengestellt werden, die nach Ansicht der Betriebsleitungen und Vorstandsmitglieder für ein Engagement von Unternehmen für – in diesem Fall – die Unterstützung des lokalen Projekts „Gesündere Zukunft für Hamburg“ sprechen:

- **Fehlzeiten auf Grund familiärer Belastungen:**

Vor allem von Frauen, zunehmend aber auch von Männern ist bekannt, daß Erkrankungen der Kinder einen großen Anteil ihrer Fehlzeiten ausmachen. Eine zehnprozentige Reduzierung kindlicher Bronchitis-erkrankungen aufgrund verbesserter Luft- und Umweltsituation bzw. sozialer Betreuungsmöglichkeiten schlägt sich entsprechend auch in einer Reduzierung der betrieblichen Fehlzeiten nieder.

- **Öffentlichkeitsarbeit:**

Ein gestiegenes Gesundheitsbewußtsein in der Bevölkerung läßt ein unternehmenspolitisches Engagement für ein allgemein positiv besetztes Ziel „Gesündere

Möglichkeiten des aktiven Engagements der Wirtschaft

- Eigene Gesundheitsförderungsprogramme im Betrieb
- Unterstützung anderer Gesundheitsförderungsprogramme / public-private partnership
- Umstellungen des Warenangebots / Verleihung eines Gütesiegels
- Sponsoring von Projekten, Kampagnen
- Anzeigenschaltung zur Unterstützung von Gesunde-Städte-Projekten
- Zurverfügungstellung von Managementwissen / Wissensaustauschbörse „Gesündere Zukunft“
- Wirtschaftsgesprächskreis „Gesündere Zukunft für Stadt X“
- Wettbewerb zum Thema „Arbeit und Gesundheit“
- Teilnahme an dem WHO-Programm „Healthy Companies“

Zukunft für Hamburg“ als sehr hochwertig erscheinen. Nach Ansicht einiger Vordenker in den Chefetagen zeichnet sich ab, daß nach der „Umwelt“-Diskussion eine „Gesundheits“-Diskussion die Öffentlichkeit beherrschen wird.

- **Synergieeffekt:**

Ein innerbetriebliches Gesundheitsförderungsprogramm läßt sich hervorragend mit einem Engagement auch in dem Bezirk der Niederlassung oder der Stadt insgesamt kombinieren. Das Unternehmen gewinnt an Profil und Überzeugungskraft und die Mitarbeiter haben Wahlmöglichkeiten, ob sie an ihrem Wohnort oder am Arbeitsplatz z. B. einen Kursus belegen wollen. Eine positive Identifikation fördert die Leistungsbereitschaft der Mitarbeiter wie die Kaufbereitschaft der Konsumenten.

- **Gesellschaftspolitische Verantwortungsübernahme:**

Die kritische Haltung der Öffentlichkeit gegenüber der Arbeitgeberschaft resultiert nicht zuletzt aus der mangelnden Übernahme gesellschaftlicher Verantwortung in der jüngeren Vergangenheit. Durch public-private-partnership im Gesundheitsbereich entsteht hier ein sehr großer Spielraum für gezielte Interventionen. Insbesondere die besonderen Kompetenzen von Unternehmen, etwa hinsichtlich Management, hinsichtlich PR oder hinsichtlich technischer Arbeitsleistungen können gezielt eingebracht und oftmals durch den Rückfluß anderer Kompetenzen bereits ausgeglichen werden.

- **Gemeinsames Standortinteresse:**

Um qualifizierte Mitarbeiter in einer Stadt zu halten, bzw. dorthin zu gewinnen, müssen Standortbedingun-

gen geschaffen werden, die attraktiv sind. Die Grünsituation einer Stadt, die Freizeitangebote, die Gesundheitsvoraussetzungen und die Krankheitshäufigkeit etwa von Kindern sind insbesondere für junge Familien von entscheidender Bedeutung. Die überproportionale Ansiedlung gesundheitsbewußter Industrie und Dienstleistungen erscheint darüber hinaus auch unter Wettbewerbsgesichtspunkten für die Stadt als Ganzes und unter dem Aspekt von Know-how-Transfer für Einzelunternehmen als vorteilhaft.

5. Eine Arbeitsgemeinschaft gesundheitsorientierter Unternehmen

Aus Gesprächen mit einzelnen Unternehmen entnimmt der Verfasser Interesse an der Gründung einer Arbeitsgemeinschaft von Unternehmen, die sich selber als Vorreiter auf dem Gesundheitsgebiet ansehen und im Erfahrungsaustausch und auch mit gezielten Kampagnen und Marketingaktionen auf diese Inno-

vationsrolle aufmerksam machen wollen. Dies könnte etwa in Anlehnung an eine ähnliche Initiative im Umweltbereich erfolgen, die Bundesarbeitsgemeinschaft umweltbewußtes Management – BAUM. Die Gründung einer solchen Arbeitsgemeinschaft wäre sicherlich eine interessante Herausforderung, ein längerer Vorbereitungsprozeß unumgänglich.

Zum Abschluß sei betont, daß zwar manche der Vorschläge und Überlegungen in diesem Referat für die Gesundheitsdiskussion noch relativ neu und ungewöhnlich, in der allgemeinen Managementdiskussion aber inzwischen fast schon Standard darstellen. Für die an Gesundheitsfragen interessierten Kreise aus dem Management bietet sich damit die Möglichkeit, aus dem bisherigen Schattendasein, was dem Gesundheits- und Sozialwesen in Betrieben oft attestiert wird, herauszutreten und Gesundheit zu einer Top-level-Entscheidung innerhalb der Unternehmensstrategie zu machen.

Zusammenfassung und Schlußfolgerungen

Günter Conrad

Die Konferenz machte deutlich, daß in den vergangenen Jahren im deutschsprachigen Raum eine breite Entwicklung zur Intensivierung des Themas Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz eingesetzt hat. Großunternehmen haben ihre gesundheitsfördernden Aktivitäten weiter ausgebaut, vor allem im Bereich der Beratungs- und Kursangebote zur Verbesserung des Gesundheitsverhaltens ihrer Mitarbeiter.

Krankenkassen haben, nicht zuletzt aufgrund der gesetzlichen Verpflichtung des § 20 SGB, ihr Engagement in der betrieblichen Gesundheitsförderung verstärkt, und neue Akteure aus der allgemeinen Gesundheitsförderungsbewegung ergänzen die zunehmend präventive Ausrichtung der traditionellen Arbeitssicherheits- und Gesundheitsschutzsysteme und geben ihnen zusätzliche Impulse. Auch in den Klein- und Mittelbetrieben gewinnen gesundheitsfördernde Maßnahmen zunehmend an Bedeutung.

Diese überaus positiven Entwicklungen sind sicherlich auch auf Veränderungen der weiteren gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen zurückzuführen. Hervorzuheben sind hier vor allem das zunehmende gesellschaftliche Bewußtsein zu Fragen der Ökologie, Umwelt und Gesundheit sowie die Belastungen der Unternehmen durch die zunehmende Überalterung ihrer Personalstrukturen, die knapper werdenden Ressourcen an qualifizierten Fach- und Führungskräften sowie die durch Krankheit und Fehlzeiten verursachten Kosten, die für die Bundesrepublik auf 60 bis 80 Milliarden D-Mark jährlich geschätzt werden.

Diese Rahmenbedingungen sind zweifelsohne wichtige Antriebsfedern für den weiteren Ausbau betrieblicher Gesundheitsförderung. Dies wurde in den einleitenden Referaten der Vertreter des Arbeitgeberverbandes und des Deutschen Gewerkschaftsbundes deutlich. So wurde von Arbeitgeberseite neben dem Kostendruck auch auf die Notwendigkeit der Verbesserung des Umwelt- und Gesundheitsimage vieler Betriebe hingewiesen. Seitens des Vertreters des Deutschen Gewerkschaftsbundes wurde im Zuge der Vorstellung der „Tarifreform 2000“ festgestellt, daß viel dafür spricht, „daß betriebliche Gesundheitspolitik/Gesundheitsförderung im Rahmen einer Politik zur Neugestaltung der ‚Arbeitskultur‘ wieder stärker in

den Mittelpunkt gewerkschaftlicher Aktivitäten rückt. Eine solche Politik entspricht neuen Einstellungen der Arbeitnehmer zur Qualität von Arbeit und Leben: Sensibilisierung für ökologische Fragen, Gesundheitsbewußtsein, höhere Ansprüche an die Gestaltung von Arbeitsorganisation, Arbeitsinhalten und Arbeitsumwelt“.

Die Konferenz hat auch gezeigt, daß die Grundsätze und Ziele der europäischen WHO-Regionalstrategie „Gesundheit für alle“ sowie der „Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung“ auch für den Bereich der Arbeitswelt zu greifen beginnen. Gesundheit und Wohlbefinden und nicht nur Abwesenheit von Krankheit rücken wieder stärker in den Mittelpunkt. Selbstbestimmung, Partizipation und multisektorales Denken bei der Organisation von Gesundheit beginnen sich auch in der betrieblichen Gesundheitsförderung durchzusetzen. Die zunehmende Etablierung von „Gesundheitszirkeln“ und „Arbeitskreisen für Gesundheit“ in vielen Betrieben und Unternehmen sind hier nur die sichtbarsten Zeichen.

Trotz all dieser positiven Zeichen geht die notwendige Entwicklung hin zu einer umfassenden gesundheitsfördernden Unternehmenspolitik jedoch nur langsam voran. Unternehmen sehen Gesundheit immer noch zu häufig nur als Kostenfaktor, bestenfalls „Sozialfall“, und nicht zugleich auch als Investitionsfaktor zur Verbesserung von Wohlbefinden, Arbeitszufriedenheit, Arbeitsqualität und Produktivität. Ansätze hierfür waren im Rahmen der Konferenz nur für den spezifischen Bereich der betrieblichen Personalentwicklung und -pflege zu erkennen oder in der Bereitschaft einiger Krankenkassen, einen bestimmten – wenn auch kleinen – Prozentsatz ihrer Gesamtetats für Investitionen in die betriebliche Gesundheitsförderung bereitzustellen.

In diesem Zusammenhang war allen Konferenzteilnehmern die Erfahrung gemeinsam, daß eine wirkungsvolle betriebliche Gesundheitsförderung auf Dauer nur über den politischen Willen und mit der vollen Unterstützung der Unternehmensleitung umzusetzen ist. Gesundheit muß zu einem integrierten Ziel allgemeiner Unternehmenspolitik werden und die betriebliche Gesundheitsförderung zu einer unternehmerischen Führungsaufgabe.

Konferenzorganisation, Moderatoren und Berichterstatter

Veranstalter:

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln

Weltgesundheitsorganisation (WHO), Regionalbüro für Europa, Kopenhagen

Konferenzkoordinator:

Harald Lehmann (BZgA, Köln)

Organisationskomitee:

Günter Conrad (WHO, Kopenhagen)

Harald Lehmann (BZgA, Köln)

Dr. Wolfgang Slesina (Universität Köln)

Moderatoren:

AG I Dr. Wolfgang Looss (Connecta Consult, Frankfurt)

AG II Dr. Wolfgang Slesina (Universität Köln)

AG III Hans-Jürgen Bieneck (Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung, Bonn)

Berichterstatter:

AG I Dr. Horst Noack (Universität Bern)

AG II Reinhold Sochert (BKK-Bundesverband, Essen)

AG III Rupert Ahrens (Agentur für Dialog-Kommunikation, Frankfurt)

Konferenzvorbereitung und Tagungssekretariat (BZgA):

Christine Dorer
Referat Auslandsbeziehungen

Inge Krach-Thewissen
Referat Auslandsbeziehungen

Hannelore Frechen
Referat Zusammenarbeit mit Ländern und Verbänden

Franz Galliat
Referat Lehrgänge, Seminare, Erwachsenenbildung

Autoren- und Teilnehmerverzeichnis

Hans Günter Abt

AOK-Landesverband Hessen
Kölner Str. 8
W-6236 Eschborn
Tel.: 0 61 96 / 4 06-2 68
Fax: 0 61 96 / 4 06-2 90

Rupert Ahrens

ADK – Agentur für Dialog-Kommunikation
Postfach 19 01 31
Schmidtstr. 12
W-6000 Frankfurt/Main 1
Tel.: 0 69 / 7 58 04-4 00
Fax: 0 69 / 7 38 44 79

Robert Anderson

European Foundation for the Improvement
of Living and Working Conditions
Loughlinston House
Shankill
Dublin/Irland
Tel.: 0 03 53 / 1-2 82 68 88
Fax: 0 03 53 / 1-2 82 64 56

Dr. Rolf Annuß

IDIS
Westerfeldstr. 35-37
W-4800 Bielefeld 1
Tel.: 05 21 / 8 60 33

Dr. Ricarda Augustin

Medizinische Akademie Dresden
Institut für Poliklinik und
Arbeitsmedizin
Fetscherstr. 74
O-8019 Dresden
Tel.: 00 37 / 51-4 58 24 91

Prof. Dr. Bernhard Badura

Universität Bielefeld
Fakultät für Soziologie
W-4800 Bielefeld 1

Walter Baer

Kommission der Europäischen
Gemeinschaft
Direktion Gesundheit und Sicherheit
Bâtiment Jean Monnet
L-2920 Luxemburg
Tel.: 0 03 52 / 43 01-27 311
Fax: 0 03 52 / 43 01-45 1

Dieter Bercker

bbz-Koblenz
Zentrum für Abhängigkeitsprobleme
Hohenzollernstr. 147
W-5400 Koblenz
Tel.: 02 61 / 124 41
Fax: 02 61 / 146 59

Klaus Biehn

Deutsche Lufthansa AG
Flughafen Tor 25
LCC – Abt. FRA BO 211
W-6000 Frankfurt 75
Tel.: 0 69 / 6 90-56 37

Hans-Jürgen Bieneck

Bundesministerium für Arbeit
und Sozialordnung – Ref. III B 7 –
Rochusstr. 1
W-5300 Bonn 1
Tel.: 02 28 / 5 27-1

Rik Bijl

ALCON
Stichting Alcohol Consultancy
Utrechtseweg 135
NL-3702 AC Zeist
Tel.: 0 03 / 34 04-1 86 24
Fax: 0 03 / 34 04-2 25 71

Dr. Agnes Biró

National Institute of
Occupational Health
Nagyvarad Ter 2
H-1450 Budapest IX
Tel.: 0 03 61 / 27-72-2 22

Ulrich Böhagen

DIN – Deutsches Institut
für Normung e. V.
Kamekestr. 8
W-5000 Köln 1

Uwe Brandenburg

Volkswagen AG
Gesundheitswesen
Postfach
W-3180 Wolfsburg 1
Tel.: 0 53 61 / 92 74 87
Fax: 0 53 61 / 92 82 82

Sybille Brückel

AOK-Bundesverband
Kortrijker Str. 1
W-5300 Bonn 2
Tel.: 02 28 / 8 43-3 52
Fax: 02 28 / 8 43-5 02

Heinz Buchmann

Swiss Institute for the
Prevention of Alcohol Problems
Postfach 870
Av. Ruchonnet 14
CH-1001 Lausanne
Tel.: 00 41 / 21-20 29 21
Fax: 00 41 / 21-23 19 30

Georg Büchler

Boehringer Mannheim GmbH
Postfach 31 01 20
Sandhofer Str. 116
W-6800 Mannheim 31
Tel.: 06 21 / 7 59-33 00
Fax: 06 21 / 7 59-46 27

Antonia Cichy

AOK-Köln, Gesundheitsabteilung
Machabäerstr. 19 bis 27
W-5000 Köln 1
Tel.: 02 21 / 161 84 44

Günter Conrad

Berater Gesundheitsförderung
Uissigheimer Str. 12
W-6977 Gamburg
Tel.: 0 93 48 / 12 74
Fax: 0 93 48 / 13 15

Dr. Hildegard Demmer

Bundesverband der Betriebskrankenkassen
Kronprinzenstr. 6
W-4300 Essen 1
Tel.: 02 01 / 1 79-12 08
Fax: 02 01 / 1 79-10 14

Dr. Werner Eil

Stadtwerke Nürnberg
Betriebsarzt
Am Plärrer 25
W-8500 Nürnberg 81
Tel.: 09 11 / 2 71-31 09 oder 31 73

Dr. Klaus Fabritius

WHO-Liasion Office
Str. Pitar Mos No. 7-13
RO-70151 Bukarest
Tel.: 00 40 / 0-11 29 12
Fax: 00 40 / 0-12 01 73

Jürgen Ferchland

IGOR, Institut für gestalt-
orientierte Organisationsberatung
Wolfsgangstr. 58
W-6000 Frankfurt 1
Tel.: 0 69 / 59 11 44
Fax: 0 69 / 59 64 77 4

Wilhelm Fischer

Hoesch Rote Erde AG
Stabstelle Arbeits- und Gesundheitsschutz
Tremoniastr. 5-11
W-4600 Dortmund
Tel.: 0 23 31 / 12 82 34
Fax: 0 23 31 / 12 83 32

Dr. Peter Franzkowiak

GJG
Adam-Karrillon-Str. 29
W-6500 Mainz
Tel.: 0 61 31/67 07 85

Ingra Freigang-Bauer

RKW – Rationalisierungskuratorium
der Deutschen Wirtschaft
Düsseldorfstr. 40
Postfach 58 57
W-6236 Eschborn
Tel.: 0 61 96/49 52 78
Fax: 0 61 96/49 53 03

Dr. Franz Friczewski

AOK-Landesverband Niedersachsen
Postfach 81 06 09
W-3000 Hannover 81
Tel.: 05 11/87 01-2 14
Fax: 05 11/87 01-2 00

Eckhard Garbrecht

Gesundheitsberatungszentrum
Hauptstr. 102
W-5090 Leverkusen 1
Tel.: 02 14/4 10 05
Fax: 02 14/30-6 15 10

Andreas Geiger

WIAD – Wissenschaftliches Institut
der Ärzte Deutschlands
Godesberger Allee 54
W-5300 Bonn 2
Tel.: 02 28/81 04-1 64
Fax: 02 28/81 04-1 55

Annette Gnegel

Eifbuchenstr. 24
W-3500 Kassel
Tel.: 05 61/77 02 90

Willis B. Goldbeck

WHO-Regional Office for Europe
8, Scherfigsvej
DK-2100 Copenhagen
Tel.: 00 45/39-17 14 58
Fax: 00 45/31-18 11 20

Peter Haller

Mercedes-Benz AG
Verpflegungsbetrieb
Mercedesstr. 1
W-2800 Bremen
Tel.: 04 21/4 19 22 69
Fax: 04 21/4 19 42 84

Dr. Friedrich Hauß

Institut für Gesundheits-
und Sozialforschung GmbH
Otto-Suhr-Allee 18
W-1000 Berlin 10
Tel.: 0 30/34 80 70
Fax.: 0 30/34 80 70

Detlef Hellmers

BKK des Carlswerkes
Philips, Felten und Guillaume
Schanzenstr. 30
W-5000 Köln 80
Tel.: 02 21/6 77-35 92
Fax.: 02 21/6 77-25 80

Susanne Hense

Blumenstr. 49
W-8043 Unterföhring
Tel.: 0 89/9 50 55 17

Georg Hensel

IKK Düsseldorf und Neuss
Ludwig-Erhard-Allee 7
W-4000 Düsseldorf 1
Tel.: 02 11/77 02-2 42
Fax.: 02 11/77 02-1 06

Dr. Wolfgang Herles

ZDF – Studio Bonn –
Langer Grabenweg 45–47
W-5300 Bonn 2
Tel.: 02 28/88 61

Lutz Hertel

Deutscher Wellness Verband e.V.
Fährerweg 24
W-4000 Düsseldorf 31
Tel.: 02 11/3 33-2 22
Fax: 02 11/4 08 04 51

Helmut Hildebrandt

Gesundheits-Consult
Falkenried 74 A
W-2000 Hamburg 20
Tel.: 0 40/48 84 90
0 40/47 64 29
Fax: 0 40/48 89 59

Werner Hofmann-Merbecks

JDAG, Institut für präv. Diagnostik
Aktivitäts- und Gesundheitsförderung
Badstr. 52
W-7250 Bad Schönborn 2
Tel.: 0 72 53/35 57

Dr. Gereon Hoppenkamps

Universität Köln
Institut für Arbeitsmedizin
Joseph-Stelzmann-Str. 9
W-5000 Köln 41
Tel.: 02 21/4 78 60 90

Dr. Margrit Hugentobler

Institute of Labour and Industrial Relations
University of Michigan
303, Victor Vaughan Building
1111 E. Catherine
Ann Arbor, MI 4 81 09/20 54
USA
Tel.: 0 01/3 13-7 47-06 89
Fax: 0 01/3 13-7 63-09 13

Wolfram Jeiter

Präsident und Professor der
Bundesanstalt für Arbeitsschutz
Vogelspöthweg 50–52
Postfach 17 02 02
W-4600 Dortmund
Tel.: 02 31/17 63-1

Rita Jenewein

Burgherrenstr. 7
W-1000 Berlin 42
Tel.: 0 30/7 86 95 91

Wolfgang Kammerer

BKK-Bundesverband
Postfach 10 05 31
Kronprinzenstr. 6
W-4300 Essen
Tel.: 02 01/1 79-12 45
Fax: 02 01/1 79-10 14

Prof. M. Kastner

Universität Dortmund
Postfach 50 05 00
4600 Dortmund 50

Prof. Dr. Michael Kentner

Robert Bosch GmbH
Ltd. Werksarzt
Robert-Bosch-Str. 200
W-3200 Hildesheim
Tel.: 0 51 21/49 34 16
Fax: 0 51 21/49 33 32

Monika Kil

Universität Dortmund
Fachbereich 14
Postfach 50 05 00
W-4600 Dortmund 50
Tel.: 02 31/7 55-41 50
Fax: 02 31/7 51-5 32

Bernhard Kilgus

Innung der Stukkateure
Reinerstr. 21
W-7100 Heilbronn
Tel.: 0 71 31/4 53 50
Fax: 0 71 31/4 53 49

Dankward Klamp

BKK-Bayer AG
Leiter des Gesundheitszentrums
Postfach
Hauptstr. 105
W-5090 Leverkusen 12
Tel.: 02 14/3 06-54 40
02 14/3 04 Zentrale

Ulrike Klein

ABC/EUROCOM Corporate & PR
Gartenstr. 15
W-4000 Düsseldorf 30
Tel.: 02 11/4 97 31 70

Jens Kleinert

Proj. BEA
Sporthochschule Köln
Carl-Diem-Weg
W-5000 Köln 41

Michael Koll

Bundesministerium für Arbeit
und Sozialordnung – Ref. III B 1 –
Rochusstr. 1
W-5300 Bonn 1
Tel.: 02 28/5 27-1

Dr. Michael Kolwes

AOK Köln, Gesundheitsabteilung
Machabäerstr. 19–27
W-5000 Köln 1
Tel.: 02 21/161 84 44
Fax: 02 21/161 83 93

Dr. Regina Krause

Tanusstr. 9
W-6233 Kellheim
Tel.: 0 61 95 / 6 23 60
Fax: 0 61 95 / 6 38 67

Dr. Renate Kreuz

Universität Köln
Institut und Poliklinik für
Arbeits- und Sozialmedizin
Joseph-Stelzmann-Str. 9
W-5000 Köln 41
Tel.: 02 21 / 4 78 -0

Dieter Kronauer

Forschungsgemeinschaft
Arbeitsmedizinisches Zentrum
Siegerland e.V.
ERTOMIS Stiftung
Marktstr. 1
Postfach 22 32 08
W-5900 Siegen
Tel.: 02 71 / 8 50 65
Fax: 02 71 / 8 63 40

Martin Küng

Suchtpräventionsstelle
der Stadt Zürich/Infoteam
Röntgenstr. 44
CH-8005 Zürich
Tel.: 00 41 / 1-2 72 98 35
Fax: 00 41 / 1-2 72 58 30

Harald Lehmann

Aufgabenplanung und -koordinierung
Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Str. 200
W-5000 Köln 91 (Merheim)
Tel.: 02 21 / 89 92-0
Fax: 02 21 / 89 92-3 00

Bernhard Lohrum

Krupp-Stahl AG
Werkgruppe Siegen/Hagen
Werkssicherheitsdienst
Postfach 10 12 20
W-5900 Siegen
Tel.: 02 71 / 8 01-25 18
Fax: 02 71 / 8 69 78

Dr. Wolfgang Looss

Bessungerstr. 30-32
W-6100 Darmstadt
Tel.: 0 61 51 / 66 20 10

Dr. Gunda Maintz

Bundesanstalt für Arbeitsmedizin
Nöldnerstr. 40-42
O-1134 Berlin
Tel.: 0 30 / 8 61 92 29
Fax: 0 30 / 8 52 72 75

Dr. Georg Mail

Arbeitsmedizinisches Zentrum
Deimlingstr. 25
W-7530 Pforzheim
Tel.: 0 72 31 / 10 54 00
Fax: 0 72 31 / 35 88 36

Gisela Marsen-Storz

Aufgabenplanung und -koordinierung
Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Str. 200
W-5000 Köln 91 (Merheim)
Tel.: 02 21 / 89 92-0
Fax: 02 21 / 89 92-3 00

Matthias Meinert

motio GmbH Köln
WAGUS-Gebietsleitung für
Rheinland/Ruhrgebiet/Westfalen
Aachener Str. 51
W-5000 Köln 1
Tel.: 02 21 / 25 11 79
Fax: 02 21 / 25 37 23

Bettina Meys

Arbeitsmedizinischer Dienst
Postfach 10 80 20
Neumarkt 15-21
W-5000 Köln 1
Tel.: 02 21 / 2 21-47 91
Fax: 02 21 / 22 11

Bernd Milinski

Referat Ernährungsaufklärung
Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Str. 200
W-5000 Köln 91 (Merheim)
Tel.: 02 21 / 89 92-0
Fax: 02 21 / 89 92-3 00

Eike Mitterweger

Wacker-Chemie GmbH
Prinzregentenstr. 22
W-8000 München 22
Tel.: 0 89 / 21 09-12 12
Fax: 0 89 / 21 09-14 33

Martina Morschhäuser

Institut für Sozialforschung
und Sozialwirtschaft
Trillerweg 68
W-6600 Saarbrücken
Tel.: 06 81 / 95 42 40
Fax: 06 81 / 58 26 91

Eugen Müller

Bundesvereinigung der
Deutschen Arbeitgeberverbände
Abteilung „Soziale Sicherung“
Gustav-Heinemann-Ufer 72
W-5000 Köln 51
Tel.: 02 21 / 37 95-1 63

Dr. Rudolf Neidert

Bundesministerium für Gesundheit
Deutschherrenstr. 87
Postfach 20 01 29
W-5300 Bonn 2
Tel.: 02 28 / 9 41-32 80

Christof Niehues

Psychologisches Institut der
Sporthochschule Köln
Carl-Diem-Weg
W-5000 Köln 41
Tel.: 02 21 / 49 82-5 72

Margareta Nilson-Giebel

Referat Auslandsbeziehungen
Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Str. 200
W-5000 Köln 91 (Merheim)
Tel.: 02 21 / 89 92-0
Fax: 02 21 / 89 92-3 00

Heinz Nitsche

Geschäftsführer
IKK Heilbronn
Innsbrucker Str. 12
Postfach 22 10
W-7100 Heilbronn
Tel.: 0 71 31 / 61 91 00
Fax: 0 71 31 / 61 91 25

Dr. Horst Noack

Universität Bern
Institut für Sozial- und
Präventivmedizin
Finkenhubelweg 11
CH-3012 Bern
Tel.: 00 41 / 31-64 86 31
Fax: 00 41 / 31-23 79 56

Hans Peter Nottelmann

AGV Metall und Elektroindustrie Köln
Postfach 19 01 20
Herwarthstr. 18-20
W-5000 Köln 1
Tel.: 02 21 / 5 79 04-20
Fax: 02 21 / 5 79 04-22

Peter Ochs

Institut für Sozialforschung
und Sozialwirtschaft
Trillerweg 68
W-6600 Saarbrücken
Tel.: 06 81 / 95 42 40

Ulrich Okoniewski

AOK-Landesverband Niedersachsen
Kolumbusstr. 2
Postfach 81 06 09
W-3000 Hannover 81
Tel.: 05 11 / 87 01-1 61
Fax: 05 11 / 87 01-2 00

Heinz Partikel

IG-Metall Vorstand
Fasanenweg 42
W-6231 Schwalbach
Tel.: 0 61 96 / 8 65 00

Dr. Holger Pfaff

TU Berlin
Institut für Soziologie
Dovestr. 1-5
W-1000 Berlin
Tel.: 0 30 / 3 14-2 23 96

Dr. Cathrin Pflugmacher

BEK-Hauptverwaltung
Lichtenscheider Str. 89
W-5600 Wuppertal 2
Tel.: 02 02 / 5 68-21 04

Rainer Pitsch

In der Neckarhelle 99
W-6900 Heidelberg 1
Tel.: 0 62 21/80 44 89

Dr. Martina Pötschke-Langer

Deutsche Liga zur Bekämpfung
des hohen Blutdruckes e.V.
Berliner Str. 46
W-6900 Heidelberg
Tel.: 0 62 21/40 13 60
Fax: 0 62 21/40 22 74

Katja Popova-Yurukova

Medizinische Akademie
Institut für Sozialmedizin
Belo-More-Str. 8
BL-Sofia 1504
Tel.: 0 03 59/2-44 23 88
Fax: 0 03 59/2-51 71 62

Dr. Elisabeth Pott

Direktorin
Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Str. 200
W-5000 Köln 91 (Merheim)
Tel.: 02 21/89 92-0
Fax: 02 21/89 92-3 00

Dr. Gerhard Pressel

Leitender Betriebsarzt
Flughafen Frankfurt/Main AG
W-6000 Frankfurt 75
Tel.: 0 69 / 69 06 60 30
Fax: 0 69 / 69 05 55 74

Ralf Quasten

Thyssen Edelstahlwerke AG
Abt. Arbeitspsychologie/Vorschlagswesen
Oberschlesienstr. 16
W-4150 Krefeld
Tel.: 0 21 51/83-21 64
Fax: 0 21 51/83-38 74

Michael Rechenbach

ABC/EUROCOM Corporate u. PR
Gartenstr. 15
W-4000 Düsseldorf 30
Tel.: 02 11/49 73-1 88

Stephan Reusche

BDW
Bilharzstr. 3
W-7900 Ulm-Lehr
Tel.: 07 31/60 21-2 10

Dr. Karin Riedel

Referat Bekämpfung von Krebserkrankungen
Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Str. 200
W-5000 Köln 91 (Merheim)
Tel.: 02 21/89 92-0
Fax: 02 21/89 92-3 00

Irene Röbbeling

Bayer AG
PS-Zentrale Personalentwicklung
Führungskräfte Fortbildung
Hauptstr. 119
W-5090 Leverkusen 1
Tel.: 02 14/30-6 56 33
Fax: 02 14/30-6 49 73

Dr. Rüdiger Röbbke

Mannesmann AG
Leiter der Hauptabteilung
Arbeitsgestaltung
Postfach 5501
W-4000 Düsseldorf 1
Tel.: 02 11/8 20-23 60
Fax: 02 11/8 20-24 73

Dr. Gisela Rose

VOLVO
Central Hälsovard VTC
S-40508 Göteborg
Tel.: 00 46/31-66 93 65

Walter Rüth

Arbeitskammer des Saarlandes
Fritz-Dobisch-Str. 6-10
W-6600 Saarbrücken
Tel.: 06 81/40 05-3 14
Fax: 06 81/40 05-4 01

Peter Sabo

c/o Bundesvereinigung für
Gesundheitserziehung e.V.
Am Sonnenberg 17
W-6501 Schwabenheim a.d. Selz
Tel.: 0 61 31/67 07 85
Fax: 0 61 31/38 41 85

Michael Sadtler

Cognos AG
Kielortallee 1
W-2000 Hamburg 13
Tel.: 0 40/44 15 03
Fax: 0 40/44 32 11

Dirk Sandkühler

Referat Mißbrauchsverhalten/Sucht
Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Str. 200
W-5000 Köln 91 (Merheim)
Tel.: 02 21/89 92-0
Fax: 02 21/89 92-3 00

Erwin Sauerwein

Obersteiger, Bergwerk Warndt
Saarberg AG
W-6624 Groß-Rosseln
Tel.: 0 68 09/6 05-3 52
Fax: 0 68 09/6 05-2 53

Dr. Hans-Martin Schian

Geschäftsführender Arzt der
Ertomis Assessment Method (EAM)
Marktstr. 1
W-5900 Siegen
Tel.: 02 71/8 50 65 oder 8 50 66
Fax: 02 71/8 63 40

Barbara Schmidt

WIAD
Godesberger Allee 54
W-5300 Bonn 2
Tel.: 02 28/81 04-1 66

Hans Schnocks

Stellv. Direktor
Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Str. 200
W-5000 Köln 91 (Merheim)
Tel.: 02 21/89 92-0
Fax: 02 21/89 92-3 00

Alfons Schröer

Bundesverband der Betriebskrankenkassen
Referatsleiter Gesundheitsberichterstattung
Kronprinzenstr. 6
W-4300 Essen
Tel.: 02 01/1 79-12 74
Fax: 02 01/1 79-10 18

Detlef Schwarze

Preussag AG
Sicherheitsing.
Karl-Wiecher-Allee
W-3000 Hanover 61
Tel.: 05 11/5 66 17 95

Rainer Seegert

IKK Landesverband Nordrhein
und Rheinland-Pfalz
St.-Josef-Str. 20
W-5060 Bergisch Gladbach 2
Tel.: 0 22 02/100 30
Fax: 0 22 02/10 03 40

Constantin Skarpelis

Projektträgerschaft
„Arbeit und Technik“ AuT
Südstr. 125
W-5300 Bonn 2
Tel.: 02 28/3 82 10

Dr. Rainer Skrotzki

Institut für Arbeitswissenschaft
Ruhr-Universität Bochum
Postfach 10 21 48
W-4630 Bochum
Tel.: 02 34/7 00 77 30
Fax: 02 34/7 00 20 01

Dr. Wolfgang Slesina

Institut und Poliklinik für
Arbeits- und Sozialmedizin
der Universität Köln
Joseph-Stelzmann-Str. 9
W-5000 Köln 41
Tel.: 02 21/4 78-44 50
Fax 02 21/4 78-51 19

Reinhold Sochert

Bundesverband der
Betriebskrankenkassen
Kronprinzenstr. 6
W-4300 Essen 1
Tel.: 02 01/1 79-12 79
Fax: 02 01/1 79-10 18

Dr. Erich Standfest

Deutscher Gewerkschaftsbund
Bundesvorstand
Hans-Böckler-Str. 39
W-4000 Düsseldorf 30
Tel.: 02 11/4 30 10
Fax: 02 11/4 30 14 71

Dr. Albert Statz

Bundesministerium für Gesundheit
Ref. 313
Deutscherrenstr. 87
W-5300 Bonn 2
Tel.: 02 28/9 41-33 37

Dr. Hans Stein

Bundesministerium für Gesundheit
UA 12
Deutscherrenstr. 87
W-5300 Bonn 2
Tel.: 02 28/9 41-12 67

Gun Stigelius

Stadt Göteborg
Stadtteilverwaltung Lundby
Box 2 20 06
S-40072 Göteborg
Tel.: 00 46/31-64 20 00

Dr. Rainer Thiehoff

Bundesanstalt für Arbeitsschutz
Vogelspöthsweg 50-52
Postfach 17 02 02
W-4600 Dortmund 50
Tel.: 02 31/17 63-2 06
Fax: 02 31/17 63-4 54

Olaf Trapphagen

IKK-Bundesverband
Köln Str. 1-5
W-5060 Bergisch Gladbach 1
Tel.: 0 22 04/44-182
Fax: 0 22 04/44-185

Michael Treixler

Frau Trenk-Treixler
SKOLA
Schloß Bedburg
W-5012 Bedburg
Tel.: 0 22 72/30 15
Fax: 0 22 72/8 24 7

Sofia Vaas

TNO-Institut for Preventive
Health Care
Work-Research
Box 124
NL-2300 AC Leiden
Tel.: 00 31/71-18 11 81
Fax: 00 31/71-17 63 82

Inez Vereijken

Dutch Centre for Health Education
and Health Promotion
Da Costakade 45
Postbus 5104
NL-3502 JC Utrecht
Tel.: 00 31/30-91 02 44
Fax: 00 31/30-96 40 82

Christian Vetter

AOK Kreis Warendorf
Einsteinstr. 2-4
W-4720 Beckum 1
Tel.: 0 25 21/15 91 96
Fax: 0 25 21/60 91

Reimund Walscher

Psychologisches Institut der
Sporthochschule Köln
Carl-Diem-Weg
W-5000 Köln 41
Tel.: 02 21/4 98 25 69

Klaus Warblinger

Proj. BEA
Sporthochschule Köln
Carl-Diem-Weg
W-5000 Köln 41

Günther Welsch

Abteilungsleiter
Grundlagen und Koordination
Bundeszentrale für
gesundheitliche Aufklärung
Ostmerheimer Str. 200
W-5000 Köln 91 (Merheim)
Tel.: 02 21/89 92-0
Fax: 02 21/89 92-3 00

Martin Werner

Institut für Sozial- und Präventiv-
medizin der Universität Bern
Abteilung für Gesundheitsforschung
Finkenhubelweg 11
CH-3012 Bern
Tel.: 00 41/31-64 86 46
Fax: 00 41/31-23 79 56

Dr. Ellen Wiese

Burson-Marsteller
Public Relations / Public Affairs
Untermainkai 20
W-6000 Frankfurt 1
Tel.: 0 69/2 38 09 48
Fax: 0 69/2 38 09 44

Dr. Werner Winkler

Programm „Europa gegen den Krebs“
Rue Joseph II, 37 1/20
B-1040 Brüssel
Tel.: 00 32/2-2 36-22 21
Fax: 00 32/2-2 36-23 93

Dr. Ilse Winter

Sozial- und Arbeitsmedizinische
Akademie Baden-Württemberg e.V.
Geschäftsführung
Oberer Eschberg 45
W-7900 Ulm
Tel.: 07 31/5 40 44

Klaus Wolf

J.M. Voith GmbH
W-7920 Heidenheim
Tel.: 0 73 21/37 23 43
Fax: 0 73 21/37 36 98

Herbert Ziegler

Sierra-Garmisch-Klinik
Von-Müller-Str. 12
W-8100 Garmisch-Partenkirchen
Tel.: 0 88 21/73 10
Fax: 0 88 21/7 31 99

Dr. Ursula Zimmermann

AOK Kreis Mettmann
Friedrich-Ebert-Str. 123
W-5620 Velbert 1
Tel.: 0 20 51/31 82 54
Fax: 0 20 51/31 82 12

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

– Ziele, Arbeitsschwerpunkte, Organisations- und Kooperationsstrukturen –

1. Ziel und Aufgabenstellung

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) in Köln ist eine Bundesoberbehörde im Geschäftsbereich des BMG. Sie wurde mit dem Ziel gegründet, die Gesundheit der Menschen zu erhalten und zu fördern. Folgende Aufgaben wurden ihr gemäß dieser Zielsetzung übertragen:

- die Erarbeitung von Grundsätzen und Richtlinien für Inhalt und Methoden der praktischen Gesundheits-erziehung,
- die Ausbildung und Fortbildung der auf dem Gebiet der Gesundheitserziehung und -aufklärung tätigen Personen
- die Koordinierung und Verstärkung der gesundheitlichen Aufklärung und Gesundheitserziehung im Bundesgebiet,
- die Zusammenarbeit mit dem Ausland.

2. Organisationsstruktur

Die Bundeszentrale gliedert sich zur Zeit in eine Verwaltungs- und drei Fachabteilungen, letztere sind themenspezifisch, medienbezogen und nach Querschnittsfunktionen gegliedert. Zur Zeit zählt die BZgA rund 100 Mitarbeiter.

3. Nationale Zusammenarbeit

Die nationale Zusammenarbeit, d. h. die arbeitsteilige und kooperative Abstimmung gesundheitserzieherischer Maßnahmen zwischen Bund, Ländern und freien Initiativen hat in den letzten Jahren für die BZgA an Bedeutung gewonnen. Dies gilt vor allem für die Zusammenarbeit mit der Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung und den jeweiligen Landeszentralen.

Mit der deutsch-deutschen Vereinigung stellt sich für die BZgA die Aufgabe, auch mit allen neuen Bundesländern auf dem Gebiet der gesundheitlichen Aufklärung und Gesundheitsförderung zusammenzuarbeiten. Die BZgA hat alle Aufklärungsmaßnahmen und -aktionen, insbesondere die Schwerpunktaktionen, auf die neuen Länder ausgedehnt, z. T. werden

aber auch spezielle Medien entwickelt. Hohe Bedeutung kommt der Unterstützung von Einrichtungen, Verbänden und freien Initiativen zu, die in den neuen Ländern in der Prävention und Gesundheitsförderung tätig sind.

Dazu gehören vor allem Seminare und Workshops für Fachkräfte aus dem Sozial- und Jugendbereich zu aktuellen gesundheitsrelevanten Themenschwerpunkten.

4. Leitlinien

Die Angebote der BZgA sollen dem Bürger helfen, Verantwortung für seine eigene Gesundheit und die seiner nächsten Umgebung zu übernehmen und das Gesundheitssystem sachgerecht zu nutzen. Übergeordnetes Prinzip aller gesundheitserzieherischen Aktivitäten ist es, dem Bürger Hilfe zur Selbsthilfe anzubieten.

Um diese Befähigung des Bürgers zu selbstverantwortlichem Gesundheitsverhalten zu erreichen, sind eine sachgerechte Information über gesundheitliche Gefährdungen und Beeinträchtigungen, die Offenlegung von Ursachen und Motiven für gesundheitsriskantes Verhalten, die Vermittlung der Wirkung von belastenden und unterstützenden Faktoren in verschiedenen Lebensbereichen sowie das Training von spezifischen Verhaltensweisen/Bewältigungsstrategien wichtig.

Da die Menschen in unterschiedlichen Lebenssituationen auch ein unterschiedliches Gesundheitsverhalten haben, versucht die Bundeszentrale einen spezifischen Zugang zu den jeweiligen Zielgruppen zu erarbeiten und die Instanzen im sozialen Nahraum der Familie, wie Arbeitsstätte, Schule, Gemeinde etc. mit einzubeziehen.

5. Methoden

Methodisch lassen sich die Vermittlungsstrategien der BZgA grob einteilen in massenmediale und personal-kommunikative Maßnahmen, die durch breite Multiplikatorenarbeit gestützt werden.

Massenkommunikation

Die massenmedialen Angebote (z. B. Anzeigen, Plakate, Broschüren, TV-, Kino- und Rundfunksports, Filme, Video's) erfüllen in erster Linie Informationszwecke und machen auf Themen aufmerksam. Sie sind aber, zusammen mit anderen Medien wie Ausstellungen, Spiele, Dokumentationen und Begleitmaterialien, wesentliche Instrumente für personalkommunikative Maßnahmen – insbesondere im Medienverbund als Medienpakete für Multiplikatoren. Unterschiedliche Medienarten für Endadressaten werden um Medien ergänzt, die einerseits die Arbeit der Multiplikatoren mit den Zielgruppen unterstützen und andererseits speziell zur Qualifizierung der Multiplikatoren dienen.

Personelle Kommunikation

Personalkommunikative Maßnahmen wie Gesprächsangebote (z. B. die Gesprächsinitiative AIDS), die AIDS-Telefonberatung, Kurse und Lehrgänge zielen in erster Linie auf vertiefende Auseinandersetzung mit gesundheitsrelevanten Themen und die Aneignung/Förderung gesundheitsfördernder Fertigkeiten und Fähigkeiten. Hier stehen die Interaktionen, der (soziale) Lernprozeß im Mittelpunkt.

Multiplikatorenarbeit

Personalkommunikative Maßnahmen sind nicht umsetzbar ohne die Unterstützung durch viele Mitarbeiter in der Gesellschaft. Die Bundeszentrale sucht deshalb die Hilfe von Ärzten, Pfarrern, Lehrern, Psychologen, Sozialarbeitern, Kindergärtnern, Mitarbeitern von Familienberatungsstellen, der Telefonseelsorge, der Drogenberatung, von Frauenhäusern und Jugendfreizeitheimen, Laienhelfern und Mitgliedern von Selbsthilfegruppen usw., um über sie mit ihren Medien und Angeboten die Endadressaten zu erreichen. Zur Zusammenarbeit mit Multiplikatoren gehört ein wechselseitiger Erfahrungsaustausch, die Rückmeldung des Bedarfs vor Ort und die gemeinsame Entwicklung von bedarfsgerechtem Material und Programmen. Zur Qualifizierung von Multiplikatoren bietet die Bundeszentrale Fortbildungsveranstaltungen für ausgewählte Berufsgruppen an und erarbeitet gesundheitserzieherische Curricula für die Aus-, Fort- und Weiterbildung.

6. Aktuelle Schwerpunkte und Arbeitsfelder

Schwerpunktkampagnen

AIDS-Aufklärung steht seit 1986 im Mittelpunkt der BZgA-Präventionsarbeit. Die bundesweit angelegte Kampagne kombiniert massenmediale und personalkommunikative Elemente. Die mit hoher Impulsdichte durchgeführten massenmedialen Aktivitäten – insbesondere TV-Sports, Anzeigen, Kino-Sports, Plakate

und Broschüren – schaffen ein positives Klima für die Aufklärung und bringen die Basisinformationen an die jeweiligen Zielgruppen. Weitergehende Informationen und Verweise auf Hilfs- und Unterstützungsangebote auf regionaler und lokaler Ebene durch die Telefonberatung ergänzen die massenmediale Kampagne. Eine vertiefende Auseinandersetzung wird über die „Gesprächsinitiative AIDS“ – die personalkommunikativen Aktivitäten – erzielt. AIDS-Aufklärungstage in verschiedenen Umfeldern werden mit lokalen Kooperationspartnern als Aktions- und Diskussionsveranstaltungen – seit 1990 auch in den neuen Bundesländern – durchgeführt. Die Maßnahmen richten sich an die Allgemeinbevölkerung sowie an spezifische Gruppen mit dem Ziel, selbstverantwortlich und hysteriefrei mit dem Thema AIDS in seinen vielfältigen Aspekten umzugehen. Daß dieses Ziel mit einer derartig konzipierten Aufklärung erreicht werden kann, das bestätigten die vielfältigen wissenschaftlichen Begleituntersuchungen zu diesen Aktionen.

Die Förderung des Nichtrauchens ist ein weiterer Schwerpunkt der BZgA-Präventionsarbeit. Die Zielgruppe der Jugendlichen steht im Mittelpunkt dieser ebenfalls multimedial angelegten Kampagne. Durch eine erlebnisorientierte statt einer belehrenden Strategie soll der Einstieg ins Rauchen bei Jugendlichen verhindert werden.

Die durchgeführten Evaluationen zeigen, daß dies in der Altersgruppe der 14- bis 17-jährigen mit Erfolg erreicht werden kann. Die Förderung entwöhnungswilliger Raucher und die Werbung für den Nichtraucherschutz sind weitere Themen dieser Kampagne.

Die Kampagne zur Sucht- und Drogenprävention bildet einen neuen und für die Zukunft prioritären Schwerpunkt der BZgA-Arbeit. Mit einer umfassenden – die Suchtproblematik in ihren Alltagszusammenhängen betonenden – und multimedial angelegten Kampagne wird dieser Präventionsbereich verstärkt angegangen. Die Hauptzielgruppen sind die Jugendlichen aber auch Eltern und Erzieher. Diese bundesweit angelegte Aktion wird – wie die AIDS-Aufklärung – als kooperative Maßnahme vieler Partner in Verbänden, Institutionen und Initiativen auf Landes- und Gemeindeebene durchgeführt werden.

Gesundheitsförderung

Die Angebote zur Gesundheitsförderung sind lebensbegleitend. Sie umfassen neben der Familienplanung, der Gesundheitserziehung in Schwangerschaft, Geburt und Kleinkindalter auch die Gesundheitserziehung im Vorschul-, im Schul- und im Jugendalter. Hauptzielgruppe ist die Familie und ihr unmittelbares soziales Umfeld.

Hilfen beim Abbau von gesundheitsriskanten Verhaltensweisen

In diesem Arbeitsfeld geht die BZgA von gesundheitsriskanten Verhaltensweisen aus, die mit ursächlich für

die wichtigsten Zivilisationskrankheiten sind. Hier sollen dem Bürger Hilfen gegeben werden bei der Entwicklung alternativer Verhaltensmuster. Aufbauend auf den Erkenntnissen der Verhaltenstherapie und Lerntheorie hat die BZgA ein Raucherentwöhnungsprogramm: „Nichtraucher in 10 Wochen“ und ein Programm zur Übergewichtsbekämpfung: „Abnehmen – aber mit Vernunft“ entwickelt, das über Gesundheitsämter, Verbände, Krankenkassen und Institutionen der Erwachsenenbildung angeboten wird.

Krankheitsbezogene Maßnahmen

Mit den krankheitsbezogenen Maßnahmen sollen Hilfen zur Verhütung spezieller Krankheiten bzw. Krankheitsformen gegeben werden. Dabei orientiert sich die

BZgA an den häufigsten und wichtigsten Krankheiten. Dementsprechend werden vorrangig die Themen Krebs und Herz-Kreislauf-Erkrankungen bearbeitet.

Hilfen bei der Krankheitsbewältigung

Maßnahmen in diesem Bereich zielen darauf ab, die Lebensqualität chronisch Kranker und Behinderter zu sichern. Neben der Aufgabe, vorhandene Hilfen bekannt zu machen und Zugangsbarrieren zu überwinden, ist der Schwerpunkt der Maßnahmen, die Betroffenen in der Entwicklung eines Selbstbewußtseins zu unterstützen, das ihnen hilft, ein sozial integriertes Leben zu führen. Dazu gehören auch Maßnahmen, die Verständnis für die Betroffenen wecken, und die die Selbst- und Nächstenhilfe fördern.