

Info-Brief Nr. 05

Betriebliche Gesundheitsförderung

Info-Brief Nr. 5

Betriebliche Gesundheitsförderung

Eine Information der Arbeitnehmerkammer Bremen

Herausgeberin:
Arbeitnehmerkammer Bremen
Bürgerstr. 1, 28195 Bremen
Tel: (0421) 36301-0
Fax: (0421) 36301-89
www.arbeitnehmerkammer.de
info@arbeitnehmerkammer.de

Bearbeitung:
Christina König

Redaktion:
Barbara Reuhl
Arbeitnehmerkammer Bremen
gesund@arbeitnehmerkammer.de
frauenpolitik@arbeitnehmerkammer.de

Oktober 2003

Schutzgebühr € 5,50.
Mitglieder der Arbeitnehmerkammer erhalten diese Schrift kostenlos.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
Christina König Betriebliche Gesundheitsförderung – ein kurzer Rückblick	7
Eberhard Göbel Erfahrungen, Möglichkeiten und Probleme bei der Umsetzung der betrieblichen Gesundheitsförderung	11
Michael Ertel Stressprävention und Gesundheitsförderung bei flexiblen Arbeitsformen	15
Joseph Kuhn Unerledigte Aufgaben in der betrieblichen Gesundheitsförderung	22
Ingrid Sandhop Gesundheitsförderung im Amt für Bauförderung – ein Projektbericht	25
Joachim Larisch, Wolfgang Hien Auf dem Weg zur „Healthy Company“? Gesundheitsförderung bei REWE	31
Michael Breidbach Von den Fehlzeitengesprächen zur Gesundheitsförderung: Gesundheitsförderung bei den Stahlwerken in Bremen	46
Anhang	
Betriebliche Gesundheitsförderung im Internet.....	49
Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) V § 20 Prävention und Selbsthilfe	50
Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000	51
Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union (November 1997)	66
Autorinnen und Autoren	69

Vorwort

Die Arbeitswelt ist in einem immer rascheren Wandel begriffen. Neue Arbeitsformen fordern Flexibilität und ein hohes Maß an Einsatzbereitschaft und Leistung von Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern.

Vor dem Hintergrund des sich verschärfenden wirtschaftlichen Wettbewerbs werden immer wieder auch die vorhandenen Arbeitsplätze unter Kostengesichtspunkten in Frage gestellt.

Damit wächst die Belastung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer in den Betrieben. Darüber hinaus zeichnet sich vor der aktuellen Diskussion über den Zustand unseres Sozialversicherungssystems eine Verlängerung der Lebensarbeitszeit ab. All diese Bedingungen erhöhen den Druck auf die Beschäftigten. Sie führen beispielsweise dazu, dass psychische Belastungen am Arbeitsplatz und auf sie zurückzuführende Erkrankungen zunehmen. Dies belegen auch verschiedene Studien.

Die Erwerbsarbeit hat also nach wie vor eine zentrale Bedeutung bei der Frage, ob jemand gesund oder krank ist. Welchen Belastungen jemand im Verlauf des Arbeitslebens ausgesetzt ist und welche Voraussetzungen und Werkzeuge ihm oder ihr zur Verfügung stehen, um dabei gesund zu bleiben, entscheidet wesentlich mit über den Erhalt von Arbeitsfähigkeit, aber auch Lebensqualität und Gesundheit bis zum Rentenalter. Deshalb tritt die Arbeitnehmerkammer Bremen immer wieder dafür ein, gesundheitsgerechte und gesundheitsförderliche Bedingungen am Arbeitsplatz zu schaffen und zu erhalten.

Betriebliche Gesundheitsförderung ist ein Konzept, das über die im Arbeitsschutzgesetz vorgeschriebene Identifizierung und Beseitigung bestimmter Gesundheitsgefährdungen hinausgeht. Bei der betrieblichen Gesundheitsförderung geht es darum, Bedingungen, Abläufe und Entscheidungsprozesse im Betrieb so zu gestalten, dass Erwerbsarbeit zur Gesundheit und zum Wohlbefinden von ArbeitnehmerInnen beiträgt und sie zu mehr Gesundheitsbewusstsein zu motivieren. Weil die Beschäftigten selbst ExpertInnen ihrer Arbeitsbedingungen sind, beziehen wirksame Konzepte der Gesundheitsförderung ihre Erfahrungen, Interessen und Kompetenzen ein. Betriebliche MultiplikatorInnen müssen dies in ihre Aktivitäten einbeziehen, um geeignete Wege zur betrieblichen Gesundheitsförderung zu finden und durchzusetzen.

Mit dem vorliegenden Infobrief gibt die Arbeitnehmerkammer Bremen einen Einblick in den Stand der betrieblichen Gesundheitsförderung und informiert über gelungene Beispiele. Wir wollen damit Ideen und Ansätze entwickeln helfen und diejenigen unterstützen, die sich in den Betrieben im Land Bremen für Gesundheitsförderung einsetzen.

Bremen, Oktober 2003
Arbeitnehmerkammer Bremen

Dr. Hans-L. Endl
Geschäftsführer

Heinz Möller
Geschäftsführer

Christina König

Betriebliche Gesundheitsförderung – ein kurzer Rückblick

Ende der 80er Jahre wurde erstmals der Gesundheitsförderungsgedanke in das Sozialgesetzbuch aufgenommen. Dieser Aufnahme war eine breite Diskussion vorausgegangen, die ihren Höhepunkt in der von der WHO am 21. November 1986 auf der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung verabschiedeten Ottawa-Charta fand. Die Ottawa-Charta war vor allem eine Antwort auf die wachsenden Erwartungen an eine neue Bewegung für die Gesundheit in der ganzen Welt.

Ausgangspunkt waren die auf der Grundlage der Deklaration von Alma-Ata über gesundheitliche Grundbetreuung erzielten Fortschritte, das WHO-Dokument „Einzelziele für Gesundheit 2000“ sowie die bei der Weltgesundheitsversammlung geführte Diskussion über intersektorale Zusammenarbeit für die Gesundheit.

In der Ottawa-Charta steht weniger der persönliche Lebensstil des Einzelnen als Bedingung von Gesundheit und Krankheit, z.B. im Sinne von Risikoverhalten im Vordergrund. Der Schwerpunkt liegt auf den gesellschaftlichen Bedingungen, insbesondere der Reduzierung sozialer Ungleichheiten, wenn es um die Schaffung von Lebensbedingungen geht, die Handlungsautonomie und Entscheidungs- sowie Kontrollkompetenzen allen Menschen in gleichem Maße zuerkennen.

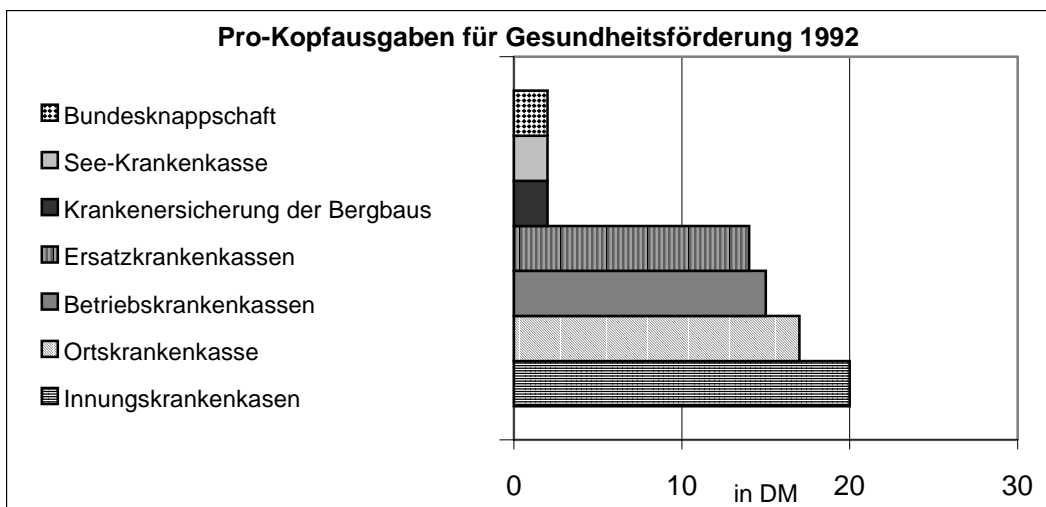
So heißt es: *„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünder Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden.“*

Als dann 1989 erstmals der § 20 SGB V im Rahmen der damaligen Gesundheitsreform verabschiedet wurde, kam der entscheidende Durchbruch der Gesundheitsförderung.

Mit dem § 20 des SGB V erhielten die Krankenkassen einen völlig neuen Typus von Kompetenz: Erstmals konnten und durften sie Gesundheitsförderung durchführen und selber initiieren. Das SGB V (§§ 11, 20-26) hatte eindeutig Gesundheitsförderung und Prävention unterschieden, um damit deutlich zu machen, dass Gesundheitsförderung mehr ist als Prävention. Unter Gesundheitsförderung waren laut der neuen Gesetzeslage zwar auch Primärprävention, Aufklärung und Beratung über Gesundheitsgefährdungen und Krankheitsverhütung zu verstehen, die neue Aufgabe der Krankenkassen bestand aber eher darin, Gesundheitsgefährdungen und Gesundheitschäden selber nachzugehen und auf ihre Beseitigung hinzuwirken, wie sie auch allgemeine Leistungen erbringen können, die neben der Verhütung von Krankheiten die Erhaltung und Förderung von Gesundheit zum Ziel haben.

Ziel war es, eigene Aktivitäten und Kooperationsbeziehungen zu entwickeln. Im Zentrum der Aufgaben lag somit die schon entwickelte Gesundheitsaufklärung, -beratung und -erziehung und auch die Kooperation mit Selbsthilfegruppen, ihre Unterstützung und Aktivitäten im Bereich der Arbeitswelt. Es wurden unterschiedliche, auch betriebliche Gesundheitsförderungsprojekte mit unterschiedlichen Zielsetzungen entwickelt, Gesundheitsfachleute ausgebildet und der Präventionsgedanke stärker in die Gesundheitspolitik integriert.

1992 gab die Gesetzliche Krankenversicherung beispielsweise fast 800 Millionen Mark für Gesundheitsförderung und soziale Dienste aus. Allerdings entsprach dieser gewaltig klingende Betrag nur 0,4 % der gesamten Kassenausgaben. Bezogen auf die Mitgliederzahl (einschließlich Rentner) gaben die Kassen 1992 pro Kopf und Jahr folgende Beiträge für die Gesundheitsförderung aus:



(Datenquelle: Bundesarbeitsblatt 6/1993, S. 92-95)

Berechnet man alle Präventionsausgaben der gesetzlichen Kassen, so kommt man auf einen Anteil von ca. 1 Prozent an den Gesamtausgaben für 1992, wobei ein Großteil dieser Kosten die Früherkennungsuntersuchungen ausmachen. Schätzungen aus dem Management einer großen gesetzlichen Krankenkasse gehen davon aus, dass maximal 30% der für Gesundheitsförderung verausgabten Summe in betriebliche Maßnahmen floss (vgl. Lenhardt, 1997).

Das schnelle Ende der ersten gesetzlich verankerten Gesundheitsförderung

Die Schubkraft, die die betriebliche Gesundheitsförderung bis dahin vor allen von den Krankenkassen erhalten hatte, wurde vor allem durch die Kritik eingedämmt, dass Krankenkassen Gesundheitsförderung als reine Marketingziele benutzen würden. Diese Kritik war teilweise sicherlich berechtigt: Der neue Wettbewerb der Kassen konnte zu diesem Zeitpunkt noch nicht auf der Ebene des Beitrags- und Leistungsrechtes ausgeführt werden, so dass sich die Abwerbung von Mitgliedern der Kassen über die Gesundheitsförderungsangebote vollzog. Berühmt für diese Kritik war das oft zitierte 'Bauchtanzargument' des damaligen Gesundheitsministers Horst Seehofer. Mit diesem Argument, Krankenkassen würden mit Angeboten wie Bauchtanz lediglich das Wohlbefinden der Menschen nicht aber die Gesundheit fördern, wurde der § 20 des SGB V wieder gestrichen und mit ihm leider auch viele sehr erfolversprechenden Gesundheitsförderungsprojekte. Statt einer völligen Blockade der Gesundheitsförderung wären hier Qualitätskontrollen und -sicherungen ganz bestimmt ratsamer gewesen.

Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt

Für die Arbeitswelt bedeutete das WHO-Grundsatzdokument nicht nur die Beseitigung schädlicher Einflüsse am Arbeitsplatz, sondern vor allem auch mehr Selbstbestimmung sowie Entscheidungs- und Gestaltungsmöglichkeiten am Arbeitsplatz. Gesundheitsförderung sollte somit die Realisierung intellektueller, emotionaler und sozialer Bedürfnisse am Arbeitsplatz fördern und unterstützen. Mit der Einführung des § 20 in das SGB V durften Krankenkassen nun auch *'den Ursachen von Gesundheitsgefährdungen und Gesundheitsschäden und auf ihre Beseitigung hinwirken'* (Abs. 1) und bei der *'Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mitwirken'* (Abs. 2).

Seit der Ottawa-Charta-Verabschiedung gewann der Begriff „Gesundheitsförderung“ immer mehr an Attraktivität und wurde schon fast zu einem „Modewort“ mit dem sich neben Maßnahmen des Empowerments und gesundheitsgerechte Gestaltung der Lebensbedingungen auch nun die gängigen Arbeitsschutzkonzepte und Präventionskonzepte schmückten. Die Umsetzung der von der WHO und im SGB V formulierten Kriterien müssten aber in der Arbeitswelt vor allem unter der Berücksichtigung und Mitwirkung der Beschäftigten erfolgen, wie z. B. die Schaffung konsistenter Anforderungsstrukturen, abwechslungsreiche und geistig anregende Aufgabenbereiche, Erweiterung zeitlicher und inhaltlicher Handlungs- und Entscheidungsspielräume oder Stärkung sozialer Unterstützungspotentiale im Betrieb (vgl. Lenhardt, 1997).

Insgesamt müssen die damaligen Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung eher kritisch eingeschätzt werden. Mehrere Studien, die die damaligen Projekte in der betrieblichen Gesundheitsförderung untersucht oder evaluiert haben, kamen zu dem Ergebnis, dass die überwiegende Zahl der Vorhaben im Bereich der Verhaltensprävention, nicht aber in der Verhältnisprävention angesiedelt waren und Maßnahmen, die sich auf die Gestaltung der Arbeitsorganisation, -zeit oder -inhalte beziehen, nur sehr selten vorzufinden waren (vgl. Lenhardt, Hartmann/Traue). Die damals durchgeführten Gesundheitsförderungsmaßnahmen waren eher punktuell, ohne Tätigkeits- oder Arbeitsplatzbezug. So war beispielsweise die bloße Anschaffung neuer Schreibtischstühle ohne ergonomische Arbeitsplatzanalyse sicherlich gut gemeint. So auch die Einführung von Rückenschulen, wenn auch ohne Tätigkeitsbezug. Aber unter gesundheitsförderlichen Aspekten im Sinne der Verhältnisprävention waren diese gut gemeinten Maßnahmen nicht vollständig gelungen durchgeführt und hätten beispielsweise bei einer Einbindung in Gesundheitszirkel wesentlich bessere Erfolge erzielt. Durch die komplexen und interessenbesetzten betrieblichen Felder gestaltete sich auch das Initiieren oder Mitwirken der Krankenkassen an umfassenden, die Arbeitsorganisation betreffenden Maßnahmen der Gesundheitsförderung als besonders schwierig und wurde deshalb auf kürzere und weniger konfliktreiche Maßnahmen reduziert. Als eine Gefahr für einen personal- und unternehmenspolitischen Missbrauch wurde von einigen Gesundheitsforschern auch die im Sinne der Ottawa-Charta formulierte Ausdehnung des Begriffes 'Gesundheit' gesehen, mit der sich die Betriebe unter dem Schutzmantel der Gesundheitsförderung einen Zugang zu den persönlichen Lebenszielen und Wertorientierungen der Beschäftigten verschaffen konnten. Die Bilanz – so kam beispielsweise Uwe Lenhardt in einem Papier zur betrieblichen Gesundheitsförderung der 80er Jahre zum Ergebnis – ist aus den schon genannten Kritikpunkten als verbesserungsbedürftig einzuschätzen.

Die wenigen, eher punktuellen gesundheitsförderlichen Maßnahmen liefen zum Teil auch nach der Seehofer-Reform weiter. Wenn es auch keine von der Krankenkasse finanzierten Rückenschulen gab, so liefen doch die Maßnahmen, die bspw. von den Mitarbeitern, Personalräten und Sicherheitsfachkräften initiierten durchaus weiter. Die Frage ist, was die Novellierung des § 20 des SGB V der letzten Gesundheitsreform wirklich verändert hat. Sind die Fehler, die beim ersten

Versuch, die Krankenkassen bei der betrieblichen Gesundheitsförderung einzubinden, wiederholt worden? Haben wir auch heute nur punktuelle Ansätze, die eher dazu dienen, das Gewissen zu beruhigen und die Behauptung zu sichern, dass betriebliche Gesundheitsförderung durchgeführt wird? Oder hat sich an der Bedeutung, dem Stellenwert und der ganzheitlichen Umsetzung der betrieblichen Gesundheitsförderung tatsächlich etwas geändert? Diese Frage versuchen die folgenden Berichte zu beantworten und zu diskutieren.

Eberhard Göbel

Erfahrungen, Möglichkeiten und Probleme bei der Umsetzung der betrieblichen Gesundheitsförderung

Die Entwicklungen im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) sind hier keineswegs allein am § 20 SGB V festzumachen. Im § 20 SGB V heißt es: Die gesetzlichen Krankenkassen können, wenn sie wollen – sie müssen dies aber nicht – „den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen“ anbieten.

Das im Jahre 1996 in Kraft getretene Arbeitsschutzgesetz schreibt für die Unternehmen und den innerbetrieblichen Arbeitsschutz bereits die „menschengerechte Gestaltung der Arbeit“ vor! Angesichts dieser weitreichenden Vorgabe stellt sich die Frage, was für die gesetzlichen Krankenkassen dann an Handlungsmöglichkeiten übrigbleibt bzw. durch welche gesundheitsförderlichen Maßnahmen ein solcher Arbeitsschutz noch zu erweitern sei.

In Frage kommen eigentlich nur Maßnahmen zur Verhaltensprävention. Die Dachverbände der gesetzlichen Krankenkassen nennen hierzu die Bereiche: Bewegung, Ernährung, Entspannung und Suchtbekämpfung.

Dennoch sind die gesetzlichen Krankenkassen auf der betrieblichen Ebene im Rahmen von Projekten der betrieblichen Gesundheitsförderung weiterhin auf den Feldern der Organisations- und Personalentwicklung aktiv. Die Krise des inner- und außerbetrieblichen Arbeitsschutzes begünstigt offenbar das Handeln der gesetzlichen Krankenkassen auf diesem Felde.

Das Arbeitsschutzgesetz von 1996 spielt eine wesentliche Rolle bei der Umsetzung der betrieblichen Gesundheitsförderung. Im Kern enthält es für die jeweilige Unternehmensleitung einen Projektauftrag zur ganzheitlichen Organisation des Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Für die betriebliche Gesundheitsförderung ist es *das* Präventionsgesetz schlechthin.

Im folgenden werden einige Entwicklungstrends in den Projekten der betrieblichen Gesundheitsförderung beschrieben:

Projektziele:

Anfang der 90er Jahre galten in der Regel noch folgende Essentials für Projekte der betrieblichen Gesundheitsförderung:

- Senkung des Krankenstandes, aber keine Thematisierung des Führungsverhaltens,
- Durchführung von Gesundheitszirkeln, aber keine Organisations- und Personalentwicklung bzw. Mitarbeiterbeteiligung ohne gravierende Konsequenzen für die Organisation des Betriebes,
- Durchführung von Rückenschulen, aber keine Veränderung der Arbeitsplatzbedingungen usw.

Hier hat inzwischen ein sogenannter Paradigmenwechsel stattgefunden. Immer mehr Unternehmen wollen ganz gezielt Projekte der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen. In der Luxemburger Deklaration von 1997 werden folgende Gründe dafür genannt, die einen tief greifenden Wandel in der Arbeitswelt beschreiben:

- Globalisierung, neue Technologien, Veränderung der Beschäftigungsverhältnisse, älter werdende Belegschaften;
- wachsende Bedeutung des Dienstleistungssektors, Kundenorientierung und Qualitätsmanagement;
- Personalabbau, Vorruhestand und Arbeitslosigkeit.

Die heutigen Ziele von BGF-Projekten sind folglich ganz andere:

- Gesundheitsförderliche Orientierung bewegt sich im Rahmen eines Unternehmensleitbildes,
- Änderung des Führungsverhaltens ist kein Tabu mehr,
- Anregungen zur Organisationsentwicklung werden in Grenzen gewünscht,
- Personalentwicklung kann Teil eines Projektes werden,
- Mitarbeiterbeteiligung ist ausdrücklich gewollt,
- Klarheit über die Kosten eines Projektes ist unabdingbare Notwendigkeit,
- Betriebsvereinbarungen / Dienstvereinbarungen über ein Projekt sind keine Seltenheit,
- Senkung des Krankenstandes steht nicht mehr allein im Mittelpunkt der Zielformulierung, ist ein Ziel unter vielen geworden.

Steuerungsebene

Die Etablierung eines Steuerungskreises im Rahmen eines BGF-Projektes ist heute unstrittig. Früher wurden solche Steuerungskreise in der Regel von den Krankenkassen eingerichtet und geleitet. Bedingt durch den Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen dominiert längst nicht mehr eine Krankenkasse im Betrieb. Damit haben sich die gesetzlichen Krankenkassen aus der Steuerungsebene selbst heraus katapultiert, sie haben sich ihr eigenes Instrument aus der Hand geschlagen. Dafür sitzen nun vermehrt Vertreter der Berufsgenossenschaften in diesen Steuerungskreisen, allerdings kann hierbei nicht von einer Federführung geredet werden.

In Form von sog. Runden Tischen versuchen einige Betriebsprojekte, die gesetzlichen Krankenkassen wenigstens im Beiboot zu halten. Dies ist jedoch ein hochkomplizierter Abstimmungsprozess und erinnert an die hochneurotische Diskussionsrunde mit verschiedenen Krankenkassenvertretern Mitte der 90er Jahre, als der Arbeitskreis Betriebliche Gesundheitsförderung in Berlin gegründet worden ist, und es anfänglich aus kindischen Eifersüchteleien unmöglich war, in den Räumen der einen oder anderen Krankenkasse zu tagen. Heute trifft sich der Arbeitskreis regelmäßig in den Räumen der Barmer Ersatzkasse, ohne dass die Vertreter aus anderen gesetzlichen Krankenkassen daran Anstoß nehmen. Dies ist ein Zeichen für pragmatische Normalität, die in den betrieblichen Projekten erst noch erreicht werden muss.

Ausdifferenzierung der Steuerungsebene

Auf der Steuerungsebene hat eine Ausdifferenzierung in drei Ebenen stattgefunden:

- Lenkungsgruppe (in der Regel wie folgt zusammengesetzt: Geschäftsführung, Betriebsrat, Personalleitung und wissenschaftliche Begleitung),
- Projektgruppe (zusammengesetzt wie der Arbeitskreis Gesundheit),
- temporäre Arbeitsgruppen (zur Vorbereitung von Befragungen, Gesundheitszirkel usw.).

Diese Ausdifferenzierung birgt jedoch die nicht zu unterschätzende Gefahr der Bürokratisierung eines Projektes in sich (aufwendiges Vorlagen- und Dokumentationswesen), des Informationsverlustes und der Umständlichkeit, was im Extremfall sogar kontraproduktiv werden kann.

Der Arbeitsschutzausschuss, nach dem Arbeitssicherheitsgesetz gesetzlich vorgeschrieben, gewinnt als Steuerungsgruppe in Projekten der BGF an Bedeutung. Für mich ist dies ein positives Zeichen eines noch vorsichtigen Miteinanders zwischen Arbeits- und Gesundheitsschutz. Hier hat in der Praxis längst ein Prozess der Annäherung zwischen Arbeitsschutz und BGF stattgefunden.

Analyseebene

Die Arbeitsunfähigkeits-Berichte der gesetzlichen Krankenkassen, ehemals als sog. „Türöffner“ für Projekte der betrieblichen Gesundheitsförderung bezeichnet, haben inzwischen an Bedeutung verloren. Auch dies resultiert v.a. aus dem Wettbewerb der gesetzlichen Krankenkassen. Überdies wären die Daten der einzelnen Kassen ohnehin nur schwer vergleichbar und mit etlichen Mängeln behaftet. Diese Entwicklung steigert umgekehrt die Chance für die Erstellung eines Gesundheitsberichtes, der alle relevanten Daten des Betriebes zu einem „echten Gesundheitsbericht“ verarbeitet, der seinem Namen schon eher gerecht wird. Betriebsbefragungen der Mitarbeiter, Ergebnisse aus Gesundheitszirkeln, Ergebnisse von Arbeitsplatzbewertungen, Informationen aus Berichten der innerbetrieblichen Arbeitsmedizin und des innerbetrieblichen Arbeitsschutzes sollten Bestandteil eines solchen Berichtes sein. Auch hier wird eine praktische Annäherung von Arbeitsschutz und betrieblicher Gesundheitsförderung deutlich.

Mitarbeiter-Befragungen sind mittlerweile ein unstrittiges Standardinstrument. Allerdings fehlen derzeit noch Vergleichsmöglichkeiten zwischen den verschiedenen innerbetrieblichen Befragungen.

Gesundheitszirkel als besondere Form der persönlichen Abfrage von Befindlichkeiten, Wünschen und Problemsichten werden im Rahmen von BGF-Projekten inzwischen seltener eingesetzt als noch Mitte der 90er Jahre. Sie haben sich als relativ aufwendig und teuer herausgestellt. Abfragen in Form von qualitativen Interviews, Arbeitsinspektionen durch Experten, Bewegungsanalysen am Arbeitsplatz durch speziell ausgebildete Fachleute haben die Gesundheitszirkel als Analyse-Instrument verdrängt. Das gemeinsame Miteinander-Ringen um Problemformulierungen ist hier einer stark expertenorientierten Analyseform gewichen, die nicht alle positiven Aspekte der Gesundheitszirkel aufwiegen kann.

Manchmal werden Gefährdungsbeurteilungen nach dem Arbeitsschutzgesetz in Form von Gruppengesprächen durchgeführt. Dies hat sich als effizienter erwiesen als Einzelbefragungen. Auch dies kann als Annäherung von Arbeitsschutz und betrieblicher Gesundheitsförderung gewertet werden. Hier und da gibt es auch Ansätze, den Sicherheitsbeauftragten zu einem Gesundheitsbeauftragten vor Ort weiterzuentwickeln zu professionalisieren. Auch dies ist ein Beispiel für die Verzahnung von Arbeitsschutz und betrieblicher Gesundheitsförderung.

Maßnahmen

Aus meiner Sicht überwiegen in den Projekten der betrieblichen Gesundheitsförderung nach wie vor Kursangebote zur Verhaltensprävention. Wenn sich Projekte überhaupt auf die Ebene der Verhältnisprävention einlassen, geht es im ersten Schritt in der Regel häufig nur um die Herstellung von Basisstandards im betrieblichen Arbeits-, Gesundheits- und Umweltschutz – um die Überprüfung des Status quo und die Herstellung des gesetzlich geforderten Zustandes. Erst im zweiten Schritt geht es dann in der Regel um Fragen der Organisation, des Führungsverhaltens, der Personalentwicklung und der Mitarbeiterbeteiligung. Der dritte Schritt, der die Implementierung der Projektstrukturen in den Routineablauf eines Betriebes zum Gegenstand hat, wird bislang nur als große Ausnahme erreicht.

Diese aktive Einbindung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist in erster Linie ein Problem für Führungskräfte und die Beschäftigten selbst. Vom Standpunkt des einzelnen Mitarbeiters / der einzelnen Mitarbeiterin gesprochen, stellt sich bei einer Mitarbeit in einem Projekt der BGF stets die Frage: Wie weit darf ich meine persönlichen Erfahrungen, Wünsche und Befindlichkeiten äußern, ohne mich (bei der nächsten Entlassungswelle oder Umstrukturierung) selbst zu gefährden? Wie kann ich meine sehr privaten, biographischen Erfahrungen in ein solches Projekt einbringen, ohne mich selbst angreifbar zu machen und zu gefährden? Die daraus resultierende Ambivalenz zwischen persönlicher Zurückhaltung und offensiver Mitarbeit wird derzeit noch nicht ausreichend thematisiert. Die Gewerkschaften bieten ihren Mitgliedern hierbei keinerlei Hilfestellung an. Bislang haben sich aber ohnehin nur die beiden Gewerkschaften IG Metall und ver.di zum Thema BGF verhalten.

Bei IBM hat immerhin der Betriebsrat durch die Aufforderung, anonyme Arbeitsalltagsgeschichten aufzuschreiben, Wege zur Aufarbeitung des Persönlichen probiert, die die einzelnen schützen und zugleich die vielen privaten Erfahrungen öffentlich und damit diskutierbar machen.

Rückkehrgespräche sind für mich nicht geeignet für vertrauensbildende Maßnahmen im Rahmen eines Projektes der betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. kein geeignetes Mittel zur Herstellung von Partizipation. Eine Mitarbeitergesprächskultur darf nicht mit Rückkehrgesprächen verwechselt werden.

Evaluation

Nach wie vor spielt die Senkung des Krankenstandes eine nicht unwesentliche Rolle in den BGF-Projekten. Den Nachweis, dass im Rahmen eines Projektes der Krankenstand um bestimmte Prozentpunkte sank, konnte bisher nur bedingt geführt werden. In der Regel haben sich die Rahmenbedingungen während eines Projektes derart gravierend geändert, dass eine schlüssige Rückführung auf gezielte Maßnahmen nicht möglich ist. Die Dauer eines Projektes ist im allgemeinen mit mindestens drei Jahren zu veranschlagen.

Den monetären Nutzen eines Projektes in Heller und Pfennig (bzw. Cent) nachzuweisen, ist ebenfalls relativ schwer. Hier helfen in der Regel nur Schätzungen der beteiligten Führungskräfte. Immerhin können die Projektkosten inzwischen relativ genau benannt und dokumentiert werden. Dies ist für die Kostenaufteilung auf verschiedene Projektträger (Betrieb, Krankenkassen und Berufsgenossenschaft) nicht unerheblich. Inzwischen gibt es vom Europäischen Informationszentrum des Bundesverbandes der BKK nützliches Material zur Projektevaluation.

Für mich ist ein BGF-Projekt dann erfolgreich gelaufen, wenn die Teilnehmer der Lenkungsgruppe nach zwei bis drei Jahren sagen, dass sich die Skeptiker eines Projektes zu dessen Befürwortern gewandelt haben. Nach wie vor stellen meiner Erfahrung nach qualitative Interviews mit den Projektleitern und eine Befragung der MitarbeiterInnen zu Beginn und am Ende eines Projektes sowie einen kritischen Bericht der Projektbegleitung die derzeit beste Evaluationsmethode dar. Dies gilt allerdings nicht für kommerzielle Unternehmensberatungen, die sich über Aufträge finanzieren. Alle diese Aussagen beziehen sich nicht auf Klein- und Mittelbetriebe (KMU), sondern auf größere Betriebe. Für KMU fehlen derzeit noch praktikable Konzepte, die von den Klein- und Kleinstbetrieben auch angenommen werden.

Michael Ertel

Stressprävention und Gesundheitsförderung bei flexiblen Arbeitsformen

Im Folgenden werden Überlegungen zu den gesundheitlichen Aspekten einer zunehmenden Flexibilisierung der Arbeitswelt mit Fragestellungen aus dem Bereich der (betrieblichen) Gesundheitsförderung verbunden. Bislang tauschen sich Praktiker der (betrieblichen) Gesundheitsförderung nur wenig mit Arbeitsforschern aus, die – z.B. aus industriesoziologischer oder organisationspsychologischer Perspektive – die rasanten Umbrüche in der Arbeitswelt reflektieren, von denen Voraussetzungen und Erfolgsaussichten von betrieblicher bzw. erwerbsarbeitsbezogener Gesundheitsförderung erheblich beeinflusst werden.

Der folgende Überblick zeigt auf,

- wodurch sich Flexibilisierung und flexible Arbeitsformen auszeichnen,
- inwieweit Stressprävention und Gesundheitsförderung in einer flexibilisierten Arbeitswelt *nötig* sind – d.h. inwiefern ein diesbezüglicher Bedarf besteht – und
- inwieweit Stressprävention und Gesundheitsförderung in einer flexibilisierten Arbeitswelt *möglich* sind, d.h. welche Angriffspunkte es diesbezüglich gibt.

Zur Klärung dieser Fragen werden zunächst einige konzeptionelle Überlegungen präsentiert und die Thematik anschließend am Beispiel einer Studie der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin näher erläutert.

Konzeptionelle Überlegungen zu Stressprävention, Gesundheitsförderung und Flexibilisierung

Stressprävention und Gesundheitsförderung treffen sich in der Zielsetzung, die Ressourcen der Beschäftigten (bzw. Erwerbstätigen) und deren Kompetenzen im Umgang mit Belastungen zu stärken. Insofern können sie herkömmliche Arbeitsschutzmaßnahmen sinnvoll ergänzen, die darauf abzielen Gefährdungen auszuschalten bzw. zu minimieren und dadurch Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten bei der Arbeit zu sichern und zu verbessern (letzteres ist die Intention des Arbeitsschutzgesetzes). Die in diesem Zusammenhang interessante Frage, inwieweit es bisher tatsächlich zu einer produktiven Zusammenarbeit zwischen den Akteuren im Arbeits- und Gesundheitsschutz und denen auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung gekommen ist – bzw. welche Hindernisse es diesbezüglich gibt – kann in diesem Zusammenhang allerdings nicht erörtert werden. Darauf gehen andere Beiträge dieser Publikation ein.

Mit *Flexibilisierung* lassen sich, zusammenfassend und notwendig verkürzt, Entwicklungstendenzen im Arbeitsleben charakterisieren, deren Gemeinsamkeit darin besteht, dass „organisatorische und rechtlich-institutionelle Regelungen (Beruf, Karriere, Tarifvertrag, usw.) tendenziell durch ein höheres Maß an individueller und sozialer Selbststeuerung des Arbeitshandelns, Leistungshandelns und des Auftretens auf dem Arbeitsmarkt“ (Pröll/Gude & Ertel, 2001:4) abgelöst werden. Tätigkeiten bzw. Arbeitsanforderungen werden durch neue Managementstrategien (z.B. streng ergebnisorientierte Leistungsvorgaben) umstrukturiert, Verantwortlichkeiten und Risiken werden auf die Erwerbstätigen verlagert. Arbeitszeiten, Arbeitsorte, Arbeitsanforderungen und Entlohnungsformen werden zunehmend variabel. Gemeint sind also nicht (bzw. nicht nur) bestimmte flexible Arbeits- und Organisationsformen (z.B. Vertrauensarbeitszeit, Projektarbeit und Telearbeit), sondern Flexibilisierung bezeichnet einen übergreifenden Trend im Arbeitsleben insgesamt.

Im Hinblick auf die Möglichkeiten einer betrieblichen bzw. erwerbsarbeitsbezogenen Gesundheitsförderung sind die folgenden Aspekte wesentlich: Aus der Sicht vieler Erwerbstätiger bedeutet diese als „Flexibilisierung“ charakterisierte Entwicklung, dass sie in ihrem Berufsleben vermehrt zwischen unterschiedlichen Tätigkeiten und unterschiedlichen arbeitszeitlichen Arrangements sowie zwischen Phasen von Beschäftigung, Qualifizierung und Erwerbslosigkeit wechseln (vgl. Aronsson 1999). Die individuelle Erwerbsbiographie wird also – tendenziell – zunehmend instabil. Damit sind mehr Freiheiten, aber auch mehr Risiken verbunden. Die individuelle Verantwortlichkeit für die Gestaltung des eigenen Lebensweges nimmt insgesamt deutlich zu; damit auch eine größere Entscheidungsunsicherheit der Einzelnen, aus der wiederum ein erhöhter Beratungsbedarf resultiert (Marstedt 1998). Zugleich erschwert die beschleunigte Veränderungsdynamik des Arbeitslebens die Erhebung und Bewertung von Daten über Expositionen und Risiken (wie sie das Arbeitsschutzgesetz fordert) und die Gesundheit der Beschäftigten sowie die Abschätzung der Wirkung von Maßnahmen der Arbeitsgestaltung (vgl. Rantanen 1999).

Damit ergeben sich aus arbeitsmedizinischer Sicht neue Anforderungen an die Beanspruchungsregulation und die Risikobewertung (vgl. Scheuch 2000). Es gibt deutliche Anhaltspunkte dafür, dass die tendenzielle Auflösung traditioneller Karriereentwicklungen, herkömmlicher betrieblicher und sozialer Strukturen und damit verbundener sozialer Unterstützungsnetze die Entwicklung gesundheitlich riskanter Verhaltensweisen wie *Erholungsunfähigkeit*¹ begünstigt. Zum anderen führen massive Outsourcingprozesse (z.B. im Medienbereich) zu einer Fragmentierung der Arbeitswelt in immer kleinere Einheiten, die einem „kontrollierenden“ Zugriff durch die Arbeitsschutzinstitutionen (speziell die Aufsichtsbehörden) kaum noch zugänglich sind.

Verdeutlicht wird die damit verbundene Herausforderung bezüglich der Zugangsproblematik beispielsweise durch die Aussage eines Präventionsdienstleiters, wonach im Jahr 2000 nur etwa 20 % aller Kleinbetriebe arbeitsmedizinisch und sicherheitstechnisch betreut wurden (Kentner 2001: 14). Damit stellt sich auch die Frage nach der „Erreichbarkeit“ der in diesen Strukturen Arbeitenden für gesundheitsfördernde Maßnahmen.

Kooperationsprojekt zum Arbeits- und Gesundheitsschutz bei Freelancern in der Medienbranche

Im folgenden werden diese Überlegungen am Beispiel eines Forschungs- und Umsetzungsprojektes konkretisieren, das die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin in Kooperation mit der Gewerkschaft ver.di/IG Medien durchgeführt hat². Gegenstand sind die Arbeitsbedingungen und deren gesundheitliche Auswirkungen im Mediensektor, an dem sich exemplarisch die Entwicklung des Arbeitsmarktes in Richtung „flexibler Erwerbstätigkeit“ ablesen lässt. Da die Ergebnisse der ersten Erhebungsphase an anderer Stelle (Ertel /Kauric 2000; Ertel/Haake 2001) ausführlich dokumentiert sind, wird hier auf einige im Zusammenhang mit der obigen Fragestellung wesentlichen Gesichtspunkte eingegangen.

Die Daten wurden mit einem von den Kooperationspartnern gemeinsam entwickelten, auf die spezifischen Bedingungen von freiberuflicher Tätigkeit in der Medienbranche zugeschnittenen

¹ Erholungsunfähigkeit bezeichnet ein gesundheitlich riskantes Verhaltensmuster, das im wesentlichen durch extremes Arbeitsengagement und die fehlende innere Distanz zur Arbeit (auch in der Freizeit) gekennzeichnet ist. Es stellt erwiesenermaßen einen wichtigen verhaltensbedingten Risikofaktor für Herz-Kreislauf-Erkrankungen dar (vgl. Richter/Rudolf/Schmidt 1996; Scheuch 1997).

² Ulrich Pröll & Dietmar Gude: Gesundheitliche Auswirkungen flexibler Arbeitsformen. Risikoabschätzung und Gestaltungsanforderungen, Bremerhaven 2003 (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin; Forschungsbericht 986).

Fassung des Fragebogens „Gesundheit am Bildschirmarbeitsplatz“ (Ertel/Junghanns/Ullsperger 1994) erhoben. Die Stichprobe umfasste 210 Fragebögen (freiberufliche Mitglieder von IG Medien/ver.di aus dem Großraum München).

Relevante Strukturmerkmale der Medienbranche³ (hierzu zählen Printmedien und elektronische Medien einschließlich PR-Tätigkeiten) sind ein hoher und wachsender Selbständigenanteil, fließende Übergänge zwischen abhängiger und freiberuflicher bzw. selbständiger Tätigkeit und damit verbunden (aus Sicht der Medienunternehmen) eine weitgehende Austauschbarkeit zwischen selbständiger und abhängiger Beschäftigung.

Ausgewählte Ergebnisse zu Arbeitsbedingungen, Arbeitsbelastungen und deren gesundheitlichen Auswirkungen

Ergonomische Bedingungen

Wie gestalten sich die ergonomischen Bedingungen der Tätigkeit der Medien-Freelancer, die in der Regel für verschiedene Auftraggeber arbeiten, keinen festen betrieblichen Arbeitsplatz haben, sondern zu einem erheblichen Zeitanteil zu Hause bzw. mobil arbeiten? Was die Einrichtung und Gestaltung ihres häuslichen Arbeitsplatzes betrifft, waren die Befragten weitgehend auf sich allein gestellt. Sie erhielten in dieser Hinsicht weder von den betrieblichen Arbeitsschutzakteuren der Unternehmen, für die sie tätig sind (Betriebsarzt, Fachkraft für Arbeitssicherheit), noch von einer betrieblichen Interessenvertretung oder ihrer Gewerkschaft Unterstützung. Ein Viertel wurde von Arbeitskollegen und Freunden ergonomisch beraten bzw. unterstützt, und die überwältigende Mehrheit (83 %) gab an, dass sie sich selbst informiert hätten. In diesem Zusammenhang geben 35 % der Befragten an, dass sie mit den ergonomischen Bedingungen an ihrem häuslichen Arbeitsplatz nicht zufrieden sind.

Ferner ergab die Befragung, dass eine sicherheitstechnische sowie arbeitsmedizinische Betreuung praktisch nicht existiert. Damit ist das Risiko verbunden, dass gesundheitliche Einschränkungen (z.B. besondere Formen von Fehlsichtigkeit, Überlastungen des Stütz- und Bewegungsapparates) nicht rechtzeitig entdeckt werden. Dies gilt auch für arbeitsbedingte Ursachen von Beschwerden, die in diesen Fällen womöglich nur symptomatisch von Hausärzten behandelt werden – mit der wahrscheinlichen Folge, dass Ansätze zur Prävention am Arbeitsplatz weder erkannt noch genutzt werden.

Arbeitsanforderungen und Arbeitszeitstrukturen

Die Arbeitssituation der von uns befragten Freelancer lässt sich als *ambivalent* charakterisieren. So bewertet die große Mehrheit ihre Arbeit als abwechslungsreich, herausfordernd, anregend und befriedigend. Diesen positiven Merkmalen stehen hoher Zeit- und Leistungsdruck, eine häufig schwankende Auftragslage und unsichere berufliche Perspektiven als wesentliche Stressfaktoren gegenüber.

Freelancer schätzen durchaus die Freiheit, im Sinne von Zeitsouveränität ihre Arbeits- und Pausenrhythmen prinzipiell selbstbestimmt und individuell zu organisieren zu können (z.B. gemäß dem individuellen Biorhythmus und sozialen Bedürfnissen). Andererseits arbeiten sie ergebnisorientiert und sehen sich oft dem Druck ausgesetzt, rasch auf im Grunde unvorhersehbare Anforderungen des Marktes reagieren zu müssen, d.h. Aufträge anzunehmen und diese auch kurzfristig zu bearbeiten (sofern es Ihnen ihre Marktposition und/oder ihre Einkommenslage nicht er-

³ Gesterkamp (2000) bezeichnet den Mediensektor als „Vorreiterbranche“ für flexible Erwerbstätigkeit.

laubt, andere Prioritäten zu setzen und Aufträge ggf. auch abzulehnen). Das Ergebnis sind *stark schwankende Arbeitszeiten*. Die Erfahrungswerte der tariflich geregelten Arbeitszeiten können hier kaum als Orientierung dienen.

In der Stichprobe lag der statistische Durchschnittswert der wöchentlichen Arbeitszeit bei 47 Stunden, der aufgrund der großen Streubreite der tatsächlichen Stundenzahlen kaum als Orientierungsgröße dienen kann. 37 % der Befragten befinden sich im Bereich der für tariflich Beschäftigte normierten Arbeitszeit (bis 40 Stunden); 39 % arbeiten zwischen 42 und 56 Stunden pro Woche, und 24 % der Befragten arbeiten über 60 Stunden pro Woche, wobei diese Angaben die Arbeit am Wochenende einschließen. Zugleich geben 57 % an, dass sie gelegentlich oder häufig auch tags und nachts durcharbeiten, ohne ausreichend zu schlafen. Für knapp drei Viertel (74 %) hat die Arbeit oft Vorrang vor ihrem Privat- bzw. Familienleben.

Es zeigen sich *deutliche Zusammenhänge zwischen der wöchentlichen Arbeitszeit und dem Ausmaß an psychischen Belastungen* (Zeit- und Leistungsdruck). Während 28 % der Befragten mit einer Arbeitszeit bis zu 40 Stunden ständigen Zeit- und Leistungsdruck angeben, steigt dieser Anteil auf 55 % (bei den Befragten mit 42 – 56 Wochenstunden) und erreicht 69 % bei denjenigen, die über 60 Wochenstunden arbeiten.

Langfristig negative Folgen für die Leistungsfähigkeit und Gesundheit der Freelancer resultieren insbesondere aus der *Kombination* von hohen quantitativen Anforderungen (Dauer der wöchentlichen Arbeitszeit) und qualitativen Anforderungen (Zeit- und Leistungsdruck). So sind von denjenigen, die 48 Stunden und länger wöchentlich arbeiten – und das unter ständigem Zeitdruck – 64 % erholungsunfähig. *Erholungsunfähigkeit* ist ein anerkannter Risikofaktor für den Herzinfarkt (siehe oben). Dagegen sind nur 7 % derjenigen erholungsunfähig, die maximal 45 Wochenstunden arbeiten und dabei nur gelegentlich Leistungsdruck erleben; d. h. sie können ihre Handlungsspielräume besser nutzen, auf ihre individuellen Rhythmen eher Rücksicht nehmen, öfter Pausen einlegen etc., also unter vergleichsweise „gesundheitsgerechten“ Bedingungen arbeiten.

Krankenstand und „Arbeiten trotz Krankheit“

Der Krankenstand ist eine häufig herangezogene, wenn auch umstrittene Zielgröße (vgl. Schwenckenwein 1997) zur Einschätzung des Gesundheitszustandes im Vergleich zwischen Branchen und innerbetrieblichen Organisationseinheiten (z.B. Abteilungen) sowie zur Evaluierung von gesundheitsfördernden Maßnahmen.

Bei flexibler Erwerbstätigkeit außerhalb herkömmlichen betrieblichen Strukturen ist die gesundheitliche Indikatorfunktion des Krankenstandes noch problematischer: die Schwelle, ab der Erwerbstätige eine zur Genesung erforderliche „Auszeit“ in Anspruch nehmen, dürfte ansteigen, wenn der Weg zu einem betrieblichen Arbeitsplatz entfällt, wenn soziale Sicherungen (z.B. Lohnfortzahlung im Krankheitsfall) nicht vorhanden sind, wenn es keine Vertretung im Krankheitsfall gibt, der Arbeitsdruck hoch ist und die Marktlage und/oder die Einkommenslage es nicht erlauben (bzw. es erschweren), Aufträge abzulehnen. Von diesen Bedingungen dürften viele auf die in der hier vorgestellten Untersuchung befragten Freelancer zutreffen.

So verdoppelte sich der Anteil der Befragten, die angaben, trotz Krankheit oft zu arbeiten, bei hoher Arbeitsbelastung auf 40 % (gegenüber 20 % bei „erträglicher“ Arbeitsbelastung). Anmerkungen in den ausgefüllten Fragebögen, z.B. zum Thema Arbeitsunfähigkeit bei Krankheit („Kann mir das nicht leisten!“) bekräftigen diese Beobachtung. Ein solches Verhalten kann dazu führen, dass sich zunächst banale Befindlichkeitsstörungen zu chronischen Erkrankungen entwickeln. Aber auch die Leistungsfähigkeit ist davon negativ betroffen, wobei die Ergebnisse einer breit

angelegten Studie aus Kanada darauf hindeuten, dass Erwerbstätige mit Störungen des *psychischen* Befindens eher dazu neigen, ihre Symptome zu verdrängen und bei Krankheit (wenn auch leistungsgemindert) weiterarbeiten als diejenigen mit *körperlichen* Beschwerden (Dewa & Lin 2000).

Schlussfolgerungen und Ausblick

Eine zunehmend „flexibilisierte“ Arbeitswelt bedeutet neben hohen fachlichen Kompetenzen für die jeweilige Tätigkeit im Vergleich zur „betriebszentrierten“ Arbeit zusätzlich hohe Anforderungen an die Selbstregulation (im Hinblick auf Selbstdisziplin, Selbstmotivation, Zeitmanagement), aber auch in gesundheitlicher Hinsicht. In dem Maße, in dem die Eigenverantwortung der Erwerbstätigen für die Regulierung ihrer Arbeitsbelastungen zunimmt, wird es künftig verstärkt darauf ankommen, zum einen gemeinsame Maßstäbe für akzeptable (d.h. auch in gesundheitlicher Hinsicht langfristig zumutbare) Arbeitsbedingungen (Leistungsanforderungen, Arbeitszeiten, etc.) zu gewinnen.

In diesem Zusammenhang hat z. B. die hier vorgestellte Befragung eine wichtige kommunikative (und präventive) Funktion. Beispielsweise hat eine erste Rückmeldung der Befragungsergebnisse auf einer Gewerkschaftsveranstaltung wichtige Diskussions- und Verständigungsprozesse ausgelöst. So äußerten einige der befragten Freelancer – die in der Regel relativ isoliert voneinander arbeiten, ohne die Möglichkeit zu einem spontanen Austausch mit Arbeitskollegen, wie sie im Betrieb gegeben ist – dass ihnen ihre lange Arbeitszeit bisher nicht bewusst gewesen war (75 % hatten in der Befragung angegeben, ihre Arbeitszeit nicht zu erfassen).

Die Befragung hatte also einen wichtigen Anstoß vermittelt, auf der Basis eines Erfahrungsaustauschs die eigenen Arbeits- und Leistungsbedingungen (und den persönlichen Arbeitseinsatz) zu reflektieren. Somit hat gerade bei streng „ergebnisorientierten“ Arbeitsformen das *Arbeitszeitbewusstsein* der Erwerbstätigen offenbar eine wichtige präventive Funktion – im Sinne eines vernünftigen Umgangs mit dem eigenen Leistungsvermögen.

Hiermit in Verbindung steht die Aufgabe einer künftigen *erwerbsarbeitsbezogenen Gesundheitsförderung*, dazu beizutragen, zunächst die individuellen Kompetenzen der Erwerbstätigen im Umgang mit Belastungen zu stärken (d.h. bewusste Wahrnehmung von Stressfaktoren und der eigenen Befindlichkeit, Mobilisierung eigener Ressourcen und Aufbau von unterstützenden Netzwerken). Mittel- und langfristig müsste es darum gehen, den Erwerbstätigen zu helfen, im Sinn der *Selbstregulation* (vgl. Grossarth-Maticsek 2000) ein Gleichgewicht zwischen den Arbeitsanforderungen und den eigenen Bedürfnissen, Werten, Fähigkeiten und Fertigkeiten herzustellen und aufrechtzuerhalten.

Für eine individuelle, selbstbestimmte Flexibilität in diesem Sinne (vgl. Theorell 1996) sind freilich auch weiterhin unterstützende institutionelle Rahmenbedingungen (gesetzlich, tariflich, etc.) unverzichtbar. Z.B. könnten Vereinbarungen, die sich in etwa an Tarifverträge anlehnen, dazu beitragen, die Verhandlungsposition (und die materielle Situation) vieler Medien-Freelancer gegenüber ihren Auftraggebern zu verbessern. Auch auf diese Weise kann gesundheitsgerechtes Verhalten bei der Arbeit zumindest erleichtert werden: etwa durch Minderung des Drucks, im Krankheitsfall aus finanziellen Gründen „durchzuarbeiten“, statt zugunsten der Wiedererlangung der Gesundheit eine Genesungspause einzulegen.

Eine effektive Gesundheitsförderung kann sich daher nicht in der Propagierung gesundheitsfördernden Bewusstseins und Verhaltens erschöpfen, sondern muss in diesem Sinn auch strukturell verankert sein.

Es bleibt die Herausforderung, wie die wachsende Anzahl von Erwerbstätigen, die zeitlich und räumlich flexibel – außerhalb betrieblicher Strukturen – arbeiten, für Angebote der Gesundheitsförderung und Stressprävention erfolgreich erreicht, angesprochen und motiviert werden. Angebote zur Lösung individueller gesundheitlicher Probleme und zur Förderung der Gesundheitskompetenz in vielen Lebensbereichen (Bewegung, Ernährung, etc.) kommen z.B. von den Krankenkassen (vgl. Marstedt 1998). Als kompetent zur Vermittlung berufsbezogener Unterstützung für Freelancer haben sich in der letzten Zeit spezifische, auf das Internet gestützte Angebote erwiesen, z.B. das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderte Selbständigen-Beratungsprojekt mediafon (www.mediafon.net).

Der boomende Markt der Gesundheitsdienstleistungen (mit den Verheißungen von Wellness, Fitness, Work-Life-Balance, etc.) ist in seiner Qualität noch sehr schwer einzuschätzen; allerdings scheinen diese Angebote, bezogen auf die Arbeitswelt, bisher eher kompensatorischen Charakter zu haben (im Sinne des nachträglichen Ausgleichs von Belastungen) als konsequent präventiv orientiert zu sein.

Zukünftig müssen daher verstärkt integrierte und bedarfsgerechte arbeitsmedizinische, ergonomische und psychosoziale Schulungs-, Beratungs- und Betreuungsangebote entwickelt werden, die geeignet sind, zumindest teilweise die Lücken zu schließen, die durch die Auflösung betrieblicher (Arbeitsschutz-) Strukturen entstanden sind.

Literatur:

- Aronsson, G. (1999): Influence of worklife on public health, in: Scandinavian Journal of Work, Environment & Health, 25(6), S. 597-604
- Dewa, C. S & Lin, E. (2000): Chronic physical illness, psychiatric disorder and disability in the workplace, in: Social Science & Medicine, Vol. 51(1), S. 41-50
- Ertel, M./Junghanns, G./ Ullsperger, P.(1994): Gesundheit am Bildschirmarbeitsplatz (GESBI). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsmedizin: Forschung, Fb 12.003)
- Ertel, M./Kauric, S. (2000): Flexibilisierung und Gesundheit am Beispiel von Telearbeit. Ergebnisse einer empirischen Untersuchung in der Medienbranche, in: WSI-Mitteilungen, Heft 9, S. 598 - 602
- Ertel, M./Haake, G. (2001): Belastungen und Gesundheitsrisiken von Freelancern – der Arbeitstypus der Zukunft?, in: Pickshaus, K./ Schmitthenner, H./ Urban, H.-J. (Hg.): Arbeiten ohne Ende. Neue Arbeitsverhältnisse und gewerkschaftliche Arbeitspolitik, Hamburg: VSA, S. 112-121
- Gesterkamp, T. (2000): „Coole Leute mit heißen Jobs“. Neue Selbständigkeit in einer Vorreiterbranche, in: Blätter für deutsche und internationale Politik, Heft 3, S. 350-357
- Grossarth-Maticek, R. (2000) : Autonomietraining. Gesundheit und Problemlösung durch Anregung der Selbstregulation. Berlin, New York: de Gruyter
- Kentner, M. (2001): Poolmodelle - fachliche, organisatorische und wirtschaftliche Aspekte, in: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Gefährdungsbeurteilung in Klein- und Kleinstbetrieben. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Tagungsbericht 114), S. 14-18
- Marstedt, G. (1998): Krankenkassen – Die neuen Gesundheitsberater der Risikogesellschaft?, in: Marstedt, G./ Müller, R. (Hg.): Gesellschaftlicher Strukturwandel als Herausforderung der Gesundheitswissenschaften. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, S. 186-221
- Pröll, U./Gude, D. & Ertel,M. (2001): Gesundheitliche Auswirkungen flexibler Arbeitsformen – Theoretisch-methodisches Rahmenkonzept und Leithypothesen der Risikoabschätzung. Werkstattbericht aus dem Forschungsprojekt F 5160 der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund/Berlin

- Rantanen, J. (1999): Research challenges arising from the changes in worklife, in: *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, Vol. 25, no 6, special issue, S. 473-483
- Richter, P./Rudolph, M./Schmidt, C.F. (1996): Fragebogen zur Analyse belastungsrelevanter Anforderungsbewältigung (FABA), Frankfurt am Main: Swets Test Service
- Scheuch, K. (1997): Psychomentele Belastung und Beanspruchung im Wandel von Arbeitswelt und Umwelt, in: Borsch-Galetke, E./ Struwe, F. (Hg.): 37. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V., Fulda, S. 65-80
- Scheuch, K. (2000): Arbeitsmedizin im Wandel : Bewährte Strategien und neue Herausforderungen, in: Schäcke, G./Lüth, P. (Hg.): 40. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V., Fulda, S. 254-268
- Schwendenwein, J. (1997): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung: Der Krankenstand als Evaluationsindikator. München, Wien: Profil
- Theorell, T. (1996): Flexibility at work in relation to employee health, in: Schabracq, M.J./ Winubst, J.A.M. / Cooper, C.L. (eds): *Handbook of Work and Health Psychology*, Chichester, New York: Wiley, S. 147-160

Joseph Kuhn

Unerledigte Aufgaben in der betrieblichen Gesundheitsförderung

1. Klärung des Verhältnisses zum Arbeitsschutz

Das Verhältnis zwischen betrieblicher Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz hat sich in den vergangenen Jahren sehr stark verändert. Mit dem Arbeitsschutzgesetz hat sich der Handlungsansatz des Arbeitsschutzes dem der betrieblichen Gesundheitsförderung weitgehend angenähert. Was das für die betriebliche Gesundheitsförderung bedeutet, ist noch klärungsbedürftig. Das ist keine akademische Frage, sondern durchaus eine praktische Frage, weil sich daraus die Themen und Handlungsfelder der betrieblichen Gesundheitsförderung ableiten.

Was z.B. die Krankenkassen angeht, sieht das Gesetz sogar ausdrücklich vor, die betriebliche Gesundheitsförderung solle nur „den Arbeitsschutz ergänzen“. Sie soll ihm also nicht Konkurrenz machen, das kann nach dem Arbeitsschutzgesetz keine konzeptionelle Perspektive der betrieblichen Gesundheitsförderung mehr sein. Statt dessen sollte sie wieder stärker die Menschen (für die Krankenkassen: die Versicherten) in den Blick nehmen, sie z.B. bei der Bewältigung der schwierigen Balance zwischen Arbeiten und Leben unterstützen, ihnen Hilfestellungen geben bei der Gestaltung des (Arbeits-)Lebens, seien es berufliche Umbrüche, der Übergang in den Ruhestand oder die Wechselbeziehungen zwischen Beruf und Familie.

Es sollte des weiteren um die allgemeine Verbesserung des Gesundheitszustandes der Beschäftigten gehen, unabhängig davon, ob ein gesundheitliches Problem betrieblich oder privat bedingt ist. Es macht z.B. für die Krankenkassen keinen Sinn, Muskel-Skeletterkrankungen nach ihren betrieblich bedingten und ihren privat bedingten Anteilen zu sortieren. Das Gesetz sieht so etwas auch nicht vor.

All das gibt Anlass, darüber nachzudenken, ob nicht schon die Bezeichnung „betriebliche“ Gesundheitsförderung dem Denken Scheuklappen aufsetzt, dass wir vielleicht besser von arbeitsweltbezogener Gesundheitsförderung reden und über den betrieblichen Handlungsrahmen hinausdenken sollten. Es geht darum, arbeitsweltbezogen zu handeln (also keine unspezifische Rückenschule im Betrieb), aber dabei nicht zu ignorieren, dass die Menschen auch ein Privatleben haben und dass zwischen beruflicher und privater Lebenssphäre vielfältige Wechselbeziehungen bestehen.

2. Phasen der Arbeitslosigkeit als Teil der Berufsbiografie

Wie ist damit umzugehen, dass viele Betriebe wirtschaftlich um ihre Existenz kämpfen müssen, aus Sicht der Krankenkassen also gewissermaßen der ganze Betrieb ein „schlechtes Risiko“ darstellt? Wird um diese Betriebe einfach ein Bogen gemacht oder sind sie trotzdem geeignet für Interventionen der betrieblichen Gesundheitsförderung? Und wie müssten solche Interventionen idealerweise aussehen?

Wie ist es, wenn die Beschäftigten arbeitslos geworden sind, sind sie dann eigentlich auch noch interessant für die betriebliche, oder besser: arbeitsweltbezogene Gesundheitsförderung? Versteht sich die kassenfinanzierte Gesundheitsförderung also auch hier über den betrieblichen Rahmen hinaus als arbeitnehmerbezogene Gesundheitsförderung? Welche Kooperationsformen zwischen Krankenkassen und Arbeitsämtern gibt es dazu? Wird dabei überhaupt daran gedacht, dass die Arbeitslosen von heute (hoffentlich) die Beschäftigten von morgen sind, d.h. dass die Gesund-

heitsförderung eigentlich nicht darauf warten sollte, bis die Arbeitslosen wieder im Betrieb sind, um sie dann mit Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu beglücken?

3. Dominanz kleinbetrieblicher Strukturen

In Brandenburg haben beispielsweise 90 % der Betriebe weniger als 20 MitarbeiterInnen und 98 % der Betriebe weniger als 100 MitarbeiterInnen. In Bremen sieht es vermutlich nicht viel anders aus. Die Mehrzahl der Beschäftigten arbeitet in Kleinbetrieben und bekanntlich ist der Interventionsbedarf in diesen Betrieben sehr groß, sowohl was klassische Gefährdungen wie Arbeitsunfälle betrifft als auch Fragen der gesundheitsgerechten Arbeitsorganisation.

Wie ist eigentlich damit umzugehen, dass keine Krankenkasse eine flächendeckende Betreuung dieser Kleinbetriebe organisieren kann? Die Innungskrankenkassen haben Modelle der innungsbezogenen Gesundheitsförderung entwickelt, die aber ebenfalls nicht wirklich die Masse der Kleinbetriebe erreichen.

Die Unfallversicherungsträger haben, unter der Vorgabe des Arbeitsschutzgesetzes, sich mit dieser Frage ebenfalls auseinandergesetzt und Betreuungsmodelle für Kleinbetriebe entwickelt, mit denen bestenfalls einige Basics des Arbeitsschutzes in die Betriebe getragen werden können, in der Regel wenig aus dem Repertoire der betrieblichen Gesundheitsförderung. Wie also kommen die Kleinbetriebe zur betrieblichen Gesundheitsförderung? Hierzu gibt es bisher keine befriedigende Antwort.

4. Marketing oder Prioritätensetzung am Bedarf

Ein weiterer Aspekt, der angesprochen werden sollte, bezieht sich auf die Diskussion, die vor sieben Jahren das Ende der kassenfinanzierten Gesundheitsförderung eingeläutet hat. Die Kassen würden nur Marketingangebote machen, um gesunde Mitglieder zu halten oder zu werben. Die Kritik am Bauchtanz auf Kassenkosten war damals in allen Medien. Dazu gäbe es viel zu sagen, was den marginalen Umfang solcher Marketingangebote betrifft ebenso wie übrigens zur unsinnigen Kritik am Bauchtanz, der allemal besser ist als Psychopharmaka oder Diätpillen. Aber das ist Geschichte.

Eines ist aber an dieser Kritik sicher berechtigt gewesen: dass die Gesundheitsförderung sich schwer damit tut, bedarfsorientiert zu intervenieren, d.h. dort zu intervenieren, wo bei Nichtintervention mit gesundheitlichen Schäden zu rechnen ist. Die Gesundheitsförderung orientiert sich zu wenig an den Ergebnissen der Gesundheitsforschung und der Gesundheitsberichterstattung. Das gilt auch für die betriebliche Gesundheitsförderung.

5. Sozialkompensatorischer Präventionsbedarf

Ein spezieller, aber wichtiger Fall der Bedarfsorientierung ist bereits im Gesetz geregelt: Der neue § 20 SGB V enthält ausdrücklich das Gebot für eine sozialkompensatorische Gesundheitsförderung. Die Gesundheitswissenschaften haben erdrückende Belege dafür zusammengetragen, dass mit einem schlechteren Sozialstatus in der Regel auch ein schlechterer gesundheitlicher Status einhergeht. Das ist in der Arbeitswelt nicht anders. Die unteren beruflichen Statusgruppen sind kränker als der Durchschnitt der Beschäftigten und sie sind auch schlechteren Arbeitsbedingungen ausgesetzt. Und: Immer mehr Menschen arbeiten in befristeten Arbeitsverhältnissen, in Zeitarbeitsfirmen, in den diversen Formen der Scheinselbständigkeit etc.

Was hat die betriebliche Gesundheitsförderung zu dieser Entwicklung zu sagen? Und wie sehen ihre speziellen Hilfen für Menschen am Rande des Arbeitsmarktes aus? Wäre hier nicht systematisch mit Sozialberatern zusammenzuarbeiten, weil z.B. der Lagerarbeiter ohne Lösung für seine Überschuldung auch nicht auf den Alkohol verzichten kann? Und weil davon wiederum seine Kinder mitbetroffen sind?

Klar ist, dass der politisch gewollte Kassenwettbewerb der gesetzlichen Vorgabe zur sozialkompensatorischen Prävention zuwiderläuft. Aber das Problem kann nicht ignoriert werden, weil sonst früher oder später die Diskussion von 1996 wiederkehrt.

6. Gesundheitsförderung für ältere Beschäftigte

Ein weiterer Sonderfall einer bedarfsorientierten Gesundheitsförderung sind Angebote für ältere Beschäftigte. Dazu gibt es inzwischen zwar viel Literatur, aber noch wenig Praxis. Die demografische Entwicklung wird die Betriebe aber unausweichlich einholen, d.h. die Betriebe werden mit älteren Beschäftigten arbeiten müssen und die Gesundheitsförderung wird dazu ihren Beitrag zu leisten haben. Hier wäre es interessant, Maßnahmen der Rehabilitation und der arbeitsweltbezogenen Gesundheitsförderung zu verknüpfen. Die Frage ist nur, durch wen und wie?

7. Gesundheitsförderung für ausländische Beschäftigte

Auch für ausländische Beschäftigte wird noch zu wenig getan. Sie gehören häufig den unteren beruflichen Statusgruppen an bzw. arbeiten in prekären Beschäftigungsverhältnissen. Natürlich ist es nicht einfach, mit türkischen Metallarbeitern einen Gesundheitszirkel durchzuführen. Aber haben sie es weniger nötig? Im Zuge einer neuen Einwanderungs- und Integrationspolitik wird sich wohl auch die Gesundheitsförderung neu ausrichten müssen.

8. Schnittstellen zur familienfreundlichen Unternehmenspolitik

Ein konzeptionell in der betrieblichen Gesundheitsförderung noch völlig offenes Problem sei hier nur kurz angerissen: Die Erwerbsbeteiligung von Frauen nimmt seit Jahren zu und das wird sicher auch so bleiben. Die Frage nach der Vereinbarkeit von Familie und Beruf stellt sich heute viel schärfer als früher. Diese Frage ist für die betriebliche Gesundheitsförderung nicht bedeutungslos: es ist schließlich nicht gesund, wenn man/frau ständig gestresst von der Kita zur Arbeit und wieder zur Kita hetzt, und es bleibt nicht ohne Folgen für den Krankenstand, wenn frau sich bei jeder Krankheit des Kindes überlegen muss, ob sie sich selbst gesund genug fühlen kann, um zur Arbeit zu gehen.

Fühlt sich die betriebliche Gesundheitsförderung hier überhaupt zuständig? Und wenn ja, wie sehen die Schnittstellen zwischen der gesundheitsförderlichen und der familienfreundlichen Unternehmenspolitik aus? Welche Ansätze einer sowohl gesundheits- als auch familienorientierten Arbeitszeitflexibilisierung wären z.B. zu diskutieren?

Wer nach Antworten auf diese Fragen sucht, muss auch nach neuen Akteuren in der arbeitsweltbezogenen Gesundheitsförderung suchen – warum z.B. nicht die Rentenversicherung einbeziehen, warum nicht die Arbeitsverwaltung –, nach neuen Bündnispartnern, neuen Finanzierungswegen, nach neuen konzeptionellen Ansätzen einer Verzahnung von betrieblicher und allgemeiner Gesundheitsförderung und vor allem nach einer Besinnung darauf, wie Arbeit und Leben zusammenhängen und wie wir uns beides so angenehm wie möglich machen können.

Ingrid Sandhop

Gesundheitsförderung im Amt für Bauförderung – ein Projektbericht –

Die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) als ein neuer Weg des Arbeits- und Gesundheitsschutzes

Die technischen und organisatorischen Entwicklungen haben die Arbeitswelt auch in der öffentlichen Verwaltung in den letzten Jahren strukturell stark verändert. Dies gilt ebenso für den Arbeitsschutz. Dazu beigetragen haben die neuen Pflichten der Arbeitgeber, die im Arbeitsschutzgesetz festgelegt sind.

Für den Arbeitsschutz bedeutet dies, sich der Arbeitswelt ständig neu anzupassen, neue Wege zu gehen, Arbeitsschutz nicht nur als Unfallverhütung und Sicherheitstechnik zu verstehen. Arbeitsschutz ist heute mehr als das Befolgen von Geboten und Verboten. Der Arbeitsschutz ist ohne Gesundheitsschutz undenkbar geworden.

Für alle Beteiligte im Arbeits- und Gesundheitsschutz bedeutet dies, die Beschäftigten verstärkt mit einzubinden, um so gemeinsam den Wandel zu gestalten.

Kurz gesagt, nicht „nachbessern“, sondern präventiv tätig werden. Hier liegt die große Chance der „Betrieblichen Gesundheitsförderung“ (BGF) und die Möglichkeit der Sicherheitsfachkraft tätig zu werden, diesen Weg einzuleiten.

Die Darstellung unseres Pilotprojekts soll zeigen, wie es möglich ist, mit eigenem vorhandenen Potential die BGF in die vorhandene Unternehmensstruktur einzubetten. Wobei es hier nicht um ein abstraktes, sondern um ein auf dieses Amt zugeschnittenes Konzept geht.

Um welchen Betrieb handelt es sich?

Es handelt sich um den Magistrat der Stadt Bremerhaven, dem Amt für Bauförderung (Amt 64) mit 39 Verwaltungsangestellten (33 Angestellte, 6 Beamte).

Eine Dienstvereinbarung zur betrieblichen Gesundheitsförderung oder besondere Rahmenbedingungen sind nicht vorhanden.

Ausgangsvoraussetzungen

Welche Ausgangsvoraussetzungen müssen für ein Pilotprojekt vorhanden sein, wenn die Rahmenbedingungen für BGF in dem Betrieb fehlen?

Zwei Faktoren waren dafür ausschlaggebend:

- Betriebliche Gesundheitsförderung als Chance für die MitarbeiterInnen ihre Arbeitsumgebung bewusst wahrzunehmen, um sie selbst zu gestalten.
- Ein Amtsleiter, der offen für zeitgemäße Führungskonzepte ist und eine neue Unternehmenskultur in seinem Amt als Bereicherung ansieht.

Welches Potential ist im eigenem Betrieb vorhanden?

Für die weitere Vorgehensweise stellten sich folgende Fragen:

- Wer kann an diesem Projekt beteiligt werden, wer kann es fördern?
- Welches Potential ist im eigenem Betrieb vorhanden?
- Welche „Schatzkiste“ wartet auf uns um gehoben zu werden?

Vorgefunden wurde:

- Ein offenes Führungsteam, mehrere Abteilungsleiter, die sich für die BGF begeistern ließen.
- Eine engagierte Sicherheitsfachkraft, die eine Arbeitsplatzanalyse in dem Amt durchgeführt und die Bildschirmarbeitsplätze in Zusammenarbeit mit dem Amt nach den neuesten ergonomischen Erkenntnissen umgestaltet, aber auch erkannt hat, dass hier die Möglichkeiten des normalen Arbeitsschutzes erschöpft sind. Eine Optimierung der Arbeitsbedingungen ist nur noch durch die BGF zu erreichen.
- Eine motivierte Mitarbeiterschaft, die es gewohnt ist, neue Sachen auszuprobieren und auf Pilotprojekte einzugehen.
- Ein Moderatorenpool des Magistrats der Stadt Bremerhaven, der eingerichtet wurde, um Arbeitsgruppen mit Hilfe der Moderationstechnik zu unterstützen.

Schritte in der Planungsphase

Der erste Schritt in der Planungsphase ist die Gewinnung von Kooperationspartnern und die Schaffung einer Kommunikationsstruktur

Externe Kooperationspartner

Die AOK und die Unfallkasse Bremen erklärten sich bereit bei der BGF mitzuwirken. Die Beteiligung der Krankenkasse gewährleistet eine anonyme professionelle Auswertung der Mitarbeiterbefragung. Ein weiterer Vorteil in der Zusammenarbeit ist der damit verbundene Service der Krankenkasse, die wichtigsten Ergebnisse im Überblick für den Betrieb zu dokumentieren. Tabellen der Ergebnisse ergänzen den Bericht.

Die Unfallkasse Bremen unterstützt oder bietet Schulungen an, die aufgrund der Analyse durchgeführt werden sollen.

Interne Kooperationspartner

Unerlässlich ist es interne Kooperationspartner zu aktivieren, die den gesamten Prozess begleiten und gemeinsam mit den externen Kooperationspartnern in der Steuerungsgruppe Gesundheitsförderung fungieren.

Es sollten die Führungskräfte, die Personalvertretung, die Beauftragten und die Berater des Amtes vertreten sein.

Einrichtung einer Steuerungsgruppe

Der nächste Schritt ist die Initiierung einer Steuerungsgruppe, die sich aus den internen und externen Kooperationspartnern zusammensetzt. Gemeinsam gestaltet die Steuerungsgruppe den weiteren Ablauf des Konzeptes.

Unter Führung der Projektleitung wirken folgende Personen mit:

- Amtsleiter
- Verwaltungsleiter
- 2 Abteilungsleiter
- Fachkraft für Arbeitssicherheit
- Betriebsarzt
- Personalrat Bauverwaltung und des Gartenbauamtes
- Frauenbeauftragte
- Schwerbehindertenvertreter
- Krankenkassenvertretung (AOK)
- Unfallkasse Bremen

Schritte in der Durchführungsphase

1. Da sich die Mitglieder der Steuerungsgruppe aus verschiedenen Aufgabenbereichen des Betriebes zusammensetzten, ergaben sich auch verschiedene Bedürfnisse, Erwartungen und Sichtweisen. Zu Beginn war es wichtig mit allen Mitgliedern der Steuerungsgruppe das Ziel zu definieren.

Von allen getragen ergaben sich folgende Zielvorstellungen:

- Die BGF soll in enger aktiver Beteiligung der Beschäftigten Maßnahmen einleiten, die an „krankmachenden“ Bedingungen des Arbeitsumfeldes ansetzen.
- Geplant ist ein passendes und flexibles Konzept zur BGF, das bei ihrer Gestaltung auf die Gesunderhaltung angelegt ist, dauerhafte Strukturen zur BGF schafft und als Vorbildfunktion für den gesamten Magistrat dient.

Die Steuerungsgruppe einigte sich auf folgende Schwerpunkte:

- Verbesserung der Lebensqualität, der Gesundheit und des Wohlbefindens am Arbeitsplatz;
 - Verbesserung der Ausstattung der Arbeitsplätze und deren Umgebungsbedingungen
 - Förderung einer Betriebskultur, in der positive Beziehungen aufgebaut und gepflegt werden, wo auch das Führungsverhalten ein Thema sein wird.
2. Danach wurde gemeinsam der Fragebogen für die MitarbeiterInnen mit insgesamt 36 Fragen erstellt um sie auf das Thema einzustimmen und aktiv in den Prozess mit einzubeziehen. Eine Zustimmung der Mitbestimmungsgremien ist erforderlich und wurde eingeholt.
 3. Es folgte eine Einstiegsveranstaltung für alle Beschäftigten des Amtes. Hier wurde das Konzept „Betriebliche Gesundheitsförderung“ und der „Mitarbeiterfragebogen“ vorgestellt, verbunden mit der Bitte, dass sich möglichst viele an dieser Aktion beteiligen. Dieses Ziel wurde erreicht, von 39 Beschäftigten haben 38 den Fragebogen ausgefüllt.
 4. Die AOK stellte der Steuerungsgruppe Auszüge aus der Analyse der Mitarbeiterbefragung vor.
 5. Die Mitwirkenden der Steuerungsgruppe haben aus dem Bericht des wissenschaftlichen Institutes der AOK eigenständig eine Feinanalyse vorgenommen, mit der Vorgabe, sich Schwerpunktthemen herauszusuchen, die aus ihrer Sicht vorrangig sind. Diese Schwerpunktthemen sollen von den Beschäftigten selber in Gesundheitszirkeln aufgearbeitet werden.

Aus der Analyse der Mitarbeiterbefragung haben sich drei Schwerpunktthemen für Gesundheitszirkel ergeben:

- **Arbeitsabläufe / Arbeitsorganisation**
- **Arbeitsplätze und deren Umgebungsbedingungen**
(Ausstattung, Gestaltung, Ergonomie)
- **MitarbeiterInnen / Vorgesetzte**
(Führungsverhalten, Zusammenarbeit, Betriebsklima)

Außerdem ist für die Beschäftigten die Steigerung der Gesundheit ein Thema, z.B. Nichtraucher-schutz, Ernährungsfragen usw..

6. Im nächsten Schritt wurde festgelegt, unter welchen Bedingungen die Zirkelarbeit erfolgen soll.
7. Auf einer Informationsveranstaltung für die Beschäftigten des Amtes wurden die Ergebnisse vorgestellt und um Mitarbeit in den Gesundheitszirkeln geworben.
8. Danach folgte die Bildung eines Gesundheitszirkels.
9. Im Gesundheitszirkel wird mit den Arbeitsplätzen und deren Umgebungsbedingungen (Ausstattung, Gestaltung und Ergonomie am Arbeitsplatz) begonnen.

Vorgehensweise im Pilotprojekt

Die drei Schwerpunktthemen wurden nacheinander abgearbeitet und die Teilergebnisse der Steuerungsgruppe vorgestellt. Die Steuerungsgruppe hatte zu entscheiden, wie die Vorschläge umgesetzt und die MitarbeiterInnen des Amtes 64 darüber informiert werden sollten.

Beispielhaft für die Vorschläge und Maßnahmen aus den Gesundheitszirkeln zeigt Abb. 1 die Ergebnisse des Zirkels „Arbeitsplatz-Ausstattung, Gestaltung, Ergonomie“.

Abbildung 1: Gesundheitszirkel Arbeitsplatz – Ausstattung, Gestaltung, Ergonomie

Vorschlag	Maßnahmen
	Maßnahmen, die durch die Arbeitsplatzanalyse erforderlich wurden
Infos und Beratung zu gesundheitsgerechten Verhältnissen am Arbeitsplatz	Aktionstag im Amt für Bauförderung im Vorfeld durch die Arbeitssicherheit und dem Amt 64 organisiert (Tischhöhen, Lamellen, Ausstattung, Arbeitsplatzbeleuchtung, Lichtfarbe)
Beleuchtung: Anschaffung Einzelplatzbeleuchtung	Anschaffung erfolgte unter Mitwirkung der Arbeitssicherheit
	Maßnahmen, die vom Gesundheitszirkel erarbeitet wurden
Ernährungsberatung (Theorie und Angebot)	Aufklärung am Gesundheitsinformationstag (07. März 2002) (Ernährungsberaterin der AOK) Vortrag (Gesunde Ernährung im Büro und Alltag) Angebot „Gesunde Mittagspause“ im Ausbildungsrestaurant der VHS
Info über gesundes Verhalten am Arbeitsplatz (Theorie und Praxis)	Aufklärung am Gesundheitsinformationstag (Sportarzt) Vortrag (Der Einfluss sportlicher Übungen auf die Gesundheit), Bewegungspausen
Info über Augenbelastung am Bildschirmarbeitsplatz (Theorie und Praxis)	Aufklärung am Gesundheitsinformationstag (Betriebsarzt) Vortrag (Augenbelastung), Übungen
Info über Stressbewältigung (Theorie und Praxis)	Aufklärung am Gesundheitsinformationstag (externe Referentin) Vortrag (Stressbelastung, Stressbewältigung), Übungen
Massage am Arbeitsplatz	Aufklärung am Gesundheitsinformationstag (externer Referent) Massage-Demonstration
Bewegungsangebote für MitarbeiterInnen	Zuerst Bewegungsangebote für die Beschäftigten des Amtes für Bauförderung und deren Gäste „Wirbelfunktionstraining“ und „Fitness für ER und SIE“ Inzwischen ständiges Angebot für alle Beschäftigten des Magistrates im Zusammenwirken mit dem Personal-Organisationsamt, Abtl. Aus- und Fortbildung
Lärminderung: Trennung Treppenhaus/Flur Austausch der lauten, defekten PC-Lüfter Reduzierung Geräuschkulisse Straßenverkehr und Mehrfachbelegung	Umbau des Treppenhauses durch Einbau von Treppenhaustüren Anschaffung neuer PC-Lüfter Messungen der Lärmbelastung am Arbeitsplatz, Ergebnisse werden den Beschäftigten vorgestellt Veränderung der Raumbellegung, bzw. Einzelbelegung Antrag auf Raumbedarf stellen
Klima verbessern: Einzelbelegung für einfachere Regulierung der Lüftung Raumtemperatur erhöhen bei Kälteempfinden im Raum Info über Raumklima	Ablehnung dieser Regelung (begründet) Angebot für individuellen Bedarf ermittelt zwecks Regulierung Aufklärung am Gesundheitsinformationstag (Fachkraft für Arbeitssicherheit) Vortrag (Verhaltensmaßnahmen, Ventilator, Luftbefeuchter, Klimaanlage)
Unangenehme Kellergerüche verhindern (Muff, Rauch)	Geruchsbelästigung bei Bedarf nachgehen Umbau des Treppenhauses durch Einbau von Treppenhaustüren Muffgerüche aus dem Keller konnten so aus dem Arbeitsbereich ausgegrenzt werden Zigarettenrauch durch Nichtrauchererschutz regeln
Nichtraucherschutz durchsetzen	Sozialräume für Raucher- und Nichtraucher einrichten Wurde weitergereicht in den Gesundheitszirkel „Mitarbeiter/Vorgesetzte“

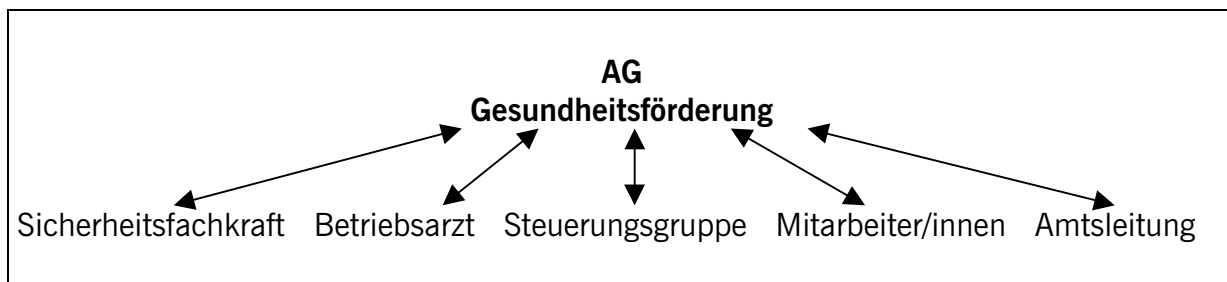
Einige Maßnahmen, die für das Amt eingerichtet wurden, werden jetzt magistratsweit durchgeführt.

Aktueller Stand

In der Steuerungsgruppe wurde beschlossen, das Pilotprojekt im Spätsommer 2003 mit einer Abschlussveranstaltung zu beenden. Dort sollen die Ergebnisse des Projekts noch einmal zusammengefasst und die künftige Struktur der Betrieblichen Gesundheitsförderung im Amt für Bauförderung vorgestellt werden:

- Die Steuerungsgruppe soll bestehen bleiben und sich nach einem Jahr erneut treffen.
- Die Betriebliche Gesundheitsförderung soll im Amt 64 eine Daueraufgabe werden. Wenn Entscheidungen getroffen werden müssen oder Veränderungen stattfinden, wird in Zukunft der Gesundheits- und Arbeitsschutz eingebunden.
- Helfen soll dabei die Einrichtung/Benennung einer neuen Gruppe oder Person (AG Gesundheitsförderung, Abb. 2). Die AG soll für die Mitarbeiter/innen ein ständiger Ansprechpartner für Gesundheitsfragen sein und als Vermittler bzw. Vertrauensperson zwischen der Steuerungsgruppe, der Sicherheitsfachkraft und dem Vorgesetzten dienen. Die AG wird sich alle 6 Wochen treffen.

Abbildung 2: Zukünftige Struktur



Joachim Larisch, Wolfgang Hien

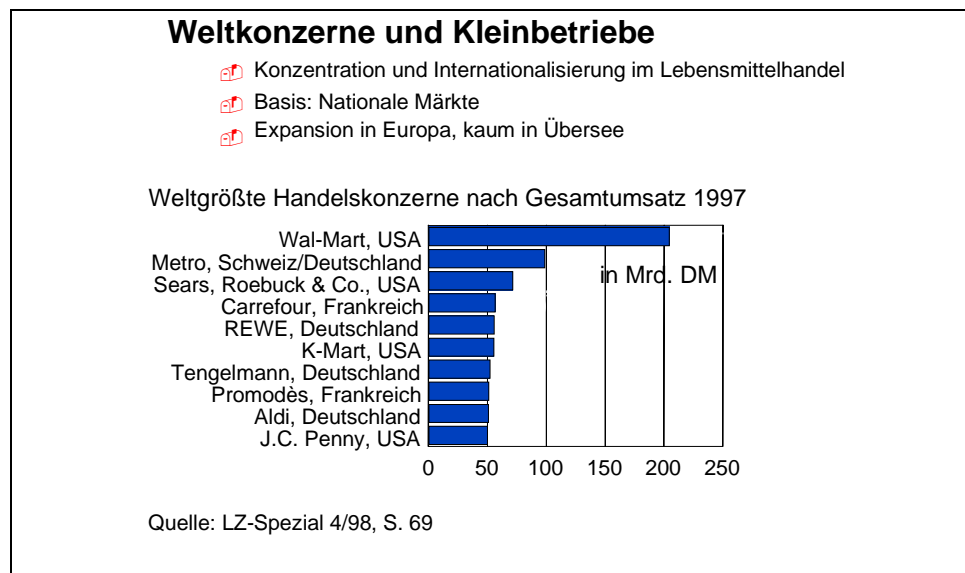
Auf dem Weg zur „Healthy Company“? Gesundheitsförderung bei REWE¹

Der Handel ist mit etwa 5 Millionen Unternehmen und 22 Millionen Beschäftigten einer der wichtigsten volkswirtschaftlichen Sektoren in der Europäischen Union. Der Anteil an der Wertschöpfung beträgt fast 13 Prozent. In der statistischen Abgrenzung zählen Unternehmen des Großhandels, Einzelhandels und der Autoreparatur zum Handel (NACE Rev. 1). Im Einzelhandel sind 60 Prozent aller Handelsunternehmen und 55 Prozent aller Beschäftigten tätig (Angaben für 1996 nach Eurostat). Die Beschäftigungsstruktur im Handel ist durch kleinbetriebliche Einheiten mit hohem teilzeitbeschäftigten Frauenanteil sowie Familienunternehmen geprägt. Bedeutsam ist der Beschäftigungszuwachs im Handel. Zwischen 1982 und 1992 wurden 2,3 Millionen neue Arbeitsplätze geschaffen. Dies entspricht einem Zuwachs von zwölf Prozent, während der Zuwachs in der gesamten Beschäftigtenzahl lediglich sieben Prozent in der Europäischen Union betrug (EU-Kommission 1996).

Wirtschaftliche Lage

Der Lebensmittelhandel ist durch Konzentration und Internationalisierung geprägt. Die ökonomische Basis bilden dabei die nationalen Märkte, und die Expansion der europäischen Lebensmittelhandelsunternehmen beschränkt sich im wesentlichen auf Europa. Mit Metro, Carrefour, REWE, Tengelmann und Aldi finden sich fünf europäische Lebensmittelhandelsunternehmen unter den zehn umsatzstärksten Unternehmen der Welt (vgl. Abb.1).

Abbildung 1:

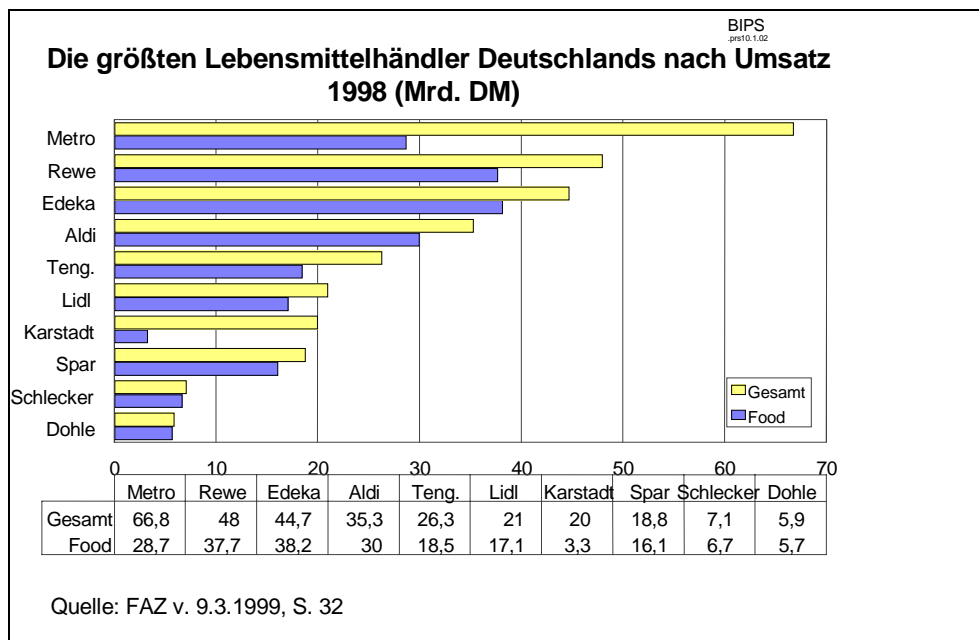


¹ Die Ausführungen beruhen z.T. auf einem Vortrag zu Handlungs- und Gestaltungskonzepten eines präventiven Arbeits- und Gesundheitsschutzes im Handel auf der A+A 2001, der in dem Band „Betriebliche Erfolgsfaktoren am Beispiel des Handels – A+A Kongress 14. – 17. Mai 2001“, Hrsg. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Bremerhaven 2001 (BAuA; Fa 55) veröffentlicht wurde.

In Deutschland zählt REWE zusammen mit EDEKA zu den umsatzstärksten Lebensmittelhändlern. Durch erhebliche Investitionen z.B. im Bereich der Touristik wurde die Diversifizierung in der REWE-Gruppe in den letzten Jahren verstärkt. Nach der Handels- und Gaststättenzählung werden für die Bundesrepublik Deutschland im Jahr 1993 etwa 540.000 Handelsunternehmen ausgewiesen. Davon entfallen etwa 329.000 Unternehmen auf den Einzelhandel. Im Jahr 1995 waren 3,9 Millionen Erwerbstätige im Handel tätig. Dies entspricht fast 14 Prozent aller Erwerbstätigen (Müller-Hagedorn 1998: 73f). Die wirtschaftliche Situation der Unternehmen variiert. „Im Einzelhandel mit Lebensmitteln hat sich seit etwa 1970 die Zahl der Betriebe per Saldo halbiert, in anderen Branchen stellen sich die Verhältnisse völlig anders dar“ (Müller-Hagedorn 1998: 76).

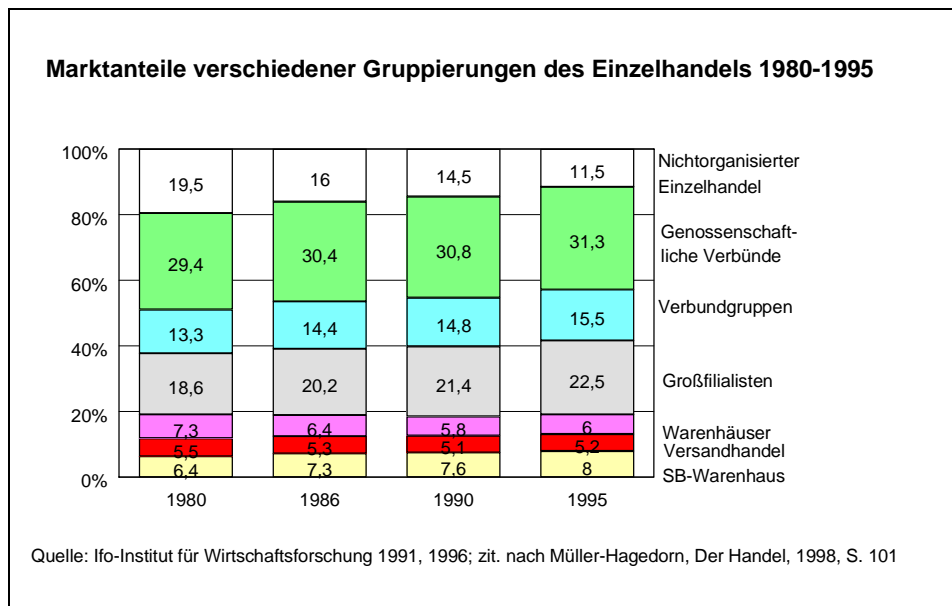
Der Lebensmittelhandel in Deutschland wird von wenigen Unternehmen dominiert (vgl. Abb 2). Dazu gehören die Metro-Gruppe, REWE, Edeka, Aldi und Tengelmann.

Abbildung 2:



In Deutschland hat sich der Marktanteil des nicht organisierten Einzelhandels zwischen 1980 und 1995 von 19,5 auf 11,5 Prozent verringert, während sich der Anteil der genossenschaftlichen Verbände leicht erhöht hat und der Anteil der Großfilialisten deutlich zugenommen hat (Abb. 3).

Abbildung 3:



In dem „Weißbuch Handel“ weist die Europäische Kommission darauf hin, dass die Marktentwicklung das Umfeld des Handels völlig verändert hat. „Die Verschärfung der Konkurrenz und der Konzentrationen, die Entwicklung der Nachfrage und die explosionsartige Zunahme neuer Technologien haben den Sektor zunehmend gezwungen, sich rasch zu entwickeln. Die Konzentration des Einzelhandels, insbesondere im Nahrungsmittelbereich, ist ein auffallend aktueller Trend, der möglicherweise zur Einschränkung der Auswahl, höheren Preisen und geringerer Zugänglichkeit führt“ (EU-Kommission 1999: 3).

Der Wettbewerb wird in Deutschland überwiegend über die Preisgestaltung ausgetragen. Vertriebsformen mit hohem Personalkostenanteil wie z.B. Warenhäuser und SB-Märkte mit geringer Fläche waren seit Beginn der achtziger Jahre in besonderer Weise von Personalreduzierungen betroffen. Bei diesen Vertriebsformen beträgt der Personalkostenanteil an den Umsatzerlösen 12 bis 20 Prozent (vergl. Abb.4), während er bei Discount-Märkten lediglich 4,5 Prozent beträgt (Glaubitz 1996: 27). Für die Unternehmen stehen daher personalpolitische Flexibilisierung, organisatorische und technische Rationalisierung sowie die Veränderung der Betriebstypen im Vordergrund. Für die Beschäftigten erhöhen sich die körperlichen Belastungen und Beanspruchungen, was sich allerdings in den vorhandenen empirischen Untersuchungen nur begrenzt widerspiegelt, da diese mit wenigen Ausnahmen die Arbeitsbedingungen im Handel nicht systematisch erfassen (vgl. hierzu Larisch 1999: 10 ff).

Abbildung 4:

Personalkostenanteil am Umsatz nach Vertriebstyp (vH)		
Land	Vertriebsform	Personalkosten
Deutschland	Supermärkte, SB-warenhäuser	8-13
Frankreich	Super- und Hypermärkte	ca. 8
	Discounter	3,5-6,5
Großbritannien	Superstores	5-7
Niederlande	Supermärkte	10,8

Quelle: Kirsch/Klein/Lehndorff/Voss-Dahm, „Darf's etwas weniger sein?“. Arbeitszeiten und Beschäftigungsbedingungen im Lebensmittelhandel. Ein europäischer Vergleich, Berlin: ed.sigma, 1999, 25

2. Belastungen und Beanspruchungen im Handel

Nach der BiBB/IAB-Erhebung 1991 sind im Handel insbesondere körperliche Belastungen durch Heben und Tragen über 20 kg, klimatische Belastungen und Zwangshaltungen bei der Arbeit vorzufinden. Die Befragten nennen häufige repetitive Arbeit, geringe Anreize durch Arbeitsinhalte und z.T. häufiges Verhandeln als Belastungen (Infratest Burke 1997: Anh. 4).

Im Rahmen eines von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin geförderten Vorhabens wurde die Kommissioniertätigkeit im Trockensortiment und im Obst- und Gemüselager eines Lebensmittelhandelsunternehmens untersucht. Die ergonomische Expertise zu den Belastungen und Beanspruchungen kommt zu dem Ergebnis, dass schwere und sehr schwere Körperarbeit ausgeführt wird, wenn Gebinde mit einem Gewicht von 12 bis 18,5 kg in stark gebückter Haltung aus den unteren Bereichen des Regals entnommen werden. Die Tätigkeit liegt z.T. oberhalb der Dauerleistungsgrenze und ist mit erheblichen Muskel-Skelett-Belastungen verbunden (Rühmann/Schmidtke 1996: 70).

Für den Arbeitsplatztyp „Verkauf Lebensmittel“ wurden im Rahmen des KOPAG-Projekts Gefährdungsbeurteilungen durchgeführt, nach denen sich an den Bedientheken mechanische Gefährdungen durch Aufschnittschneidemaschinen ergaben, körperliche Belastungen durch einseitige Hand-Arm-Belastungen und ungünstige Gestaltungen der Arbeitsplätze. Weitere Belastungsschwerpunkte waren an den Kassearbeitsplätzen vorzufinden, wozu nicht nur Zwangshaltungen und Stolpergefahren zu zählen sind, sondern auch psychische Beanspruchungen durch aggressives Kundenverhalten, Diebstähle und Zeitdruck (KOPAG 1998: 134 ff).

Bemerkenswert ist, dass in den vorliegenden Untersuchungen nur in geringem Umfang auf geschlechtsspezifische Belastungen und Beanspruchungen eingegangen wird, obwohl der Anteil weiblicher Beschäftigter im Verkauf sehr hoch ist (Abbildung 5). Ferner ist bemerkenswert, dass die arbeitswissenschaftlichen Untersuchungen in diesem Bereich kaum zielgruppenspezifisch differenzieren und beispielsweise weder jugendliche Auszubildende noch ältere Beschäftigte in das Blickfeld geraten.

Abbildung 5:

Berufsgruppe Warenkaufleute (1996)
(Verkaufspersonal, Groß- und Einzelhandelskaufleute, Warenkaufleute)

- ☞ Fast 69 vH im Verkauf tätig (1,3 Mio von 1,9 Mio)
- ☞ Frauenanteil im Verkauf: rd. 82 vH
- ☞ Tätigkeiten:
 - ☞ Bereitstellung der Ware
 - ☞ Annahme, Kontrolle, Lagerung der Ware
 - ☞ Regalauffüllung
 - ☞ Warenauszeichnung
 - ☞ Kundenberatung
 - ☞ Warenverkauf
 - ☞ Kassieren
- ☞ Daten Nat. Gesundheitssurvey (N=240)
 - ☞ – Belastungen Ost: Lange Arbeitszeit, Arbeitsumgebung (Hitze, Kälte), Zeitdruck, körperlich – schwere Arbeit
 - ☞ – Belastungen West: Zeitdruck, körperliche Beanspruchung, lange Arbeitszeit, körperlich – schwere Arbeit

Quelle: Verbundprojekt Frauengesundheit in Deutschland, 1999, 380 ff

Qualitätsmanagement und integrierter Arbeits- und Gesundheitsschutz

In einem von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, der Hans-Böckler-Stiftung, der Gewerkschaft HBV und der REWE geförderten Forschungsanwendungsvorhaben „Qualitätsmanagement und integrierter Arbeits- und Gesundheitsschutz. Modellprojekt der REWE-Zentralorganisationen: Logistik, Lagerwirtschaft“ wurde zwischen Ende 1996 und Mitte 2000 untersucht, wie Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in die Unternehmensabläufe von Handelsunternehmen integriert werden können. Ausgehend von der durch das Arbeitsschutzgesetz geforderten „Verbetrieblichung“ und der Betonung selbstregulativer Elemente wurde insbesondere untersucht, welche Ansatzpunkte das Qualitätsmanagement bietet.

Im Hinblick auf die Warenqualität sind die lebensmittelhygienischen Anforderungen und die Qualitätssicherung nach dem HACCP-Konzept (Hazard Analysis and Critical Control Points) von besonderer Bedeutung. In der REWE-Gruppe wurde Ende 1997 für die Niederlassungen ein Handbuch zur Qualitätssicherung im Einzelhandel entwickelt, welches den Anforderungen der Lebensmittelhygiene-Verordnung entspricht und für die verschiedenen Bereiche (z.B. Fleisch und Käse in Bedienung, Tiefkühlprodukte) Leitfäden und Checklisten bereithält.

Während für die Produktqualität objektivierbare Maßstäbe existieren, sind diese für die Dienstleistungsqualität schwieriger zu bestimmen, da sie wesentlich durch die Interaktion mit dem Kunden im Zeitpunkt der Leistungserbringung entsteht. In den Verkaufsstellen steht der Kundenkontakt im Vordergrund, und die Qualitätsziele werden durch das vorhandene Sortiment, die Preispolitik, die Personalausstattung, das Erscheinungsbild der Verkaufsstelle, den Umgang mit den Kunden und andere Faktoren bestimmt. Dies erfordert dezentrale Handlungsspielräume, die für die Sicherung der Warenqualität wegen der strengen rechtlichen und verbraucherorientierten Anforderungen nicht eingeräumt werden können. Ferner sind Qualitätskriterien in den Beziehungen mit den Lieferanten und Speditionen zu beachten. Auch hier gibt es erhebliche dezentrale Entscheidungsspielräume (vgl. Larisch/Hien 2000: 30 f).

Führungskonzepte für Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit können an solchen Ansätzen anknüpfen, ohne sich notwendigerweise Zertifizierungsverfahren unterwerfen zu müssen oder gar die anspruchsvolle Aufgabe der Entwicklung eines integrierten Managementsystems lösen zu müssen. Dabei ist im Lebensmittelhandel zu beachten, dass die Unternehmen durch Zentralität und dezentrale Kleinbetriebe sowie durch Aktivitäten in anderen Branchen (z.B. Touristik, Baumärkte) geprägt sind.

Erforderlich sind daher innerbetriebliche Kooperationsstrukturen, mit denen unterschiedliche Hierarchieebenen (Lagerleiter, Marktleiter, Verkaufsleiter, Personalleiter, Niederlassungsleiter u.a.) zur Umsetzung von Maßnahmen einbezogen werden können. Erforderlich sind ferner außerbetriebliche Kooperationen mit Berufsgenossenschaften, Gewerbeaufsicht, Krankenkassen und anderen Einrichtungen, mit denen Maßnahmen für Gefährdungsschwerpunkte geplant und rechtliche Anforderungen effizient umgesetzt werden können, da anders etwa 5.000 Verkaufsstellen mit jeweils einer geringen Anzahl von Beschäftigten nicht sinnvoll betreut werden können.

Die Entwicklung eines betrieblichen Handlungskonzepts zum Sicherheits-Management (Abb. 6), die Abstimmung der Jahresplanung mit den Berufsgenossenschaften und der Gewerbeaufsicht, die Einbeziehung der betrieblichen Gesundheitsförderung durch die Betriebskrankenkasse, die Durchführung von Arbeitsplatzprogrammen zu Belastungsschwerpunkten (Heben und Tragen) sowie die Vereinbarung von Sicherheitszielen auf Niederlassungsebene sind wichtige Bestandteile eines präventiven Arbeits- und Gesundheitsschutzes im Handel, die über einen längeren Zeitraum sowohl zur Senkung der meldepflichtigen Arbeitsunfälle (Abb. 7) als auch zur Verminderung arbeitsbedingter Erkrankungen führen können. Entscheidend aber bleibt die Zielsetzung der Unternehmensleitung, durch gesundheitsförderliche Gestaltung aller Unternehmensprozesse die Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten zu erhalten und zu fördern und auf diese Weise die produktiven Ressourcen des Unternehmens als einer „Healthy Company“ zu erhöhen.

Abbildung 6:

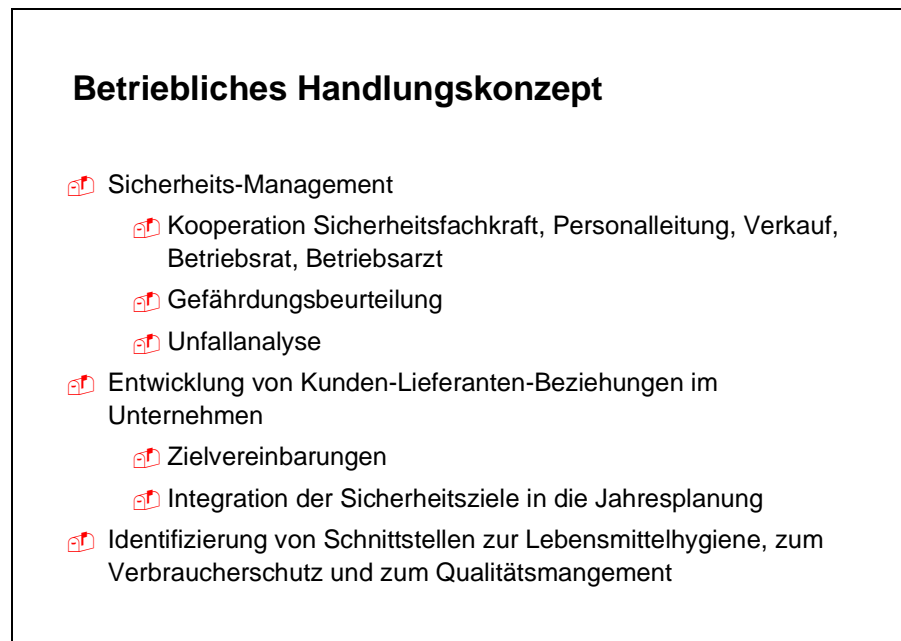
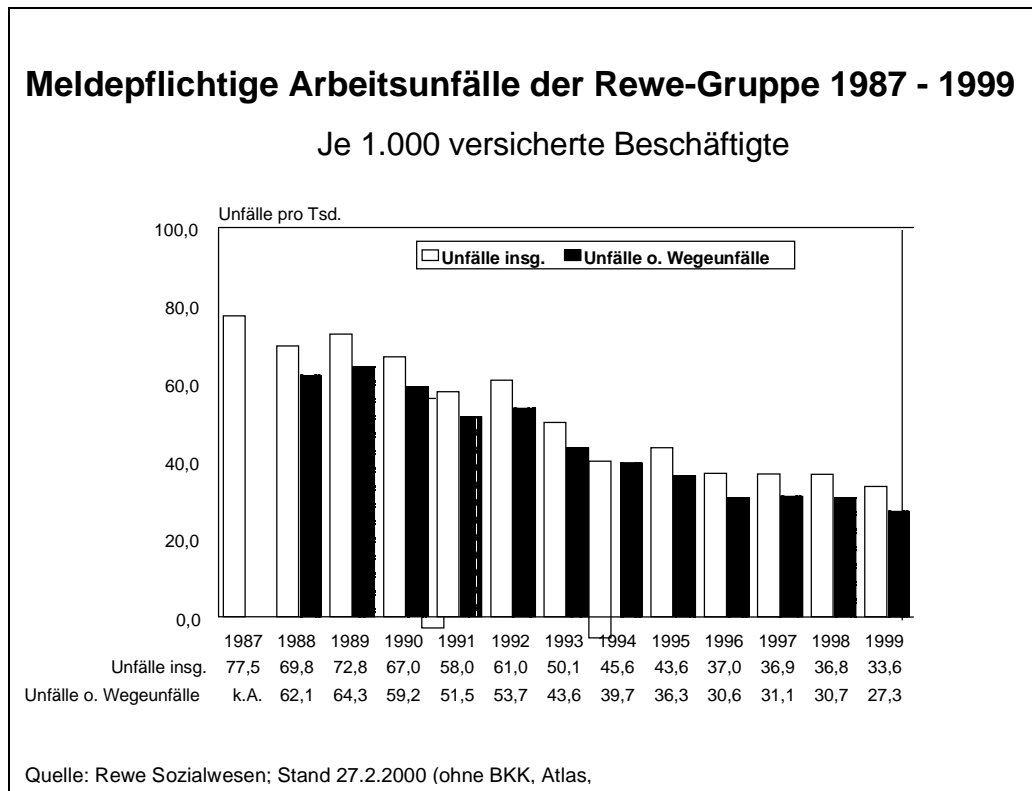


Abbildung 7:



Auf dem Weg zur „Healthy Company“

- Das Ziel besteht in der gesundheitsförderlichen Gestaltung aller Unternehmensprozesse und dadurch Förderung der produktiven Ressourcen zugunsten der Beschäftigten und des Unternehmens;
- Die „Healthy Company“ ist kein Zustand, sondern ein sozialer Prozess, der über die Verbesserung des Arbeitsschutzes unter Einbeziehung der Gesundheitsförderung hinausweist;
- Arbeitsschutz ist zentraler Bestandteil eines solchen Prozesses, weil er die Unternehmung rechtlich zur Überprüfung der Arbeitsbedingungen verpflichtet;
- Dieser Prozess ist Teil der Veränderung einer sozialen Ordnung, deren ökonomische Basis dramatische Umwälzungen erfährt, denen bisherige normative Regelungen kaum entsprechen;
- Wenn es gelingt, die produktiven Ressourcen eines solchen Prozesses für Beschäftigte und Unternehmung deutlich zu machen, könnte der Weg zu einer „Healthy Company“ langfristig gesichert werden.

Betriebliche Gesundheitsförderung

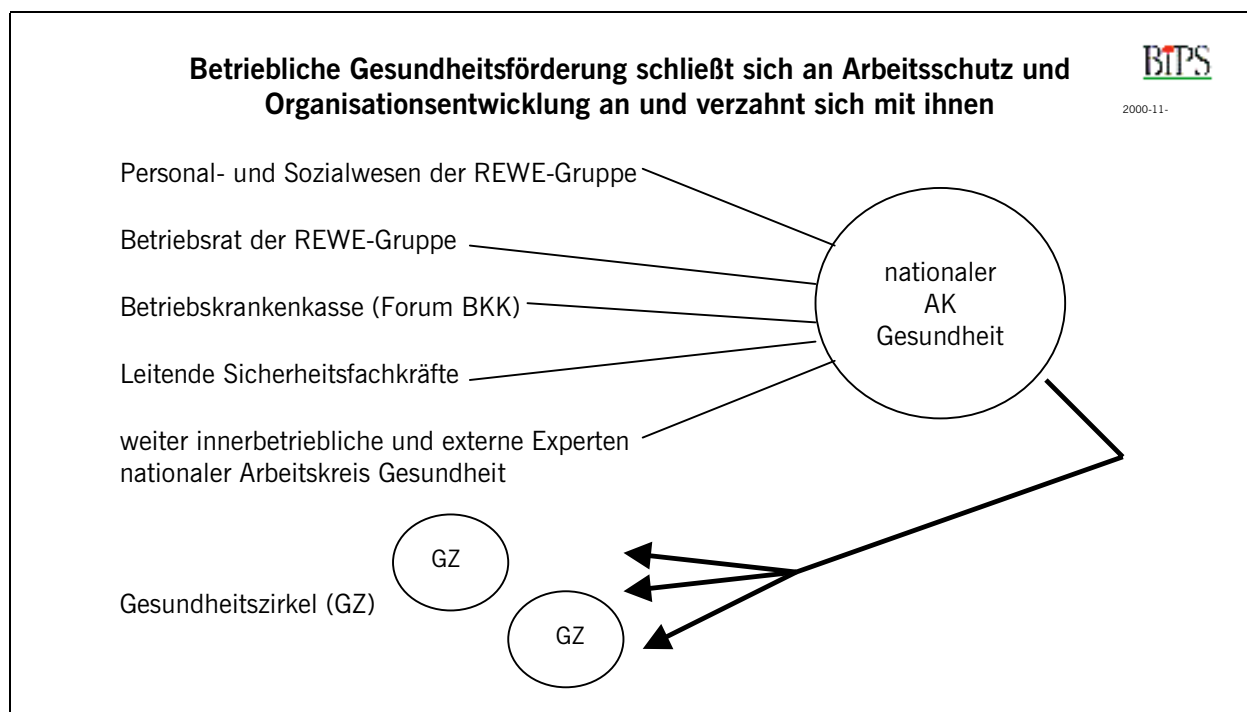
Ausgehend von den rechtlichen Anforderungen an Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz umfaßt die betriebliche Gesundheitspolitik in der REWE-Gruppe vielfältige Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, die teilweise weit über den klassischen Arbeitsschutz hinausgehen. Die betriebliche Gesundheitspolitik bei REWE bezieht dabei unternehmensinterne wie unternehmensexterne Ressourcen mit ein. Problemerkennung, Planung und Einleitung von Maßnahmen und deren Auswertung sind auf dem Wege, auf nationaler und regionaler Ebene in die betrieblichen Routineabläufe eingebettet zu werden. Vor diesem Hintergrund gibt es bei REWE gute Vor-

aussetzungen, die betriebliche Gesundheitsförderung zum festen Bestandteil der Managementaufgaben unter Beteiligung der Beschäftigten und deren Vertretungsorgane werden zu lassen.

Die Idee der Gesundheitsförderung bei REWE war, über den klassischen Arbeitsschutz hinaus – bzw. ihn integrierend – ein gesundheitsförderliches Management auf allen Hierarchieebenen und in allen Funktionsbereichen des Unternehmens zu implementieren. Dies wurde in einem Positionspapier des REWE-Vorstands zur betrieblichen Gesundheitspolitik, „Gesundheit-Sicherheit-Arbeitsschutz“ vom Mai 1998, in dem die seit 1992 entwickelten Aktivitäten zusammengefasst werden, eindeutig festgeschrieben. Danach ist der traditionelle Arbeitsschutz, dessen Bedeutung für die Verringerung der Zahl der Arbeitsunfälle und für die Prävention von Berufskrankheiten unbestritten ist, um Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung zu erweitern. Dies erfolgt im Sinne einer Unternehmensstrategie, die darauf abzielt, arbeitsbedingten Krankheiten vorzubeugen, Gesundheitspotentiale zu stärken und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu verbessern. Erreicht werden soll dadurch eine Senkung der krankheitsbedingten Kosten und eine Steigerung der Produktivität des Unternehmens.

In dieser Zielsetzung wird dem durch die EU-Rahmenrichtlinie Arbeitsschutz geprägten erweiterten Arbeitsschutzbegriff entsprochen, nach dem der Arbeitsschutz präventiv, beteiligungsorientiert und in die betriebliche Abläufe integriert gestaltet werden soll. Der traditionell eher technisch orientierte Arbeitsschutz wird durch die Thematisierung psycho-sozialer Beanspruchungen erweitert, und über die Gesundheitszirkel werden Elemente der Organisationsentwicklung eingeführt. Aus institutioneller Sicht findet ebenfalls eine Erweiterung statt, da mit den Krankenkassen als den Trägern der betrieblichen Gesundheitsförderung der Kreis der Arbeitsschutzakteure verändert wird (Abbildung 8).

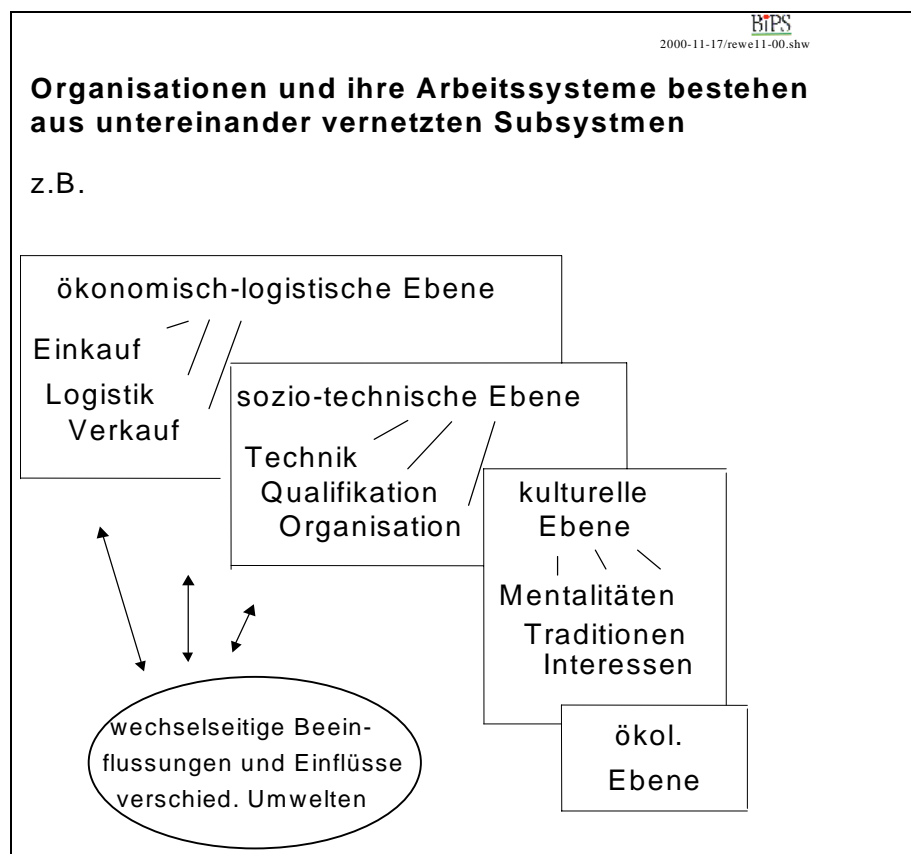
Abbildung 8:



Betriebliche Organisation und Gesundheitszirkel

Die in den Gesundheitszirkeln angesprochenen Problemkreise verweisen auf untereinander vernetzte Subsysteme und unterschiedliche hierarchische Ebenen. Beispielsweise sind die ökonomisch-logistische Ebene, die sozio-technische Ebene, die kulturelle Ebene sowie die ökologische Ebene zu berücksichtigen (Abbildung 9). Die im Verhältnis zu der Gesamtzahl der Beschäftigten in der REWE-Gruppe geringe Anzahl von Teilnehmern an den Gesundheitszirkeln bringt deren Wirkung nur unzutreffend zum Ausdruck, da die in den Zirkeln angesprochenen Themen und die Beteiligung unterschiedlicher Entscheidungsebenen eine weitaus größere Wirkung entfalten, als nach den Teilnehmerzahlen zu vermuten wäre.

Abbildung 9:



In der REWE-Gruppe wurden seit 1994 zehn Gesundheitszirkel durchgeführt, an denen 110 Personen teilnahmen. Schwerpunkte der durchgeführten Gesundheitszirkel bildeten die Niederlassungen mit ihren Lagerstätten. In geringerem Umfang wurden auch die Verkaufsstellen einbezogen. Spezifische Belastungsschwerpunkte wurden in gesondert durchgeführten arbeitsplatzbezogenen Hebe- und Tragetrainings thematisiert (Abbildung 10).

Abbildung 10:

Gesundheitszirkel

Zehn Zirkel seit 1994:

- Dietzenbach Drogerielager 1994
- Fleischwerk Dreieich 1994
- Minimal Markt Freising 1994/95
- Frischelager Berlin-Hohenschönhausen 1995
- Toom Markt Hamburg 1997
- Lager Koblenz 1998
- Lager Efferen 1998
- Lager Erkelenz 1998
- Selgros Großhandelsmarkt Zwickau 1999
- Selgros Großhandelsmarkt Gera 1999

Teilnahme: 110 Personen
 Neun zusätzliche Arbeitsplatzprogramme mit Hebe- und Tragetrainings

- Dietzenbach, Alsfeld, Dreieich, Darmstadt, Rosbach, Hungen 1995/96


2000-11-17/rewe11-00.shw

Die Auswertung der Gesundheitszirkel ergab mit rd. 48 Prozent einen hohen Umsetzungsanteil der Vorschläge (Abb. 11). Schwerpunkte waren bei der Umsetzung insbesondere die Kassenaarbeitsplätze, die Arbeitskleidung und die persönliche Schutzausrüstung sowie Maßnahmen zum Heben und Tragen. Nicht beurteilt werden konnten die Umsetzungsmaßnahmen bei den psychischen Beanspruchungen, sozialen Konflikten und Organisationsfragen, da die Materialien (Protokolle, Nachbefragungen) hierüber wenig Aufschluss boten (Abb. 12).

Abbildung 11:

Vorschläge aus Rewe-Gesundheitszirkeln 1994-1998

Thema	Anzahl Vorschläge	Umsetzung (%)
Heben und Tragen, angestrengte Arbeitshaltung, defekte Geräte	107	61 (57)
Ergonomie an Kassenaarbeitsplätzen	33	24 (72)
Schwankender Arbeitsanfall	10	2 (20)
Verpackungen, Leergut, Unfallgefahren	53	28 (53)
Zugluft, Kälte, Lärm, Beleuchtung	137	70 (51)
Arbeitskleidung, PSA	24	20 (83)
Pausen- und Sanitärräume	17	10 (59)
Psych. Belastungen, soziale Konflikte, Organisation	61	k.A.
Summe	471	226 (48)

Quelle: BKK Team


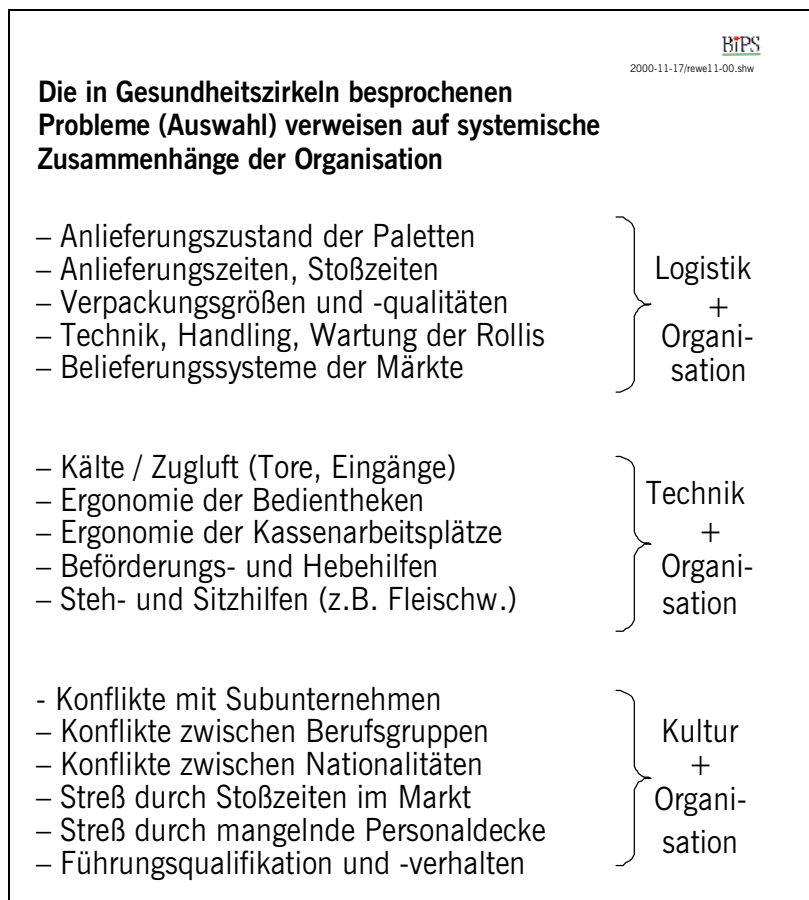

2000-11-17/rewe11-00.shw

Abbildung 12:

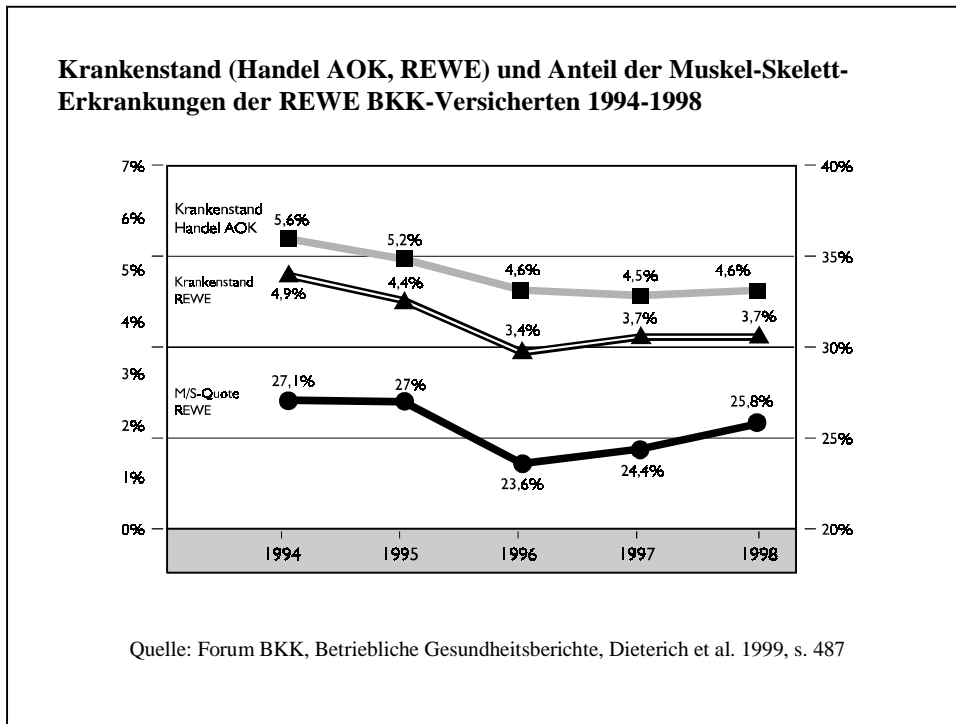


Evaluation

Aussagen zur Effektivität und Effizienz der Maßnahmen lassen sich aus den für die Auswertung der betrieblichen Gesundheitsförderung bei REWE vorliegenden Daten nur an Hand von Sonderauswertungen abschätzen, wobei erhebliche Abstriche an der Validität und Reliabilität der Daten zu machen sind, da zum einen die bei der Betriebskrankenkasse vorliegenden Diagnosen nicht zum Zwecke der Beurteilung der Wirksamkeit von arbeitsplatzbezogenen Maßnahmen erhoben werden, sondern zur Abrechnung von ärztlichen Leistungen, und zum anderen die z.T. erhebliche Fluktuation in den Teilbelegschaften Aussagen zur Wirksamkeit betrieblicher gesundheitsförderlicher Maßnahmen außerordentlich erschwert. Eine Beurteilung statistisch abgesicherter Zusammenhänge zwischen AU-Tagen und betrieblichen Interventionen wurde daher nicht unternommen. Allerdings ergeben sich durch Sonderauswertungen des Team Gesundheit des BKK-Bundesverbands Hinweise auf die Wirksamkeit arbeitsplatzbezogener Interventionen.

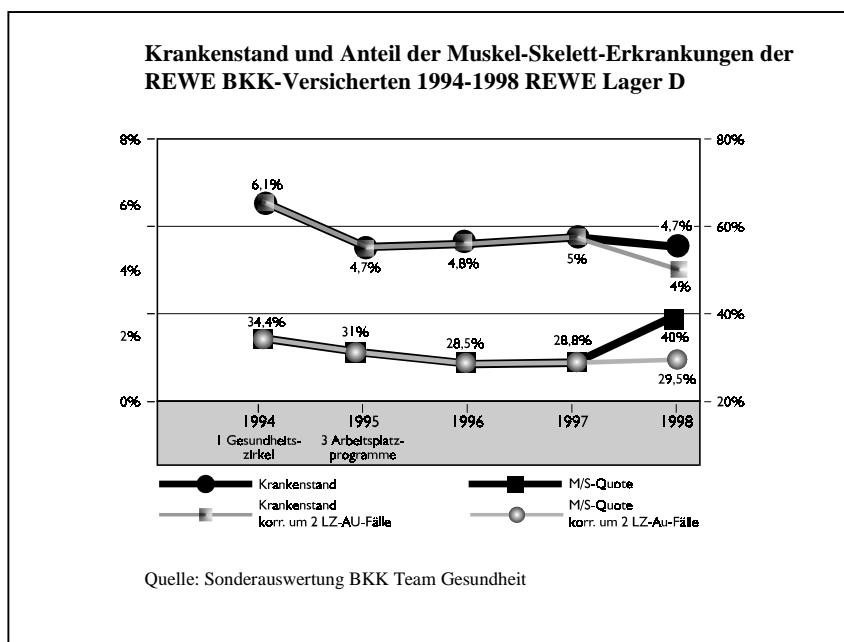
Der nach den Daten der Betriebskrankenkasse für REWE ermittelte Krankenstand ist zwischen 1994 und 1998 von 4,9 vH auf 3,7 vH gesunken und liegt damit deutlich unter den für AOK-Versicherte ermittelten Werten. Der Anteil an Muskel-Skelett-Erkrankungen beträgt in diesem Zeitraum bei REWE zwischen 23 und 27 vH (vgl. Abbildung 13).

Abbildung 13:



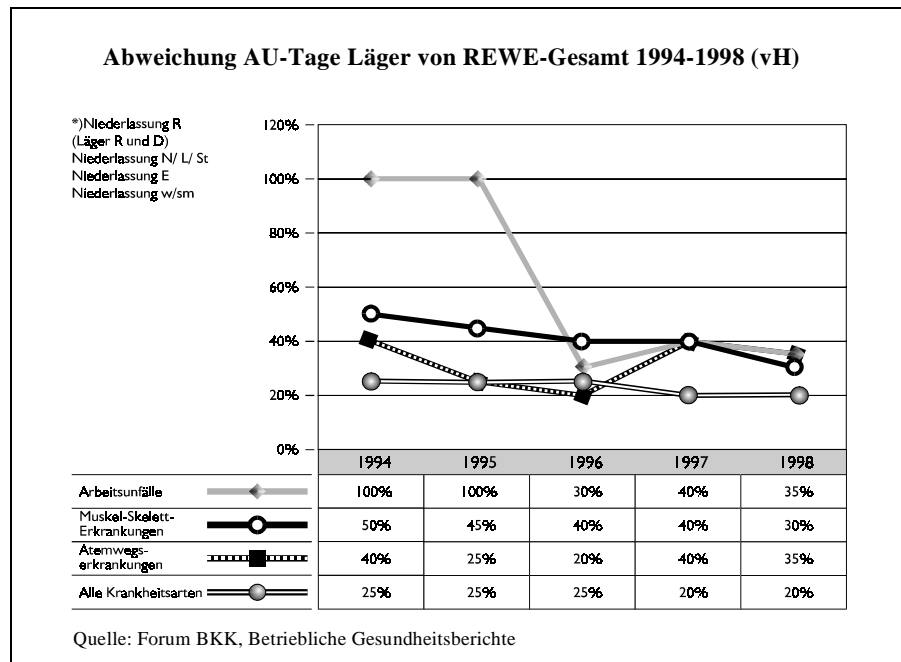
Zwischen 1994 und 1998 betrug die Abweichung in den Lagerstandorten der REWE-Gruppe über alle Krankheitsarten bei den AU-Tagen etwa +20 Prozent. Die AU-Tage wegen Muskel- und Skeletterkrankungen waren um 50 bis 30 Prozent höher in den Lägern als in der gesamten Gruppe (Abbildung 14).

Abbildung 14:



Die Entwicklung des Krankenstands und der Anteil der Muskel-Skelett-Erkrankungen verringerte sich zwischen 1994 und 1998 an einem Standort der REWE-Gruppe erheblich, nachdem 1994 und 1995 ein Gesundheitszirkel und drei Arbeitsplatzprogramme durchgeführt worden waren, während an anderen Interventions-Standorten sich z.T. ebenfalls der Krankenstand verringerte, der Anteil der Muskel-Skelett-Erkrankungen aber nach einem Rückgang wieder zunahm. Wegen der erwähnten methodischen Schwierigkeiten kann hier von einer gewissen Plausibilität der Wirksamkeit betrieblicher Interventionen gesprochen werden, nicht jedoch von einer ursächlichen Beziehung.

Abbildung 15:



Bedeutsam ist ferner, dass dieser Effekt nur durch eine Sonderauswertung des Datenmaterials und nach Bereinigung um zwei Fälle von Langzeiterkrankten erkennbar wurde (vgl. Abb. 15*).

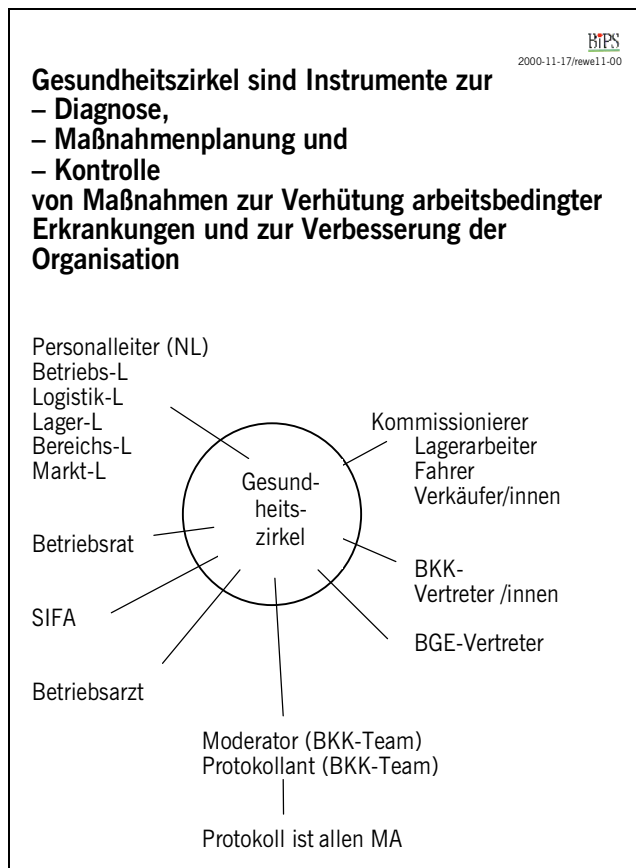
Schluss

Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit erfordern betriebsbezogene Maßnahmen zur Gesundheitsförderung, wie sie von den Krankenkassen in den vergangenen Jahren entwickelt wurden. Nach den bei REWE vorliegenden Erfahrungen erscheint es als sinnvoll, die Gesundheitsberichterstattung zur Überprüfung von Effektivität und Effizienz um periodische Zusatzauswertungen zu ergänzen, mit denen die Plausibilität betrieblicher Interventionen überprüft werden kann, auch wenn kausale Beziehungen zwischen Krankenstand, Diagnosen und Interventionen wegen der personellen Fluktuation, der Dauer der Expositionen und unzureichender Datenqualität mit vertretbarem Aufwand nicht ermittelt werden können. Ferner erscheint es als sinnvoll, die Gesundheitszirkel um weitere spezifische arbeitsplatzbezogene Interventionen zu ergänzen, die ebenso wie die Zirkel im Abstand von drei bis fünf Jahren wiederholt werden sollten (Abb. 16).

Durch die Beteiligung der betrieblichen Interessenvertretung der Beschäftigten und die Transparenz der Gesundheitszirkel sowie durch die Kontrolle der Umsetzung vorgeschlagener Veränderungen können Effekte für das gesamte Unternehmen erreicht werden, wobei nicht verkannt werden sollte, dass bei den psycho-sozialen Beanspruchungen spezifische Veränderungsstrategien erforderlich sein werden, welche betriebliche Alltagsroutinen ebenso umfassen wie die

Führungskonzeption der Unternehmung. Möglicherweise könnte die betriebliche Gesundheitsförderung als Teil von Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz unter dem Leitbild einer „Healthy Company“ verstetigt und zum integralen Bestandteil aller Unternehmensprozesse werden.

Abbildung 17:



Literatur:

- Badura, B.; Litsch, M./Vetter, C. (1999): Fehlzeiten-Report 1999. Psychische Belastungen am Arbeitsplatz. Berlin: Springer
- Dieterich, C.; Vetter/C.; Naiji, N. (1999), T: Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft. In: Badura, B.; Litsch, M./Vetter, C. (1999): Fehlzeiten-Report 1999. Psychische Belastungen am Arbeitsplatz. Berlin: Springer, S. 363-502
- EU-Kommission (1996): Grünbuch Handel, Luxemburg
- EU-Kommission (1999): Weißbuch Handel KOM (1999) 6 endg. (27.1.1999), Brüssel
- Glaubitz, Jürgen (1996): Strukturwandel und Arbeitsbedingungen im Einzelhandel – Zwischen Deregulierung und Ladenschluß, WSI Mitteilungen, H. 1, S. 26-35
- Infratest Burke (1997) Arbeitsbelastungen in der Erwerbsbevölkerung. Bericht im Auftrag des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung (BMAS Forschungsbericht Nr. 273), München/Bonn
- KOPAG (1998) Bundesverband der Betriebskrankenkassen/Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.): Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren im Einzelhandel. Daten und Präventionsvorschläge, Essen, St. Augustin
- Larisch, Joachim (1999): Qualitätsmanagement und integrierter Arbeits- und Gesundheitsschutz: Ansätze und Zwischenergebnisse des REWE-Projekts, in: Larisch, J./Bieber, D./Hien, W. (Hrsg.): Qualitätsmanagement und integrierter Arbeits- und Gesundheitsschutz im

- Lebensmittelhandel. Workshops und Zwischenberichte, Schriftenreihe der BAuA Fa 47, Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, S. 1-52
- Larisch, Joachim/Hien, Wolfgang (2000): Auf dem Weg zur „Healthy Company“. Qualitätsmanagement, Sicherheit und Gesundheitsschutz im Lebensmittelhandel, Berlin: Edition Sigma
- Lenhardt, U. (1999): Betriebliche Gesundheitsförderung durch Krankenkassen (Forschungsbericht der Hans-Böckler-Stiftung). Berlin: Edition Sigma
- Müller, R.; Rosenbrock, R. (Hg.) (1998): Betriebliches Gesundheitsmanagement, Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung – Bilanz und Perspektiven. -Sankt Augustin-: Asgard
- Müller-Hagedorn, Lothar (1998): Der Handel, Stuttgart / Berlin / Köln: Kohlhammer
- Rühmann, H.; Schmidtke, H. (1996): Ergonomisches Gutachten zum Forschungsanwendungsvorhaben Ganzheitliche Problemanalyse und -lösung für den betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz in einem Lager des Lebensmittelhandels, in: Bieber, D./Larisch, J./Moldaschl, M.: Ganzheitliche Problemanalyse und -lösung für den betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz in einem Lager des Lebensmittelhandels, Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, S. 61-81

Michael Breidbach

Von den Fehlzeitengesprächen zur Gesundheitsförderung: Gesundheitsförderung bei den Stahlwerken in Bremen

Anfang 2002 entwickelte der Betriebsrat der Stahlwerke Bremen ein neues Gesundheitsprogramm. Ausgehend von betrieblichen Gesundheitsthesen wurden Ziele der betrieblichen Gesundheitsförderung formuliert.

Ausgangspunkt war die Erfahrung des Betriebsrates mit dem betrieblichen Gesundheitsprojekt „G 2000“, das seit November 1995 lief. Ziel des Projektes war, die Krankenquote zu senken, indem die Anwesenheitsverbesserung zum selbstverständlichen Bestandteil der Führungsverantwortung gemacht wurde. Im Kern sollte dieses mit der systematischen Durchführung von Fehlzeitengesprächen erreicht werden, die nach jeder längeren Abwesenheit durch den Vorgesetzten im Beisein von Personalabteilung, Betriebsrat und dem betroffenen Mitarbeiter durchzuführen waren. Die Fehlzeitengespräche wurden in drei Stufen durchgeführt. Sie stiegen im Charakter an von „wir zeigen Verständnis und wollen helfen“ über „wir bieten nochmalige Hilfe an und zeigen Konsequenzen auf“ zu „wir geben Ziele vor, dieses ist die letzte Chance im Rahmen des Projektes G 2000“.

In der Laufzeit des Projektes G 2000 von 4 Jahren ist die Krankenquote auf der Hütte im Durchschnitt um 2 – 3 % gesenkt worden. Es trat mit Dauer der Fortführung des Projektes aber keine weitere Verbesserung der Anwesenheit auf, das Projekt stagnierte. Der Betriebsrat sah sich gezwungen, sich generell Gedanken über eine neue betriebliche Gesundheitspolitik und Gesundheitsförderung zu machen und machte das Thema Gesundheit in 2001 zu einem der Schwerpunkte seiner Arbeit.



Grundsätze und Ziele einer betrieblichen Gesundheitspolitik

Zum Verständnis der als Anlage aufgestellten Thesen ist ein Wissen über die gesundheitspolitische Situation Anfang 2001 erforderlich. Im Wesentlichen gab es zwischen Arbeitgeber und Betriebsrat einen Widerspruch in der weiteren Umsetzung des Projektes G 2000. Der Arbeitgeber hatte den Anspruch, die betriebliche Gesundheitspolitik weiterhin auf Basis eines patriarchalischen Führungsstils, untermauert mit restriktiven Maßnahmen, wie die Mehrzahl der Beleg-

schaft die Fehlzeitengespräche sah, weiterzuführen. Der Betriebsrat favorisiert dagegen eine von den Mitarbeiter ausgehende, partnerschaftliche betriebliche Gesundheitspolitik.

In einer Betriebsratsklausur im Januar 2001 entwickelte und konkretisierte der Betriebsrat seine Vorstellungen über eine neuzeitliche betriebliche Gesundheitsförderung.

Deshalb entstand als Überschrift zu diesem Thema der Slogan „Gesundheit ist mehr“. Zur besseren Abarbeitung wurde das Thema Gesundheit in drei Themenblöcke unterteilt. Über die Formulierung von Grundsätzen und deren stichwortartigen Erläuterung stellte der Betriebsrat die Inhalte seiner zukünftigen betrieblichen Gesundheitsförderung dar.

Zusammenfassend ist das Ziel des Betriebsrates, mit der zukünftigen Gesundheitsförderung auf der Hütte die Gesundheit der Belegschaft zu verbessern, die Arbeitsplätze an den Menschen anzupassen und nicht umgekehrt, das Arbeitsklima zu verbessern und damit die Lebens- und Arbeitsqualität auf der Hütte zu steigern.

1. Unsere Grundsätze

- Die Gesundheit der Stahlwerke-Belegschaft ist uns wichtig
- Gesundheit bedeutet Lebensqualität
- Gesundheit ist mehr als die Abwesenheit von Krankheit
- Durch Druck wird kein Kranker gesund

2. Vorsorge im Betrieb

- Gesundheitsschutz beginnt am ersten Arbeitstag
- Gesundes Arbeiten ist erlernbar
- Gesundheitsgefahren müssen erkannt und Maßnahmen dagegen ergriffen werden
- Gesundheitsmaßnahmen müssen von der Belegschaft als sinnvoll empfunden werden
- Der Gesundheitsdienst kann nur erfolgreich arbeiten, wenn er das Vertrauen der Belegschaft hat

3. Gesundheit braucht Vertrauen

- Kolleginnen und Kollegen betreuen und beraten - nicht ausgrenzen
- Krankheit und Schwäche akzeptieren
- Der Mensch muss in den Mittelpunkt der Betrachtung rücken - nicht die Maschine

Nach einem Jahr zähester Verhandlungen mit dem Arbeitgeber schloss der Betriebsrat eine Betriebsvereinbarung über die betriebliche Gesundheitsförderung ab. Die vom Betriebsrat favorisierte betriebliche Gesundheitspolitik, die den Beschäftigten als Experten in Sachen seiner Gesundheit in den Mittelpunkt stellt, fand seine Berücksichtigung in der Betriebsvereinbarung mit der Festschreibung von Gesundheitszirkeln. Der Anfang zu einer neuen Gesundheitsförderung auf der Hütte ist damit gemacht.

Anhang

Betriebliche Gesundheitsförderung im Internet

www.auge-bremen.de, das Internetportal des Bremer Netzwerks Arbeit und Gesundheit erleichtert den Zugang zu Projekten, Institutionen und Experten auf den Gebieten Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung und ermöglicht es allen Interessierten und Fachkundigen, ihre Kompetenzen und Dienstleistungen darzustellen. Die Homepage bietet Visitenkarten, Links, Veranstaltungshinweise und aktuelle Infos.

Weitere Informationen:

Arbeitnehmerkammer Bremen

Betriebsbezogene Gesundheitsberatung

Barbara Reuhl

Bürgerstraße 1

28195 Bremen

0421/3630159

www.auge-bremen.de

gesund@arbeitnehmerkammer.de

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) V

§ 20 Prävention und Selbsthilfe

- (1) Die Krankenkasse soll in der Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen, die die in den Sätzen 2 und 3 genannten Anforderungen erfüllen. Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständigen prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen nach Satz 1, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik.

- (2) Die Krankenkassen können den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen; Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend. Die Krankenkassen arbeiten bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen und unterrichten diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben. Ist anzunehmen, dass bei einem Versicherten eine berufsbedingte gesundheitliche Gefährdung oder eine Berufskrankheit vorliegt, hat die Krankenkasse dies unverzüglich den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen und dem Unfallversicherungsträger mitzuteilen.

Gemeinsame und einheitliche Handlungsfelder und Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und 2 SGB V vom 21. Juni 2000

(Auszug)

AOK-Bundesverband, Bonn
BKK Bundesverband, Essen
IKK-Bundesverband, Bergisch Gladbach
Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel
Bundesknappschaft, Bochum
See-Krankenkasse, Hamburg
Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg
AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg

1. Präambel

Mit der Neufassung des § 20 SGB V durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 haben die Krankenkassen wieder einen erweiterten Handlungsrahmen in der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung erhalten. Maßnahmen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten. Die Spitzenverbände der Krankenkassen begrüßen die Wiedereinführung dieser Leistungen. Dadurch wird es den Krankenkassen möglich, den Gesundheitszustand der Versicherten unter deren aktiver Beteiligung zu verbessern und gesundheitlichen Beeinträchtigungen frühzeitig und wirksam entgegenzuwirken, anstatt sie kostenintensiv zu kurieren.

Ansatzpunkte für eine gesundheitsförderliche Politik sind im Risikoverhalten und in selbstschädigenden Verhaltensweisen sowie in gesundheitsbelastenden Bedingungen in der Umwelt und der Arbeitswelt zu sehen, einschließlich der psychosomatischen Belastungen durch Arbeitslosigkeit. Auch der Stärkung gesundheitsförderlicher Potenziale kommt eine hohe Bedeutung zu. Die Schaffung gesunder Lebens- und Arbeitsbedingungen ist dabei als eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe anzusehen, die von einer Vielzahl von Akteuren, wie z.B. Öffentlicher Gesundheitsdienst, Gesetzliche Unfallversicherung, Gesetzliche Krankenversicherung, Ärzte, Betriebsärzte, zu leisten ist. Auf der Grundlage deren originärer Zuständigkeiten ist eine klare Zuordnung der Aufgaben der Akteure und auf dieser Basis eine Abstimmung der jeweiligen Interventionen vorzunehmen.

Die Inanspruchnahme von Angeboten zur Gesundheitsförderung und Prävention erfolgt erfahrungsgemäß verstärkt durch solche Personen, die geringere gesundheitliche Gefährdungen und einen höheren Sozialstatus aufweisen. Dieser Sachverhalt ist symptomatisch für den gesamten Bereich von Gesundheits- und Bildungsangeboten für Erwachsene. Um der Intention des Gesetzgebers, sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen zu vermindern, gerecht zu werden, sind Leistungen zur primären Prävention auf die entsprechenden Zielgruppen auszurichten. Unter Berücksichtigung des erschwerten Zugangs zu diesen Zielgruppen sind spezifische und niederschwellige Zugangswege auszuloten und zu erproben. Als erfolgversprechend gilt dabei der Zugang über Settings. In der betrieblichen Gesundheitsförderung ist diese Orientierung in hohem Maße gegeben, weil im Betrieb durch einen verhältnisbezogenen Ansatz keine Selektionswirkung im Sinne höherer Bildung bzw. besserer Gesundheitschancen gegeben ist.

Das Engagement der Krankenkassen in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung muss sich an den vorgegebenen gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen sowie an den objektiven Möglichkeiten der Krankenkassen, die insbesondere durch den Richtwert von 5 DM je Versicherten und Kalenderjahr geprägt sind, orientieren. Die begrenzten Mittel der Krankenkassen erfordern die Konzentration auf gezielte Interventionen und eine enge Zusammenarbeit und Abstimmung mit allen an der Prävention und Gesundheitsförderung beteiligten Stellen.

Mit diesem Leitfaden haben die Spitzenverbände der Krankenkassen unter Beteiligung unabhängigen Sachverständes¹ prioritäre Handlungsfelder und Kriterien festgelegt, die für Maßnahmen der Primärprävention und den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durch die Krankenkassen verbindlich gelten.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen werden den Leitfaden unter Beteiligung von unabhängigen Sachverständen kontinuierlich an neue Erkenntnisse sowie an die in der Praxis gewonnenen Erfahrungen anpassen.

2. Gesetzliche Grundlagen

Die am 1. Januar 2000 im Rahmen des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 in Kraft getretene Neufassung des § 20 Abs. 1 bis 3 SGB V lautet wie folgt:

(1) Die Krankenkasse soll in der Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen, die die in den Sätzen 2 und 3 genannten Anforderungen erfüllen. Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständes prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen nach Satz 1, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik.

(2) Die Krankenkassen können den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen; Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend. Die Krankenkassen arbeiten bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen und unterrichten diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben. Ist anzunehmen, dass bei einem Versicherten eine berufsbedingte gesundheitliche Gefährdung oder eine Berufskrankheit vorliegt, hat die Krankenkasse dies unverzüglich den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen und dem Unfallversicherungsträger mitzuteilen.

(3) Die Ausgaben der Krankenkassen für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach den Absätzen 1 und 2 sollen insgesamt im Jahr 2000 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 5 DM umfassen; sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 SGB IV anzupassen.

In § 20 Abs. 1 SGB V macht der Gesetzgeber die Primärprävention als Sollvorschrift zu einer gesetzlichen Aufgabe der Krankenkassen mit stark verpflichtendem Charakter. Die Leistungen der Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten.

Die Krankenkassen können nach § 20 Abs. 2 SGB V den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen. Diese können mit zur menschengerechteren Gestaltung der Arbeit beitragen. Durch die Eingrenzung der Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen auf „den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung“ wird gewährleistet, dass die paritätisch finanzierten Krankenkassen keine originären Auf-

gaben des Arbeitsschutzes (mit-)finanzieren, die nach dem Arbeitsschutzgesetz in die alleinige Zuständigkeit des Arbeitgebers fallen.

Die Verpflichtung zur Kooperation von Unfallversicherungsträgern und Krankenkassen bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren bleibt unverändert bestehen. Damit kann der Weg, der 1997 mit dem Abschluss der Rahmenvereinbarung zur Kooperation zwischen den Spitzenverbänden der Unfall- und Krankenversicherung eingeschlagen wurde, kontinuierlich fortgesetzt werden. Durch die nunmehr den Krankenkassen zusätzlich eingeräumte Möglichkeit, den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchzuführen, wird im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes die Voraussetzung geschaffen, die Kooperation zwischen Unfallversicherungsträgern und Krankenkassen durch die Entwicklung von aufeinander abgestimmten Maßnahmen-Paketen zielorientiert weiterzuentwickeln.

Die im § 20 Abs. 3 SGB V vorgesehene Budgetierung der Ausgaben für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung verlangt effiziente Gesundheitsförderungsstrategien von den Krankenkassen.

3. Grundsätze und Empfehlungen

Für Präventions- bzw. Gesundheitsförderungsangebote nach § 20 SGB V gelten die gleichen Rahmenbedingungen wie für andere Leistungen der GKV (vgl. § 12 Abs. 1 SGB V). Danach müssen „die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.“

3.1 Zielgruppen und Zugangswege

Um Krankheitsrisiken und Belastungen einzudämmen bzw. ihre Entstehung zu verhindern und Gesundheit zu fördern, bedarf es unterschiedlicher Interventionen und Strategien. Dieser Leitfa- den konzentriert sich auf zwei Ansätze:

- Interventionen, die mehr auf die Verhältnisse abzielen und durch Strukturbildung Gesundheit fördern (Setting-Ansatz) und
- Interventionen, die in erster Linie auf den Menschen und sein Verhalten ausgerichtet sind und die die individuellen Fähigkeiten und Möglichkeiten einer gesunden, Störungen und Erkrankungen vorbeugenden Lebensführung aufzeigen (Individueller Ansatz).

3.1.1 Setting-Ansatz als Zugangsweg

3.1.2 Individueller Ansatz

3.2 Dokumentation und Erfolgskontrolle

Die Spitzenverbände der Krankenkassen unterstreichen die Notwendigkeit, für die Maßnahmen der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung zweckmäßige Verfahren der Do- kumentation und Erfolgskontrolle aufzubauen und als fortlaufende Routinen zu etablieren. Nur so kann die erforderliche Transparenz erreicht werden, die es der einzelnen Krankenkasse, den Spitzenverbänden der Krankenkassen, der Politik und der Wissenschaft ermöglicht zu überprü- fen, ob die gesetzten Ziele und Erwartungen erreicht wurden. Gleichzeitig soll ein permanenter Optimierungsprozess in Gang gesetzt werden, der nicht nur dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit in der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung mehr Geltung verschafft, son- dern darüber hinaus auch die Qualität der durchgeführten Leistungen kontinuierlich erhöht. Um diesen Bedingungen gerecht zu werden, sollen die Dokumentation und Erfolgskontrolle im Rah- men eines Stufenprozesses implementiert werden. Dieser Prozess ermöglicht es, mit der Arbeit

auf der Basis von Minimalanforderungen zu beginnen und dabei auch die Eckpunkte der zukünftigen Entwicklung zu beschreiben.

In einer ersten Stufe haben die Krankenkassen sicherzustellen, dass die von ihnen durchgeführten oder finanzierten Maßnahmen dokumentiert werden. Dafür werden die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich ein Dokumentationsinstrument zur Verfügung stellen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen werden die Dokumentationen jährlich kassenartenspezifisch auswerten und die Erkenntnisse in der „Beratenden Kommission der Spitzenverbände der Krankenkassen für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung“ (s. Abschnitt 3.3) diskutieren. Bezüglich der Erfolgskontrolle verständigen sich die Spitzenverbände der Krankenkassen ebenfalls auf ein gemeinsames und einheitliches Instrument.

3.3 Kommission zur Weiterentwicklung der Handlungsfelder und Kriterien

Die Spitzenverbände der Krankenkassen werden bei der Anpassung des Leitfadens zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 und 2 SGB V an neue Erkenntnisse sowie an die in der Praxis gewonnenen Erfahrungen ebenfalls unabhängigen Sachverständigen beteiligen. Dazu soll ein Gremium eingerichtet werden, das die Spitzenverbände der Krankenkassen berät. Dieser „Beratenden Kommission der Spitzenverbände der Krankenkassen für Primärprävention und betriebliche Gesundheitsförderung“ sollen als fester Kern Vertreter des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, der Bundesvereinigung für Gesundheit, der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin und des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften angehören und themenspezifisch weitere Experten hinzugezogen werden. Die Beratende Kommission soll regelmäßig zusammentreten – erstmals, wenn die vorgesehenen Aktivitätsberichte vorliegen – und in folgende Aufgaben einbezogen werden:

- Mitwirkung bei der Qualitätssicherung: Bewertung der Ergebnisse, die im Bereich der Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung erzielt wurden
- Erfahrungsaustausch über Praxismodelle und Weitergabe wissenschaftlicher Erkenntnisse
- Weiterentwicklung praktikabler und ökonomischer Methoden zur Auswertung gesundheitsbezogener Daten und Ableitung geeigneter Präventionsmaßnahmen
- Fortentwicklung des Leitfadens der Spitzenverbände der Krankenkassen zur Umsetzung des § 20 Abs. 1 und 2 SGB V (z.B. hinsichtlich der Handlungsfelder, Anbieterqualifikation etc.)
- Anstoßen von Kooperationen in Bereichen, in denen noch keine Zusammenarbeit besteht.

3.4 Ergänzende Hinweise

Der Leitfaden beschreibt neben dem Setting-Ansatz am Beispiel der Gesundheitsfördernden Schule (s. Abschnitt 4.1) folgende prioritäre thematische Handlungsfelder – mit teilweise mehreren Präventionsprinzipien – für die Primärprävention (Individueller Ansatz, s. Abschnitt 4.2) und die betriebliche Gesundheitsförderung (s. Abschnitt 5.2):

- Bewegungsgewohnheiten
- Ernährung
- Stressreduktion/Entspannung
- Genuss- und Suchtmittelkonsum.

Aus Gründen der Übersichtlichkeit sowie im Hinblick auf die praktische Umsetzung werden die einzelnen Handlungsfelder mit ihren Präventionsprinzipien getrennt dargestellt. Jedoch gilt, dass für eine erfolgreiche, ganzheitlich angelegte Prävention die Verknüpfung von Maßnahmen aus verschiedenen Handlungsfeldern sinnvoll sein kann. Dadurch wird auch dem Prinzip Rechnung getragen, nicht isoliert einzelne Krankheiten oder „Risikofaktoren“ in das Zentrum der präventiven Bemühung zu stellen, sondern auf den allgemeinen Gesundheitszustand abzielen.

Für die praktische Umsetzung wurden jedem Präventionsprinzip Kriterien (Bedarf, Wirksamkeit, Zielgruppe, Ziel, Inhalt, Methodik und Anbieterqualifikation) zugeordnet. Jede Krankenkasse hat anhand der für die einzelnen Präventionsprinzipien festgelegten Qualitätskriterien zu prüfen, ob

die vorgesehene Maßnahme diese Kriterien erfüllt. Ist dies nicht der Fall, darf die Maßnahme nicht zu Lasten der Krankenkassen durchgeführt werden. Eigene Maßnahmen nach § 20 Abs. 1 und 2 SGB V haben die Krankenkassen entsprechend zu kennzeichnen.

Bei der Durchführung von Maßnahmen ist darüber hinaus grundsätzlich darauf zu achten, dass

- ein Trainermanual sowie Teilnehmerunterlagen vorliegen
- angemessene räumliche Voraussetzungen gegeben sind sowie
- die Gruppen eine angemessene Personenzahl umfassen.

Die Teilnehmer der Maßnahmen sollen befähigt und motiviert werden, nach Abschluss der Intervention das erworbene Wissen bzw. die erworbenen Fertigkeiten/Übungen selbstständig anzuwenden und fortzuführen sowie in ihren (beruflichen) Alltag zu integrieren. Eine kontinuierliche Inanspruchnahme dieser Maßnahmen kann von den Krankenkassen nicht finanziert werden. Die Krankenkassen weisen ihre Versicherten auf ergänzende Angebote, z.B. von Sportvereinen, Volkshochschulen etc., hin, die von den Versicherten in Eigenverantwortung wahrgenommen werden können. Generell ist die Bezuschussung von Mitgliedschaften in Sportvereinen, Fitnessstudios u.ä. wie auch die Gewährung finanzieller Anreize dazu durch die GKV nicht zulässig. Um eine hohe Qualität bei der Durchführung der Maßnahmen zu gewährleisten, wurden unter dem Kriterium „Anbieterqualifikation“ solche Berufsgruppen aufgenommen, bei denen aufgrund ihrer Aus-, Fort- und Weiterbildung von einer hohen fachlichen Qualifizierung für die beschriebene Aufgabe auszugehen ist. Die Aufnahme weiterer Berufsgruppen mit vergleichbarer Qualifikation wird gemeinsam mit der Kommission zur Weiterentwicklung der Handlungsfelder und Kriterien (s. Abschnitt 3.3) geprüft. Grundsätzlich ist Voraussetzung, dass die Anbieter über Berufserfahrung im jeweiligen Fachgebiet sowie über pädagogische, methodische und didaktische Kompetenzen verfügen. Anbieter von Maßnahmen zur Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung haben darauf zu achten, dass an den von ihnen angebotenen Maßnahmen nur solche Personen teilnehmen, bei denen keine Kontraindikationen vorliegen.

4. Primärprävention nach § 20 Abs. 1 SGB V

Maßnahmen zur Primärprävention sollen den Gesundheitszustand der Versicherten insgesamt verbessern und stehen grundsätzlich allen Versicherten offen. Da der Gesundheitszustand bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen nachweislich am schlechtesten ist, soll der Schwerpunkt der Leistungen auf diese Gruppen gelenkt werden.

4.1 Setting-Ansatz am Beispiel Gesundheitsfördernde Schule

4.2 Individueller Ansatz – Handlungsfelder

4.2.1 Bewegungsgewohnheiten

4.2.2 Ernährung

4.2.3 Stressreduktion/Entspannung

4.2.4 Genuss- und Suchtmittelkonsum

5. Betriebliche Gesundheitsförderung nach § 20 Abs. 2 SGB V

5.1 Grundsätzliche Anforderungen

In § 20 Abs. 2 SGB V ist vorgesehen, dass die Krankenkassen den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen können. Schwerpunktmäßig ist es Aufgabe der Unfallversicherungsträger, „mit allen geeigneten Mitteln Arbeitsunfälle und Be-

rufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten“ (§ 1 SGB VII). Darüber hinaus sollen sie auch den Ursachen von arbeitsbedingten Gefahren nachgehen. Dabei arbeiten sie mit den Krankenkassen zusammen (§ 14 SGB VII). Die im Arbeitsschutzgesetz fixierte Verpflichtung der Arbeitgeber zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und zur menschengerechten Gestaltung der Arbeit behält ebenso wie der Auftrag an die Unfallversicherungsträger, arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren mit allen geeigneten Mitteln zu verhüten, weiterhin Gültigkeit. Für die Durchführung von Aktivitäten, die über diese originären Maßnahmen des Arbeitsschutzes hinausgehen und insofern diese ergänzen, wird den Krankenkassen nun aber ein Initiativrecht eingeräumt. Die originären Zuständigkeiten und Aufgabenfelder von Krankenkassen und Unfallversicherungsträgern bleiben unberührt.

Erforderlich ist die Kooperation aller beteiligten betriebsinternen und -externen Akteure. Innerhalb des Betriebes zählen dazu neben den Betriebsärzten und Sicherheitsfachkräften insbesondere die Betriebsleitung sowie der Betriebs- bzw. Personalrat. Zu den externen Partnern zählen vor allem die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und – sofern vorhanden – die arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Dienste. Für das Gelingen ist es wichtig, dass die beteiligten Krankenkassen und die weiteren Akteure eng zusammenarbeiten.

Die Spitzenverbände der Krankenkassen fühlen sich bei all ihren Aktivitäten einem ganzheitlichen Ansatz verpflichtet, der neben verhaltensbezogenen Maßnahmen vor allem auch die Gestaltung der Arbeitsbedingungen und der Arbeitsorganisation umfasst. Die hier bestehenden Verantwortlichkeiten Dritter (insbesondere der Arbeitgeber und der gesetzlichen Unfallversicherung) schließen jedoch in einigen Feldern ein eigenes finanzielles Engagement der GKV aus. Die Krankenkassen werden in diesem Fall den jeweils verantwortlichen Organisationen bzw. Trägern mit fachlichem Rat zur Seite zu stehen. In diesem Sinne bleibt das von der GKV ggf. finanzierte Engagement immer nur ein Teil innerhalb eines größeren Rahmens, der auch vom Arbeitgeber und der Unfallversicherung getragen wird.

Bei der Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sind die Krankenkassen den nach § 20 Abs. 1 Satz 3 SGB V beschlossenen Kriterien der Spitzenverbände der Krankenkassen verpflichtet. Dies betrifft primär die vorgesehenen Maßnahmen und das damit zur Anwendung gelangende Präventionsprinzip. Damit eine Maßnahme im betrieblichen Setting aber wirksam und damit auch effektiv werden kann, sind bestimmte Voraussetzungen notwendig, die im Folgenden als Anforderungen an die Anbieter der Maßnahmen, die Krankenkassen und die Betriebe beschrieben werden.

I. Anforderungen an die Anbieter

Um einen effektiven Ressourceneinsatz zu gewährleisten, ist an die Anbieter von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung ein hoher Qualitätsmaßstab anzulegen. Die Anbieter solcher Maßnahmen sollten über eine adäquate Qualifikation verfügen und ihr Angebot mit einem Qualitätsnachweis nach Maßgabe dieses Leitfadens versehen. Erforderlich sind Aussagen zur konkreten Indikation, Qualitätssicherung (z.B. Qualifikationsanforderungen an die Durchführenden, Zielgruppe, Handlungsinhalte und -ziele, Methodik), Wirksamkeit, Dokumentation und Evaluation.

II. Anforderungen an die Krankenkasse

Die Krankenkassen führen die im Folgenden empfohlenen Maßnahmen ausschließlich am betrieblichen Bedarf orientiert durch. Dazu ermitteln sie die Risiken, Risikofaktoren und Gesundheitspotenziale der Beschäftigten im vorgesehenen Interventionsbetrieb. Sie verwenden dabei die in den letzten Jahren von den Krankenkassen als auch anderen vielfach eingesetzten und bewährten Instrumente (z.B. Arbeitsunfähigkeits-Analyse, Gefährdungsermittlung und -beurteilung,

arbeitsmedizinische Untersuchung, Befragung von Mitarbeitern im Hinblick auf Belastungen, gesundheitlichen Beschwerden und Verhaltensweisen, betrieblicher Gesundheitszirkel). Anhand des so ermittelten Bedarfs entwickeln sie in Abstimmung mit dem Betrieb und dem zuständigen Unfallversicherungsträger ein Vorgehenskonzept, das einzelne der oben beschriebenen Maßnahmen für ausgewählte Zielgruppen im Betrieb beinhaltet. Dieses Konzept sollte ganzheitlich und langfristig angelegt sein. Es sollte sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Maßnahmen unter Berücksichtigung der jeweiligen gesetzlichen Zuständigkeiten umfassen, wobei vorzusehen ist, dass für diese Maßnahmen im Betrieb geworben wird. Unter Berücksichtigung der genannten Anforderungen an die Anbieter führen die Krankenkassen ggf. gemeinsam mit den Unfallversicherungsträgern diese Maßnahmen durch oder beauftragen geeignete Dienstleister. Zur Optimierung des Ressourceneinsatzes wird empfohlen, dass die Krankenkassen und Betriebe die Maßnahmen dokumentieren und bewerten, um daraus Erkenntnisse für das künftige Vorgehen zu gewinnen.

Aufgrund ihrer langjährigen Erfahrungen auf dem Feld können die Krankenkassen innerhalb der Programme im Setting Betrieb eine Reihe von wichtigen Aufgaben übernehmen. Besonders hervorzuheben sind hierbei

- die Rolle des Impulsgebers und Initiators
- Konzeptentwicklung und Beratungsfunktion
- Moderation der Projektgruppe (z.B. Arbeitskreis Gesundheit)
- Projektmanagement
- Durchführung einzelner Bausteine innerhalb eines komplexen Programms
- Dokumentation und Bewertung
- interne Öffentlichkeitsarbeit (Information der Belegschaft).

Grundsätzlich werden diese Aufgaben nur übernommen, wenn beide Sozialpartner eingebunden sind, datenschutzrechtliche Belange berücksichtigt werden sowie ein integriertes Konzept der betrieblichen Gesundheitsförderung vorliegt.

III. Anforderungen an die Betriebe

Das Europäische Netzwerk zur betrieblichen Gesundheitsförderung hat im Rahmen der Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union³⁰ bereits 1997 einen EU-weiten Konsens hinsichtlich der für eine erfolgreiche Umsetzung notwendigen Bedingungen und Voraussetzungen in den Betrieben hergestellt. Darauf aufbauend und in Anlehnung an das Modell der European Foundation for Quality Management hat das Netzwerk im Mai 1999 einen Katalog von Qualitätskriterien für die betriebliche Gesundheitsförderung³¹ vorgelegt, der insgesamt ein umfassendes Bild der Qualität betrieblicher Gesundheitsförderungsmaßnahmen in den Betrieben ermöglicht. Die Kriterien wurden den folgenden sechs Bereichen zugeordnet:

1. Betriebliche Gesundheitsförderung und Unternehmenspolitik:
Eine wesentliche Voraussetzung für den Erfolg betrieblicher Gesundheitsförderung besteht darin, dass sie als Führungsaufgabe wahrgenommen wird und in größeren Betrieben in bestehende Managementsysteme integriert wird. Dies schließt auch Organisations- und Personalentwicklungsmaßnahmen ein.
2. Personalwesen und Arbeitsorganisation:
Die wichtigste Aufgabe gesundheitsgerechter Personalführung und Arbeitsorganisation besteht darin, die Fähigkeiten der Mitarbeiter bei der Arbeitsgestaltung zu berücksichtigen. Für den Erfolg betrieblicher Gesundheitsförderung ist dabei ausschlaggebend, dass alle Mitarbeiter bzw. deren gewählte Vertreter möglichst weitgehend an Planungen und Entscheidungen beteiligt werden.

3. Planung betrieblicher Gesundheitsförderung:
Betriebliche Gesundheitsförderung ist dann erfolgreich, wenn sie auf einem klaren Konzept basiert, das fortlaufend überprüft, verbessert und allen Mitarbeitern bekannt gemacht wird.
4. Soziale Verantwortung:
Für den Erfolg betrieblicher Gesundheitsförderung ist auch entscheidend, ob und wie die Organisation ihrer Verantwortung im Umgang mit den natürlichen Ressourcen gerecht wird. Soziale Verantwortung schließt die Rolle der Organisation auf lokaler, regionaler, nationaler und supranationaler Ebene in Bezug auf die Unterstützung gesundheitsfördernder Initiativen ein.
5. Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung:
Betriebliche Gesundheitsförderung umfasst Maßnahmen zur gesundheitsgerechten Arbeitsgestaltung und Unterstützung gesundheitsgerechten Verhaltens. Erfolgreich ist sie dann, wenn diese Maßnahmen dauerhaft miteinander verknüpft sind und systematisch durchgeführt werden.
6. Ergebnisse betrieblicher Gesundheitsförderung:
Der Erfolg betrieblicher Gesundheitsförderung kann an einer Reihe von kurz-, mittel- und langfristigen Indikatoren gemessen werden.

Die Erfüllungsgrade dieser Kriterien und damit die Qualität ihrer betrieblichen Gesundheitspolitik können die Betriebe unaufwändig mit Hilfe eines Fragebogens³² selbst einschätzen. Für die mögliche Finanzierung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung in den Betrieben durch die Krankenkassen wird empfohlen, die weitgehende Erfüllung dieser Qualitätskriterien bzw. die Verpflichtung des Betriebes für die Zukunft, sich an diesen Kriterien zu orientieren, zur Voraussetzung zu machen.

Die vorstehend aufgeführten Qualitätskriterien können hier als Bezugsrahmen für die Definition von grundlegenden Anforderungen an Unternehmen und Organisationen herangezogen werden. Davon ausgehend wird vorgeschlagen, Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nur dann zu finanzieren, wenn organisationsseitig folgende Bedingungen erfüllt sind bzw. im Laufe eines Projektes angegangen werden:

- Es existiert eine Unternehmensleitlinie zur betrieblichen Gesundheitsförderung oder ein Äquivalent.
- Mitarbeiter bzw. deren gewählte Vertreter werden an Entscheidungen in Gesundheitsfragen beteiligt.
- Gesundheitsförderungsmaßnahmen basieren auf einer regelmäßig aktualisierten Ist-Analyse.
- Maßnahmen werden durch ein internes Gremium gesteuert.
- Alle Maßnahmen sind in eine regelmäßige Auswertung und Begleitung eingebunden.
- Die Ergebnisse von Maßnahmen werden dokumentiert und sind zugänglich.

Die beschriebenen Anforderungen beziehen sich auf mittlere und größere Unternehmen, für Kleinst- und Klein-Unternehmen sind besondere Anforderungen grundsätzlich noch zu entwickeln. Als Voraussetzung für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung in Kleinst-, Klein- und Mittelbetrieben sollte die Eigeninitiative der Betriebe erkennbar sein. Isolierte einmalige Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung haben sich hinsichtlich einer dauerhaften Wirksamkeit nicht bewährt.

Die Zugrundelegung dieser Rahmenbedingungen auf Seiten des Unternehmens führt in der Praxis dazu, dass der Kreis von Unternehmen, in denen kassenseitig Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung finanziell unterstützt werden, auf diejenigen beschränkt werden sollten, die gesundheitliche Fragen auf der Entscheidungsebene ernst nehmen und bereits begonnen haben, gesundheitliche Kriterien in die betrieblichen Abläufe und Prozesse zu integrieren. Nur so lassen sich die notwendigen Voraussetzungen für einen effektiven und effizienten Ressourceneinsatz sicherstellen.

5.2 Handlungsfelder

Als prioritäre Handlungsfelder sind die nachfolgenden Bereiche vorgesehen:

5.2.1 Arbeitsbedingte körperliche Belastungen

5.2.2 Betriebsverpflegung

5.2.3 Psychosozialer Stress

5.2.4 Genuss- und Suchtmittelkonsum

6. Glossar

Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren

Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren liegen dann vor, wenn im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung (§ 5 Arbeitsschutzgesetz) durch den Arbeitgeber Risiken mit Gefährdungspotenzialen ermittelt werden, die vor dem Hintergrund des geltenden Vorschriften- und Regelwerkes nicht akzeptabel sind und somit eine Gefahr im Sinne des Arbeitsschutzes darstellen, die zum präventiven Handeln zwingt⁴¹. Krankenkassen und Unfallversicherungsträger sind verpflichtet, bei der Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren zusammenzuarbeiten (§ 20 Abs. 2 SGB V und § 14 Abs. 2 SGB VII). Für die Unfallversicherungsträger ist diese Aufgabe, arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren mit allen geeigneten Mitteln zu verhüten (§ 1 SGB VII), als Betätigungsfeld 1997 neu hinzugekommen.

Arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren sind Arbeitsbedingungen, durch die Gesundheitsstörungen oder Erkrankungen in ihrem Verlauf, der Schwere der Störung bzw. der Erkrankung, der Häufigkeit ihres Auftretens und der Dauer ungünstig beeinflusst werden⁴².

Arbeitsschutz

Hauptakteur des Arbeitsschutzes ist nach dem Arbeitsschutzgesetz der Arbeitgeber. Er ist danach verpflichtet, die erforderlichen Maßnahmen des Arbeitsschutzes zu treffen und dabei eine Verbesserung von Sicherheit und Gesundheitsschutz der Beschäftigten anzustreben. Als Maßnahmen des Arbeitsschutzes werden diejenigen verstanden, die auf dem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zur Verhütung von Arbeitsunfällen und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren einschließlich der Maßnahmen zur menschengerechten Gestaltung der Arbeit beitragen. Damit ist lt. amtlicher Begründung ausdrücklich die Berücksichtigung des „Faktors Mensch“, also die Verminderung der gesundheitsschädlichen Auswirkungen von Arbeit auf die Beschäftigten gemeint⁴³. Gefahren für Leben und Gesundheit sollen an der Quelle bekämpft und Gefährdungen möglichst vermieden werden, indem technische, organisatorische, soziale und Umweltaspekte sachgerecht miteinander verknüpft werden (§§ 1 – 4 Arbeitsschutzgesetz). Die Arbeitgeber haben damit einen konsequent präventiven Auftrag, der sie verpflichtet, Gesundheitsgefahren von ihren Mitarbeitern fernzuhalten.

Bedarfsorientierung/Bedarf

Der Bedarf hinsichtlich präventiver Maßnahmen erstreckt sich auf die Ermittlung von Risiken bzw. Risikofaktoren der Versicherten. Der Bedarf im Hinblick auf Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung richtet sich auf die Ermittlung von Gesundheitspotenzialen der Mitglieder im Betrieb. Um die Bedarfsorientierung von Maßnahmen der Krankenkassen zu gewährleisten, sollten deshalb Risikofaktoren wie auch Gesundheitspotenziale der Versicherten durch geeignete Instrumente von den Krankenkassen ermittelt werden. Diese haben dafür in den letzten Jahren eine Reihe von Instrumenten entwickelt und im vielfachen Einsatz validiert. Dazu zählen je nach Zuständigkeit (z.B. Krankenversicherung, Unfallversicherungsträger u.a.) die Gesundheitsberichterstattung auf der Basis von Arbeitsunfähigkeitsdaten (ggf. auch anderer Daten zu medizinischen Verordnungen/ Therapieformen), die Gefährdungsermittlung und -beurteilung, arbeitsmedizinische Untersuchungen, Befragungen von Mitarbeitern im Hinblick auf Belastungen, gesundheitli-

chen Beschwerden und Verhaltensweisen sowie die betrieblichen Gesundheitszirkel. Die Ergebnisse dieser Instrumente ergänzen sich im Hinblick auf die Bedarfsermittlung und geben in der Zusammenschau eine umfassendes Bild hinsichtlich des Bedarfs an Maßnahmen zur Primärprävention und betrieblichen Gesundheitsförderung.

Betriebliche Gesundheitsförderung

Nach dem Verständnis der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und in Abgrenzung zur Prävention bezeichnet der Begriff „Gesundheitsförderung“ ein ganzes Bündel von Strategien und Methoden auf unterschiedlichen gesellschaftlichen Ebenen, mit denen die Gesundheitsressourcen und -potenziale von Menschen gestärkt werden sollen. Dazu gehören sowohl Maßnahmen, die auf die Veränderung und Förderung des individuellen Gesundheitsverhaltens abzielen, als auch solche, die auf die Schaffung förderlicher Lebensbedingungen ausgerichtet sind. Das Spektrum der Maßnahmen reicht von Organisations- und Gemeindeentwicklung über Politikentwicklung bis hin zu gesundheitsbezogenen Bildungsmaßnahmen. Im sogenannten „Setting-Ansatz“ wird der Tatsache Rechnung getragen, dass in unterschiedlichen Lebensbereichen jeweils besondere Rahmenbedingungen für Gesundheit und Krankheit zu beachten sind. Die betriebliche Gesundheitsförderung umfasst alle Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und der Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz (Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung). Dazu gehören gesundheitsgerechte Arbeits- und Arbeitsplatzgestaltung, Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung sowie Angebote zum gesundheitsgerechten Verhalten.

Prävention

Als Prävention werden Strategien bezeichnet, die entweder spezifische Risikofaktoren für bestimmte Krankheiten vermindern oder mitverursachende Rahmenfaktoren beeinflussen, welche die Anfälligkeiten gegenüber Krankheiten verringern. Aktivitäten zur Reduzierung der Auswirkungen bereits vorhandener Krankheiten sind dabei einbezogen⁴⁴. Prävention kann sich sowohl auf das Verhalten von Individuen und Gruppen (Verhaltensprävention) als auch auf Veränderungen der Umwelt oder Arbeitswelt beziehen (Verhältnisprävention). Wesentliche Impulse aus der Gesundheitsförderung werden dabei in die Prävention übernommen, so z.B. die Akzeptanz der sozialen Aspekte von Gesundheit und Krankheit, die besondere Bedeutung der Lebensbedingungen⁴⁵ sowie die Idee der Hilfe zur Selbsthilfe (empowerment). In Strategien der Primärprävention können nach Schwartz⁴⁶ die gesamte Bevölkerung, große Personengruppen mit durchschnittlichem oder nur leicht erhöhtem Risiko oder bestimmte Hochrisikopersonen einbezogen werden. Es wird unterschieden zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention:

– Primärprävention (Risikoschutz)

Unter Primärprävention sind gezielte Maßnahmen zu verstehen, die den Eintritt eines Schadensfalles verhindern oder verzögern. Es geht also um die Erhaltung von Gesundheit bei (noch) Gesunden. Unterscheiden lassen sich Maßnahmen (z.B. Schutzimpfungen, Fluorid- und Vitamin-D-Prophylaxe), die direkt kausal der Verhütung einer bestimmten Krankheit zugeordnet werden können, und Maßnahmen, die mit zur Verhütung multifaktoriell bedingter, häufig chronischer Krankheiten beitragen.

– Sekundärprävention (Vorsorge)

Von Sekundärprävention spricht man, wenn es um Interventionen bei Erkrankungen in frühen Stadien geht. Es soll das Fortschreiten eines noch symptomlosen Vorstadiums einer Krankheit durch Früherkennung und -behandlung aufgehalten werden. Ziel ist, so früh wie möglich in den Entstehungsprozess einer sich manifestierenden, behandlungsbedürftigen Krankheit einzugreifen.

– Tertiärprävention (Rehabilitation)

Tertiärprävention umfasst Maßnahmen zur Verhütung von Folge- und/oder Begleiterkrankungen sowie der Verschlimmerung eines bereits in fortgeschrittenen Stadien bestehenden Krankheitsbildes und der größtmöglichen Wiederherstellung der Lebensqualität. Tertiärprävention unterstützt

die ärztliche Behandlung und/oder die Rehabilitationsphase. Leistungen zur Sekundär- /Tertiärprävention fallen nicht unter § 20 Abs. 1 und 2 SGB V.

Qualität

Qualität hat stets etwas mit Zielen, Zwecken, Erwartungen, Anforderungen und Bewertungen von Produzenten oder Konsumenten zu tun. Qualität liegt – auch dort, wo sie an objektiv feststellbaren Merkmalen gemessen wird (was meist für Sachgüter, weniger für Dienstleistungen zutrifft) – letztendlich im „Auge des Betrachters“; sie hängt also ab von den jeweils vorherrschenden Werten, Normen und Zielen und daraus abgeleiteten Beurteilungsmaßstäben⁴⁷.

Zur Bestimmung des Begriffs hat sich in der wissenschaftlichen Diskussion die Einteilung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität durchgesetzt und bewährt:

- Die Strukturqualität enthält die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen, unter denen unterschiedliche Leistungen erbracht werden können (Qualität der Leistungserbringer und Ausstattung zur Leistungserbringung).
- Die Prozessqualität thematisiert auf der Handlungsebene Art und Umfang der zu leistenden Arbeit (Durchführung der Leistungserbringung).
- Die Ergebnisqualität macht Aussagen über Erfolg von und Zufriedenheit mit durchgeführten Maßnahmen (Zielgruppenerreichung, Veränderung von Kenntnissen, Einstellung und Verhaltensweisen, Veränderung von Gesundheitsindikatoren).
- Generell gilt, dass die Ergebnisqualität immer in Relation zur Struktur- und Prozessqualität zu sehen ist⁴⁸.

Qualitätssicherung

Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung ist eine logische Konsequenz, die sich aus dem ethischen, gesellschaftlichen und gesetzlichen Auftrag zur Gesundheitsförderung ergibt. Sie umfasst folgende Schritte:

- Wissenschaftliche Voruntersuchung des Problems (z.B. Ätiologie, Gesundheitsberichterstattung)
- Überblick über die gesundheitliche Problemlage (Ist-Analyse)
- Zielbestimmung
- Interventionsstrategien, die diesen Zielen angemessen sind
- Evaluationsmethoden, die den Strategien und Maßnahmen angepasst sind
- Gesamtbewertung der Ergebnisse im gesundheitspolitischen Kontext⁴⁹.

Setting

„Setting“ bezeichnet diejenigen Lebensbereiche, in denen die Menschen den größten Teil ihrer Zeit verbringen (Arbeitsplatz, Schule, Wohnort etc.) und die einen besonders starken Einfluss auf die Gesundheit haben. Gesundheitsförderungsmaßnahmen, die beim Setting ansetzen, gelten als besonders erfolgsversprechend, denn:

Verhaltensänderungen sind nur möglich und langfristig stabil, wenn sie in den Alltag integriert werden können und mit den jeweiligen Gewohnheiten und Werten übereinstimmen.

In den Settings können gesundheitsrelevante Rahmenbedingungen gezielt unter Einbeziehung und Mitwirkung der Betroffenen verbessert werden.

Die jeweiligen sozialen Gefüge und Organisationsstrukturen werden berücksichtigt und zur besseren Erreichung der Zielgruppen sowie Sicherung langfristiger Erfolge genutzt.

Die Arbeit in Netzwerken, die von WHO und EU in den letzten Jahren stark gefördert wird, basiert auch auf dem Setting-Ansatz.

7. Quellenangaben

1. Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Bundesvereinigung für Gesundheit, Bundesärztekammer, Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, Deutsche Gesellschaft für Ernährung, Deutscher Sportbund, Deutsche Gesellschaft für Public Health, Deutscher Städtetag, Politischer Arbeitskreis von Patienteninitiativen Umwelterkrankter, Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Paritätischer Wohlfahrtsverband-Gesamtverband e.V.
2. Über Zusammenhänge zwischen Sozialindikatoren/benachteiligten Gruppen und Krankheiten vgl. Gesundheitsbericht für Deutschland, Hrsg. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 1998, S. 105, 106, 112, 114, 119; für Migranten vgl. Berg, Giselin in: Das Public Health Buch, Gesundheit und Gesundheitswesen; Hrsg.: F. W. Schwartz et. al., München, Wien, Baltimore, 1998, S. 550
3. Die Arbeit mit Netzwerken, die von WHO und EU in den letzten Jahren stark gefördert wird, basiert auch auf dem Setting-Ansatz.
4. Gesundheitsbericht für Deutschland, Hrsg.: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 1998; Jahres- und Sondergutachten des Sachverständigenrats für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, insbesondere die Jahrgänge 1994 bis 1997; Spezifische Expertisen der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung wie z.B. „Gesundheit von Kindern – Epidemiologische Grundlagen“, Hrsg.: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln 1998; Weitere Expertisen, z.B. zu spezifischen Krankheitsbildern: Leistungsstatistiken der GKV (z.B. Krankheitsartenstatistiken der einzelnen Spitzenverbände der Krankenkassen); Gesundheitsberichte der Bundesländer und Statistiken anderer gesundheitsrelevanter Institutionen (z.B. des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, der Unfallversicherungsträger usw.); spezifische Analysen und Umfragen aus dem Gesundheitsbereich
5. Gesundheitsbericht für Deutschland, Hrsg.: Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 1998
6. Gesundheitsförderung für junge Menschen in Europa – Materialien des Netzwerks gesundheitsfördernde Schulen – Ein Handbuch für Lehrerinnen, Lehrer u.a., die mit jungen Menschen arbeiten, Hrsg. Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen, Köln 1995
7. Opus – Erster Zwischenbericht der Projektleitung und der wissenschaftlichen Begleitung, Berichtszeitraum 1. Juni 1997 bis 30. Juni 1998, Ulrich Barkholz et. al., Flensburg und Lüneburg 1998; Opus – Zweiter Zwischenbericht der Projektleitung und der wissenschaftlichen Begleitung, Berichtszeitraum 1. Juli 98 bis 31. August 1999, Ulrich Barkholz et. al., Flensburg und Lüneburg 1999
8. Konzept der gesundheitsfördernden Schule des WHO-Regionalbüros Europa 1997, S. 6
9. Abele, A.; Brehm, W.; Pahmeier, I. (1997): Sportliche Aktivität als gesundheitsbezogenes Handeln: Auswirkungen, Voraussetzungen und Förderungsmöglichkeiten. In: Schwarzer, R. (Hrsg.): Gesundheitspsychologie. 2. Auflage. Göttingen, Toronto, Zürich, S. 115–149; Blair, S.N.; Connolley, J.C. (1996): How much physical activity should we do? The case for moderate amounts and intensities of physical activity. In: Research Quarterly for Exercise and Sport, 67 (2), S. 193–205; Bouchard, C.; Shephard, R.J.; Stephens, T. (Eds.) (1994): Physical Activity, Fitness and Health. International Proceedings and Consensus Statement. Champaign, Ill.; WIAD-Studie (1996): Sport und Gesundheit, S. 6 ff.; Tiemann, M. (1997): Fitnesstraining als Gesundheitstraining. Schorndorf
10. Hollmann, W. & Hettinger, Th. (1990): Sportmedizin. Arbeits- und Trainingsgrundlagen (3. durchges. Aufl.). Stuttgart: Schattauer; Hollmann, W., Rost, R., Dufaux, B. & Liesen, H. (1983): Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislaufkrankheiten durch körperliches Training (2. neubearb. u. erw. Aufl.). Stuttgart: Hippokrates; Morris, J.N., Pollard, R. Everitt, M.G., Chave, S.P.W. & Semmence, A.M. (1980): Vigorous exercise in leisure-time. Protection against coronary heart disease. In: The Lancet, 2, 1207–1210; Paffenbarger, R.S., Wing, A.L. & Hyde, R.T. (1978) Physical activity as an index of heart attack risk in college alumni. In: American Journal of Epidemiology, 108, 161–175; Walter, U.; Schwartz, F. et

- al.: Evaluation verhaltensorientierter Gesundheitsangebote – Stand der Forschung und eigene Ansätze im Feld einer AOK. In: Müller, Rosenbrock: Betriebliches Gesundheitsmanagement, S. 219 f
11. Badtke, G.; Bittmann, F. (1998): Bewegungsapparat – Rücken. In: Bös, K.; Brehm, W. (Hrsg.): Gesundheitssport. Schorndorf, S. 266–278; Banzer, W.; Neumann, G. (1998): Bewegungsapparat – allgemein. In: Bös, K.; Brehm, W. (Hrsg.): Gesundheitssport. Schorndorf, S. 256–265; Höfling, S.; Böhle, E. (1992): Evaluation der Rückenschulprogramme. In: Höfling, S.; Kaisser, P.J.: (Hrsg.): Orthopädische Rückenschule interdisziplinär. Berlin, Heidelberg; Kaisser, P.J. (1992): Rückenschule interdisziplinär. In: Höfling, S.; Kaisser, P.J. (Hrsg.): Orthopädische Rückenschule interdisziplinär. Berlin, Heidelberg
 12. Bundesverband der deutschen Rückenschulen e.V.
 13. Deutscher Verband für Gesundheitssport und Sporttherapie e.V
 14. Zentralverband der Krankengymnasten e.V.
 15. Bundesverband selbstständiger PhysiotherapeutInnen e.V.
 16. Verband physikalische Therapie – Vereinigung für die Physiotherapeuten e.V.
 17. Ernährungsbericht der Bundesregierung 1996
 18. Kohlmeier, L. et. al.: Ernährungsabhängige Krankheiten und ihre Kosten; Schriftenreihe des BMG Bd. 27, Baden-Baden 1993
 19. Walter, U., Schwartz, F. et al.: Evaluation verhaltensorientierter Gesundheitsangebote – Stand der Forschung und eigener Ansätze im Feld einer AOK. In: Müller, R., Rosenbrock, R.: Betriebliches Gesundheitsmanagement, S. 216 f.
 20. Europäischer Konsens zur Primärprävention der koronaren Herzkrankheit; MVV-Verlag, München 1986; Qualitätsmanagement in der Ernährungsberatung, Überlegungen anhand einer Evaluationsstudie; Günther, U., Ffm. 1997
 21. Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V.
 22. Verband der Diplom-Oecotrophologen e.V.
 23. Richtlinien zur Therapie der Adipositas der deutschen Gesellschaft für Adipositas-Forschung, 1995
 24. Lauterbach, K., Westenhöfer, J., Hauner, H.: Adipositas-Leitlinie, Köln 1998
 25. Zur Bewertung s. DGE-Beratungsstandards, Hrsg.: Deutsche Gesellschaft für Ernährung e.V., 3. Auflage 1999, II/1.1
 26. Gesundheitsbericht für Deutschland, Hrsg.: Statistisches Bundesamt, Stuttgart 1998; Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg): Gesundheit für Kinder und Jugendliche, Köln 1998; Wagner-Link, A. Verhaltenstraining zur Stressbewältigung. Arbeitsbuch für Therapeuten und Trainer. München 1995; Meichenbaum, D., Intervention bei Stress – Anwendung und Wirkung des Stressimpfungstrainings. Bern 1991; Klein-Heßling, J. & Lohaus, A., Stressbewältigung im Kindesalter: Modifikation und Evaluation einer Präventionsmaßnahme. In: Kindheit und Entwicklung, 4, 1995; Klein-Heßling, J. & Lohaus, A., Bleib locker. Wie man mit Stress klarkommt – Ein Stresspräventionstraining für Kinder im Grundschulalter. Münster 1996; Kaluza G., Basler H.-D. Basler, Henrich S. (1988) Entwicklung und Evaluation eines Programms zur Stressbewältigung, Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin/9/1:22–41; Kaluza G., Basler H.-D.: Gelassen und sicher im Stress. Ein Trainingsprogramm zur Verbesserung des Umgangs mit alltäglichen Belastungen, Berlin, Heidelberg, New York 1991; Bundesvereinigung für Gesundheit e.V. (im Auftrag der Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen), Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung am Beispiel Entspannung/Stressregulation, Bonn 1996; Bucher, H., Gutzwiller F., Checkliste Gesundheitsberatung und Prävention, Stuttgart 1993; Petermann, Franz (Hrsg.), Patientenschulung und Patientenberatung. Ein Lehrbuch, Göttingen 1997
 27. Bundesregierung: Drogen- und Suchtbericht 1998. In: Grigoleit, H.; Wenig, M.; Hüllinghorst, R.; Handbuch Sucht, St. Augustin, 1999.
 28. Expertise zur Primärprävention des Substanzmissbrauchs (Bundesministerium für Gesundheit, 1993); Modellprogramm "Mobile Drogenprävention" (Bundesministerium für Gesundheit, 1997); Geschlechtsbezogene Suchtprävention (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 1998); Prävention durch Angst? (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung,

- 1998); Starke Kinder brauchen starke Eltern (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, 1999); Schätzwertestudie: Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland (Bundesministerium für Gesundheit, 2000)
29. s. u.a. BZgA
30. Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung: Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union, November 1997
31. Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung: Qualitätskriterien für die betriebliche Gesundheitsförderung, Essen, Mai 1999
32. Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung: Fragebogen zur Selbsteinschätzung, Essen, Mai 1999
33. GKV-Krankheitsartenstatistiken; Statistisches Bundesamt: Gesundheitsbericht für Deutschland, Wiesbaden 1998, S. 201 ff; DeTroia, M.: Auf den Rücken achten. Abschlussbericht 1992 – 1995 Modellprojekt Rückenschule, Frechen 1995; Winkler, J.: Arbeitsplatzbezogenes Programm im Krankenpflegebereich, Köln 1997; Nickel, U.: Entwicklung und Erprobung eines Fragebogens zur Erfassung der Kontrollüberzeugung bei Wirbelsäulenerkrankungen und Rückenbeschwerden, Erlangen/ Nürnberg 1995; Weigl, C.: Die Evaluation eines Trainingsprogramms zur Minimierung schädlicher Wirkungen auf das Muskel-Skelett-System bei Arbeitstätigkeiten in der industriellen Fertigung, Regensburg 1996
34. Karasek, R. & Theorell, T.: Health Work., Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life. New York 1990; Statistisches Bundesamt: Gesundheitsbericht für Deutschland, Wiesbaden 1998, S. 143 f.
35. Beratender Ausschuss für Sicherheit, Arbeitshygiene und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz der Europäischen Kommission: Bericht über „Arbeitsbedingten Stress“, Luxemburg
36. Wilson, M.G.: A Comprehensive Review of the Effects of Worksite Health Promotion on Healthrelated Outcomes: An Update. American Journal of Health Promotion, November/December 1996, Vol 11, No. 2
37. Siegrist, J.: Selbstregulation, Emotion und Gesundheit – Versuch einer sozialwissenschaftlichen Grundlegung. In: Lamprecht, E.; Johnen, R. (Hrsg.): Salutogenese, Ein neues Konzept für die Psychosomatik?, Frankfurt/Main 1994, S. 85–94; Udris, I.; Kraft, U.; Mussmann, C.: Warum sind „gesunde“ Menschen „gesund“? Untersuchungen zu Ressourcen von Gesundheit (Forschungsprojekt „personale und organisationale Ressourcen der Salutogenese, Bericht Nr. 1), Zürich 1991; Udris, I.; Rimann, M.; Thalmann, K.: Gesundheit erhalten, Gesundheit herstellen. Zur Funktion salutogener Ressourcen. In: Bergmann, B.; Richter, P. (Hrsg.) Die Handlungsregulationstheorie. Von der Praxis einer Theorie, Göttingen 1994; Karasek, R.; Theorell, T.: Healthy Work, Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life, New York 1990; KOPAG: Erkennen und Verhüten arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren, Bremerhaven 1999
38. Badura, B.; Münch, E.; Ritter, W.: Partnerschaftliche Unternehmenskultur und betriebliche Gesundheitspolitik, Gütersloh 1997
39. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, DHS: Jahrbuch Sucht 2000, Geesthacht 1999
40. Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, DHS (Hrsg.): Suchtprobleme am Arbeitsplatz. Hamm: Hoheneck 1989; Fuchs, R.; Rainer, L. und Rummel, M. (Hrsg.): Betriebliche Suchtprävention. Göttingen: Hogrefe 1998; Schätzwertestudie Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland (Bundesministerium für Gesundheit, 2000)
41. Coenen, W.: Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren ... eine neue Dimension des Arbeitsschutzes?, in: Die BG, 5/1997, S. 222–231
42. BMA 1997
43. Blume, H.-C.: Das neue Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG), Augsburg 1996, S. 35
44. von Troschke, J.: „Plädoyer für eine eindeutige Abgrenzung von Gegenstandsbereichen der Gesundheitsförderung und Prävention“. In: Prävention 3/1993
45. Bröskamp-Stone et.al., a.a.O., S. 144
46. Schwartz et al., S. 158

47. Badura, B.; Strodtholz, P.: Qualitätsförderung, Qualitätsforschung und Evaluation im Gesundheitswesen. In: Das Public Health Buch; Schwartz et al. (Hrsg.), 1998
48. Spitzenverbände der Krankenkassen: Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung am Beispiel Entspannung/ Stressregulation, 1996
49. Spitzenverbände der Krankenkassen: Qualitätskriterien für Maßnahmen der Gesundheitsförderung am Beispiel Entspannung/ Stressregulation, 1996

Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union (November 1997)

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz.

Dies kann durch eine Verknüpfung folgender Ansätze erreicht werden:

- Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen
- Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung
- Stärkung persönlicher Kompetenzen.

Einleitung

Grundlage für die aktuellen Aktivitäten zur BGF bilden zwei Faktoren. Zum einen hat die EG-Rahmenrichtlinie Arbeitsschutz (Richtlinie des Rates 89/ 391/ EWG) eine Neuorientierung des traditionellen Arbeitsschutzes in Gesetzgebung und Praxis eingeleitet. Zum anderen wächst die Bedeutung des Arbeitsplatzes als Handlungsfeld der öffentlichen Gesundheit (Public Health).

Gesunde, motivierte und gut ausgebildete Mitarbeiter sind sowohl in sozialer wie ökonomischer Hinsicht Voraussetzung für den zukünftigen Erfolg der Europäischen Union. Der zuständige Dienst der Europäischen Kommission hat daher eine Initiative zum Aufbau eines Europäischen Netzwerkes für BGF unterstützt. Diese Initiative befindet sich im Einklang mit Artikel 129 des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und dem Aktionsprogramm der Gemeinschaft zur Gesundheitsförderung, -aufklärung, -erziehung und -ausbildung innerhalb des Aktionsrahmens im Bereich der öffentlichen Gesundheit (Nr.645/96/EG). Mitglieder des Europäischen Netzwerkes sind Organisationen aus allen 15 Mitgliedsstaaten und den Ländern des Europäischen Wirtschaftsraumes. Sie sind gleichzeitig nationale Kontaktstellen.

Ziel des Netzwerkes ist es, auf der Basis eines kontinuierlichen Erfahrungsaustausches, nachahmenswerte Praxisbeispiele zur BGF zu identifizieren und zu verbreiten. Die EU ermutigt damit die Mitgliedsstaaten, der BGF einen höheren Stellenwert einzuräumen und Fragen der Gesundheit am Arbeitsplatz bei politischen Entscheidungen mit einzubeziehen.

Herausforderungen für die Arbeitswelt im 21. Jahrhundert

Die Arbeitswelt befindet sich in einer Phase tiefgreifenden Wandels. Wichtige Rahmenbedingungen sind u.a.:

- Globalisierung
- Arbeitslosigkeit
- wachsende Verbreitung neuer Informationstechnologien
- Veränderungen der Beschäftigungsverhältnisse (z.B. befristete und Teilzeitarbeit, Telearbeit)
- älter werdende Belegschaften
- wachsende Bedeutung des Dienstleistungssektors
- Personalabbau (Downsizing)
- wachsender Anteil von Arbeitnehmern in Klein- und Mittelunternehmen (KMU)
- Kundenorientierung und Qualitätsmanagement.

Zukünftiger Unternehmenserfolg hängt von gut qualifizierten, motivierten und gesunden Mitarbeitern ab. BGF spielt eine entscheidende Rolle dabei, Mitarbeiter und Unternehmen auf diese Herausforderungen vorzubereiten.

Betriebliche Gesundheitsförderung: eine Investition in die Zukunft

Der traditionelle Arbeitsschutz hat durch die Verringerung von Arbeitsunfällen und die Prävention von Berufskrankheiten entscheidend zur Verbesserung der Gesundheit am Arbeitsplatz beigetragen. Dennoch reichen seine Mittel offensichtlich nicht, um dem weiten Spektrum der o. g. Probleme zu begegnen.

Unternehmen, die Gesundheit an ihren Arbeitsplätzen fördern, senken damit krankheitsbedingte Kosten und steigern ihre Produktivität. Dies ist das Ergebnis einer gesünderen Belegschaft mit höherer Motivation, besserer Arbeitsmoral und besserem Arbeitsklima.

BGF ist eine moderne Unternehmensstrategie und zielt darauf ab, Krankheiten am Arbeitsplatz vorzubeugen (einschließlich arbeitsbedingter Erkrankungen, Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und Stress), Gesundheitspotentiale zu stärken und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu verbessern.

Betriebliche Gesundheitsförderung: Gesunde Mitarbeiter in gesunden Unternehmen

Der Arbeitsplatz beeinflusst Gesundheit und Krankheit auf verschiedene Art und Weise. Wenn Beschäftigte unter gesundheitsgefährdenden Bedingungen arbeiten müssen, nicht angemessen qualifiziert sind oder nicht ausreichend von Kollegen unterstützt werden, kann Arbeit krank machen. Arbeit kann aber auch die berufliche und persönliche Entwicklung fördern.

BGF will diejenigen Faktoren beeinflussen, die die Gesundheit der Beschäftigten verbessern.

Dazu gehören:

- Unternehmensgrundsätze und -leitlinien, die in den Beschäftigten einen wichtigen Erfolgsfaktor sehen und nicht nur einen Kostenfaktor
- eine Unternehmenskultur und entsprechende Führungsgrundsätze, in denen Mitarbeiterbeteiligung verankert ist, um so die Beschäftigten zur Übernahme von Verantwortung zu ermutigen
- eine Arbeitsorganisation, die den Beschäftigten ein ausgewogenes Verhältnis bietet zwischen Arbeitsanforderungen einerseits und andererseits eigenen Fähigkeiten, Einflußmöglichkeiten auf die eigene Arbeit und sozialer Unterstützung
- eine Personalpolitik, die aktiv Gesundheitsförderungsziele verfolgt
- ein integrierter Arbeits- und Gesundheitsschutz.

Betriebliche Gesundheitsförderung nachweislich erfolgreich

BGF beruht auf einer fach- und berufsübergreifenden Zusammenarbeit und kann nur dann erfolgreich sein, wenn alle Schlüsselpersonen dazu beitragen.

BGF kann ihr Ziel „gesunde Mitarbeiter in gesunden Unternehmen“ erreichen, wenn sie sich an den folgenden Leitlinien orientiert:

1. Die gesamte Belegschaft muss einbezogen werden (Partizipation).
2. BGF muß bei allen wichtigen Entscheidungen und in allen Unternehmensbereichen berücksichtigt werden (Integration).
3. Alle Maßnahmen und Programme müssen systematisch durchgeführt werden: Bedarfsanalyse, Prioritätensetzung, Planung, Ausführung, kontinuierliche Kontrolle und Bewertung der Ergebnisse (Projektmanagement).
4. BGF beinhaltet sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Maßnahmen. Sie verbindet den Ansatz der Risikoreduktion mit dem des Ausbaus von Schutzfaktoren und Gesundheitspotentialen (Ganzheitlichkeit).

Prioritäten des Europäischen Netzwerkes für betriebliche Gesundheitsförderung

Das Europäische Netzwerk für BGF koordiniert den Informationsaustausch und die Verbreitung vorbildlicher Praxisbeispiele in Europa. Seine Mitgliedsorganisationen setzen sich für den Aufbau informeller Netzwerke auf nationaler Ebene ein. Alle Aktivitäten und Prioritäten basieren auf dem Subsidiaritätsprinzip und unterstützen die Zusammenarbeit zwischen den Mitgliedsstaaten. Im Hinblick auf die Herausforderungen der Zukunft und das Ziel, BGF in der Arbeitswelt zu verbreiten, betrachtet das Europäische Netzwerk die folgenden Aufgaben als vordringlich und als Grundlage für zukünftige Aktivitäten:

1. BGF bekannter machen und alle Schlüsselpersonen zur Übernahme von mehr Verantwortung für Gesundheit bewegen
2. Ermitteln und Verbreiten von vorbildlichen Praxisbeispielen
3. Leitlinien für effektive BGF entwickeln
4. das Engagement der Mitgliedsstaaten für die Einleitung entsprechender politischer Schritte sicherstellen
5. die besonderen Anforderungen in der Zusammenarbeit mit KMU berücksichtigen.

Diese Deklaration wurde von allen Mitgliedern des Europäischen Netzwerkes für betriebliche Gesundheitsförderung anlässlich ihres Treffens vom 27. bis 28. November 1997 in Luxemburg verabschiedet.

Autorinnen und Autoren

Michael Breidbach, Elektriker
Betriebsrat, Stahlwerke Bremen

Michael Ertel, Dipl. Soz.
wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Gruppe 3.3 „Arbeitsgestaltung bei psychischen Belastungen, Stress“, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Berlin

Prof. Dr. Eberhard Göbel, Sozialwissenschaftler
Professor für betriebliche Gesundheitsförderung,
Fachbereich Sozial- und Gesundheitswesen, Hochschule Magdeburg-Stendal (FH)

Dr. Wolfgang Hien, Arbeits- und Gesundheitswissenschaftler
Refereratsleiter Arbeits- und Gesundheitsschutz, DGB-Bundesvorstand Berlin

Christina König, Dipl. Soz.
Referentin für Risikostrukturausgleich und Finanzen der Gesetzlichen Krankenversicherung,
Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen

Joseph Kuhn, Dipl. Psych.
Landesgesundheitsamt Brandenburg, Wünsdorf

Joachim Larisch, Dipl. Soz. Wissenschaftler, Dipl. Ökonom
wissenschaftlicher Mitarbeiter, Bremer Institut für Präventionsforschung, Sozialmedizin
und Epidemiologie (BIPS/E.)

Barbara Reuhl, Pädagogin
Referentin für betriebsbezogene Gesundheitsberatung, Arbeitnehmerkammer Bremen

Ingrid Sandhop, Sicherheitsfachkraft
Initiatorin und Projektleiterin der betrieblichen Gesundheitsförderung, Abteilung Arbeitssicherheit,
Magistrat der Stadt Bremerhaven

Veröffentlichungen für Interessenvertretungen

Die Arbeitnehmerkammer hat den gesetzlichen Auftrag, die Interessen ihrer Mitglieder, der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer, die im Lande Bremen beschäftigt sind, zu fördern und zu vertreten.

Mit der hier vorliegenden Info-Brief-Reihe wenden wir uns insbesondere an Betriebs- und Personalräte, Frauenbeauftragte und Schwerbehindertenvertretungen.

Wir wollen Sie informieren, beraten und durch Hinweise und Anregungen Ihre Arbeit unterstützen.

Kammermitglieder können Exemplare der bisher erschienenen Info-Briefe kostenlos anfordern über Tel. 0421-3630163 oder E-Mail: presse@arbeitnehmerkammer.de

Bisher sind folgende Info-Briefe erschienen:

- Nr. 1 Betriebsverfassungsrechtliche Handlungsmöglichkeiten bei Unternehmensumwandlungen – Kurzinformation für Betriebsräte
- Nr. 2 Kosten und Sachaufwand der Betriebsratsarbeit
- Nr. 3 Arbeit und Gesundheit in der Schwangerschaft
- Nr. 4 Abfindungen
- Nr. 5 Betriebliche Gesundheitsförderung
- Nr. 6 Elektrosmog
- Nr. 7 Wie kommt der Arbeitsschutz aus dem Internet in den Betrieb?
- Nr. 8 Statt Konkurs und Vergleich die neue Insolvenzordnung
- Nr. 9 Ergonomische Bildschirmarbeit
- Nr. 11 Rechengrößen der Sozialversicherung und sonstige Werte
- Nr. 12 Arbeitszeugnis

Ein persönlicher Service für Kammer-Mitglieder sind auch die Faltblätter zu den Themen: Teilzeitarbeit, Gratifikationen, Entgeltzahlungen an Feiertagen und im Krankheitsfall, Urlaub - Rechtsgrundlagen und Ansprüche, Abmahnung, Arbeitsverträge, Erziehungsgeld – Elternzeit, Kündigung, Befristete Arbeitsverhältnisse, Verbraucherinsolvenz, Abfindungen, Steuerklassenwahl, Tarifvertragliche Regelungen.

„gesundheit!“

Mit dieser Reihe wenden wir uns an Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sowie an betriebliche MultiplikatorInnen. Die Infos geben Tipps über die Verbesserung der Gesundheit am Arbeitsplatz und informieren über Themen und aktuelle Entwicklungen, welche die Mitglieder der Arbeitnehmerkammer betreffen.

Bisher erschienen sind u.a. die Ausgaben „Bildschirmarbeitsverordnung“, „Ergonomie“, „Arbeit und Gesundheit im Internet“, „Alles Gute für den Rücken“, „Burn-out“. Die Infos sind für die Mitglieder der Arbeitnehmerkammer Bremen kostenlos in allen Geschäftsstellen erhältlich und stehen zum Download zur Verfügung unter www.arbeitnehmerkammer.de/gesundheit .

Eine Gesamtübersicht unserer Veröffentlichungen sowie Möglichkeiten zum Download finden Sie unter der Rubrik „Für Sie gedruckt“ auf unserer Homepage www.arbeitnehmerkammer.de .

Hotline für Betriebs- und Personalräte (0421) 36301960

montags bis freitags von 10 bis 12 Uhr

Unsere Anschriften und Telefonnummern

28195 Bremen-Stadt	Bürgerstraße 1	Telefon	0421-363010
	Hillmannplatz 13-15	Telefon	0421-363010
28755 Bremen-Nord	Lindenstraße 8	Telefon	0421-669500
27570 Bremerhaven	Friedrich-Ebert-Str. 3	Telefon	0471-922350

info@arbeitnehmerkammer.de
www.arbeitnehmerkammer.de

Öffnungszeiten

Bremen

Montag bis Donnerstag 8 – 18.30 Uhr Freitag 8 - 13 Uhr

Bremen-Nord

Montag und Donnerstag 8 – 18.30 Uhr
Dienstag und Mittwoch 8 – 16.30 Uhr Freitag 8 – 13 Uhr

Bremerhaven

Montag und Mittwoch 8 – 18.30 Uhr
Dienstag und Donnerstag 8 – 16.30 Uhr Freitag 8 – 13 Uhr

**Betriebs- und Personalräte-Zentrum (BPZ)
Technologie-Beratungs-System (tbs)**

Telefon 0421-36301965
Telefon 0421-36301956

**Wirtschafts- und Sozialakademie (WiSoAk)
der Arbeitnehmerkammer Bremen gGmbH**

Telefon 0421-4499-5
Telefax 0421-4499792

**Arbeiter-Bildungs-Zentrum (ABC)
der Arbeitnehmerkammer Bremen gGmbH**

Telefon 0421-618050
Telefax 0421-6180510