

# Betriebliche Gesundheitsförderung – von der Idee zur Tat

Hildegard Demmer



Hildegard Demmer

# **Betriebliche Gesundheitsförderung – von der Idee zur Tat**

Unter Mitarbeit von  
Karin Kunkel und Barbara Orfeld

## **Ziel 25 – Gesundheit der arbeitenden Bevölkerung**

Bis zum Jahr 2000 sollte sich in allen Mitgliedstaaten durch Schaffung gesünderer Arbeitsbedingungen, Einschränkung der arbeitsbedingten Krankheiten und Verletzungen sowie durch die Förderung des Wohlbefindens der arbeitenden Bevölkerung der Gesundheitszustand der Arbeitnehmer verbessert haben.

### Schlüsselbegriffe

- Gesundheitsförderung
- Gesundheit am Arbeitsplatz
- Organisation und Durchführung

### **Demmer, Hildegard**

#### **Betriebliche Gesundheitsförderung – von der Idee zur Tat**

**Unter Mitarbeit von Karin Kunkel und Barbara Orfeld**

**Europäische Serie zur Gesundheitsförderung, Nr. 4, WHO-Europa, Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK BV) (Hrsg.), Kopenhagen/Essen, 1995**

**ISBN 3-924379-39-4**

EUR/ICP/HSC 666

Herausgegeben vom WHO-Regionalbüro für Europa. Die Rechte für die deutsche Ausgabe wurden dem BKK BV übertragen. Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ohne Zustimmung des BKK BV ist unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen. Die Übersetzungsrechte sind bei der WHO, Regionalbüro für Europa, und dem BKK BV einzuholen.

Layout und Grafik: stattwerk e. G., Essen

Druck: Ley & Wiegand, Wuppertal

Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK BV)

Abteilung Gesundheit

Europäisches Informationszentrum

„Gesundheitsförderung im Betrieb“

Kronprinzenstr. 6

45128 Essen

Bundesrepublik Deutschland

# **Inhalt**

<b>Vorwort</b>	5
<b>Einführung: Background und Strategien</b>	6
<b>Die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Wegweiser betrieblicher Gesundheitsförderung</b>	6
<b>Motive für die betriebliche Gesundheitsförderung</b>	11
Europäische und nationale Rechtsnormen	11
Motive und Interessenlagen der Akteure	14
<b>Gesundheitsförderung im Betrieb: Voraussetzungen, Instrumente und Vorgehensweisen</b>	19
Interesse wecken und Kooperationspartner gewinnen	19
Instrumente betrieblicher Gesundheitsberichterstattung	21
Prioritäten erkennen und Ziele setzen	27
Die Beschäftigten beteiligen	27
Gesundheit zum Thema im Betrieb machen	31
Gesundheitsförderung dokumentieren und bewerten	32
Hindernisse erkennen und überwinden	35
<b>Fundamente und Bausteine erfolgreicher Gesundheitsförderung im Betrieb</b>	37
<b>Betriebsspezifische Wege der Gesundheitsförderung</b>	39
<b>Nationale und betriebliche Besonderheiten beachten</b>	40
<b>Praxisbeispiele zeigen die Vielfalt betrieblicher Wege zur Gesundheit</b>	40
<b>Von der kooperativen Prävention zur Gesundheitsförderung</b>	41
Belastungen nicht auf die leichte Schulter nehmen – Gesundheitsförderung im Stukkateurhandwerk	41
Hab’ ein Herz für Dein Herz – schrittweise zu mehr Gesundheit (BKK Carlswerk)	45
Gesundheitsförderung im Betrieb und in der Freizeit (REWE)	47
<b>Systematisch und partizipativ – Gesundheitsbericht und Gesundheitszirkel</b>	51
Vom Gesundheitszirkel bis zum Kinderbüro – ganzheitliche Gesundheitsförderung ist vielfältig (Braun Melsungen)	51
Vom Modellprojekt zur Unternehmensstrategie – Gesundheitsförderung durch Partizipation (Hoesch)	53

<b>Suchtprävention und Gesundheitsförderung im Betrieb</b>	56
Mit Gesprächen gegen „dicke Luft“ – Von der Suchtprophylaxe zur Verbesserung des Betriebsklimas (Voith)	56
Nichtraucher schützen, Raucher berücksichtigen – Betriebsvereinbarung regelt heikles Thema (Deutsches Krebsforschungszentrum)	60
<b>Von der Präventivmedizin zur betrieblichen Gesundheitsförderung</b>	63
Qualifizierung für Gesundheit und Umwelt – das Reinigungskräfteprojekt der Hansestadt Lübeck	63
Verbindlichkeit für Gesundheitsförderung – Betriebsvereinbarung bei den Mannesmannröhren-Werken	65
Vorfahrt für partizipative und vorausschauende Gesundheitsförderung (VOLKSWAGEN)	67
Wanderausstellung zur Gesundheit – Gesundheitsberatung bei Marks & Spencer (Großbritannien)	70
<b>Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung</b>	73
Gesundheitsförderung schafft neue Strukturen im Betrieb (Pinneberger Verkehrsgesellschaft)	73
Dialog und schnelles Handeln – Health Task Force (Kraft Jacobs Suchard)	76
Betriebliche Gesundheitsförderung durch systematische Organisationsentwicklung (Pohjola, Finnland)	78
<b>Praktische Hilfen</b>	81
<b>Hilfreiche Institutionen</b>	81
<b>Betriebsvereinbarungen</b>	82
Rahmenbetriebsvereinbarung über Gesundheitsförderung im Betrieb	82
Betriebsvereinbarung Suchtmittel-Mißbrauch	85
Muster Betriebsvereinbarung „Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz“	90
Muster Betriebsvereinbarung „Kantinenessen“	91
<b>Regeln der Zusammenarbeit im Gesundheitszirkel</b>	94
<b>Musterfragebogen Belegschaftsbefragung</b>	95
<b>Anhang</b>	101
<b>Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung</b>	102
<b>Literatur</b>	108

*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.*

# Vorwort

Schon mit Beginn der Industriellen Revolution wurden Maßnahmen zum Schutz von Gesundheit und Sicherheit der ArbeiterInnen im engeren Sinne ergriffen, aber in jüngerer Zeit unterstützen Arbeitgeber und Gewerkschaften systematische Programme, die sowohl die psychosoziale als auch körperliche Gesundheit fördern und über den Unfallschutz hinausgehen.

Die vorliegende Veröffentlichung gibt einen umfassenden Überblick über solche Gesundheitsförderungsprogramme am Arbeitsplatz, wobei der Schwerpunkt auf der Gestaltung humaner Arbeitsbedingungen und der Förderung einer gesundheitsbewußten Lebensweise von Arbeitern, Angestellten und Führungskräften liegt. Eine Analyse von Evaluationsstudien aus mehreren europäischen Ländern zeigt zahlreiche positive Ergebnisse, was Veränderungen von Gesundheitszustand, Arbeitsproduktivität und geringeres Versicherungsrisiko (Kosten) betrifft. Die vorliegende Abhandlung betont die Notwendigkeit, Gesundheitsförderungsprogramme noch stärker zu verbreiten und weitere Innovationen anzuregen.

Während in größeren Unternehmen bereits häufiger Gesundheitsförderungsmaßnahmen durchgeführt werden, bleibt die große Zahl der ArbeitnehmerInnen in kleineren Betrieben davon oft noch ausgeschlossen. Diesem ungleich verteilten Zugang zu gesundheitsförderlichen Arbeitsplätzen ist daher besondere Aufmerksamkeit zu widmen. Zwar ist es nicht einfach, betriebliche Gesundheitsförderung breiter zugänglich zu machen, sie zu verbessern und nachhaltig zu etablieren; doch die hier beschriebenen Beispiele aus der Praxis, einschließlich der gesetzlichen und finanziellen Möglichkeiten, der Anreizgestaltung sowie der Einbeziehung von Gewerkschaften können als ermutigende Vorbilder dienen. Sie bilden die Grundlage für allgemeine Empfehlungen hinsichtlich unverzichtbarer Bausteine erfolgreicher Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Betrieb. Mit Bedacht wird dabei das Hauptaugenmerk mehr auf zugrundeliegende Werte, Prinzipien, hilfreiche Verfahren und Instrumente gelegt, die jeweils den spezifischen Bedingungen eines einzelnen Arbeitsplatzes flexibel angepaßt werden können. Alle europäischen Unternehmen und Regierungen, die der betrieblichen Gesundheitsförderung sowohl unter humanen wie wirtschaftlichen Aspekten Bedeutung beimessen, finden hier einen wertvollen Leitfaden für die eigene Praxis.

Daß diese Anregungen nunmehr im vorliegenden Band nachlesbar sind, ist zunächst den engagierten Praktikern zu danken, die ihre Erfahrungen berichtet haben: bei den meisten Projekten bzw. Unternehmen waren es mehrere Personen, die Informationen aktuell zusammengestellt und z. T. aufbereitet haben – ihnen gilt besonderer Dank. Darüber hinaus danken wir allen MitarbeiterInnen der Abteilung Gesundheit des BKK Bundesverbandes sowie den KollegInnen von der Weltgesundheitsorganisation und aus den WHO-Collaborating Centres, die mit wertvollen Ideen und Kommentaren zur endgültigen Fassung beigetragen haben.

Erio Ziglio, Ph. D.

WHO, Regionalbüro für Europa,

Regional Adviser for Health Promotion and Investment

# Einführung: Background und Strategien

Ziele und Elemente betrieblicher Gesundheitsförderung leiten sich aus der Ottawa Charta der Weltgesundheitsorganisation ab. Warum dieses Konzept für Fachleute, Führungskräfte und Interessenvertreter in Unternehmen und Gesundheitsinstitutionen gleichermaßen interessant ist, wird nachfolgend skizziert. Im Hauptteil dieses Kapitels werden die wichtigsten Strategien für eine erfolgreiche Gesundheitsförderung im Betrieb beschrieben: von der Idee bis zur Dokumentation und Bewertung der Ergebnisse. Zusammenfassend ergibt sich ein Überblick über die wichtigsten Fundamente und Bausteine der Gesundheitsförderung im Betrieb.

## **Die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Wegweiser betrieblicher Gesundheitsförderung**

Gesundheitsförderung bezeichnet einen Prozeß, in dessen Verlauf Arbeits- und Lebensverhältnisse verändert und alle Menschen befähigt werden sollen, aktiv die eigene Gesundheit zu stärken. Die Leitfragen des neuen Konzepts lauten: Was erhält Menschen gesund? Welche Voraussetzungen in der materiellen und sozialen Arbeits- und Lebensumwelt dienen hierbei als Ressourcen? Welche Lebenserfahrungen und Lernprozesse befähigen und motivieren Menschen, sich selbst aktiv gesund zu erhalten?

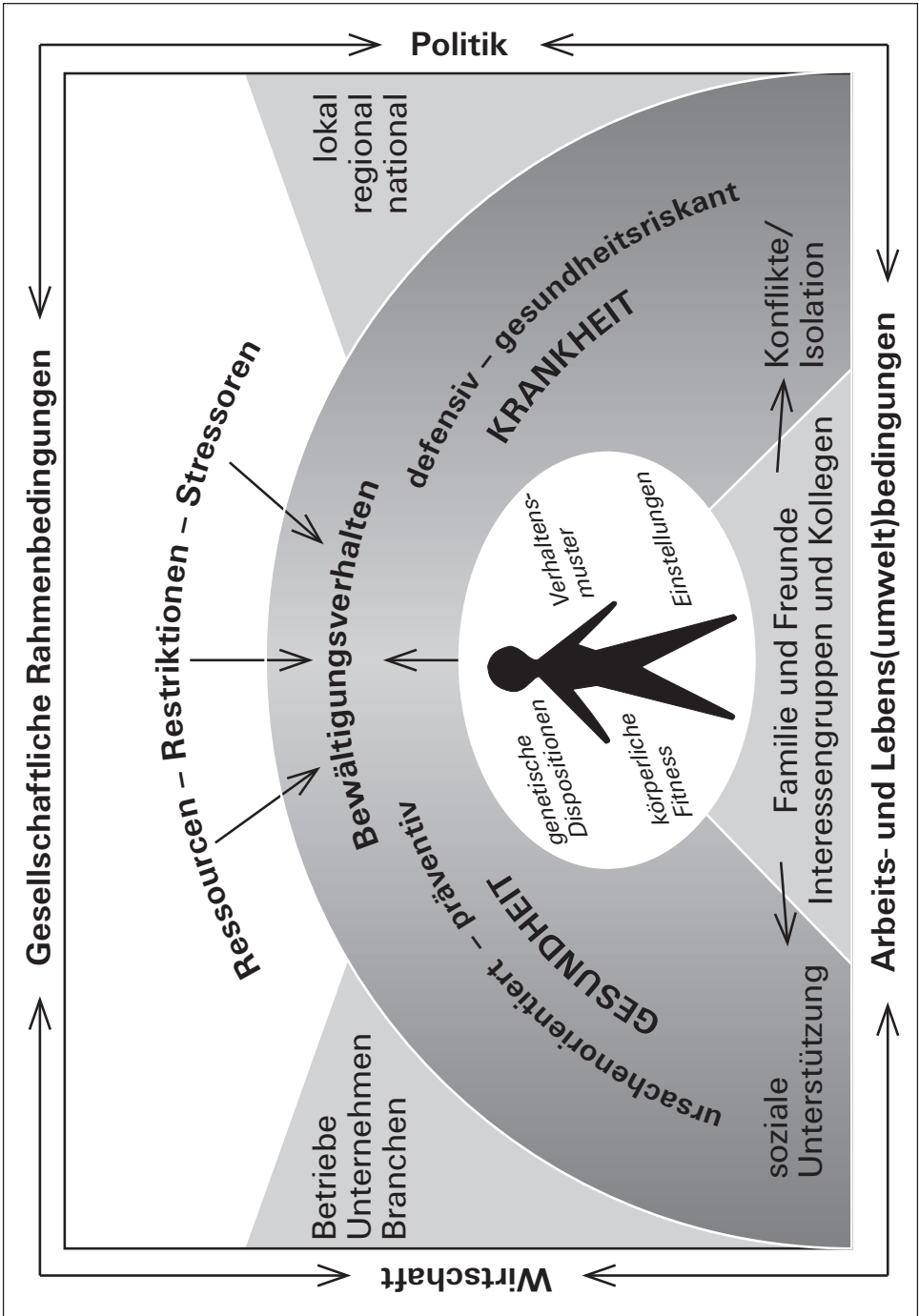


Abb. 1: Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit

Ziel der Gesundheitsförderung allgemein ist ein möglichst großer Gewinn an Wohlbefinden bei verlängerter Lebenserwartung, und zwar insbesondere für bislang gesundheitlich benachteiligte Bevölkerungsgruppen. Gesundheitsförderung im Betrieb will dazu beitragen, die gesünderen und gesunderhaltenden Verfahrens- und Verhaltensweisen innerbetrieblich zu den bequemerem und für alle Beteiligten ertragreicheren zu machen. Im Rahmen einer gesundheitsorientierten Unternehmenspolitik sollen von Angestellten und Arbeitern, betrieblichen GesundheitsexpertInnen, Führungskräften und BetriebsrätInnen gemeinsam die Arbeitsbedingungen (Verhältnisse) gesundheitsförderlich gestaltet und die Arbeitenden zu gesundheitsförderlichen Arbeits- und Lebensweisen befähigt und motiviert werden (Verhalten).

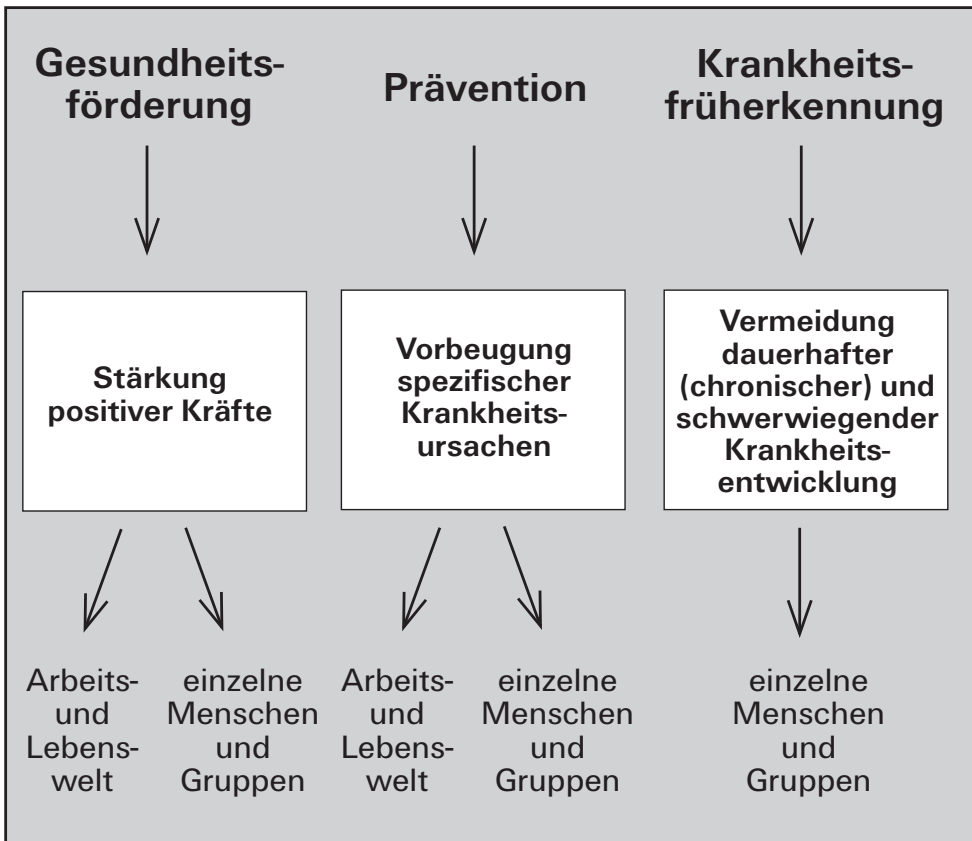


Abb 2.: Zum Verhältnis Prävention – Gesundheitsförderung

Krankheits- oder risikospezifische Primärprävention, früherkennende Sekundärprävention und rehabilitative Tertiärprävention leisten im Sinne umfassender Gesundheitsförderung unverzichtbare Beiträge (vgl. Abb. 2). Zentrale Elemente und Ansatzpunkte betrieblicher Gesundheitspolitik sind jedoch im einzelnen:

Eine **Unternehmenskultur und -philosophie**, die der Gesundheit der MitarbeiterInnen neben den wirtschaftlichen Unternehmenszielen gleichwertige Priorität beimißt, schafft ein positives Klima für eine umfassende gesundheitsförderliche Gesamtpolitik im Unternehmen. Hierzu gehören insbesondere Leitlinien kooperativer und partizipativer Mitarbeiterführung sowie eine Führungspraxis, die dem Wohlbefinden der MitarbeiterInnen einen hohen Stellenwert einräumt.

Eine betont präventive Arbeitsschutzpraxis, die weiterentwickelt wird zu **vorausschauend gesundheitsbewußter Arbeitsgestaltung**, ist die Basis ganzheitlicher betrieblicher Gesundheitsförderung. Darunter ist zu verstehen, daß Technik und Organisation im Betrieb so konzipiert werden, daß den Arbeitenden größtmögliche Kontrolle über die eigenen Arbeitsbedingungen, offene Handlungsspielräume und Möglichkeiten wechselseitiger kollegialer Unterstützung, z.B. im Rahmen von Gruppenarbeit, eingeräumt werden. Betriebsvereinbarungen zur Ergonomie von Hard- und Software sowie zur Mischarbeit für Arbeitskräfte an Bildschirmgeräten sind ein weiteres Beispiel.

**Strategien des Personaleinsatzes und der Personalentwicklung** ermöglichen es, daß diese technisch-organisatorischen Gesundheitspotentiale der Arbeit tatsächlich ausgeschöpft werden können. Ergonomische Verbesserungen und erweiterte Handlungsspielräume steigern erst dann das Wohlbefinden, wenn die Beschäftigten befähigt, qualifiziert und motiviert sind, sie zu nutzen. Anforderungsgerechte Personalrekrutierung sowie Aus- und Weiterbildung leisten so einen wichtigen Beitrag zur betrieblichen Gesundheitsförderung.

Die **betriebliche Sozialpolitik** im weiteren Sinne kann ebenfalls gesundheitsförderlich wirken. Sei es, daß der Arbeitgeber patriarchalisch-fürsorglich, sei es, daß er auf Initiative und in Absprache mit der betrieblichen Interessenvertretung der Beschäftigten folgende Maßnahmen trifft: Kooperation mit der (betrieblichen) Krankenversicherung in allen Fragen des Gesundheitsschutzes; Fachberatung bei psycho-sozialen Belastungen und Suchtproblemen; zielgruppengerechte Informationen und Kursangebote zur Streßbewältigung; Entwicklung des Betriebssports hin zum Gesundheitssport; Betriebsvereinbarung zum Nichtraucherchutz; schmackhafte, preiswerte und gesunde Verpflegungsangebote in einem Betriebsrestaurant, das zum kollegialen Gespräch und zur Erholung einlädt.

**Arbeitszeitregelungen**, die die Vereinbarkeit familiärer und beruflicher Anforderungen gemäß individueller Neigungen und Verpflichtungen erleichtern, helfen Streß zu vermeiden. Hierdurch können auch sozial bedingte und gesundheitlich relevante Unterschiede zwischen Männern und Frauen verringert werden. Nicht zu vergessen sind in diesem Zusammenhang **humane Schichtplangestaltung** und Regelungen zur Re-Integration von Schicht- und insbesondere NachtarbeiterInnen in Normaldienste.

Ein privates Unternehmen oder ein öffentlicher Dienst mit besonderem Gesundheitsbewußtsein beschränkt die gesundheitsfördernde Umgestaltung nicht auf das Innenverhältnis allein. Mit Blick auf die Außenwirkung am Unternehmensstandort und bei Abnehmern bzw. Endverbrauchern gehört die **umwelt- und gesundheitsbewußte Gestaltung von Produktionsverfahren, Produkten und Dienstleistungen** zur umfassenden Gesundheitspolitik solcher Unternehmen.

Und schließlich wirkt ein gesundheitsfördernder Betrieb aktiv als **Partner in der kommunalen und regionalen Gesundheitsförderung** mit, beispielsweise als Berater, als praktischer Helfer mit Räumlichkeiten oder Werkzeug oder als Sponsor für kommunale Sozial- und Sporteinrichtungen.

Gesundheitsförderung im Sinne der Ottawa Charta der WHO bedeutet also, Strukturen und Abläufe im Betrieb sowie die Beziehungen zum betrieblichen Umfeld zu verändern, zum Teil sogar tiefgreifend. Dies setzt allerdings voraus, daß Fachleute und Führungskräfte sowie alle MitarbeiterInnen ihre Entscheidungen und ihr Verhalten im Hinblick auf das Kriterium Gesundheitsförderlichkeit überprüfen und anpassen.

Dagegen steht zunächst allerorts die starke Macht menschlicher Gewohnheit. Sie kann überwunden werden, wenn man sich zunächst zwei Fragen beantwortet: Was sind die betrieblichen Motive für Veränderungen und Investitionen zugunsten der Gesundheit? Welche betrieblichen und außerbetrieblichen Akteure müssen bei der Gesundheitsförderung zusammenwirken, wie sehen ihre Interessen und Fähigkeiten aus?

## Motive für die betriebliche Gesundheitsförderung

Primärer Zweck von Unternehmen und Betrieben ist die Produktion von Gütern oder Dienstleistungen, sei es mit privatwirtschaftlichem oder gesellschaftlichem Gewinn. Ihre Organisationen als soziale und technische Systeme sind darauf ausgerichtet, ihre Arbeitsweise im einzelnen hängt allerdings von vielen Faktoren ab. Zu den wichtigsten Rahmenbedingungen unternehmerischen Handelns gehören die wirtschaftliche Lage, Stand des Wissens und der Technik sowie nationale Rechtsnormen im Vergleich zu internationalen Wettbewerbern. Da sich seit der Industrialisierung ein grundlegender Wandel der Gesetze zum Gesundheitsschutz vollzogen hat, wird nachfolgend näher auf die wichtigsten europäischen Vorschriften eingegangen. Im zweiten Teil des Kapitels werden dann die Motive und Interessen der verschiedenen Handlungsträger innerhalb und außerhalb des Betriebes unter der Perspektive der Gesundheitsförderung näher beleuchtet, denn nur wenn diese erkannt und respektiert werden, kann die Zusammenarbeit für die Gesundheit gelingen.

### Europäische und nationale Rechtsnormen

Mit der Verwirklichung des europäischen Binnenmarktes kommt der **europäischen Rahmenrichtlinie (89/391/EWG) zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer bei der Arbeit** besondere Bedeutung für betriebliche Gesundheitsentscheidungen zu. Die Umsetzung dieser Richtlinie in nationales Recht und in die Praxis der jeweiligen Arbeitsschutzinstitutionen ist für alle EU-Mitgliedsstaaten verpflichtend und ist in Deutschland Grundlage für die Diskussion eines neuen Arbeitsschutzrahmengesetzes. In Anlehnung an das Übereinkommen Nummer 161 der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO) von 1985 formuliert die EU-Richtlinie die Handlungsmaximen für öffentliche und private Arbeitgeber aller Betriebsgrößen wie folgt:

1. Die Arbeit ist so zu gestalten, daß Risiken für Leben und Gesundheit möglichst nicht entstehen;
2. verbleibende Risiken sind sorgfältig abzuschätzen und möglichst zu verringern;
3. Gefahren sind an ihrer Quelle zu bekämpfen;
4. bei Maßnahmen sind der Stand von Technik, Arbeitsmedizin und Hygiene sowie sonstige gesicherte arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse zu berücksichtigen, insbesondere im Hinblick auf eine Erleichterung bei eintöniger Arbeit und bei maschinenbestimmtem Arbeitsrhythmus sowie auf eine Verringerung ihrer gesundheitsschädigenden Auswirkungen;
5. Maßnahmen sind mit dem Ziel einer sachgerechten Verknüpfung von Technik, Arbeitsorganisation, sonstigen Arbeitsbedingungen, sozialen Beziehungen und Einflüssen der Umwelt auf den Arbeitsplatz zu planen;
6. individuelle Schutzmaßnahmen kommen erst in Betracht, wenn durch andere Maßnahmen ein ausreichender Schutz nicht gewährleistet werden kann;

7. spezielle Gefahren für besonders schutzbedürftige Beschäftigtengruppen und besondere Belange von Behinderten entsprechend Art und Schwere der Behinderung sind zu berücksichtigen;
8. den Beschäftigten sind geeignete Anweisungen zu erteilen.

Um diese Ziele zu erreichen sind zum einen medizinische und sicherheitstechnische ExpertInnen mit umfassenden Beratungs- und Vorsorgeaufgaben zu betrauen, zum anderen sind die Beschäftigten und ihre Interessenvertretung umfassend zu informieren und zu beteiligen. Die Beschäftigten selbst erhalten durch die Richtlinie nicht nur klar formulierte Schutzrechte, sie sind ebenso verpflichtet, „für ihre Sicherheit und Gesundheit Sorge zu tragen“ und „auch für die Sicherheit und Gesundheit der Personen zu sorgen, die von ihren Handlungen oder Unterlassungen bei der Arbeit betroffen sind.“

In Deutschland soll das künftige Arbeitsschutzrahmengesetz darüber hinaus die Aufgaben der Unfallversicherungsträger und der staatlichen Arbeitsschutzinstitutionen festlegen. Andere Gesetze verpflichten bereits seit 1989 die gesetzlichen Krankenkassen (§ 20 SGB V) und seit 1992 die Rentenversicherungsträger (§ 31 SGB VI) zur Mitwirkung bei betrieblicher Gesundheitsförderung bzw. bei der Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefährdungen, wobei insbesondere einige Krankenkassen sich zu aktiven und kompetenten Partnern entwickelt haben.

### **Deutsches Sozialgesetzbuch (SGB) V § 20**

#### **Aufgaben der gesetzlichen Krankenkassen in der Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung**

- Krankenkassen haben ihre Versicherten zu Gesundheitsgefährdungen und zur Verhütung von Krankheiten aufzuklären und zu beraten
- Krankenkassen sollen den Ursachen von Gefährdungen und Gesundheitsschäden nachgehen und auf deren Beseitigung hinwirken
- Krankenkassen können bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mitwirken
- Krankenkassen arbeiten mit den Unfallversicherungsträgern zusammen und unterrichten sie
- Krankenkassen teilen den Verdacht berufsbedingter gesundheitlicher Gefährdungen und Berufskrankheiten den zuständigen Stellen des Arbeitsschutzes mit
- Krankenkassen können in ihren Satzungen Ermessensleistungen zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit und zur Verhütung von Krankheit vorsehen
- Krankenkassen können Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen fördern
- Krankenkassen sollen auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung mit Kassenärztlichen Vereinigungen, erfahrenen niedergelassenen ÄrztInnen, den Gesundheitsämtern, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung und weiteren Fachinstitutionen und Organisationen zusammenarbeiten

## **Deutsches Sozialgesetzbuch VI § 31**

### **Die Aufgaben der gesetzlichen Rentenversicherungsträger in der Rehabilitation**

Sonstige Leistungen zur Rehabilitation können erbracht werden ... wenn hierdurch voraussichtlich eine erhebliche Gefährdung der Gesundheit beseitigt oder eine beeinträchtigte Gesundheit wesentlich gebessert oder wiederhergestellt werden kann.

In den anderen Ländern der EU spiegelt sich die Rahmenrichtlinie bislang ebenfalls recht unterschiedlich in nationalen Gesetzen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes wider. Es dominieren Rahmengesetze, die die zentrale Verantwortung für den Arbeitsschutz dem Arbeitgeber übertragen und – teils abhängig von Betriebsgröße und Branche – eine betriebsärztliche Versorgung vorschreiben. Die Information und Beteiligung der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer wird in unterschiedlichem Maße verlangt. Die Variationen dieser Rahmenvorschriften lassen sich an anderer Stelle nachlesen (vgl. Wynne/Clarkin 1993).

Insgesamt bleibt festzuhalten, daß die EU-Rahmenrichtlinie einen klaren Impuls für ein umfassendes Verständnis und einen vorausschauenden Gesundheitsschutz im Betrieb liefert. Umfassender Gesundheitsschutz wird vielfach noch nicht ausdrücklich durch die nationalen Gesetze gefordert, diese lassen jedoch allerorten Gesundheitsförderung rechtlich zu. Die nationalen Gesundheits- und Arbeitsschutzbehörden sind dabei in unterschiedlichem Maße zur praktischen Unterstützung der Unternehmen aufgefordert und befähigt.

## Motive und Interessenlagen der Akteure

Gesetzliche Vorschriften sind ein, aber keineswegs immer das wichtigste Motiv für betriebliche Gesundheitsförderung. Daneben und vor den gesetzlichen Vorschriften gibt es andere und oft näherliegende Gründe: Krankheit und Arbeitsunfähigkeit bedeuten nicht nur Leiden und Verlust an Lebensqualität für die einzelnen Betroffenen, sie verursachen zudem erhebliche Kosten für Betriebe, Sozialversicherung und Volkswirtschaft.

### Übersicht: Schätzungen des Nordischen Rates zum Anteil der Arbeitsbedingtheit am allgemeinen Krankheitsgeschehen

45 %	bei Hauterkrankungen
33 %	bei Erkrankungen des Bewegungsapparates
25 %	bei Atemwegserkrankungen
20 %	bei Herz-Kreislauf-Erkrankungen
20 %	bei Erkrankungen der Nerven und Sinnesorgane
5 %	bei psychischen Erkrankungen
4 %	bei Krebs-Erkrankungen

*Abb. 3 – Quelle: Nordischer Rat, Hansen, S.M., Arbejtsmiljø og samfundsøkonomi, Nord 1993, S. 22*

Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz (BAU) stellt auf Grundlage dieser Schätzungen des Nordischen Rates folgende Rechnung auf: In der Bundesrepublik Deutschland gingen den Betrieben 1990 ca. 628 Mio. Arbeitstage krankheits- und unfallbedingt verloren. Bei einem durchschnittlichen Jahres-Brutto-Einkommen aus unselbständiger Arbeit in Höhe von 51.565 DM bedeutet dies ein Ausfallvolumen des Produktionsfaktors Arbeit in Höhe von 88,782 Mrd. DM. Auf Muskel- und Skelett-Erkrankungen entfielen davon 164,65 Mio. Arbeitsunfähigkeitstage oder entsprechend 23,26 Mrd. DM Produktionsausfall, der nach den obigen Annahmen zu 33 % betrieblich beeinflussbar wäre (vgl. Kuhn 1994).

Die wichtigsten Akteure der betrieblichen Gesundheitsförderung sind die Arbeitgeber, die Beschäftigten und ihre Interessenvertretung, die ExpertInnen des staatlichen Arbeitsschutzes und des betrieblichen Gesundheitsschutzes sowie Vertreter der Kranken-, Unfall- und Rentenversicherung. Sie alle tragen die Folgen unterlassener Gesundheitsförderung im Betrieb. Hinsichtlich ihrer teils übereinstimmenden, teils unterschiedlichen Interessen an betrieblicher bzw. betriebsbezogener Gesundheitspolitik sowie hinsichtlich ihrer Entscheidungs- und Fachkompetenzen lassen sich diese Akteure wie folgt charakterisieren:

Für **Arbeitgeber und Führungskräfte** im Unternehmen haben Gesundheit und Gesundheitsförderung vordergründig oft keine Priorität. Bei genauerer Betrachtung lassen sich die betriebswirtschaftlichen Unternehmensziele jedoch in mehrfacher

Hinsicht gut mit den Zielen der Gesundheitsförderung verbinden: So bedingt das Interesse an ungestörten Arbeitsstunden, einem möglichst niedrigen Krankenstand, das Interesse an hoher Produktivität und Qualität, an kontinuierlicher Beschäftigung qualifizierter Arbeitskräfte und einem positiven Image auf Absatz- und Personalbeschaffungsmärkten letztlich auch ein Interesse an gesundheitsgerechter Arbeitsgestaltung.

Für Arbeitgeber ist allerdings jede Beschränkung des eigenen Direktionsrechtes eine Beschneidung unternehmerischer Entscheidungsfreiheit und sie haben daher eine Abneigung gegen staatlich verordnete Maßnahmen der Gesundheitsförderung. Im Interesse ungestörter Betriebsabläufe bevorzugen einige Arbeitgeber zunächst individuell-verhaltensorientierte vor verhältnisorientierten Maßnahmen der Gesundheitsförderung, d.h. Strategien der Gesundheitsförderung durch Arbeitsgestaltung müssen den betrieblichen Führungskräften besonders gut und überzeugend begründet werden.

Im Verlauf konkreter betrieblicher Gesundheitsförderungsprojekte sind Arbeitgeber und Führungskräfte dann die Partner, die neben ihrer Entscheidungsbefugnis über unverzichtbares betriebswirtschaftliches und technisches Fachwissen verfügen.

Primäre Interessen der **Beschäftigten und ihrer betrieblichen wie gewerkschaftlichen Interessenvertretung** gelten der materiellen Existenzsicherung, humanen Arbeitsbedingungen und guter Lebensqualität, dem persönlichen Wohlbefinden und guten sozialen Beziehungen. Dies ist eng verknüpft mit dem Interesse an Mitbestimmungschancen und Mitspracherechten bezüglich der Gestaltung der betrieblichen Rahmenbedingungen sowie an Handlungsspielräumen im Rahmen einer Arbeitsorganisation, die die Anwendung von Kenntnissen und Fähigkeiten erlaubt.

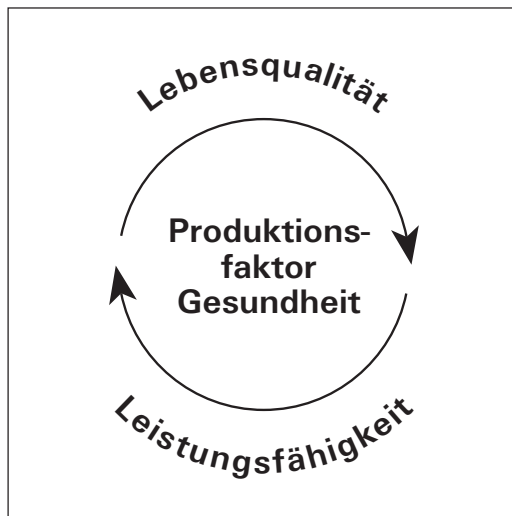


Abb. 4

ArbeitnehmerInnen und ihre Interessenvertretungen wünschen sich oft eine stärkere Verpflichtung des Arbeitgebers zu verhältnisorientierten Maßnahmen des Gesundheitsschutzes und hegen vielfach Skepsis gegenüber einseitig auf das individuelle Verhalten ausgerichtete Maßnahmen der Gesundheitsförderung: Rückenschul-Angebote können aus ihrer Sicht kaum dauerhaft überzeugen, wenn nicht auch die Arbeitsplätze ergonomisch optimiert werden. Allerdings können Tarifverträge, die Lohnzuschläge für gesundheitliche Belastungen vorsehen, auf seiten der Beschäftigten einen Zielkonflikt zwischen Gesundheitsförderung und Einkommensinteresse auslösen, der dann zunächst gelöst werden muß.

Als Fachkräfte und Mitbestimmungsträger verfügen Beschäftigte und ihre Interessenvertretungen über ein breites tätigkeitsbezogenes und betriebliches Erfahrungswissen, das sie in die Gesundheitsförderungsprozesse einbringen können und möchten.

Die betrieblichen **ExpertInnen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes**, insbesondere die BetriebsärztInnen, Sicherheitsfachkräfte und -ingenieurInnen, richten ihr berufliches Interesse auf die Erfüllung vorgegebener Standards. Darüber hinaus möchten sie in diesem Zusammenhang als Berater mit besonderem Gesundheits-, „Know-how“ und auf der Basis nachweislicher Erfolge sowohl vom Arbeitgeber als auch von den Beschäftigten und ihren Interessenvertretern anerkannt werden.

Geprägt durch ihre Ausbildung sowie durch die Vorgaben von Untersuchungs- und Unfallverhütungsvorschriften sind BetriebsärztInnen, Sicherheitsfachkräfte und IngenieurInnen auf die Verhütung spezifischer Risiken hin orientiert. Die Aufmerksamkeit der ArbeitsmedizinerInnen richtet sich dabei primär auf die Menschen und ihr Gesundheitsverhalten im Betrieb, die der Arbeitssicherheitsfachkräfte auf die technischen Möglichkeiten präventiver Arbeitsgestaltung.

Im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderungsprojekte fällt den medizinischen und technischen Arbeits- und GesundheitsschutzexpertInnen die Rolle eines Initiators, Mittlers und Fachberaters mit medizinischer und/oder technischer Fachkompetenz zu.

Das Interesse staatlicher **Gesundheits- und Arbeitsschutzbehörden oder öffentlich-rechtlicher Sozialversicherungsträger** – Krankenversicherung, Unfallversicherung und Rentenversicherung – an betrieblicher Gesundheitsförderung konzentriert sich auf einen optimalen Gesundheitsschutz der erwerbstätigen Bevölkerung zwecks langfristiger Begrenzung der Sozial(versicherungs)ausgaben.

Sie möchten ebenfalls als kompetente Partner von Arbeitgebern und Beschäftigten bzw. deren Interessenvertretungen anerkannt werden. Allerdings sind die Interessen innerhalb und unter den verschiedenen Sozialversicherungszweigen nicht identisch, Wettbewerbseinflüsse und Zuständigkeitsstreite (primär in finanzieller Hinsicht) können hier einerseits zu kreativen Lösungen stimulieren, andererseits kontraproduktiv wirken: beispielsweise wenn die Beschäftigten eines Unternehmens konkurrierenden Krankenkassen angehören oder wenn die Kostenteilung zwischen Kranken- und Unfallversicherungsträgern unklar ist.

Die Aufgaben staatlicher Arbeitsschutz- und Gesundheitsbehörden und der Sozialversicherungsträger im Aktionsfeld Arbeit und Gesundheit reichen von der Kostenübernahme für Behandlung und Rente über den Erlaß von Schutzvorschriften bis zu praktischen Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung. Dabei teilen die Unfallversicherungsträger eher die technische Orientierung der Sicherheitsfachkräfte, die Krankenversicherungen und Gesundheitsämter nehmen eher das Gesundheitsverhalten der einzelnen Menschen in den Blick. Institutionen wie z.B. die deutsche Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)<sup>1</sup> oder die Unfallversicherungsträger<sup>2</sup> sind zudem für die Aus-, Fort- und Weiterbildung von Mittlerpersonen (Multiplikatoren) der Gesundheitsförderung zuständig. Ihre fachliche Kompetenz liegt insbesondere im Bereich der Vermittlung von Informationen, Beratung und Moderation des Gesprächs zwischen verschiedenen Interessengruppen.

In Deutschland haben die Betriebskrankenkassen und ihre Verbände bereits seit den 80er Jahren besondere Kompetenzen als Partner und Berater in Fragen der betrieblichen Gesundheitsförderung entwickelt; als offizielles WHO-Kooperationszentrum stellen sie ihre Informationen allen interessierten Akteuren zur Verfügung, um so fruchtbare Kooperationen zu erleichtern.

Diese Kurzcharakterisierung der Hauptakteure und Interessengruppen der betrieblichen Gesundheitsförderung ist selbstverständlich vereinfachend und verallgemeinernd, um die wichtigsten Merkmale herauszustellen. In der Praxis kann das Gesundheitsförderungsinteresse der Akteure auch innerhalb der genannten Gruppen sehr unterschiedlich ausgeprägt sein, wie auch die Beispiele in Kapitel 2 zeigen.

Die stärksten betriebswirtschaftlichen Interessen einerseits haben Arbeitgeber, die existentiellsten Gesundheitsbedürfnisse andererseits haben die Beschäftigten. Wichtig für den Erfolg des eigenen Gesundheitsprojektes im Betrieb ist, daß insbesondere die InitiatorInnen sich zunächst die Interessenslagen, Fach- und Entscheidungskompetenzen aller wichtigen inner- und außerbetrieblichen Akteure klar machen und als Kooperationsbasis berücksichtigen.

---

1 Die BZgA ist eine Einrichtung des Bundesministeriums für Gesundheit mit folgenden Aufgaben: inhaltliche und methodische Leitlinien der Gesundheitserziehung entwickeln; MultiplikatorInnen aus- und fortbilden; Gesundheitsaufklärung und -erziehung bundesweit koordinieren und verstärken; mit internationalen Partnern zusammenarbeiten.

2 Nähere Informationen zum sehr komplexen deutschen Arbeitsschutzsystem sind erhältlich bei der Bundesanstalt für Arbeitsschutz (vgl. S. 81)

## Akteure, Interessen und Kompetenzen zur Kooperation in der Gesundheitsförderung

Akteure	Interessen	Fachkompetenz
Arbeitgeber/Management	<ul style="list-style-type: none"> <li>- freie unternehmerische Entscheidung</li> <li>- ungestörte Arbeitsstunden</li> <li>- niedriger Krankenstand</li> <li>- hohe Produktivität</li> <li>- geringe Fluktuation</li> <li>- positives Image</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ökonomisch-technisches Wissen</li> </ul>
Beschäftigte und ihre Interessenvertretung	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mitspracherechte am Arbeitsplatz / im Betrieb</li> <li>- Existenzsicherung</li> <li>- Wohlbefinden</li> <li>- sinnvolle Arbeit</li> <li>- Handlungsspielräume bei der Arbeit</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fach- und Erfahrungswissen</li> </ul>
Experten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anerkennung als Berater</li> <li>- Erfüllung der Arbeitsschutznormen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- arbeitsmedizinisches / sicherheitstechnisches Präventivwissen</li> </ul>
Staatliche Gesundheitsdienste und Sozialversicherungsträger	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Anerkennung als Berater</li> <li>- langfristige Kostenbegrenzung durch Prävention</li> <li>- Normierung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sozialversicherungsrecht</li> <li>- unterschiedliche Präventions- und Gesundheitsförderungskompetenz</li> </ul>

Abb. 5: Akteure, Interessen und Kompetenzen

# **Gesundheitsförderung im Betrieb: Voraussetzungen, Instrumente und Vorgehensweisen**

Wenn die Motive für eine betriebliche Gesundheitsinitiative geklärt sind, dann stellt sich als nächstes die Frage, wie sich Gesundheitsförderung erfolgreich starten und durchführen läßt. Die wesentlichen Voraussetzungen hierfür werden nachfolgend erläutert:

- inner- und überbetriebliche Zusammenarbeit (Kooperation)
- Analyse der Ausgangslage (Gesundheitsberichterstattung)
- Formulierung von Prioritäten und Zielen
- Beteiligung der Beschäftigten
- gesundheitsbezogene Kommunikation
- Erkennen und Überwinden von Hindernissen.
- Beobachtung und Auswertung der Maßnahmen

## **Interesse wecken und Kooperationspartner gewinnen**

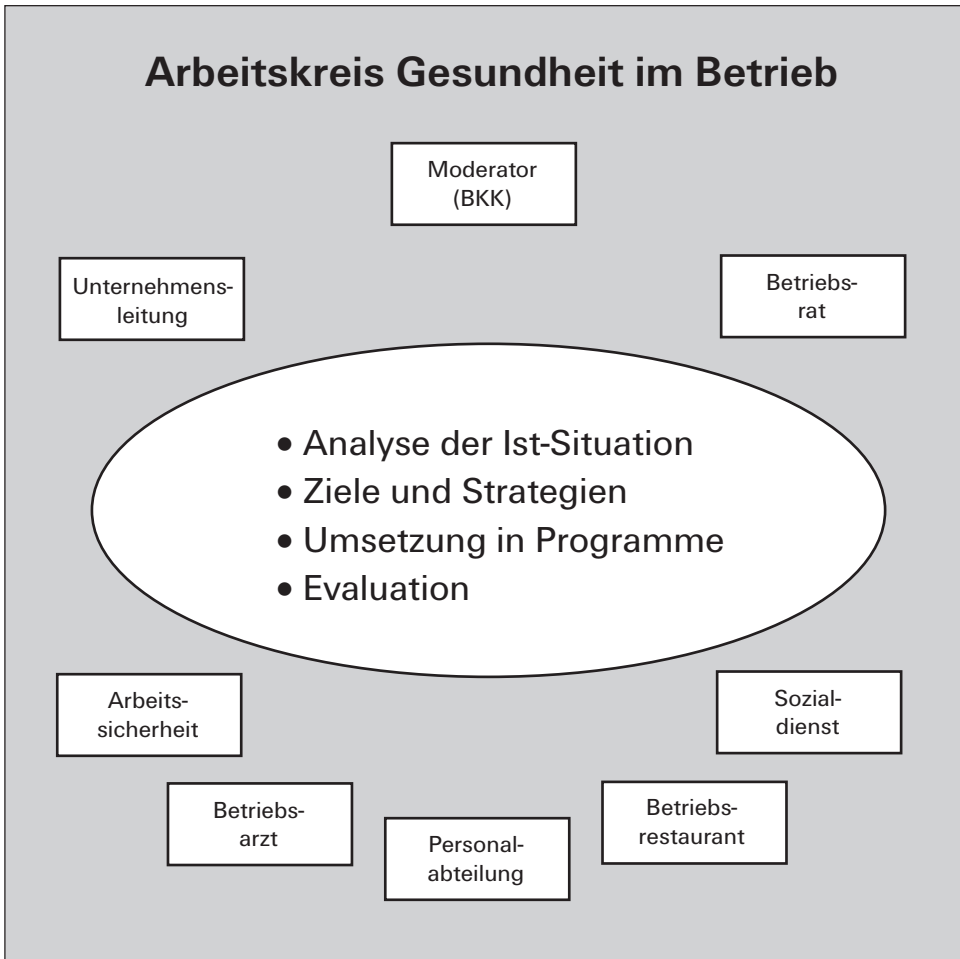
Die Initiative zur Gesundheitsförderung im Betrieb kann vom Management, dem Betriebsrat, dem Betriebsarzt, dem Sicherheitsingenieur oder von anderen internen oder externen Akteuren ausgehen. In jedem Fall wird der erste Schritt das Bemühen sein, möglichst kompetente und einflußreiche Partner für ein gemeinsames Projekt zu gewinnen – denn das ist entscheidend, wenn Gesundheitsförderung umfassend in betriebliche Abläufe integriert werden soll.

Günstig ist es, zunächst in bilateralen Gesprächen die jeweiligen Interessen der möglichen Kooperationspartner zu klären, bevor alle wichtigen Personen zu einer ersten gemeinsamen Beratung eingeladen werden. Dort, wo in Deutschland ein Arbeitsschutzausschuß oder in anderen Ländern ein Arbeitssicherheitskomitee existiert, beraten Arbeitgeber, Betriebsrat und ArbeitsschutzexpertInnen bereits regelmäßig Fragen der Unfallverhütung und Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen. Sie können ihre Tagesordnung leicht in Richtung umfassende Gesundheitsförderung erweitern. Um bedarfsgerecht ein konkretes Programm der Gesundheitsförderung zu planen und zu verwirklichen, ist es allerdings sinnvoll, zusätzliche Partner mit speziellem Wissen und Einfluß zumindest zeitweise hinzuziehen: z.B. Sozialberatung, Betriebsrestaurant, Betriebssport und die Betriebskrankenkasse (BKK<sup>1</sup>) oder andere externe Fachleute.

---

1 In Deutschland gibt es rund 700 BKKn, die einen Zweig der gesetzlichen Krankenversicherung bilden. Mit Blick auf die betriebliche Gesundheitsförderung ist es dabei von besonderer Bedeutung, daß sie jeweil die Krankenkassen sind, die einem Unternehmen organisatorisch eng und räumlich nah verbunden ist: die Beschäftigten sind ihre Versicherten, Personalabteilung und Arbeitsschutzexperten ihre betrieblichen Ansprechpartner.

## Arbeitskreis Gesundheit im Betrieb



**Abb. 6**

Voraussetzung für eine gute Kooperation ist die neutrale Moderation des gemeinsamen Gremiums. Wo vorhanden, kann die BKK, ansonsten ein geeigneter Vertreter des Unternehmens, oder ein externer Berater diese Aufgabe übernehmen. Faktisch handelt es sich bei einem solchen Kooperationsgremium um einen thematisch und personell erweiterten Arbeitsschutzausschuß, was durch eine gesonderte Bezeichnung „Arbeitskreis Gesundheit im Betrieb“ ausgedrückt werden kann.

Aufgabe des Kooperationsgremiums für die Gesundheit im Betrieb ist es, sich interdisziplinär und ressortübergreifend einen Überblick über die gesundheitliche Lage im Betrieb zu verschaffen. Auf Basis dieser Ist-Analyse sind dann die Ziele und Prioritäten zu setzen sowie Programme und einzelne Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu planen und zu steuern. Schließlich sind die erzielten Ergebnisse zu bewerten und für eine bedarfsgerechte Weiterentwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung zu nutzen.

Gesundheitsförderung bei kleinen Unternehmen und Handwerksbetrieben geht von anderen Kooperationsvoraussetzungen aus. Für kleinere Unternehmen, die durch nebenamtliche BetriebsärztInnen und externe überbetriebliche Dienste des Arbeitsschutzes betreut werden, bietet es sich an, die Zusammenarbeit regional oder branchenbezogen zu organisieren. Dies kann ein regionaler Arbeitskreis analog zum „Arbeitskreis Gesundheit im Betrieb“ sein, in dem z.B. kleinere Betriebe einer Branche oder eines Handwerks gemeinsame Aktionen planen (vgl. S. 41 ff). Dies kann in Deutschland z.B. vermittelt über Gesundheitszentren der Krankenkassen oder in Großbritannien z.B. mit Hilfe von regionalen Einrichtungen des nationalen Gesundheitsdienstes geschehen. So haben beispielsweise die Betriebskrankenkassen in verschiedenen Regionen Service-Zentren errichtet, die passende Angebote der Gesundheitsförderung für die einzelnen Betriebe und Arbeitnehmergruppen planen und innerbetrieblich bzw. betriebsnah durchführen. Gemeinsame bzw. koordinierte Aktionen mehrerer Betriebe in einer Region können selbstverständlich auch Kosten sparen. In Deutschland werden kleinere Betriebe in Fragen des Gesundheitsschutzes u.a. von der zuständigen Berufsgenossenschaft (Unfallversicherung), der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und der Bundesanstalt für Arbeitsmedizin unterstützt (vgl. S. 81).

### **Instrumente betrieblicher Gesundheitsberichterstattung**

Wie andere Unternehmensaktivitäten sollte die betriebliche Gesundheitsförderung durch eine gründliche Analyse des Ausgangszustandes vorbereitet werden, wobei beispielsweise kleinere Handwerksbetriebe die Analyse branchenbezogen gemeinsam durchführen können. Je genauer die gesundheitlichen Schwachpunkte einerseits und die Ressourcen und Gestaltungsmöglichkeiten andererseits geklärt sind, desto gezielter und erfolversprechender kann Gesundheitsförderung im Betrieb auch verwirklicht werden.

Für die Ist-Analyse lassen sich unterschiedliche Datenquellen nutzen:

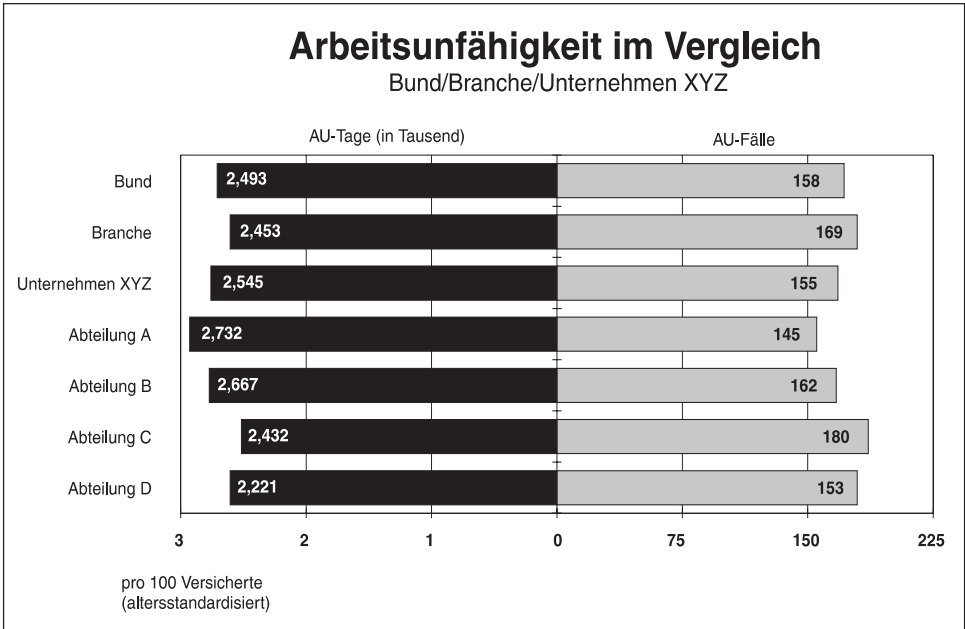
- Unternehmensdaten über Absentismus und Arbeitsunfähigkeit, Fluktuation, Produktivität und Leistungsqualität sowie über gesundheitsrelevante Entscheidungsstrukturen, Personalressourcen und Budgets
- Informationen über ideelle, praktische und finanzielle Förderungsmöglichkeiten
- Daten der Sicherheitsingenieure über Arbeitsunfälle und arbeitsplatzbezogene Gefährdungen, z.B. Gefahrstoff- oder Lärmkataster
- anonymisierte Ergebnisse arbeitsmedizinischer Vorsorge-Untersuchungen
- Ergebnisse von Screening-Aktionen, z.B. zu Bluthochdruck
- Routinedaten der Krankenversicherung über Arbeitsunfähigkeiten und die zugrundeliegenden Krankheitsarten
- Befragungen der Beschäftigten zu erlebten Belastungen, zum gesundheitlichen Befinden, zu vermuteten arbeitsbedingten Gesundheitsrisiken, zu Verbesserungsvorschlägen und Wünschen nach Gesundheitsförderungsangeboten.

Ziel der Analyse gesundheitsbezogener Daten ist es, die gesundheitliche Lage der Beschäftigten, die Art der Belastungsschwerpunkte, die Verteilung arbeitsbedingter

Gesundheitsrisiken und die damit verbundenen Folgekosten, aber auch Wünsche, Ideen und für die Gesundheitsförderung nutzbare Ressourcen möglichst genau zu identifizieren. Bei der Entscheidung, welche Quellen für die Ist-Analyse herangezogen werden, ist zu berücksichtigen, daß vorhandene Routinedaten ohne zusätzlichen Erhebungsaufwand direkt für eine „objektive“ Beschreibung ausgewertet werden können. Beschäftigtenbefragungen sind demgegenüber das einzige Instrument, das auch die „subjektive“ Perspektive in der Ist-Analyse erfassen kann und damit die MitarbeiterInnen von Beginn an beteiligt. Wie Krankenkassendaten, Beschäftigtenbefragungen und Screenings als Instrumente betrieblicher Gesundheitsberichterstattung genutzt werden können, wird nun kurz erläutert.

In Deutschland verfügen die gesetzlichen Krankenkassen über **Routinedaten**, die Auskunft über Arbeitsunfähigkeit (Fallzahlen und Dauer) und die zugrundeliegende Krankheitsart geben. Die Betriebskrankenkassen (BKK), bei denen in der Regel der größte Teil der Beschäftigten des jeweiligen Unternehmens krankenversichert ist, haben auf dieser Basis einen Service zur betrieblichen Gesundheitsberichterstattung entwickelt. Die Arbeitsunfähigkeitsdaten der BKK werden anonymisiert und mit Daten des Unternehmens über die Arbeitsplätze (Betrieb/Arbeitsbereich/Kostenstelle) verknüpft, so daß bereichsspezifische Analysen möglich sind. Da die Wahrscheinlichkeit von Langzeiterkrankungen für ältere Beschäftigte größer als für jüngere ist, werden die Einflüsse der Altersstruktur zuvor statistisch bereinigt. Aus Gründen des Datenschutzes, der entscheidende Voraussetzung für eine vertrauensvolle Zusammenarbeit in der betrieblichen Gesundheitsförderung ist, werden im BKK-Gesundheitsbericht statistisch nur Ergebnisse für Gruppen von mindestens 50 Personen ausgewiesen (vgl. Schröder/Sochert 1994).

Mit Hilfe dieser Informationen lassen sich erste Auffälligkeiten über Art und Umfang des Krankheitsgeschehens im Betrieb und in seinen Teilbereichen oder für die im Gesundheitsprojekt zusammengeschlossenen Kleinbetriebe ermitteln. Vergleiche der Arbeitsunfähigkeitszeiten und der häufigsten Krankheitsarten im Betrieb insgesamt mit Durchschnittswerten der Branche sowie betriebsintern zwischen verschiedenen Tätigkeitsbereichen erlauben es, **gesundheitliche Problembereiche** schnell herauszufinden (vgl. Abb.7/1 und 7/2).



**Abb. 7 / 1**

Ergänzt durch statistische Auswertungen von Routinedaten des Unternehmens und des betriebsärztlichen Dienstes zeichnet sich beispielsweise besonderer Handlungsbedarf im Betrieb XYZ Abteilung A ab: überdurchschnittlich viele Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund von Muskel- und Skelett-Erkrankungen, hohe Fluktuations- und Frühverrentungsraten sowie unterdurchschnittliche Produktivität. Soweit die Unternehmensdaten es zulassen, können diese Informationen mit Blick auf die kurz-, mittel- und langfristige Unternehmensentwicklung auch betriebswirtschaftlich bewertet werden.

Vervollständigt wird die Analyse der Ausgangslage für die betriebliche Gesundheitsförderung durch eine Bestandsaufnahme der **Ressourcen**: Betriebsärztliche und sicherheitstechnische Dienste mit qualifiziertem Personal, guter räumlicher und technischer Ausstattung gehören ebenso dazu wie gesundes Essen in einem ansprechenden Betriebsrestaurant und ein gesundheitsorientiertes Betriebssportangebot. Relevant sind schließlich auch Informationen über innerbetriebliche Entscheidungswege und Betriebsvereinbarungen, die Gesundheitsfragen berühren.

**Befragungen** erlauben es als Instrument der Ist-Analyse, die Beschäftigten selbst direkt zu Wort kommen zu lassen. Sie sind daher stets in Kombination mit anderen Instrumenten sinnvoll und immer dann das Mittel der Wahl, wenn Routinedaten zur gesundheitlichen Lage im Betrieb nicht oder nur unzureichend verfügbar sind.

## AU-Tage in der Abteilung A

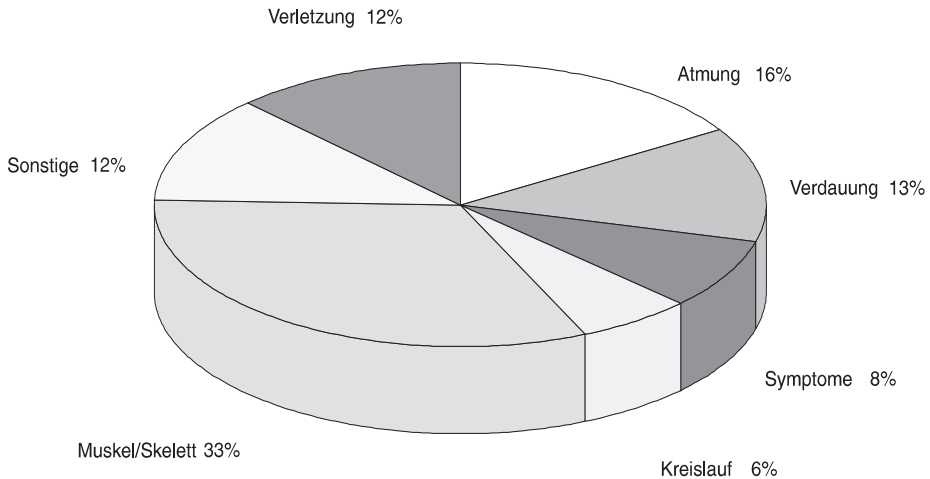


Abb. 7 / 2

Am einfachsten anwendbar sind standardisierte Fragebögen, die von den Beschäftigten schriftlich anhand der vorgegebenen Alternativen beantwortet werden. Fragebögen, die (teilweise) ohne Vorgaben arbeiten, lassen den Beschäftigten zwar mehr Freiraum für individuelle Antworten, sind manchen jedoch auch zu mühsam beim Ausfüllen und sind in jedem Fall mit mehr Aufwand bei der Auswertung verbunden.

Befragungen beleuchten im Unterschied zu Unternehmens-, Arbeitsschutz- und Krankenversicherungsdaten die **gesundheitliche Lage und arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken aus Sicht der Beschäftigten**, d.h. aus der Perspektive der MitarbeiterInnen selbst. Über Informationen zur Ist-Analyse hinaus können gleichzeitig **Bedürfnisse und Vorschläge** für Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Betrieb abgefragt werden. Wenn die Befragungsergebnisse dann zeitnah allen MitarbeiterInnen bekannt gemacht werden und in erste Schritte eines Gesundheitsförderungsprogramms münden, dann kann dieses „Ernstnehmen“ bereits das Betriebsklima und das Befinden der Beschäftigten verbessern. Folgt auf eine Befragung allerdings keine Reaktion der Verantwortlichen, dann entsteht Skepsis und die Akzeptanz späterer Gesundheitsförderungsangebote wird sich verschlechtern.

Entscheidend für ihre Aussagekraft (im Sinne von Validität und Realibilität) sind sowohl die Formulierungen der Fragen und Antwortvorgaben als auch die Reprä-

sentativität, d.h. die hohe Beteiligung aller Beschäftigtengruppen. Um dies zu erreichen, bedient man sich am besten erprobter Fragebögen (vgl. S. 95 ff) und beauftragt erfahrene Fachleute mit der Durchführung und Auswertung. Daß Anonymität und Datenschutz strikt beachtet werden, versteht sich als selbstverständliche Voraussetzung jeder Befragungsaktion.

**Screening-Aktionen** beziehen sich beispielsweise auf Bluthochdruck als einzelnen Risikofaktor oder auf mehrere medizinisch bzw. physiologisch feststellbare Risikofaktoren im Rahmen sogenannter check-ups. Erhoben werden somit ebenfalls personenbezogene Daten, die gruppenweise und anonym ausgewertet werden können. Screenings werden oft mit Kurzbefragungen zu Alter, Geschlecht, Beruf und Gesundheitsverhalten verknüpft, was dann die Auswertung eventueller statistischer Auffälligkeiten zuläßt. Wenn Screenings als betriebsinterne oder betriebsnahe Aktionen durchgeführt werden, bieten sie zugleich Gelegenheit, alle Beschäftigtengruppen über gesundes Verhalten, und betriebliche Gesundheitsmaßnahmen zu informieren. Dies wird z.B. im Rahmen des „Hab ein Herz für Dein Herz“-Programms in Deutschland systematisch genutzt (vgl. S. 45 ff). Für die Ist-Analyse können Screenings schnelle, allerdings auf Risikofaktoren begrenzte Informationen liefern.

Das Ergebnis einer sorgfältigen Ist-Analyse ist eine sachliche Informationsgrundlage für die Fachleute und Führungskräfte im Arbeitskreis „Gesundheit im Betrieb“. Sie können auf dieser Basis schnell Übereinstimmung erzielen, welche gesundheitlichen Probleme im Unternehmen höchste Priorität haben und welche Maßnahmen der Gesundheitsförderung vorrangig eingeleitet werden sollen. Außerdem ist die Analyse des Ausgangszustands in einem betrieblichen Gesundheitsbericht die Voraussetzung der späteren, regelmäßigen Erfolgskontrollen mit den gleichen Methoden und Instrumenten. Beides ist aussagekräftiger, wenn mehrere, objektive und subjektive Aspekte der gesundheitlichen Lage erfaßt und ausgewertet werden.

## Betriebliche Gesundheitsberichterstattung – Vor- und Nachteile verschiedener Quellen und Instrumente

Instrumente	Besondere Vorteile	Mögliche Nachteile
<b>statistische Analysen von Unternehmensdaten zu Fluktuation, Absentismus, Produktivität,</b>	sofern Routinedaten kein zusätzlicher Aufwand für Datenerhebung	lassen Beschreibung, nicht jedoch Erklärung von Ursachen und Zusammenhängen zu, Gesundheitsbezug unterschiedlich stark
<b>statistische Analysen von Krankenversicherungsdaten zu Arbeitsunfähigkeitsfällen, -tagen</b>	ohne zusätzliche Erhebung leicht verfügbare Routinedaten	Zuverlässigkeit der Diagnosen und der erfaßten Dauer der Arbeitsunfähigkeit etwas beeinträchtigt; liegen nicht immer für alle Beschäftigten vor; aussagekräftige Auswertungen setzen die Erfassung der Kostenstellen als Indikatoren für gleichartige Tätigkeiten/Belastungen voraus; beschreibend, nicht erklärend
<b>Analyse von Daten der Sicherheitsingenieure zu Arbeitsunfällen und arbeitsplatzbezogenen Gefährdungen (Kataster)</b>	liegen teilweise ebenfalls als Routinedaten vor	werden mit unterschiedlicher Genauigkeit erhoben; beschreiben Risiken, nicht Verursachungszusammenhänge
<b>Analyse von Daten der arbeitsmedizinischen Vorsorge-Untersuchungen</b>	werden teilweise als Pflichtdokumentation routinemäßig erhoben	Pflichtdaten beziehen sich lediglich auf Einsatzfähigkeit am jeweiligen Arbeitsplatz und nur die Beschäftigtengruppen, die aufgrund ihrer Tätigkeit regelmäßig untersucht werden müssen; dies gilt meist auch für teilweise freiwillig ausführlicher dokumentierte Untersuchungen; beschreiben individuelle gesundheitliche Verfassung
<b>Auswertung von Screening-Aktionen</b>	geben Auskunft über einzelne Risikofaktoren, die mit geringem organisatorischen Aufwand meßbar sind; Wiederholungsmessungen ebenfalls leicht durchführbar	TeilnehmerInnen rekrutieren sich in der Regel freiwillig; es werden nur wenige physiologisch meßbare Faktoren erfaßt; keine Schlußfolgerungen auf Verursachungszusammenhänge möglich
<b>Auswertung von Beschäftigtenbefragungen</b>	das subjektive Befinden kann in vielen Facetten vergleichsweise ganzheitlich erhoben werden; es kann zugleich nach möglichen arbeitsbedingten Ursachen und nach Veränderungsvorschlägen gefragt werden	im Unterschied zu Routinedaten zusätzliche Erhebung

Abb. 8

## **Prioritäten erkennen und Ziele setzen**

Aus der Ist-Analyse lassen sich im Arbeitskreis „Gesundheit im Betrieb“ oder im entsprechenden Kooperationsgremium die Prioritäten der Gesundheitsförderung im jeweiligen Unternehmen ableiten. Wenn beispielsweise Muskel- und Skelett-Erkrankungen die meisten Arbeitsunfähigkeitstage im Betrieb insgesamt verursachen und in der Abteilung A noch mit überdurchschnittlich hoher Fluktuation einhergehen, dann liegt es nahe, dort mit vereinten Kräften von Beschäftigten, betriebsärztlichem und sicherheitstechnischem Dienst sowie Planungsabteilung die Arbeitsplätze ergonomisch zu optimieren und die MitarbeiterInnen in Rückenschulen zu gesundheitsgerechtem Arbeitsverhalten zu befähigen. Wenn in der Abteilung B kurze Arbeitsunfähigkeiten aufgrund verschiedener Krankheiten dominieren und in der Befragung „Streß durch Termindruck“ und „mangelnde Unterstützung durch Vorgesetzte“ mit der Folge unterdurchschnittlicher Produktivität und Qualität beklagt wurden, dann liegen Führungsseminare, Organisations- und Personalentwicklung als vorrangige Strategien der Gesundheitsförderung nahe.

Um im späteren Verlauf erkennbar zu machen, ob und wie weit die Ziele der betrieblichen Gesundheitsförderung tatsächlich erreicht wurden, ist es notwendig, diese Ziele zunächst im einzelnen möglichst konkret zu formulieren. Bezogen auf die Abteilung A könnte dies heißen: ergonomische Arbeitsplatzoptimierung und Rückenschulenteilnahme aller MitarbeiterInnen der Abteilung innerhalb eines Jahres, Verringerung der Fluktuation auf Durchschnittsniveau innerhalb von zwei Jahren und Senkung der Arbeitsunfähigkeitsfälle aufgrund von Muskel- und Skelett-Erkrankungen unter den Unternehmensdurchschnitt im Zeitraum von sechs Jahren. Für die Abteilung B könnten die Ziele wie folgt lauten: Gewinnung aller Führungskräfte für Personalführungsseminare innerhalb eines Jahres, Erhöhung von Produktivität und Qualität auf Unternehmensdurchschnitt vergleichbarer Abteilungen innerhalb von zwei Jahren sowie Senkung der subjektiven Streßbelastung durch Termindruck um zehn Prozent im gleichen Zeitraum.

Um Frustrationen zu vermeiden und möglichst bald erste Erfolgserlebnisse zu haben, die die Motivation für eine konsequente Fortsetzung der Gesundheitsförderung stärken, sind kleine realistische Ziele besser als zu hoch gesteckte Pläne. Die Planung der betrieblichen Gesundheitsförderung in kleinen Schritten erlaubt es außerdem, anhand von Zwischenergebnissen zu prüfen, ob die ausgewählten Maßnahmen tatsächlich problemadäquat und wirksam sind, oder ob sie möglicherweise durch andere ergänzt oder ersetzt werden sollten.

## **Die Beschäftigten beteiligen**

Erfahrungen aus zahlreichen Projekten betrieblicher Gesundheitsförderung zeigen, daß die Beteiligung der Beschäftigten – von der Planung bis zur Durchführung – entscheidend zum Erfolg beiträgt. Sie verfügen zum einen über Fach- und Erfahrungswissen, das sowohl für die Ist-Analyse als auch für die Planung und Durchführung von Maßnahmen wertvoll ist. Zum zweiten entsprechen gemeinsam geplante

Maßnahmen am besten den Interessen der Beschäftigten, was eine hohe Akzeptanz fördert: die Motivation ist höher, wenn eigene Vorschläge verwirklicht werden sollen, sie ist eher niedriger, wenn ExpertInnen sich gutgemeinte Streßbewältigungskurse ausgedacht und neue Stühle ausgesucht haben.

Mögliche Beteiligungsverfahren reichen von Mitarbeiterbefragungen mit anschließender Ergebnisdiskussion bis hin zu eigens entwickelten und flächendeckenden Zirkel- oder Gruppenarbeitsmodellen auf allen hierarchischen Ebenen des Unternehmens. Neue Unternehmenskonzepte können hierfür gute Anknüpfungspunkte bieten, wenn Gesundheitsaspekte bei der Umsetzung von Lean Management<sup>1</sup>, Quality Circles<sup>2</sup> und Gruppenarbeit bewußt berücksichtigt werden.

Spezielle Beteiligungsverfahren für die Gesundheitsförderung empfehlen sich immer, um das Wissen der Beschäftigten mit dem der GesundheitsschutzexpertInnen produktiv zusammenzuführen. Sie ermöglichen die aktive und gemeinsame Bearbeitung subjektiv erlebter Belastungen und sind primär lösungsorientiert. Die direkte Beteiligung der Beschäftigten ist insbesondere dann sinnvoll, wenn im Zuge der Ist-Analyse gesundheitliche Problembereiche im Betrieb erkannt, aber die dahinterstehenden Ursachen nur unzureichend aufgedeckt wurden. Ein geeignetes Verfahren sind sogenannte **Gesundheitszirkel**, die in den letzten Jahren mit großem Erfolg in Betrieben unterschiedlicher Größe und Branchen erprobt wurden (vgl. S. 51 ff).

Hinsichtlich ihrer Zusammensetzung lassen sich dabei im Kern zwei Gesundheitszirkel-Modelle unterscheiden: Das „Berliner“ und das „Düsseldorfer“ Modell. Während dem „Berliner“ Zirkel nur Beschäftigte derselben Hierarchie-Ebene mit gleichartigen Tätigkeiten angehören und die Zirkelergebnisse über eine Koordinationsgruppe den betrieblichen Führungskräften und Fachleuten vorgelegt werden, bringt das „Düsseldorfer“ Modell mehrere Beschäftigte mit gleichartiger Tätigkeit direkt mit Entscheidern und Fachleuten zusammen (vgl. Abb. 9). Im „Berliner“ Modell fällt es demgemäß leichter, belastende Kommunikationsprobleme zwischen und innerhalb der Hierarchie-Ebenen zu thematisieren, schwerer fällt die rasche Umsetzung von Verbesserungsvorschlägen. Vorzug des „Düsseldorfer“ Modells ist es, Erfahrungswissen der MitarbeiterInnen und gesundheitsbezogenes ExpertInnenwissen direkt mit der Kompetenz von entscheidungsbefugten Führungskräften zusammenzuführen und so die schnelle Umsetzung von Vorschlägen in die Praxis zu fördern; ergänzungsbedürftig ist dieses Modell dort, wo es um die Klärung und Beseitigung belastender Konflikte zwischen MitarbeiterInnen und Führungskräften geht.

---

1 Lean Management: Das Ziel der „schlanken Produktion“ ist es, Pufferzonen und nicht-productive Tätigkeiten möglichst zu eliminieren, um so die Kosten und den Arbeitsaufwand zu reduzieren. Eine zentrale Strategie ist hierbei das Total Quality Management (TQM).

2 Quality Circles sind betriebliche Problemlösegruppen, der i.d.R. MitarbeiterInnen der operativen Ebene und der/die direkte Vorgesetzte als ModeratorIn angehören; das Ziel der Zirkelarbeit ist die Verbesserung der Leistungsfähigkeit des Unternehmens durch verstärkte Einbeziehung der MitarbeiterInnen.

# Gesundheitszirkel

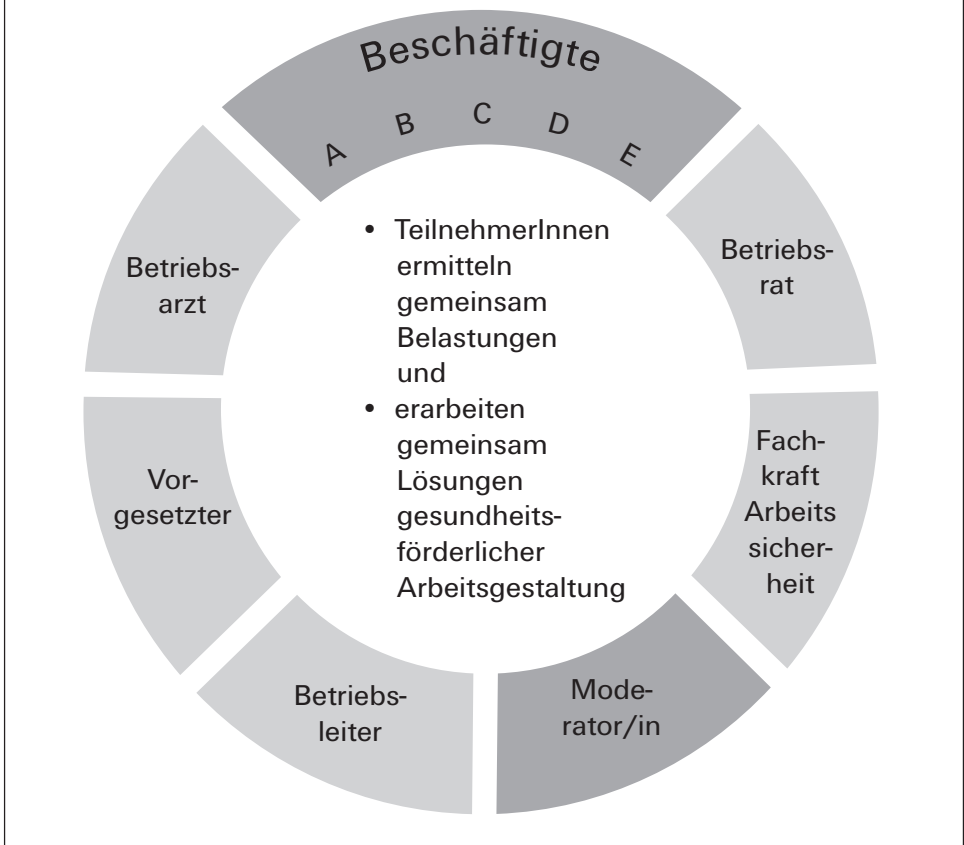


Abb.: 9

Aufgrund des geringeren Zeitaufwandes und der direkteren Wege zur Verwirklichung von Maßnahmen bevorzugen die Unternehmen in Deutschland meist das „Düsseldorfer“ Modell bzw. seine Weiterentwicklung durch die Betriebskrankenkassen.

Ziel aller Gesundheitszirkel ist es, gemeinsam

- gesundheitliche Belastungen und Befindensbeeinträchtigungen der Beschäftigten im jeweiligen Arbeitsbereich genauer zu klären, als dies im Rahmen von Befragungen und statistischen Analysen möglich ist und
- Lösungsvorschläge zur gesundheitsförderlicheren Arbeitsgestaltung und zur Erhöhung der individuellen Gesundheitskompetenzen zu entwickeln.

Die Betriebskrankenkassen haben inzwischen zahlreiche Zirkel nach dem „Düsseldorfer“ Modell durchgeführt, wobei sich folgendes Vorgehen im Kern bewährt hat:

- Unternehmensleitung und Betriebsrat entscheiden, einen oder mehrere Gesundheitszirkel in dem/den ausgewählten Arbeitsbereichen einzurichten

- in Absprache mit den betrieblichen GesundheitsexpertInnen im Arbeitskreis wird ein neutraler Moderator für die Zirkelarbeit beauftragt
- die Belegschaft im jeweiligen Arbeitsbereich wird informiert, daß Gesundheitszirkel eingerichtet werden sollen, um gemeinsam bedarfsgerechte Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu entwickeln
- alle Beschäftigten des Arbeitsbereichs werden schriftlich zu gesundheitlichen Belastungen und Beschwerden sowie hierauf bezogenen Verbesserungsvorschlägen befragt (vgl. S. 95 ff)
- der Moderator macht sich durch Arbeitsplatzbeobachtungen mit den betrieblichen Verhältnissen vertraut
- fünf bis sechs freiwillige, z.B. im Rahmen einer Abteilungsversammlung gewählte, MitarbeiterInnen werden jeweils Zirkelmitglieder
- die Zirkel treffen sich regelmäßig, z.B. zu insgesamt sechs bis acht Sitzungen alle 14 Tage jeweils für eine bis anderthalb Stunden während der Arbeitszeit; betriebsspezifische Variationen, z.B. weniger, aber längere Zirkelsitzungen sind ebenfalls praktikabel
- in den ersten Sitzungen geht es primär darum, die Ursachen gesundheitlicher Beschwerden am Arbeitsplatz genauer zu identifizieren, im weiteren Verlauf stehen dann technische, organisatorische oder personenbezogene Lösungsvorschläge im Vordergrund
- die sachliche und konzentrierte Diskussion wird durch den neutralen Moderator und klare Gesprächsregeln (vgl. S. 94) sichergestellt
- alle wichtigen Ergebnisse jeder Zirkelsitzung werden protokolliert
- die Lösungen, über die im Zirkel Konsens herrscht, werden schnellstmöglich auf den betrieblichen Entscheidungs- und Umsetzungsweg gebracht, teilweise auch innerhalb des Vorschlagswesens prämiert
- alle MitarbeiterInnen des jeweiligen Arbeitsbereichs werden über wichtige Zwischenergebnisse des Zirkels (beispielsweise am Schwarzen Brett) informiert
- ca. sechs Monate nach der letzten Zirkelsitzung wird bilanziert, welche Vorschläge zwischenzeitlich verwirklicht wurden und was die Zirkelarbeit insgesamt für die Beteiligten gebracht hat.

Alle bisherigen Zirkel haben eine Fülle von Verbesserungsvorschlägen erbracht, von denen die meisten rasch und mit geringem finanziellem Aufwand umsetzbar waren. Lösungen mit mittlerem Investitionsaufwand lassen sich dann relativ zügig verwirklichen, wenn es im Betrieb ein **Budget** oder klare Budgetrichtlinien für Gesundheitsförderung gibt. Ist dies nicht der Fall oder sind größere Investitionen in Gebäude oder Produktionsanlagen notwendig, dann helfen klare Zielvereinbarungen mit den verantwortlichen Führungskräften, daß die Mittel hierfür sobald wie möglich bereitgestellt werden.

Gesundheitszirkel sind deswegen erfolgreich, weil sie die sachbezogene Kommunikation zwischen den verschiedenen betrieblichen Gruppen stimulieren, die in der Betriebsroutine oft zu kurz kommt. Gesundheitszirkel entwickeln daher nicht nur konkrete Verbesserungsvorschläge, die dazu beitragen, die Arbeitsbedingungen zu

verbessern, das Wohlbefinden und die Produktivität zu steigern, den Krankenstand und die Fluktuation zu senken. Der langfristige Gewinn der Gesundheitszirkel liegt insbesondere in der verbesserten Kommunikation zwischen Führungskräften, MitarbeiterInnen sowie betrieblichen Arbeits- und GesundheitsschutzexpertInnen.

### **Gesundheit zum Thema im Betrieb machen**

Nicht nur in der Phase der Vorbereitung und des Einstiegs in die Gesundheitsförderung sind alle Überlegungen und Schritte im Betrieb bekannt zu machen und zu erläutern. Auch im weiteren Verlauf ist es wichtig, alle Beschäftigten, Entscheidungsträger und ExpertInnen frühzeitig und regelmäßig zu informieren, um das Interesse wachzuhalten und zum Mitmachen zu motivieren. Nach dem Motto „Tue Gutes und rede darüber“ ist es eine Aufgabe des Arbeitskreises „Gesundheit im Betrieb“, alle genannten Gruppen kontinuierlich und zielgruppengerecht über die aktuellen Schritte der Gesundheitsförderung auf dem Laufenden zu halten. Nur wenn alle Aktionen und ihre Ziele frühzeitig umfassend erläutert und transparent werden, können Unsicherheiten über die dahinterstehenden Absichten vermieden, Akzeptanz, Beteiligung und Inanspruchnahme gefördert werden.

#### **Zielgruppengerecht informieren bedeutet:**

- sachlicher und logischer Aufbau der Informationen
- klare Sprache und direkte Ansprache
- Konzentration auf die wichtigsten Informationen
- Darstellung aus Sicht der Betroffenen und des Betriebs
- realistische und positive Zielformulierung
- Darstellung der kurz- und mittelfristigen Vorteile für den einzelnen und spezielle Zielgruppen
- motivierende Aufrufe zum Mitmachen
- Verknüpfung von Gesundheit und Lebensfreude
- Hinweise auf Ansprechpartner und Informationsquellen

Welche Wege genutzt und welche Medien hierzu eingesetzt werden, ist von den konkreten Informationszielen und den betriebsüblichen Kommunikationswegen abhängig. In größeren Unternehmen bietet sich die Zusammenarbeit mit betrieblichen Fachleuten für Öffentlichkeitsarbeit an. In kleineren und mittleren Unternehmen funktioniert die betriebliche Kommunikation oft direkter und recht gut; beim Start eines Gesundheitsförderungsprogramms kann es dennoch hilfreich sein, den Rat von externen Fachleuten – beispielsweise Anbietern von Gesundheitsdienstleistungen oder Kommunikationsberatern – einzuholen.

Eine wirksame Kommunikationsstrategie ist es, Multiplikatoren gezielt anzusprechen, damit diese die Informationen in ihrem Umfeld als Vertrauenspersonen weiterverbreiten. So können beispielsweise Meister, Führungskräfte oder gewerkschaftliche Vertrauensleute größere Gruppen von MitarbeiterInnen über geplante Aktionen der Gesundheitsförderung informieren und zum Mitmachen motivieren.

Praktisch kann die Gesundheitskommunikation im Betrieb so aussehen, daß Informationen über das betriebliche Gesundheitsförderungsprogramm speziell an solche Multiplikatoren gesandt werden. In anderen Fällen ist ein persönlicher Brief an jeden einzelnen Mitarbeiter und jede Mitarbeiterin angebracht: beispielsweise wenn diese zu einer Screening-Aktion eingeladen werden. Informationen zur Gesundheitsförderung gehören selbstverständlich regelmäßig in die Firmenzeitschrift und stets aktuell an das „schwarze Brett“ oder – wenn firmenüblich – in die elektronische Post.

Für einzelne Bausteine betrieblicher Gesundheitsförderung lassen sich auch gut Plakate, Faltblätter oder Broschüren einsetzen, die von staatlichen Gesundheitsinformationsdiensten, Krankenversicherungen oder privaten Initiativen oft kostenlos angeboten werden. Im Rahmen von betrieblichen Aktionstagen mit Beratungsangeboten zum Thema Gesundheit empfiehlt es sich, zusätzlich Ausstellungen einzusetzen, die hohen Informationswert haben und dazu anregen, über Gesundheit zu reden und nachzudenken. Ausstellungstafeln und Stellwände können ebenfalls bei einschlägigen Stellen kostenlos oder preiswert ausgeliehen werden.

Entscheidend für den Erfolg der Informationsarbeit zur betrieblichen Gesundheitsförderung ist, daß die geeigneten und verfügbaren Kommunikationswege und Medien kombiniert werden, um alle betrieblichen Zielgruppen zu erreichen. Eine humorvolle Gestaltung und ein einprägsames Symbol mit hohem Wiedererkennungswert können als Türöffner und Sympathieträger wirken und Aufmerksamkeit wecken (vgl. S. 46). Mit Botschaften, die Gesundheit positiv mit Geselligkeit, Lebensfreude und Leistungsfähigkeit verknüpfen, insbesondere aber mit Erfolgsmeldungen, läßt sich schließlich die Motivation zum Mitmachen fördern und aufrechterhalten.

### **Gesundheitsförderung dokumentieren und bewerten**

Gesundheitsförderung hat sich wie andere betriebliche Aktivitäten der Frage nach Aufwand und Ertrag, nach Wirksamkeit und Nutzen mit Blick auf die gesundheitlichen und betrieblichen Ziele zu stellen. Bezogen auf die Ziele sind bereits im Planungsstadium (vgl. S. 27) Indikatoren auszuwählen, deren Beobachtung im Zeitverlauf erkennen läßt, ob und in welchem Maße die gewünschten Veränderungen eingetreten sind. In der Fachsprache wird dieses bewußte Beobachten und Bewerten eines Gesundheitsprogramms Evaluation genannt. Im Falle der betrieblichen Gesundheitsförderung geht es dabei immer um beides: erstens um den gesundheitlichen Nutzen und zweitens um den betriebswirtschaftlichen Vorteil.

Um den betrieblichen Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung faßbar zu machen, können insbesondere folgende Indikatoren beobachtet und dokumentiert werden:

- Krankenstand/Arbeitsunfähigkeitszeiten
- Absentismus
- Fluktuation
- Arbeitsunfälle
- Anteil ungestörter Arbeitsstunden

- Produktivität
- Qualität/Ausschuß
- Image
- Identifikation mit dem Unternehmen
- Verbesserungsvorschläge

Indikatoren für in gesundheitlicher Hinsicht verbesserte Arbeitsbedingungen und individuellen gesundheitlichen Nutzen können sein:

- verbessertes Betriebsklima und bessere Kommunikation
- Anteil der Arbeitsplätze mit erweitertem Handlungsspielraum
- Anteil der Arbeitsplätze mit verbesserter Ergonomie (Stühle, Maschinen, Software)
- Anteil der Arbeitsplätze mit minimierten Umgebungsbelastungen
- Anteil der Beschäftigten bzw. einzelner Zielgruppen, die Gesundheitskurse und Qualifizierungsangebote in Anspruch nehmen
- Veränderung individueller Gesundheitseinstellungen, Verhaltensweisen (z.B. Verzehrgeohnheiten im Betriebsrestaurant) und
- Rückgang individueller Risikofaktoren

Alle diese Indikatoren lassen sich teils anhand von Routinedaten des Betriebs und der Krankenversicherung, teils durch wiederholte Befragungen von Beschäftigten und ExpertInnen, teils durch (arbeits-)medizinische Untersuchungen und Vorher-Nachher-Screening erheben. Die Kombination objektiver und subjektiver Daten gewährleistet wie bei der Ist-Analyse die aussagekräftigsten Ergebnisse.

Diesen Nutzen- und Wirksamkeitsindikatoren sind dann im zweiten Schritt die für die Gesundheit getätigten Investitionen, Personal- und Sachmittel gegenüberzustellen. Die Bilanzierung von Aufwand und Ertrag ergibt dann den Netto-Effekt, der sich teilweise in Mark und Pfennig, teilweise rein qualitativ als unternehmerischer und/oder gesundheitlicher Nutzen (oder Verlust) ausdrücken läßt. Dabei können auch unerwartete Positiv- oder Negativ-Effekte sichtbar werden. Leider scheuen viele Unternehmen es noch, die Ergebnisse und Zwischenergebnisse ihrer Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu publizieren – aber dort wo sie es tun, sind es stets Erfolgsberichte (vgl. nachfolgende Übersicht und Kap. 2).

## Übersicht: Ausgewählte Evaluationsergebnisse

Modulares Gesundheitsförderungsprogramm „Hab ein Herz für Dein Herz“ bei vier Kölner Betrieben

- 86,7 % Teilnahmequote an Screenings
- signifikanter Rückgang von Risikofaktoren bei KursteilnehmerInnen
- Bluthochdruck vorher 29 %, nach 2 Jahren 17 % der TeilnehmerInnen
- Hypercholesterin vorher 26 %, nachher 19 % der TeilnehmerInnen

Wellness-Programm für 1500 verheiratete Beschäftigte mit Kindern bei Waste Management Inc. (USA)

- vorher durchschnittlich 7,2 % des Jahreslohns als Leistungsausfall wegen privater Streßsituationen im Vergleich zu 1,1 % bei Singles
- nach einem Jahr systematischem Streß-Bewältigungstraining nur noch 3,4 % Ausfall, d.h. 2700 \$ Einsparung pro TeilnehmerIn und Jahr

Wellness-Programm bei DuPont (USA)

- Rückgang der Fehlzeiten bei TeilnehmerInnen innerhalb von sechs Jahren um 47,5 %
- Ertrag pro in das Wellness-Programm investiertem Dollar: 2,05 \$

Nur die regelmäßige Beobachtung und jährliche Bilanzierung macht beispielsweise für den verantwortlichen Arbeitskreis sichtbar, ob und in welchem Maße die selbstgesetzten Ziele erreicht werden und ob verschiedene, auf ein Ziel ausgerichtete Maßnahmen unterschiedlich effizient, d.h. kostenwirksam sind. Bevor allerdings aus einer Jahresbilanz betrieblicher Gesundheitsförderung Schlußfolgerungen gezogen werden, wie das Programm im nächsten Jahr optimiert werden könnte, ist das Ergebnis im einzelnen zu bewerten. Dabei ist nicht nur entscheidend, ob die Ziele im einzelnen erreicht wurden, sondern auch, ob der Zeitraum, über den eine Maßnahme wirken konnte, hinreichend war und ob eventuell externe Einflüsse wie Arbeitsmarktsituation und öffentliche Gesundheitsaktionen die betrieblichen Maßnahmen verstärkt oder abgeschwächt haben können.

Beobachtung, Dokumentation und Ergebnisbewertung betrieblicher Gesundheitsförderungsaktionen lohnen sich mittel- und langfristig: sie fördern systematisches Vorgehen von Beginn an, sie machen gesundheitliche und betriebswirtschaftliche Erfolge sichtbar und liefern so die überzeugendsten Argumente für eine dauerhafte betriebliche Gesundheitspolitik. Dort wo in der Bilanzierung noch Schwächen erkennbar sind, helfen sie, wirksamere Strategien für die Gesundheit zu entwickeln. Schließlich liefern die Dokumentation und Bewertung betrieblicher Gesundheitsprogramme einen wesentlichen Teil der Informationen, die in eine betriebliche Sozialbilanz gehören.

## Übersicht: Schritte zur Dokumentation und Bewertung (Evaluation)

1. Festlegung der Ziele und des Zeitrahmens der Evaluation insgesamt
2. Geplante Aktionen, meßbare Zwischen- und Gesamtziele
3. Auswahl quantitativer und qualitativer Indikatoren zur Erhebung der Basisdaten und Zielerreichung
4. Auflistung von Einflußfaktoren außerhalb des Gesundheitsprogramms
5. Bestimmung von Ziel- und Untergruppen für spezielle Auswertungen
6. Beauftragung eines qualifizierten Evaluationsverantwortlichen

Da es sehr viel Sachkenntnis erfordert, eine Evaluation so anzulegen und durchzuführen, daß ihre Ergebnisse auch tatsächlich aussagekräftig sind, empfiehlt es sich, die Hilfe externer Fachleute/-institutionen in Anspruch zu nehmen. Diese ist sowohl denkbar als Durchführung der kompletten Evaluationsstudie, als auch in Form von Evaluationsberatung, bei der die Datenerhebung und -auswertung von eigenem Personal durchgeführt wird<sup>1</sup>.

### Hindernisse erkennen und überwinden

In dem hier idealtypisch beschriebenen Prozeß betrieblicher Gesundheitsförderung können selbstverständlich Hindernisse und Widerstände auftreten. Menschliches Verhalten und betriebliche Verhältnisse lassen sich nur selten reibungslos verändern, auch wenn es noch so guten Zwecken dienen soll (vgl. Grossmann/Scala 1994). Engagierte Initiatoren und Mitstreiter der betrieblichen Gesundheitsförderung lassen sich jedoch nicht so leicht entmutigen. Mit Ausdauer, Kreativität und erfahrenen Beratern überwinden sie die meisten Hindernisse erfolgreich. Einige hilfreiche Argumente und Lösungswege für typische Stolpersteine sind in der Übersicht zusammengefaßt.

---

<sup>1</sup> Literaturempfehlungen zur Vertiefung des Themas Evaluation im Anhang auf S. 108

<b>Hindernisse</b>	<b>Lösungen und Argumente</b>
Ein wichtiger Experte oder Entscheidungsträger bleibt ablehnend	Argumentieren Sie sachlich, ziehen Sie einen neutralen Experten hinzu, erwirken Sie zunächst lediglich die Zustimmung zur Ist-Analyse in einem betrieblichen Gesundheitsbericht
Zweifel hinsichtlich des Datenschutzes	Erklären Sie die Vorkehrungen zum Datenschutz im einzelnen und garantieren Sie den Datenschutz schriftlich
Angst vor hohen (Folge-)Kosten	Zitieren Sie Beispiele, die zeigen, wie oft mit geringem Aufwand gute Erfolge erzielt werden können
Furcht vor Störungen des Arbeitsablaufes	Verabreden Sie eine schrittweise und angepaßte Umstellung, z.B. in Projektform
Sorge um Folgen für die Arbeitsplatzsicherheit	Bekräftigen Sie die Mitbestimmungsrechte des Betriebs- bzw. Personalrates
Angst vor Mißerfolgen	Beginnen Sie mit kleinen, aber kurzfristig erfolgversprechenden Aktionen
Kein definiertes Budget oder (zu) begrenzte finanzielle Ressourcen	Nutzen Sie kostenlose Gesundheitsförderungsmaterialien und -dienstleistungen, z.B. von staatlichen Einrichtungen oder Krankenkassen
Unzureichend qualifiziertes Personal für Gesundheitsförderungsprojekte	Bilden Sie vorhandenes Personal (aus der Personalabteilung oder dem betrieblichen Arbeitsschutz) oder nutzen Sie qualifizierte Dienstleistungsangebote, z.B. KursleiterInnen oder ProjektmanagerInnen
Mangelnde formelle und informelle Kommunikation und Kooperation	Beginnen Sie mit einem konsensfähigen und überschaubaren Projekt
Mangelndes Interesse des Managements oder der Unternehmensverbände	Loben Sie einen Wettbewerb aus und beziehen Sie hochrangige Unternehmensvertreter in die Jury zur Auswahl der Preisträger ein

# Fundamente und Bausteine erfolgreicher Gesundheitsförderung im Betrieb

Die Grundlagen und Schlüsselmerkmale betrieblicher Gesundheitsförderung lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Gesundheitsförderung bezeichnet einen Prozeß, in dessen Verlauf die gesünderen und gesunderhaltenden Verfahrens- und Verhaltensweisen innerbetrieblich für alle Beteiligten zu den ertragreicheren gemacht werden sollen.
- Gesundheitsförderung im Betrieb verknüpft Strategien der Verhältnis- und Verhaltensprävention, der Organisations- und Personalentwicklung, der gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung und der Stärkung persönlicher Gesundheitskompetenzen.
- Gesundheitsförderung im Betrieb will gesundheitliche Benachteiligung einzelner Beschäftigtengruppen nachhaltig verringern und beseitigen.
- Humanitäre Unternehmensziele und partizipativer Führungsstil schaffen ein günstiges Klima für Gesundheitsförderung.
- Klare Verantwortungs- und interdisziplinäre Kooperationsstrukturen erleichtern die Zusammenarbeit für die Gesundheit.
- Die Ist-Analyse von Schwachstellen und Bedürfnissen ist Voraussetzung rationaler Prioritätensetzung.
- Die Ziele der Gesundheitsförderung sind handlungsorientierend, d.h. konkret in der Sache, zielgruppenbezogen und im Sinne eines ganzheitlichen Gesundheitsbegriffs zu formulieren.
- Gesundheitsförderung im Betrieb gewinnt an Zielgenauigkeit und Akzeptanz durch die aktive Beteiligung der Beschäftigten in allen Phasen.
- Gesundheitsförderung im Betrieb läßt sich mit klaren Budgetregelungen und Zielvereinbarungen zügig verwirklichen.
- Gesundheitsförderung im Betrieb wird unterstützt durch frühzeitige und umfassende Information aller Beteiligten und attraktive Öffentlichkeitsarbeit.
- Die ständige Beobachtung und regelmäßige Bilanzierung von Aufwand und Ertrag der Gesundheitsförderung liefert Argumente für eine dauerhafte betriebliche Gesundheitspolitik sowie eine bedarfsgerechte und effiziente Anpassung der Maßnahmen im einzelnen.

Je besser diese Voraussetzungen im einzelnen Unternehmen entwickelt sind, desto höher die Qualität der betrieblichen Gesundheitsförderungspraxis, desto konsequenter die Entwicklung hin zum gesundheitsfördernden Betrieb im Sinne der Ottawa Charta der WHO.

# Betriebsspezifische Wege der Gesundheitsförderung

Die nachfolgende Auswahl von Beispielen zeigt, daß betriebliche Gesundheitsförderung keine utopische Idee der WHO, sondern vielerorts bereits alltägliche und erfolgreiche Unternehmenspraxis ist. Dabei erfüllt nicht jedes der vorgestellten Beispiele bereits alle Kriterien ganzheitlicher Gesundheitsförderung hundertprozentig. Die Beispiele veranschaulichen jedoch, daß betriebliche Initiativen für die Gesundheit überall möglich sind: in großen und kleinen, privaten und öffentlichen Unternehmen aller Branchen, teils einzelbetrieblich, teils im regionalen Branchenverbund. Die Rolle des Initiators können verschiedene Akteure übernehmen. Ist-Analyse, Prioritäten- und Zielsetzung erfolgen meist kooperativ. Des weiteren zeigen die Beispiele, daß das Spektrum möglicher Aktionsfelder und Aktionsformen der Verhältnis- und Verhaltensprävention vielfältige Kombinationen zuläßt, daß Aufwand und Ertrag, Kosten und Nutzen unterschiedlich genau beobachtet und bewertet werden. Die meisten Beispiele stammen aus Deutschland, weil uns hierzu die genauesten Informationen vorliegen. Weitere hier und andernorts (vgl. Wynne/Clarkin 1993) beschriebene Beispiele aus Europa belegen, daß betriebliche Gesundheitsförderung prinzipiell überall praktikabel und erfolgreich ist.

## **Nationale und betriebliche Besonderheiten beachten**

Obwohl die Erfahrungen aus den nachfolgenden Beispielen im Prinzip universell übertragbar sind, ist es für den Erfolg einer eigenen Gesundheitsinitiative im Betrieb oft ausschlaggebend, daß man sich zunächst über landes- und betriebsspezifische Rahmenbedingungen klar wird. Dies sollte im Rahmen der Ist-Analyse geschehen und kann anhand folgender Fragen nochmals geprüft werden:

- Welche gesetzlichen und quasi-gesetzlichen Rechtsvorschriften setzen Bedingungen und formulieren Anforderungen für den Gesundheitsschutz und die Gesundheitsvorsorge der erwerbstätigen Bevölkerung?
- Welche staatlichen und para-staatlichen Institutionen oder privaten Organisationen bieten fachliche Beratung und praktische Unterstützung, um den betrieblichen Gesundheitsschutz zu optimieren?
- Wie sehen die Interessen, Fach- und Entscheidungskompetenzen der wichtigen Akteure im eigenen Betrieb aus und mit welchen Argumenten sind sie voraussichtlich am besten als Kooperationspartner zu gewinnen?
- Welche Personal-, Sach- und Finanzmittel sind bereits verfügbar, welche Ressourcen müssen und können für die Startphase des Gesundheitsförderungsprojektes mobilisiert werden?

## **Praxisbeispiele zeigen die Vielfalt betrieblicher Wege zur Gesundheit**

Nachfolgend zeigen insgesamt 14 Beispiele aus der Sammlung des Europäischen Informationszentrums Gesundheitsförderung im Betrieb des BKK BV, wie sich aus verschiedenen Anlässen nachhaltige betriebliche Gesundheitspolitik entwickeln kann. Die Beispiele wurden nach Initiatoren und anfänglichen Gestaltungsfeldern gruppiert, alle beschriebenen Unternehmen haben sich inzwischen einer ganzheitlichen Gesundheitsförderungspraxis bereits ein gutes Stück genähert. Die ausgewählten Beispiele stehen zugleich stellvertretend für eine Vielzahl weiterer Unternehmen, zu deren betrieblicher Gesundheitsförderung ebenfalls Kurzbeschreibungen beim Europäischen Informationszentrum angefordert werden können.

# Von der kooperativen Prävention zur Gesundheitsförderung

## Belastungen nicht auf die leichte Schulter nehmen – Gesundheitsförderung im Stukkateurhandwerk

Gesundheitsförderung ist auch in Kleinbetrieben praktikabel und erfolgreich, wie das Beispiel von 9 Betrieben des Stukkateurhandwerks aus Süddeutschland zeigt. Es wurde durch eine Projektgruppe systematisch vorbereitet und gesteuert, die für eine zielgruppengerechte Organisation, die Einbeziehung der Meisterfrauen und gutes Marketing sorgte. Bei den beteiligten Handwerksmeistern und Gesellen entwickelte sich ein stärkeres Bewußtsein für die eigene Gesundheit. Zudem wurde auf seiten der Zulieferer ein Umdenkprozeß in Gang gesetzt, der dazu geführt hat, daß die Sackgewichte für Trockenmörtel verringert wurden. Die Projektgruppe wurde zu einem festen Arbeitskreis, der sich kontinuierlich um die gesundheitlichen Belange der Stukkateure in der Region kümmert.

### Die Ausgangslage

Im Rahmen eines Modellversuchs des baden-württembergischen Sozialministeriums zur „Leistungs- und Kostentransparenz in der gesetzlichen Krankenversicherung“ im Jahr 1991 wurde für die Innungskrankenkassen (IKK)<sup>1</sup> ein Gesundheitsbericht erstellt. Auf Grundlage der Ergebnisse dieses Berichtes entstand das Projekt „Gesundheit im Stukkateur-Handwerk“.

Von 88 angesprochenen Stukkateurbetrieben beteiligten sich 9 Betriebe mit insgesamt 75 Beschäftigten an dem Projekt. Projektträger waren die IKK Heilbronn und der IKK Landesverband Baden-Württemberg. Kooperationspartner waren das Institut für Sport und Sportwissenschaften der Universität Heidelberg und die Württembergische Bau-Berufsgenossenschaft.

Auf der Grundlage von Betriebsbegehungen und einer Analyse der IKK-Krankheitsdaten im Raum Heilbronn – erstellt vom Institut für Gesundheits- und Sozialforschung (IGES) – wurde ein Gesundheitsförderungskonzept erarbeitet.

### Die Ziele

Mit der Aktion „Gesundheit im Stukkateur-Handwerk“ sollten folgende Ziele erreicht werden:

- Stärkung der Gesundheit der MitarbeiterInnen
- Langfristige Senkung des Krankenstandes
- Verbesserung des Betriebsklimas und der Mitarbeitermotivation.

Zielgruppen waren neben den Betriebsinhabern und allen Beschäftigten auch die Ehefrauen bzw. Partnerinnen.

---

1 zuständige Krankenversicherung für Beschäftigte des Handwerks

## Die Beteiligten

Eine Projektgruppe, der neben der IKK Heilbronn und dem IKK Landesverband als Projektträger auch Vertreter der o.g. Kooperationspartner, der Meister und der Gesellen der Stukkateur-Innung angehörten, plante und koordinierte das Projekt.

## Organisation und Marketing

Um lange Anfahrten zu den Kursen und Informationsveranstaltungen zu vermeiden, wurden die teilnehmenden Betriebe regional eingeteilt. Insgesamt fanden 42 Veranstaltungen statt, für die mit Faltblättern, Programmheften und Plakaten (vgl. Abb. 13) in den Betrieben, aber auch durch Rundfunkspots, Anzeigen und Presseberichte in regionalen Zeitungen geworben wurde. Die Stukkateure wurden zum Großteil von ihren Handwerksmeistern (Arbeitgebern) für die Teilnahme an den Kursen von der Arbeit freigestellt oder die Zeit der Teilnahme wurde besonders vergütet, was die Motivation zum Mitmachen sicher erhöhte.

## Das Programm

Auf Basis der Ergebnisse des branchenbezogenen Gesundheitsberichtes wurden drei Aktionsschwerpunkte festgelegt: Ernährung, Bewegung und Umgang mit Arbeitsstoffen.

Die Informationsveranstaltungen und Kurse im **Aktionsfeld Ernährung** waren auf die typische Arbeitssituation der Stukkateure – Pausen auf der Baustelle und selten Gelegenheit zur Einnahme einer warmen Mahlzeit – abgestimmt. Zu einer Vortragsveranstaltung über „Gesunde Ernährung im Stukkateur-Handwerk“ wurden die Stukkateure und ihre Partnerinnen gemeinsam eingeladen und konnten am Rande der Veranstaltung ihren Blutdruck und Cholesterinspiegel bestimmen lassen. Ergänzt wurde diese Aktion durch Informationsgespräche der IKK-Ernährungsberaterin auf den Baustellen, zu denen sie jeweils einen gesunden Mittagsimbiss mitbrachte. Außerdem fand an 2 Abenden à 3 Stunden ein Kurs statt, in dem die TeilnehmerInnen die Zubereitung vollwertiger Kost praktisch erlernen konnten.

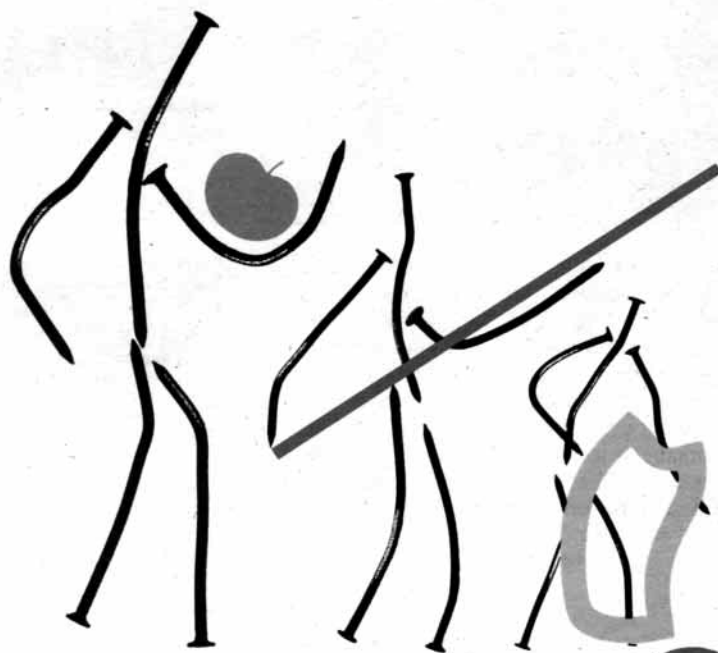
Im **Aktionsfeld Bewegung** fanden zwei Informationsveranstaltungen statt, in denen die TeilnehmerInnen über die berufsspezifischen Belastungen ihrer Wirbelsäule, die Ursachen von Rückenschmerzen und deren Vermeidung aufgeklärt wurden. Unter Anleitung von Sportfachkräften lernten die Stukkateure in sechs Übungseinheiten wirbelsäulengerechtes Verhalten während der Arbeit sowie Entspannungs-, Dehn- und Kräftigungsübungen für verschiedene Muskelgruppen. Da sich die Kursleiter vorab mit den berufsspezifischen Belastungen auseinandergesetzt und die Übungen bzw. Beispiele auf die Tätigkeiten des Stukkateurs abgestimmt hatten, fanden diese Angebote besonderen Anklang.

Zum **Umgang mit Arbeitsstoffen** wurden zwei Vortragsveranstaltungen à 45 Minuten durchgeführt. Die Themenschwerpunkte waren: Gesundheitliche Belastungen bei Verarbeitung unterschiedlichster Materialien, Verursachung von gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Zusammenhang mit Reparatur- und Sanierungsarbei-

# Gesundheit im Stukkateur- Handwerk



...bewußt ernähren  
...richtig bewegen  
...sicher arbeiten



Innungskrankenkasse  
Die Krankenkasse für das Handwerk



Abb. 13

ten, Verbesserungen von Arbeitsgeräten und -verfahren, Arbeitsschutzuntersuchungen und deren Ergebnisse.

Jeder Teilnehmer erhielt nach Abschluß der Aktionen in den einzelnen Projektbereichen die entsprechenden Informationsblätter, Rezepte und Übungsanleitungen für eine persönliche Kursmappe.

### **Die Kosten**

Die Kosten von 142.000 DM setzen sich zusammen aus: ca. 70.000 DM für die wissenschaftliche Begleitung, ca. 41.000 DM für die Entwicklung von Medien, ca. 23.000 DM für Anzeigen/Rundfunkspots und ca. 7.500 DM für Screenings, Raummiete und Sonstiges.

### **Die Ergebnisse**

Eine Befragung der Betriebe und TeilnehmerInnen ein Jahr nach dem Ende des Projektes zeigte eine Reihe positiver und nachhaltiger Effekte:

- 83% der Teilnehmer achten jetzt stark oder sehr stark auf ihre Gesundheit. Sie essen seitdem weniger Fleischwaren, stattdessen mehr Gemüse, Salate und Vollkornprodukte.
- Zwei Drittel der Teilnehmer praktizieren regelmäßig die im Rückenkurs gelernten Übungen. Die erlernten Bewegungsübungen werden zudem in halbjährlichen Treffen aufgefrischt.
- Als Nebeneffekt wurde festgestellt, daß die Teilnehmer weniger rauchen und weniger Alkohol konsumieren.
- Ergonomische Verbesserungen der Arbeitsbedingungen ergaben sich durch die Forderung, die Sackgewichte für Trockenmörtel zu verringern, was viele Hersteller inzwischen wirklich tun. Vorgeschlagen und z.T. verwirklicht wurde außerdem der Aufdruck von Piktogrammen auf die Säcke, die zum richtigen Heben und Tragen anleiten sollen.
- Es wurde ein ständiger Arbeitskreis – bestehend aus den ehemaligen Projektgruppenmitgliedern – eingerichtet, der sich mit Fragen der Gesundheit und Gesundheitsförderung im Stukkateurhandwerk in der Region befaßt.
- Die am Projekt beteiligten Betriebsinhaber würden sich an einer ähnlichen Aktion wieder beteiligen und eine Teilnahme auch anderen Betriebsinhabern empfehlen.
- Fachleuten und Betrieben, die diesem Beispiel folgen möchten, wird allerdings empfohlen, die Aktionszeiten auf eher arbeitsschwache Zeiten der jeweiligen Branche zu konzentrieren, um die Organisation zu erleichtern.

## **Hab' ein Herz für Dein Herz – schrittweise zu mehr Gesundheit (BKK Carlswerk)**

Das Programm „Hab' ein Herz für Dein Herz“ basiert auf einem Konzept multifaktorieller Prävention von Herz-Kreislauf-Krankheiten. Es wurde vom Institut für Dokumentation und Information, Sozialmedizin und öffentliches Gesundheitswesen (IDIS) entwickelt und in Kooperation mit Betrieben und Betriebskrankenkassen in Nordrhein-Westfalen von 1989 bis 1991 erprobt (vgl. Murza, Laaser 1990/92). Im Verlauf des Projektes wurde Gesundheitsförderung vielerorts in den betrieblichen Alltag integriert. Das Programm wird inzwischen vom Bundesverband der BKKn allen (rund 700) Unternehmen mit BKK bundesweit angeboten.

### **Die Betriebe**

An der Erprobungsphase beteiligten sich u.a. die Philips Kommunikations AG, Felten & Guillaume AG und die Trefil-ARBED GmbH am Standort Köln mit ca. 4000 Beschäftigten. Es handelt sich um metallverarbeitende Unternehmen (z.B. Elektrogeräte) mit insgesamt rund 18000 Beschäftigten (darunter 61% gewerbliche ArbeitnehmerInnen) in mehreren Betrieben, die zumindest teilweise in Nacht- oder Wechselschichten arbeiten. Sie haben – historisch bedingt – eine gemeinsame Betriebskrankenkasse, die BKK des Carlswerks.

### **Die Akteure**

Die Projektkoordination erfolgte durch einen interdisziplinären Arbeitskreis aus Entscheidungsträgern und betriebsinternen und externen GesundheitsexpertInnen; Kursberatung und Kursorganisation übernahm die BKK des Carlswerks.

### **Das Programm**

Das schrittweise durchgeführte Programm umfaßte vier Aktionstypen zur Förderung des Gesundheitsverhaltens und gesünderer betrieblicher Rahmenbedingungen:

1. Blutdruck-, Cholesterin- und Gewicht-Screenings zur Sensibilisierung der Beschäftigten (Durchführung während der Arbeitszeit).
2. Information und Beratung als Anstoß zu gesundheitsbewußter Verhaltensänderung.
3. Verhaltenstherapeutische Kurse mit praktischen Übungen zu gesunder Ernährung, Raucherentwöhnung, Streßbewältigung, Gewichtsreduktion und Bewegung, um die individuellen Gesundheitskompetenzen zu stärken.
4. Strukturelle Maßnahmen wie rauchfreie Arbeitsplätze, gesundes Kantinenessen, belastungsspezifische Entspannungs- und Bewegungsangebote, um gesundes Verhalten im Betrieb zu ermöglichen und zu erleichtern.

### **Das Marketing**

Die Motivation zur Teilnahme wurde durch kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit, Preisausschreiben und aktivierende Mitmachangebote gefördert. Alle Medien des Projekts waren am sympathischen „Herzmännchen“ sofort zu erkennen, das in

humorvoller Weise abgewandelt wurde (z.B. mit Kochmütze beim Jonglieren mit Gemüse). Dadurch, daß die Angebote entweder während der Arbeitszeit oder direkt nach Arbeitsschluß durchgeführt wurden, waren der Aufwand an Weg und Zeit für die Beschäftigten jeweils relativ gering.



Abb. 14

### **Die Erfolge**

Mittels einer persönlichen Check-Karte wurde die Teilnahme an den verschiedenen Angeboten jeweils anonym dokumentiert. Die Evaluation nach Projektabschluß zeigte, daß sowohl die Teilnahme an den Blutdruckscreenings (85,7% der Gesamtbelegschaft) als auch das Interesse an den Gesundheitskursen sehr hoch war. Hervorzuhebende Ergebnisse sind: ein vergleichsweise hoher Arbeiteranteil unter den KursteilnehmerInnen, eine vergleichsweise hohe Inanspruchnahme der Screeningangebote durch männliche Beschäftigte zwischen 45 und 54 Jahren, die erstmalige Entdeckung hypertoner Blutdruckwerte bei fast 30% der Screening-TeilnehmerInnen, die signifikante Verringerung riskanter Werte für Cholesterin (von 26 auf 19%) und Hypertonie (von 29 auf 17 %) bei dem Kontroll-Screening nach 2 Jahren.

### **Die Kosten**

Die Projektkosten von 15000 DM wurden von den drei Unternehmen und der Betriebskrankenkasse jeweils zu einem Viertel getragen. Die Begleitforschung wurde vom IDIS finanziert. Zusätzlich wurden betriebsinterne Ressourcen, wie z.B. die hausinterne Druckerei, genutzt.

## **Die Fortsetzung**

Das inzwischen abgeschlossene, vorrangig individuen-orientierte Projekt hat aufgrund seiner Erfolge und durch die auf Dauer angelegte Einrichtung des interdisziplinären Arbeitskreises Gesundheit – auch an anderen Betriebsstandorten – die Basis für eine kontinuierliche Gesundheitsförderungspraxis geschaffen. So wurden inzwischen die Personal- und Raumkapazitäten für Gesundheitsförderung erweitert, Einzelberatungen und Kurse im Bereich Ernährung und Bewegung sind zur dauerhaften Einrichtung geworden. Programme für Auszubildende und das BKK-Angebot einer Aktivwoche (einführende Gesundheitsförderungsangebote im Rahmen eines einwöchigen Aufenthaltes in Kurorten) runden die betrieblichen Gesundheitsförderungsaktivitäten in allen Betrieben der beteiligten Unternehmen ab.

## **Nichtraucher-Aktion zahlt sich aus**

Zuletzt zeigte eine Nicht-Raucher-Aktion mit Akupunktur beachtliche Erfolge: Ein Jahr nach der Akupunkturbehandlung lag die Abstinenzrate bei den TeilnehmerInnen bei 36,9 %. An dem Programm „Mehr Spaß am Leben – nicht mehr Rauchen“ beteiligten sich 447 der ca. 4000 Beschäftigten, darunter 255 Männer, und insgesamt 57,5 % der TeilnehmerInnen waren gewerbliche Beschäftigte. Den Projektkosten von 22400 DM stehen dabei geschätzte Einsparungen von Arbeitsausfall und Krankheitskosten von 64800 DM gegenüber.

## **Gesundheitsförderung im Betrieb und in der Freizeit (REWE)**

Auf Initiative der BKK wurde seit 1990 bei REWE ein schrittweise erweitertes Gesundheitsförderungsangebot entwickelt, das den besonderen Bedingungen der dezentralen Unternehmensstruktur Rechnung trägt. Neben betrieblichen und arbeitsplatzbezogenen Maßnahmen wird dabei seitens der BKK besonderer Wert auf Maßnahmen gelegt, die die Familien der Beschäftigten mit einbeziehen.

### **Der Betrieb**

REWE ist ein Unternehmen des Groß- und Einzelhandels (vorwiegend Lebensmittel) mit ca. 85.000 Beschäftigten, die in verschiedenen Produktionsstätten, in der Verwaltung, im Fuhrpark oder den Filialen beschäftigt sind. Ca. 72 % der Beschäftigten sind Frauen, der Anteil der Teilzeitbeschäftigten ist mit ca. 65 % sehr hoch.

### **Die Ausgangslage**

Die ständig steigende Zahl von Arbeitsunfähigkeiten bedingt durch Rückenleiden, ernährungsbedingte Erkrankungen und hohe Kosten für den Zahnersatz waren der Anlaß für die BKK 1990 mit verschiedenen Angeboten zur Gesundheitsförderung zu beginnen. Auf Initiative der BKK wurde 1991 der Arbeitskreis Betriebliche Gesundheitsförderung gegründet. Der Arbeitskreis plant und steuert das inzwischen breite

Angebot verschiedenster Maßnahmen. Grundlage für die Schwerpunktsetzung ist ein betrieblicher Gesundheitsbericht, der auf der Grundlage der Arbeitsunfähigkeitsdaten der BKK erstellt wird.

## **Die Bausteine des Programms**

### **• Arbeitsplatzprogramm für KassiererInnen**

Ziel des Arbeitsplatzprogrammes ist es, den KassiererInnen Kenntnisse über gesundes Sitzen und einen ergonomischen Arbeitsablauf zu vermitteln und dadurch Rückenleiden vorzubeugen. Zunächst werden die KassentrainerInnen als MultiplikatorInnen geschult. Theorie und Praxis wird anschließend durch die KassentrainerIn in das Ausbildungsprogramm, das jede neu eingestellte KassiererIn durchläuft, integriert. Broschüren und Videofilme unterstützen das Training. Im späteren Arbeitsprozeß werden die KassiererInnen immer wieder gezielt auf Übungen bzw. richtige Sitzhaltung hingewiesen. Außerdem finden in Zusammenarbeit mit der Arbeitssicherheit regelmäßige Arbeitsplatzbegehungen statt, bei denen die Arbeitsplätze nach ergonomischen Gesichtspunkten überprüft werden. Fachkräfte für Arbeitssicherheit werden ebenfalls als MultiplikatorInnen geschult.

### **• Rückenschulen und Wirbelsäulengymnastik**

In den einzelnen Niederlassungen wurden Rückenschulkurse eingerichtet, aus denen jeweils dauerhafte Wirbelsäulengymnastikkurse entstehen. Diese werden unmittelbar im Anschluß an die Arbeitszeit durchgeführt.

### **• Individuelle Ernährungsberatung**

Die BKK hat ein längerfristig angelegtes Beratungsangebot entwickelt, das auf die besonderen Bedingungen im Einzelhandel abgestimmt ist. Da die Beschäftigten aufgrund ihrer Arbeitszeiten nicht an den gängigen Kursangeboten teilnehmen können, findet die Beratung überwiegend telefonisch und schriftlich statt. Das Ziel der Beratung ist eine dauerhafte Ernährungsumstellung, möglichst unter Einbeziehung der ganzen Familie. Die Ernährungsberatung wird gut angenommen. So bestand 1993 z. B. mit über 800 Versicherten Kontakt, von denen 48% die Beratung in Anspruch genommen haben.

### **• Kantinenaktionen**

Seit 1990 werden regelmäßig ein- bis zweiwöchige Kantinenaktionen durchgeführt, zum Teil im Rahmen von Gesundheitswochen. Während der Aktion wird der Belegschaft neben einem Informationsstand über gesunde Ernährung eine alternative fleischarme, möglichst vollwertige Kost angeboten. Dies führte an mehreren Standorten dazu, daß in Zusammenarbeit mit Betriebsrat, Personalabteilung und Küche ein dauerhaftes Alternativangebot „Vollwerternährung“ realisiert wurde.

### **• Gesundheitswochen**

In regelmäßigen Abständen werden seit 1992 in interessierten Niederlassungen Gesundheitswochen durchgeführt. Sie beinhalten verschiedene Screening-Maßnahmen, Rückenschul-Schnupperkurse und Informationen zur gesunden Ernährung.

- **Venomobil**

Um den in den Berufsgruppen des Einzelhandels gehäuft auftretenden Venenerkrankungen vorzubeugen werden seit 1990 den Beschäftigten kostenlose Untersuchungen der Beinvenen angeboten. Ziel ist, möglichst frühzeitig krankhafte Veränderungen zu erkennen und erforderliche Gegenmaßnahmen einzuleiten. Verbunden sind die Screenings mit Informationen zur Vorbeugung von Venenerkrankungen.

- **Gesundheitsbaustein in der Berufsausbildung**

Die schon seit Jahren von der BKK in Kooperation mit den Aus- und Weiterbildungsabteilungen durchgeführten Seminare zum Thema „Sozialversicherung“ wurden grundlegend überarbeitet und durch präventive und gesundheitsfördernde Inhalte ergänzt. Dabei wurde berücksichtigt, daß die Inhalte für Jugendliche ansprechend präsentiert werden.

- **Gesundheitszirkel**

1994 werden die ersten Gesundheitszirkel in drei Bereichen (Lager, Fleischproduktion, Verkauf) durchgeführt, um unter direkter Beteiligung der Beschäftigten Lösungen für gesundheitliche Probleme am Arbeitsplatz zu entwickeln.

- **Suchtprävention und -hilfe**

Die REWE-BKK richtete 1989 eine betriebliche Suchtberatung ein, da es im Unternehmen bis zu diesem Zeitpunkt keine betriebliche Sozial- und Suchtberatung gab. Drei Sozialpädagogen machen persönliche, vertrauliche Suchtberatung für die Versicherten der BKK und Mitarbeiter des Unternehmens, sie führen Seminare und Informationsveranstaltungen für Vorgesetzte, Betriebsräte, Ausbilder und Auszubildende sowie für Weiterbildungsteilnehmer durch. Außerdem beraten sie Vorgesetzte und Betriebsräte und geben Hilfestellung bei Entwürfen für Betriebsvereinbarungen zu betrieblichen Suchtproblemen.

- **Übergang in den Ruhestand**

Beschäftigten, die mindestens 6 Monate und längstens 1,5 Jahren aus dem Berufsleben ausgeschieden sind, bietet die BKK die Möglichkeit an, an dreiwöchigen Aktivkursen teilzunehmen. Das Programm besteht aus Informationsveranstaltungen zu den Themen Ernährung, Bewegung und Entspannung sowie praktischen und kreativen Übungen. Mit diesen Kursen sollen die RentnerInnen ermutigt werden, ihren dritten Lebensabschnitt aktiv und gesundheitsförderlich zu gestalten. Nach zwei Jahren erhalten sie die Möglichkeit, ihre Kenntnisse in einem zweiwöchigen Kurs mit ähnlichen Inhalten aufzufrischen.

- **Gesundheitsförderung für die ganze Familie**

Die REWE BKK bietet für Familien mit Kindern von 3 bis 14 Jahren, in denen mindestens ein Mitglied bei der REWE BKK versichert ist, einen dreiwöchigen Gesundheitsurlaub an. Durch Spiel- und Bewegungsangebote, Wissensvermittlung über gesunde Ernährung, aber auch kreative Angebote werden Eltern und Kindern Möglichkeiten zu einem gesunden Lebensstil aufgezeigt und die dafür erforderlichen Fähigkeiten vermittelt. Die Beschäftigten müssen für die Maßnahme Urlaub nehmen und die Kosten für Hotel und Verpflegung bezahlen. Die Kinderbetreuung, Gesundheitsförderungsangebote und die Anwendungen werden von der BKK finanziert.

Ein weiteres Angebot für Familien sind sogenannte Aktiv-Wochenenden. In einem Sporthotel können Versicherte und ihre Angehörigen in einem 4tägigen Kurs klassische und außergewöhnliche Sport- und Entspannungsarten kennenlernen.

### **Ausblick**

Gesundheitsförderung wird bei der REWE BKK als Daueraufgabe betrachtet. Die verhaltensorientierten Maßnahmen werden immer besser mit strukturellen Maßnahmen im Betrieb verzahnt. Die Einbeziehung der ganzen Familie in Angebote der Verhaltensprävention zeigt Zukunftsorientierung, da bekanntlich schon im frühen Alter die Weichen für gesundheitsförderliches oder gesundheitsriskantes Verhalten gestellt werden.

# **Systematisch und partizipativ – Gesundheitsbericht und Gesundheitszirkel**

## **Vom Gesundheitszirkel bis zum Kinderbüro – ganzheitliche Gesundheitsförderung ist vielfältig (Braun Melsungen)**

Gesundheitsförderung bei der B. Braun Melsungen AG zeichnet sich durch einen ganzheitlichen Ansatz aus. Auf der Basis von Arbeitsunfähigkeitsdaten-Analysen und Belegschaftsbefragungen wird partizipative gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung mit Maßnahmen der Verhaltensprävention verknüpft. Die Planung und Steuerung aller Maßnahmen erfolgt durch einen viermal jährlich tagenden Arbeitskreis, dem neben den Gesundheits-Fachleuten, Vertretern des Managements und des Betriebsrates auch die Vollzeit-Gesundheitsförderungsexpertin der BKK angehört.

### **Der Betrieb**

Die B. Braun Melsungen AG ist ein multinationales Unternehmen der chemischen Industrie (Produkte für Medizin und Forschung) mit Hauptsitz und 4.400 Beschäftigten in der Bundesrepublik. Rund 1.100 Beschäftigte arbeiten im 2-Schicht-System, rund 400 im 3-Schicht-System, teilweise auch in Conti-Schicht.

### **Die Ausgangslage**

Die betrieblichen Gesundheitsförderungs-Aktivitäten wurden 1980 von der BKK mit verschiedenen Vorsorgeuntersuchungen sowie Kursen in Yoga und autogenem Training eingeleitet. Grundlage für diese Maßnahmen sind die Unternehmensleitlinien, in denen die soziale Verantwortung gegenüber den MitarbeiterInnen und der regionalen Umwelt betont wird. Zugleich wird Gesundheitsförderung als ein Baustein im Konzept der betrieblichen Personalentwicklung verstanden.

Zentrale Ziele der Gesundheitsförderung sind gesundheitsgerechte Arbeitsbedingungen in technischer, organisatorischer und personeller Hinsicht. Diese sollen auf der Basis interdisziplinärer Zusammenarbeit und aktiver Einbeziehung der Beschäftigten sowie Förderung ihrer persönlichen Gesundheitskompetenzen erreicht werden.

### **Der Gesundheitsbericht**

Die Analyse der gesundheitlichen Probleme im Betrieb sowie die Definition der mit den Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu verfolgenden Ziele erfolgt auf der Grundlage eines betrieblichen Gesundheitsberichtes. Dieser wird mit Hilfe der Auswertung der Arbeitsunfähigkeitsdaten der BKK erstellt und ermöglicht, daß überdurchschnittliche Häufigkeiten bei einzelnen Erkrankungsarten, z.B. auf die Abteilung bezogen, erkannt werden. Zusätzlich werden jährliche Mitarbeiterbefragungen sowie in Teilbereichen Gesundheitszirkel zur Analyse von Schwachpunkten und Gestaltungswünschen herangezogen.

## **Befähigen und ermöglichen: Gesunde Lebensweise in Beruf und Familie**

Den Beschäftigten stehen neben Kursen, Vorsorgekuren und Beratungsangeboten zu den Aktionsfeldern Ernährung, Bewegung, Rauchen und Streß auch Angebote der Krebsvorsorge, zum Übergang in den Ruhestand und zur Früherkennung von Venenerkrankungen offen. Einen hohen Stellenwert haben Suchtkrankenhilfe und -prävention im Betrieb. Die BKK-Aktivwoche (vgl. S. 47) ergänzt dieses Angebot ebenso wie die Bereitstellung von BKK-Räumen für Selbsthilfegruppen (Diabetes) und Vorträge.

Gesunde Ernährung wird durch ein entsprechendes Kantinenangebot, die Prävention von Erkrankungen des Bewegungsapparates durch Rückenschulen am Arbeitsplatz – auch speziell für Auszubildende – unterstützt.

Um MitarbeiterInnen bei der Betreuung ihrer Kinder zu entlasten und dadurch Streß zu verringern, hat die BKK 1994 ein sogenanntes **Kinderbüro** zur Vermittlung von kurzzeitigen oder langfristigen Betreuungsmöglichkeiten eingerichtet.

### **Die Gesundheitszirkel**

In bisher 7 Gesundheitszirkeln wurden unter aktiver Beteiligung der Beschäftigten vorwiegend technische und organisatorische (job rotation) Vorschläge gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung entwickelt, die ebenso wie die vorgeschlagenen Maßnahmen der ergänzenden Verhaltensprävention (Rückenschule, Streßbewältigung) weitgehend umgesetzt wurden. Beispiele für umgesetzte Vorschläge aus den Gesundheitszirkeln sind: Anschaffung von höhenverstellbaren Tischen und neuen Stühlen, weitere Absauganlagen, Einführung und Weiterentwicklung von Job-Rotation, Einbeziehung der MitarbeiterInnen bei Planung und Herstellung von neuen Maschinen, Gesprächskreise zur Verbesserung des Informationsflusses und des Betriebsklimas, Schulung von Vorgesetzten im Umgang mit dem Thema „Krankheiten und Fehlzeiten“.

### **Die Kosten**

Insgesamt hat das Unternehmen seine Investitionen in die Gesundheitsförderung von 257.000 DM im Jahr 1989 auf 477.000 DM im Jahr 1992 (92 DM/Beschäftigtem) gesteigert, wobei rund 40 % vom Arbeitgeber, 55 % von der BKK und 5 % von den (Kurs-)TeilnehmerInnen selbst getragen werden.

### **Die Erfolge für die Beschäftigten und den Betrieb**

Die Beteiligung von ca. 325 Beschäftigten an der Arbeitsplatzgymnastik, die Auslastung der Kurse mit 245 Kurs-TeilnehmerInnen sowie 7 durchgeführte Gesundheitszirkel werden als Erfolg gewertet. Der gesundheitliche Nutzen wird an folgenden Indikatoren festgemacht: sinkender Krankenstand, sinkende Unfallzahlen, verbesserte Kommunikation bzw. besseres Betriebsklima und erhöhte Eigeninitiative der Beschäftigten.

Als Erfolg der Gesundheitszirkel wurde bewertet, daß die Kommunikation zwischen verschiedenen Hierarchie- und Fachebenen verbessert, Arbeitsmotivation erhöht

und die Eigeninitiative bezüglich der eigenen Gesundheit gefördert und als Ergebnis aller Zirkel zahlreiche Verbesserungsvorschläge umgesetzt wurden. Als Nutzen für den Betrieb wird damit einhergehend ein verbessertes Image genannt.

### **Ausblick**

Gesundheitsförderung wird bei der B. Braun Melsungen AG als Daueraufgabe betrachtet und konsequent fortgesetzt. Künftig werden weitere Gesundheitszirkel durchgeführt werden. Für zwei Bereiche bestehen konkrete Pläne, weitere Produktions(bereichs)leiter haben Interesse geäußert – die Auswahl der Abteilungen, in denen weitere Gesundheitszirkel durchgeführt werden, soll jedoch auf der Grundlage eines aktuellen BKK-Gesundheitsberichts erfolgen. Darüber hinaus wird das Kursangebot laufend an die Nachfrage angepaßt, beispielsweise werden verhaltenorientierte Angebote auf Führungskräfte und Jugendliche ausgedehnt sowie die stärkere Einbeziehung des Themas Umwelt und Gesundheit geplant.

### **Vom Modellprojekt zur Unternehmensstrategie – Gesundheitsförderung durch Partizipation (Hoesch)**

*Vor dem Hintergrund der Rekrutierung, der Förderung und vor allem der Erhaltung von qualifiziertem Personal ist eine Vernachlässigung des Themas „betriebliche Gesundheitsförderung“ gleichzusetzen mit einer unternehmerischen Unterlassungssünde – von den humanen und sozialen Unternehmensführungspflichten ganz zu schweigen.*

Die Gesundheitsförderung im zwischenzeitlich neu formierten Unternehmen Friedr. Krupp AG Hoesch-Krupp ist eingebettet in eine Unternehmensphilosophie, die den arbeitenden Menschen als zentralen „Faktor“ in der Wertschöpfungskette betrachtet. Mit dem Ziel, Wohlbefinden und Wirtschaftlichkeit zu steigern, werden innerwie außerbetriebliche Ressourcen und Kooperationen genutzt. Basis der Prioritätensetzung sind dabei systematische Ist-Analysen. Zentrale Strategie, um gezielt Maßnahmen ganzheitlicher Gesundheitsförderung zu entwickeln und umzusetzen, sind Gesundheitszirkel, die Beschäftigten, Führungskräften und ArbeitsschutzexpertInnen eine gemeinsame Lösungssuche ermöglichen.

### **Der Betrieb**

Die 1991 aus der Fusion zweier Traditionsunternehmen entstandene Friedr. Krupp AG Hoesch-Krupp stellt die Holding eines Konzerns mit etwa 90.000 MitarbeiterInnen und einem Umsatz von ca. 23 Milliarden DM dar, der in den Sparten Maschinenbau, Anlagenbau, Automotive, Verarbeitung, Stahl und Handel tätig ist.

## **Die Ausgangslage**

Angesichts eines hohen Krankenstands und einer hohen Fluktuationsrate entschlossen sich 1987 die Geschäftsführung und der Betriebsrat der damaligen Hoesch AG an einem mit öffentlichen Mitteln finanzierten Modellprojekt zur Humanisierung der Arbeit teilzunehmen. Der im Rahmen der paritätischen Mitbestimmung entwickelte Dialog zwischen Unternehmensleitung und Betriebsrat, aber auch die ältere Tradition patriarchalischer Sozialfürsorge bildeten hierfür eine günstige Voraussetzung.

## **Der Gesundheitsbericht**

Erster Schritt des Projektes war die Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten der BKK in einem betrieblichen Gesundheitsbericht sowie ExpertInnen- und Beschäftigtenbefragungen, deren Ergebnisse dem Arbeitskreis „Gesundheit“ bzw. Arbeitsschutzausschuß vorgestellt und mit Unternehmensleitung, Betriebsrat, Betriebsarzt und den Fachkräften für Arbeitssicherheit diskutiert wurden.

## **Der Gesundheitszirkel**

In der Abteilung Gießerei des Werkes W waren anhand des Gesundheitsberichts besondere gesundheitliche Probleme ermittelt worden. Dort wurde daher der erste Gesundheitszirkel mit Beschäftigten eingerichtet.

Gleichberechtigte Beteiligte des Gesundheitszirkels waren „Schlipsträger“ und Produktionsarbeiter: 4 Beschäftigte aus beiden Schichten, der örtliche Betriebsrat, die Sicherheitsfachkraft, der Betriebsarzt, der Meister und der Betriebsleiter. Die interessenneutrale Moderation übernahm ein Mitarbeiter des BKK Bundesverbandes, der sich zunächst durch beobachtende Schichtmitfahrten näher über die Arbeitsbedingungen informiert hatte.

Der Gesundheitszirkel kam alle 14 Tage zu insgesamt 8 je einstündigen Treffen während der Arbeitszeit zusammen und diskutierte folgende Fragen:

- Welche Arbeiten sind es, die besonders belasten, an welchen Maschinen und Anlagen treten sie auf, mit welchen Beschwerden sind sie verbunden?
- Was macht den „Streß“ bei der Arbeit aus? Sind es Produktionsdruck, das Verhältnis zu Arbeitskollegen oder Vorgesetzten, oder sind es die ständig auftretenden kleinen Störungen und Nachbesserungen, die aufhalten und auf die Nerven gehen?
- Welche technischen und/oder organisatorischen Maßnahmen am Arbeitsplatz sind geeignet, die besonders belastenden Arbeitsverrichtungen zu erleichtern?

In den Gesundheitszirkeln wurden ca. 40 Arbeitsaspekte benannt und diskutiert, die nach Auffassung der Beschäftigten und anwesenden ExpertInnen besonders belastend waren. Darunter befanden sich sowohl Belastungen aufgrund von Umgebungseinflüssen als auch Belastungen und Streß durch schwere körperliche Arbeit sowie durch Defizite der Arbeitsorganisation. Alle Belastungen und die dazugehörigen Verbesserungsvorschläge wurden nach Dringlichkeit und Umsetzungsaufwand bewertet.

## **Die Erfolge**

Von den in den Gesundheitszirkeln erarbeiteten Vorschlägen wurden mehr als 20 Verbesserungen der Arbeitsbedingungen schnell realisiert, bei größerem Umsetzungs- und Investitionsaufwand wurden zunächst Kosten-Nutzen-Vergleiche verschiedener Lösungen berechnet. Insbesondere der Rückgang der Fluktuation in der Gießerei des Werkes W wurde und wird von der Hoesch AG, dem Betriebsrat und der BKK als Erfolg des Projektes bewertet. In weiteren Zirkeln in anderen Werken haben Mitarbeiter, Fachleute und Führungskräfte gemeinsam im Durchschnitt 60 bis 80 Vorschläge erarbeitet.

## **Ausblick**

Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitszirkel werden heute in allen Betriebsteilen des neuen Konzerns eingesetzt; die personellen Voraussetzungen hierfür wurden seitens des Unternehmens und der BKK sukzessive geschaffen. Bis Ende 1993 gab es zwölf laufende bzw. abgeschlossene Gesundheitszirkel, sechs weitere waren in Vorbereitung. Ziel ist es, betriebliche Gesundheitsberichte künftig jährlich für jedes Konzernunternehmen zu erstellen – bei Bedarf vertieft durch Berichte zu speziellen Fragen des Gesundheitsschutzes.

Die Entscheidung, betriebliche Gesundheitsförderung auf diese Weise systematisch und kontinuierlich zu betreiben, ist eingebettet in ein Konzept „Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung durch ganzheitliche Gestaltung von Technik, Organisation und personalen Bedingungen“, das die Gesundheitsförderung 1989 auf Konzernebene als integralen Bestandteil der Unternehmenspolitik verankerte. In diesem Konzept wird zum einen davon ausgegangen, daß angesichts der demographischen und arbeitsorganisatorischen Trends präventiver Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung zentrale Voraussetzungen wirtschaftlichen Handelns sind; zum zweiten basieren die Leitlinien auf der Annahme, daß dies nur unter direkter Beteiligung der Beschäftigten, die immer stärker an der Qualität ihrer Arbeit interessiert sind, erreicht werden kann. Ziel ist die Senkung der Krankheitskosten, die 1992 für die ehemalige Hoesch AG 105 Mio. DM – bei einem Bilanzgewinn von 71 Mio. DM (1991) – betragen, aber Ziel sind gleichermaßen gesunde, motivierte und kreative MitarbeiterInnen.

*Menschenorientierung und das Etablieren einer Gesundheitskultur werden immer wichtigere Eckpfeiler einer starken Stellung am Markt. Diese strategischen Erfolgsgrößen stellen eine notwendige Erweiterung des primär auf monetäre Größen ausgerichteten alten Paradigmas der Unternehmensführung dar.*

# **Suchtprävention und Gesundheitsförderung im Betrieb**

## **Mit Gesprächen gegen „dicke Luft“ – Von der Suchtprophylaxe zur Verbesserung des Betriebsklimas (Voith)**

Bereits vor 20 Jahren wurde mit einem Suchthilfeprogramm der Grundstein für die betriebliche Gesundheitsförderung bei Voith gelegt. Die Beschäftigung mit dem Thema Alkohol im Betrieb führte nach und nach zu einer Erweiterung der Ziele und gesundheitsfördernden Maßnahmen. Inzwischen stellt die Förderung eines guten Betriebsklimas als Grundlage für Arbeitszufriedenheit und Gesundheit einen Schwerpunkt der Konzeption zur Gesundheitsförderung bei Voith dar.

### **Der Betrieb**

J.M. Voith GmbH ist ein weltweit tätiges Unternehmen des Maschinen- und Anlagenbaus. Das Stammwerk in Heidenheim zählt 4.160 Beschäftigte, davon arbeitet ein Teil in Wechselschicht.

### **Die Ausgangslage**

1975 rief der damalige Personaldirektor einen interdisziplinär besetzten Arbeitskreis ins Leben mit dem Auftrag, die Gründe für den Alkoholmißbrauch im Betrieb zu analysieren und Vorschläge zur Bewältigung des Problems zu erarbeiten. Mitglieder des Arbeitskreises sind heute wie damals VertreterInnen des Arbeitgebers, engagierte BetriebsrätInnen, ein Mitarbeiter der Sozialberatung sowie ein externer Berater.

Neben sozialen und humanitären Gründen gab und gibt es auch wichtige wirtschaftliche Aspekte eines betrieblichen Suchthilfeprogramms: Folgt man den Berechnungen des Stanford Research Institutes, so kann ein alkoholkranker Mitarbeiter nur 75% der sonst üblichen Arbeitsleistung erbringen. Bei nur 5% abhängig Kranken im Unternehmen und einer Betriebsgröße von 10.000 Beschäftigten betragen die alkoholbedingten Kosten bereits 1,5 bis 1,8 Millionen DM pro Jahr. Die Schätzungen von ExpertInnen weisen jedoch auf höhere Betroffenenzahlen hin (bis zu 7%); dazu kommen ca. 10% gefährdete MitarbeiterInnen mit erhöhtem Alkoholkonsum, bei denen ebenfalls angenommen werden muß, daß ihre Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. Darüber hinaus sind auch Kolleginnen und Kollegen Alkoholkranker durch Mehrarbeit bei Arbeitsausfällen in Mitleidenschaft gezogen.

### **Die Suchtkrankenhilfe**

Die Ziele des Programms bestehen darin

- Kranken und Gefährdeten adäquate Hilfen anzubieten
- ein gutes Betriebsklima zu schaffen
- die MitarbeiterInnen insgesamt gesund zu erhalten.

Um diese Ziele zu erreichen, wurde ein komplexes Programm erarbeitet, das sowohl den Aufbau hilfreicher Infrastrukturen, als auch verbindliche Richtlinien für den Umgang mit Betroffenen und Maßnahmen zur Einschränkung des Alkoholkonsums im Betrieb beinhaltet.

Die Maßnahmen im einzelnen sind:

- **Bildung einer Helfergruppe als soziales Netzwerk**

Die Idee hierzu kam von einem Arbeitskreismitglied, das selbst alkoholkrank war. Die HelferInnen übernehmen eine unterstützende Funktion als Vermittler und Berater für Betroffene und Vorgesetzte. Die Helfergruppe setzt sich zusammen aus trockenen Alkoholikern, BetriebsrätInnen und ehrenamtlich engagierten KollegInnen. Alle Helfer wurden durch eine Schulung auf ihre neue Aufgabe vorbereitet. Die Moderation der Gruppe wurde anfangs von der Sozialberaterin, später vom Werksarzt in Kooperation mit der BKK übernommen.

- **Schulung der Vorgesetzten**

Sie sollen für das Suchtproblem sensibilisiert und in die Lage zu versetzt werden, Suchtprobleme bei MitarbeiterInnen frühzeitig zu erkennen. Dazu werden Kenntnisse in Gesprächsführung und einem geeigneten Führungsverhalten vermittelt.

- **Betriebsvereinbarung**

Sie sieht innerhalb eines Stufenplans zum Umgang mit alkoholkranken MitarbeiterInnen vor; Kündigungen nur dann auszusprechen, wenn Betroffene mindestens zwei betriebliche Hilfsangebote abgelehnt haben. (Vgl. Musterbetriebsvereinbarung S. 85 ff)

- **Flankierende Maßnahmen**

Der Bierkonsum im Betrieb sollte durch eine innerbetriebliche Informationskampagne und die deutliche Anhebung der Bierpreise in den betrieblichen Verpflegungseinrichtungen reduziert werden.

## **Die Erfolge 1**

Aufgrund der Schulungsmaßnahmen fiel es den Vorgesetzten leichter, alkoholbedingte Probleme und ihre Ursachen zu erkennen und im Sinne der Betriebsvereinbarung anzugehen. Alkoholbedingte Entlassungen konnten daraufhin deutlich reduziert werden; der Umsatz an alkoholischen Getränken im Betrieb ging zurück.

Das Suchthilfeprogramm lieferte darüber hinaus wertvolle Erfahrungen über notwendige Ansatzpunkte und sinnvolle Vorgehensweisen für die Gesundheitsförderung bei Voith, die kontinuierlich weiterentwickelt wird.

## **Erweiterung der Ziele: Gesundheit im Betrieb**

Das in den folgenden Jahren bei Voith entwickelte, umfassende Gesundheitsförderungsprogramm zum Thema Arbeitszufriedenheit/Betriebsklima begann mit einem Projekt „Gesundheit im Betrieb“. Der 1982 hierzu gegründete Arbeitskreis aus MitarbeiterInnen des Personal-, Gesundheits- und Sozialwesens befaßte sich zunächst mit der Frage, welche betriebsinternen Einflüsse zu krankheitsbedingten Fehlzeiten führen.

## **Die Beteiligung der MitarbeiterInnen**

Dem Vorschlag eines externen Psychologen folgend wurde für die Ursachenanalyse eine mitarbeiterorientierte Vorgehensweise gewählt. Von Krankheit betroffene Beschäftigte sollten Gelegenheit erhalten, sich in vertraulichen Gruppengesprächen über ihr eigenes Kranksein und die Auslöser dafür auszutauschen.

Die Sozialberaterin und eine externe Fachkraft führten daraufhin innerhalb von fünf Jahren sechs Gesprächsgruppen in den unterschiedlichsten Bereichen durch (von der Werkstatt bis zum Büro). Die Teilnehmerzahl pro Gruppe lag bei 10 bis 12 Personen. Verteilt über einen Zeitraum von drei Monaten fanden je 12 zweistündige Treffen während der Arbeitszeit statt.

## **Wichtige Erkenntnisse**

Mit Hilfe der Gruppenarbeit wurden folgende Erkenntnisse gesammelt: Kranksein bzw. Fehlen ist nicht nur für die jeweiligen Beschäftigten mit Belastungen verbunden, sondern auch für die betroffenen Vorgesetzten und KollegInnen. Dies bedeutet, daß auch Vorgesetzte Gelegenheit zur Teilnahme an Gruppengesprächen erhalten sollten, um dort die Situation aus ihrer Sicht schildern zu können.

Die Entscheidung der MitarbeiterInnen, ob sie noch gesund oder schon krank sind, verschiebt sich in Richtung Krankheit, wenn die Beziehung zu den KollegInnen und/oder Vorgesetzten beeinträchtigt ist. Belastende äußere Arbeitsbedingungen werden weit weniger problematisch und krankheitsfördernd erlebt als zwischenmenschliche Konflikte. So entfielen ca. 80% der Nennungen zu krankheitsfördernden Faktoren aus Sicht der Gruppenmitglieder auf Beziehungsprobleme und nur ca. 20% auf Sachprobleme. Letztere, z.B. technische Mängel, Probleme organisatorischer Art, Fragen der Arbeitszeit etc. wurden im Arbeitskreis diskutiert und konnten relativ leicht gelöst werden.

Allerdings erwies sich der Ansatz, sich hauptsächlich auf kranke, durch Fehlzeiten auffällige MitarbeiterInnen zu konzentrieren, als problematisch. Daraus folgten Unsicherheit, Mißtrauen und Angst („steh' ich auf der Abschußliste?“) und die Arbeit mit der Gruppe wurde dadurch eher erschwert als erleichtert. Man suchte daher neue Wege, das Thema Betriebsklima weiter zu bearbeiten.

## **Die Befragung**

1989 wurde ein externes Institut damit beauftragt, bei Voith eine Beschäftigtenbefragung durchzuführen und zu klären, welche Bedingungen im Betrieb entscheidenden Einfluß auf Zufriedenheit/Unzufriedenheit der Beschäftigten haben sowie entsprechende Stärken und Schwächen innerhalb des Unternehmens zu identifizieren. Für die Befragung wurden ca. 30% der Gesamtbelegschaft als Zufallstichprobe ausgewählt, die Teilnahmequote innerhalb dieser Gruppe betrug 91%.

Insgesamt ergab die Befragung ein gutes Betriebsklima bei Voith, jedoch wurden auch Ansätze für Verbesserungen deutlich und zwar besonders im Bereich zwischenmensch-

licher Beziehungen. Vieles deutete darauf hin, daß die Qualität von Verständigung und Zusammenarbeit maßgeblich vom Verhalten der Vorgesetzten geprägt wird.

### **Das Projekt „Arbeit und Klima“**

Auf der Grundlage der im Betrieb veröffentlichten Befragungsergebnisse und der bisher vorliegenden praktischen Erfahrungen entschloß sich der Arbeitskreis wiederum zur Arbeit in Kleingruppen, um die Beteiligung der Betroffenen sicherzustellen.

Ausgehend von dem Grundsatz, daß es besser ist, miteinander zu reden als übereinander, sollten nun MitarbeiterInnen und der/die direkte Vorgesetzte aus einer Organisationseinheit Gelegenheit erhalten, über Themen der täglichen Zusammenarbeit zu sprechen, die leicht im Alltagsgeschäft untergehen oder verdrängt werden. Das „Wie“ der Zusammenarbeit, auch über Organisationseinheiten hinweg, sollte dabei besonders berücksichtigt werden.

### **Die Gruppen**

Die Gruppengröße wurde, um effektives Arbeiten zu ermöglichen, auf 7-8 MitarbeiterInnen begrenzt. Die Gruppen treffen sich unter der Leitung eines Moderators (extern oder MitarbeiterIn der Abteilung Mitarbeiterentwicklung/Fortbildung) insgesamt 4 – 6 mal für je 2 Stunden während der Arbeitszeit. Durch die Gruppenarbeit sollten die TeilnehmerInnen u.a. gemeinsam ganz konkret erfahren, was eine produktive Zusammenarbeit behindert/fördert, wie das Miteinander weiter verbessert werden kann, daß die Gefühle jedes einzelnen subjektive Realität sind, wie das eigene Verhalten von anderen wahrgenommen wird und daß das Betriebsklima nicht besser sein kann, als der Beitrag der Beschäftigten hierzu.

Zu den Ergebnissen ihrer Arbeit erstellt jede Gruppe einen Abschlußbericht, der auch dem nächsthöheren Vorgesetzten zugänglich gemacht wird. Nur so hat dieser die Möglichkeit, von der Gruppe gewünschte Veränderungen zu unterstützen oder einzuleiten.

### **Die Ergebnisse**

Die Bildung der Arbeitsgruppen sowie der Einstieg in das Thema „Klima“ erforderte eine Menge Fingerspitzengefühl im Umgang mit Mißtrauen, Widerständen und Befürchtungen. MitarbeiterInnen und Vorgesetzte waren u.a. besorgt darüber, daß

- Äußerungen in die Personalakte gelangen könnten,
- sie „Versuchskaninchen“ für eine ungewöhnliche und unbekannte Maßnahme seien,
- man ihnen Vorwürfe machen könnte, bisher alles falsch gemacht zu haben,
- es sich bei der Gruppenarbeit um eine Strafmaßnahme handele.

Für die Moderatoren bedeutete dies zum Teil recht viel Vertrauensarbeit und Erklärungen in den Gruppensitzungen. Es wurden daher theoretische Inputs über Themen wie Kommunikation, Zusammenarbeit und Wahrnehmung an den Anfang der Gruppenarbeit gestellt. Diese Sachthemen erwiesen sich als erfolgreicher Einstieg in das Gespräch über das „Wie“ der täglichen Zusammenarbeit.

## **Die Erfolge 2**

Als Erfolg kann – neben den positiven Rückmeldungen der TeilnehmerInnen – gewertet werden, daß sich die Gruppengespräche langfristig in betriebliche Strukturen integrieren ließen. So wurde das moderierte Klimagespräch unter dem Titel „Wir reden miteinander“ fester Bestandteil der innerbetrieblichen Ausbildung im zweiten Lehrjahr. Ferner wurden die Gruppen als offizielles Führungsmittel in das Voith-Führungskonzept aufgenommen und in den Führungsleitlinien des Unternehmens schriftlich fixiert.

## **Ausblick**

Die Gruppenaktivitäten sind zwar noch nicht flächendeckend im Unternehmen entwickelt; der verantwortliche Arbeitskreis hat sich jedoch vorgenommen, immer wieder Kleingruppen anzustoßen und das Miteinander im Betrieb auf Dauer zu beleben.

## **Nichtraucher schützen, Raucher berücksichtigen – Betriebsvereinbarung regelt heikles Thema (Deutsches Krebsforschungszentrum)**

Mit der Absicht, die Krebsentstehung und -prävention nicht nur zu erforschen, sondern auch nach Möglichkeit in der eigenen Organisation praktisch umzusetzen, initiierte das Deutsche Krebsforschungszentrum Bemühungen zum Nichtraucherschutz. Unter Berücksichtigung der Interessen von RaucherInnen und Nicht-RaucherInnen schloß man 1988 eine Betriebsvereinbarung ab.

## **Der Betrieb**

Das Deutsche Krebsforschungszentrum Heidelberg (DKFZ) ist eine Stiftung des öffentlichen Rechtes des Landes Baden-Württemberg. Zweck der Stiftung ist es, durch Forschungsarbeiten zu Grundvorgängen der Krebsentstehung und die Erfassung von Krebsrisikofaktoren zur Vorbeugung, Diagnose und Therapie von Krebserkrankungen beizutragen. Das Forschungszentrum hat insgesamt 1484 MitarbeiterInnen (Stand 1992), davon über 600 wissenschaftliche MitarbeiterInnen. Die Arbeitszeitformen richten sich nach den Erfordernissen der Forschungsarbeiten und schließen Wechsel- und Nachtschichten mit ein.

## **Die Ausgangslage**

Nach langer Vorarbeit trat 1988 eine Betriebsvereinbarung zum Nichtraucherschutz in Kraft. Auslöser waren Konflikte zwischen Rauchern und Nichtrauchern unter den Beschäftigten im Kontext des Forschungsthemas „Passivrauchen und Lungenkrebsrisiko“. Die Betriebsvereinbarung schreibt den Vorrang der Interessen der NichtraucherInnen fest. Im DKFZ soll grundsätzlich nicht geraucht werden und

in den von allen MitarbeiterInnen genutzten Räumen herrscht absolutes Rauchverbot. RaucherInnen haben die Gelegenheit an einem Nichtraucher-Trainingsprogramm teilzunehmen. Neben dem konkreten Nichtraucherschutz und der Unterstützung der RaucherInnen bei der Entwöhnung verfolgt das DKFZ mit der Betriebsvereinbarung auch das Ziel, als Vorbild in den öffentlichen Raum zu wirken und seiner besonderen Rolle in der Krebsprävention Rechnung zu tragen.

### **Die Widerstände**

Die Betriebsvereinbarung konnte in dieser Form nur in langwierigen Verhandlungen mit dem Personalrat durchgesetzt werden. Dem Personalrat steht nach dem Landespersonalvertretungsgesetz hier das uneingeschränkte Mitspracherecht zu. Dem Anliegen des Stiftungsvorstandes ein generelles Rauchverbot einzuführen, stand der Personalrat zunächst ablehnend gegenüber. Erst mit der Erweiterung der Zieldefinition, neben dem Nichtraucherschutz auch die Lage der RaucherInnen miteinzubeziehen, war der Kompromiß gefunden, der die Betriebsvereinbarung möglich machte. Dazu gehörte, daß Institute, Verwaltung und zentrale Einrichtungen selbständig Regelungen treffen können, wo Rauchen geduldet wird, sowie die Regelung, RaucherInnen die Gelegenheit zur Teilnahme an einem „Nichtrauchertraining“ zu geben.

### **Die Erfolge**

Die Betriebsvereinbarung wurde vom Institut für Prävention und Gesundheitsforschung im Auftrag der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung einer Bewertung unterzogen. In Telefoninterviews äußerten sich von 300 zufällig ausgewählten MitarbeiterInnen 73% positiv zur Betriebsvereinbarung, 21% lehnten sie ab und 6% standen ihr gleichgültig gegenüber. Die qualitative Auswertung zeigte, daß die breite Zustimmung wesentlich mit der Entspannung der Konflikte zwischen Nichtrauchern und Rauchern in Zusammenhang stand. 1/3 der Befragten, die die Betriebsvereinbarung ablehnten, sind NichtraucherInnen, denen die bestehende Vereinbarung nicht weit genug geht. Zudem sahen die wenigsten Befragten Nichtraucherschutz und Betriebsimage des Krebsforschungszentrums als ausreichenden Grund für die Verabschiedung dieser Betriebsvereinbarung.

Ein Jahr nach Abschluß der Betriebsvereinbarung berichteten in einer Befragung 50% der RaucherInnen von Versuchen das Rauchen einzuschränken. Das DKFZ geht aufgrund der Daten von einer Verminderung der Raucherquote infolge der Betriebsvereinbarung um 10%-15% aus.

### **Schlußfolgerungen**

Drei Aspekte erscheinen an diesem Beispiel besonders interessant: Erstens stand am Anfang die klare unternehmenspolitische Zielsetzung „Nichtrauchen und Nichtraucherschutz“ durch den Stiftungsvorstand. Er setzte den Prozeß der Entwicklung einer Betriebsvereinbarung in Gang und sorgte für die notwendige Durchsetzungskraft. Zweitens zeigt sich, daß bei der Implementierung die frühzeitige Zusammen-

arbeit mit der Arbeitnehmervertretung und deren Einbeziehung in die inhaltliche Entwicklung und Gestaltung der Maßnahmen unabdingbar ist. Der notwendige Prozeß einer innerbetrieblichen Konsensbildung trug nicht nur zur Entschärfung vorhandener Konflikte zwischen Gesundheitsförderungs- und Arbeitnehmerinteressen bei, sondern aktivierte zugleich maßgebliche Gruppen der ArbeitnehmerInnen zur Entwicklung realistischer und tragfähiger Lösungsansätze betrieblicher Gesundheitsförderung. Drittens macht das Beispiel deutlich, wie bestehende betriebliche Organisationsinstrumente zur Förderung der Gesundheit (Unterstützung vorhandener Veränderungspotentiale, Verbesserung der subjektiven Arbeitszufriedenheit und des allgemeinen Betriebsklimas) genutzt werden können.

Die Betriebsvereinbarung zum Nichtrauchen und Nichtraucherschutz stellt nur einen Teil der betrieblichen Gesundheitsförderung des DKFZ dar. Hinzu kommen Maßnahmen zur Hilfe bei Alkoholproblemen, Allergien und ein breites gesundheitsorientiertes Mitarbeiter-Fortbildungsprogramm, teilweise in Zusammenarbeit mit externen Anbietern.

# **Von der Präventivmedizin zur betrieblichen Gesundheitsförderung**

## **Qualifizierung für Gesundheit und Umwelt – das Reinigungskräfteprojekt der Hansestadt Lübeck**

Wirksamer Umwelt- und Gesundheitsschutz in der Gebäudereinigung wird nur dann erreicht, wenn alle EntscheidungsträgerInnen einbezogen werden. Ausgehend von dieser Erkenntnis wurde 1984 die Gebäudereinigung zum ersten gemeinsamen Arbeitsschwerpunkt von Umweltamt, Arbeitssicherheit und Arbeitsmedizin der Stadtverwaltung Lübeck. Aus arbeitsmedizinischer Sicht bestand akuter Handlungsbedarf hinsichtlich der Arbeitsbedingungen der Reinigungskräfte, aus umweltpolitischer Sicht hinsichtlich der verwendeten Reinigungsmittel – gemeinsam und systematisch erarbeitete man die Lösung.

### **Die Stadtverwaltung**

Die Hansestadt Lübeck hat ca. 220.000 Einwohner, größter Arbeitgeber ist die Stadtverwaltung mit 6.000 Beschäftigten. Sie arbeiten in einer Vielzahl von Dienstleistungsbereichen für die Bürger und Bürgerinnen der Stadt.

### **Die Ausgangslage**

In der städtischen Gebäudereinigung arbeiten insgesamt 560 Frauen, für die in der Regel eine wöchentliche Arbeitszeit von 20 Stunden gilt. Die Kosten der Gebäudereinigung betragen durchschnittlich 2-3 % des gesamten Verwaltungshaushalts oder 20 % der laufenden Kosten für die Gebäudebewirtschaftung. Die Gebäudereinigung ist damit auch als Kostenfaktor von Bedeutung.

Ein Bericht im Arbeitsschutzausschuß über die betriebsärztliche Untersuchung der Reinigungskräfte und deren Arbeitsplätze ergab vier Problemkreise:

1. Gesundheitliche Probleme der Reinigungskräfte wie allergische und andere Hautprobleme, Beschwerden der Lendenwirbelsäule, im Schulter-, Ellbogen- und Unterarmbereich sowie Unfälle, z.B. Augenverätzungen durch Reinigungsmittel.
2. Probleme durch die Arbeitssituation, insbesondere durch häufig anfallende Vertretungsarbeit bei gleichzeitigem Ehrgeiz der Reinigungskräfte, trotz Mehrarbeit optimale Sauberkeit zu erreichen.
3. Probleme durch unzureichende technische Hilfsmittel, was z.B. die Arbeitshandschuhe, fehlende, veraltete oder ungeeignete Geräte sowie zu große Reinigungsmittelgebände ohne Dosierungs- und Abfüllhilfen betraf.
4. Schließlich wurden Probleme infolge fehlender oder unzureichender Schulung deutlich.

## **Das Projekt und seine Akteure**

Vor diesem Hintergrund wurde ein Projekt beschlossen, das zu einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Bereich der Gebäudereinigung unter Berücksichtigung gesundheitlicher, umweltpolitischer und wirtschaftlicher Aspekte führen sollte. Um dieses dreifache Ziel zu erreichen, galt es zunächst, die organisatorischen Voraussetzungen und Verfahrensweisen zu klären. Als notwendig für wirksame Veränderungen erkannte man gemeinsam, daß

- der Beschaffungsstelle als verantwortlicher Organisationseinheit eine besondere Rolle zufällt
- alle EntscheidungsträgerInnen und der Personalrat von Beginn an in das Projekt einzubeziehen sind
- die Interessenslagen aller Personenkreise in der Verwaltung, die von Veränderungen in der Gebäudereinigung tangiert werden, berücksichtigt werden müssen.

Im Diskussionsprozeß zwischen Arbeitssicherheit, Arbeitsmedizin, Umweltamt, Beschaffungsstelle und Personalrat wurden nach Klärung des Sachstandes – Gesundheitszustand der Reinigungskräfte, Analyse der Arbeitssituation, Prüfung der Arbeitsgeräte und Feststellung des Schulungsbedarfs – Forderungen und Ziele zur organisatorischen und technischen Optimierung der städtischen Gebäudereinigung formuliert.

## **Die Maßnahmen und Erfolge**

Durch Kooperation zwischen verschiedenen Stellen der Verwaltung wurde schließlich ein Bündel von Maßnahmen konzipiert und verwirklicht:

1. Zur umwelt- und gesundheitsschonenden sowie möglichst wirtschaftlichen Auswahl der Reinigungsmittel wurde eine gemeinsame Kommission von Beschaffungsstelle, Umweltamt, Arbeitssicherheit und Arbeitsmedizin gebildet.
2. Ein Gebäudereinigungsmeister wurde eingestellt, um u.a. ein aktuelles Reinigungskataster für die Berechnung der Reinigungszeiten und Reviereinteilung zu erstellen. Es berücksichtigt neben der Quadratmeterzahl die Lage der Warmwasseranschlüsse, Treppen, Fußbodenbeschaffenheit etc.
3. Entscheidende Bedeutung für die Umsetzung des Konzeptes hat die Qualifizierung aller Reinigungskräfte. Im Institut für Aus- und Fortbildung der Hansestadt Lübeck werden Seminare für alle Reinigungskräfte durchgeführt, die inhaltlich von der Beschaffungsstelle mit Unterstützung der Arbeitsmedizin und Arbeitssicherheit gestaltet werden: in zweimal 4 Stunden lernen die Beschäftigten, wie sie die neuen Arbeitsgeräte und Reinigungsmittel zum Schutz der Umwelt und der eigenen Gesundheit richtig anwenden.

Die bisher erreichten Ergebnisse sind vielversprechend. Es gelang, den Umwelt- und Gesundheitsschutz durch systematisches und kooperatives Vorgehen zum Nutzen der Reinigungskräfte sowie der wirtschaftlichen und ökologischen Verwaltungsführung zu optimieren.

## **Verbindlichkeit für Gesundheitsförderung – Betriebsvereinbarung bei den Mannesmannröhren-Werken**

Seit Dezember 1992 regelt bei den Mannesmannröhren-Werken konzernweit eine Betriebsvereinbarung (BV) die Rahmenbedingungen der betrieblichen Gesundheitsförderung (vgl. S. 82). Damit bringen Unternehmensleitung und Betriebsräte ihren Willen zum Ausdruck, die Gesundheitspolitik im Betrieb weiterzuentwickeln und – unter Einbeziehung der Belegschaften – betriebliche Gesundheitsförderungsprogramme durchzuführen. Das folgende Beispiel beschreibt die Praxis in einem Zweigwerk des Konzerns.

### **Der Betrieb**

Die Hütte Krupp Mannesmann GmbH (HKM) ist ein Zweigwerk der Mannesmannröhren-Werke AG, das Stahlrohre und Stahlplatten herstellt. Das Unternehmen entstand aus der Zusammenlegung eines Krupp-Betriebes mit dem Duisburger Zweigwerk der Mannesmannröhren-Werke. Anfang 1993 hatte die Hütte ca. 4000 Beschäftigte, von denen ca. 800 Angestellte sind. Etwa 70% der Beschäftigten arbeiten in Conti-Schicht.

### **Die Vereinbarung**

Im September 1991 schlossen Geschäftsführung und Betriebsrat der HKM eine Betriebsvereinbarung (BV) ab, die folgende Regelungen enthält:

- Ein Facharbeitskreis Gesundheitsförderung (FAK) hat die Aufgabe, Maßnahmen zu fördern, „die der Verbesserung der Gesundheit der Belegschaftsmitglieder dienen. Dazu erstellt er Analysen potentieller Risikofaktoren und unterbreitet Vorschläge, wie arbeitsbedingte Belastungen reduziert werden können“. Der Arbeitskreis besteht aus den Leitern der Arbeitsgestaltung, Arbeitssicherheit, Personalabteilung sowie BKK, BetriebsärztInnen, einem Ergonom und drei Betriebsratsmitgliedern und wird vom Leitenden Werksarzt geleitet.
- Grundlage der Analysen des FAK sind der Gesundheitsbericht, der auf Basis der AU-Daten der Betriebskrankenkasse (BKK) erstellt wird, Arbeitsplatzanalysen und die betrieblichen Arbeitsmedizin-Daten. (Die arbeitsmedizinischen Untersuchungen werden für alle Beschäftigten einheitlich durchgeführt und sind weitreichender, als es die gesetzlichen Regelungen vorschreiben. Sie beinhalten auch Screenings zu Stoffwechselerkrankungen und Bluthochdruck. Daher können bestimmte Diagnosen für ausgewählte Arbeitskollektive ausgewertet und mit den AU-Daten verglichen werden.) Die Belange des Datenschutzes sind in der BV ebenfalls geregelt.
- Bei Bedarf werden Gesundheitszirkel eingerichtet und in Zusammenarbeit mit der BKK Gesundheitsförderungsmaßnahmen angeboten.

## **Die Akteure und Partner**

Die BV entstand auf Initiative des Betriebsärztlichen Dienstes und wurde von einer Projektgruppe vorbereitet, in der neben dem Leitenden Werksarzt auch Vertreter der IG Metall und ExpertInnen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz (BAU), des IDIS (Institut der NRW-Landesregierung) und des Unternehmens Hoesch mitarbeiteten.

## **Die Ausgangslage**

Der Anlaß war zum einen ein steigender Krankenstand, zum anderen das Ergebnis einer Beschäftigtenbefragung im Rahmen der werksärztlichen Untersuchungen, das einen klaren Zusammenhang zwischen dem Grad der Arbeitszufriedenheit und der Höhe des Krankenstandes belegte.

## **Die Maßnahmen**

Die BV fördert die Vernetzung und verbindliche Zusammenarbeit der verschiedenen relevanten betrieblichen Stellen, die schon heute umfangreiche Aktivitäten ganzheitlicher betrieblicher Gesundheitsförderung durchführen:

- In zwei Bereichen (Schlosser und Schmelzer) wurden Gesundheitszirkel durchgeführt, deren Ergebnis ergonomische Verbesserungen waren. Die Belastungen durch Hitze und Feinstäube konnten reduziert werden.
- Um die Belastungen der Kranfahrer (Hitze, Streß) zu verringern, wurde ein Kranführer-Ablöse-Pool gebildet, der eine Verlängerung und individuell flexiblere Gestaltung der Pausen ermöglicht.
- Die BKK bietet Wirbelsäulengymnastik- und Entspannungskurse im Anschluß an die (Büro-)Arbeitszeit in der Nähe des Betriebes an. Das Angebot soll demnächst durch eine Ernährungsberatung erweitert werden. Die Kurse sind für Familienmitglieder der Beschäftigten offen und können auch von den bei anderen Krankenkassen versicherten Beschäftigten besucht werden.
- In Zusammenarbeit von betrieblicher Aus- und Weiterbildung und werksärztlichem Dienst werden Aktionstage zur Aids-Aufklärung und Suchtprävention für Auszubildende sowie Gesundheitstage für Meister mit den Themen Ernährung, Bewegung, Sucht durchgeführt. Geplant sind diese Gesundheitstage auch für Vorarbeiter.
- Rückenschulkkurse wurden in verschiedenen Abteilungen vom werksärztlichen Dienst während der Arbeitszeit durchgeführt, außerdem sind sie fester Bestandteil der Lehrlingsausbildung.
- Drei nebenamtliche Suchthelfer leisten eine effektive Suchthilfearbeit. Durch regelmäßige Besprechungen mit dem Werksarzt werden sie in ihrer Arbeit unterstützt.
- Im Mai 1993 wurde in Zusammenarbeit mit dem Kantinenpächter, der BKK und dem werksärztlichen Dienst eine Ernährungswoche durchgeführt, während der alternative Kantinenangebote erprobt werden konnten. Die Werkszeitung begleitete die Aktion mit umfassendem Informationsmaterial über gesunde Ernährung.

## **Die Ergebnisse**

Die Resonanz der Belegschaft auf die verschiedenen Angebote ist durchweg positiv. Ein sinkender Krankenstand wird allerdings erst langfristig erwartet. Im Unternehmensleitbild, das zur Zeit erarbeitet wird, werden Arbeitszufriedenheit und Gesundheitsschutz ein wichtiger Bestandteil sein. Das Ziel aller gemeinsamen Anstrengungen ist es, dem Unternehmen durch gesunde, zufriedene und leistungsfähige Arbeitskräfte einen langfristigen Vorteil im europäischen Wettbewerb der Stahlbranche zu erhalten. Hierzu werden auf Basis der Betriebsvereinbarung unternehmensweit Maßnahmen der Gesundheitsförderung unter direkter Beteiligung der Beschäftigten fortgeführt und weiterentwickelt.

## **Vorfahrt für partizipative und vorausschauende Gesundheitsförderung (VOLKSWAGEN)**

Prävention und Gesundheitsförderung werden bei VOLKSWAGEN sowohl als ethische und soziale Verpflichtung als auch als ökonomische Notwendigkeit betrachtet: Gesunde, qualifizierte und motivierte MitarbeiterInnen sind Schlüssel zum Unternehmenserfolg. In betriebliche Abläufe integrierte Gesundheitsförderung ist zugleich eine Reaktion auf veränderte Produktionskonzepte und Arbeitsanforderungen, steigende Ansprüche der MitarbeiterInnen an selbstbestimmte Tätigkeiten und gute Arbeitsbedingungen sowie auf ein gewandeltes Krankheitspanorama und ein erhöhtes Gesundheitsbewußtsein.

## **Die Ziele**

Gesundheitsförderung bei VOLKSWAGEN will im Sinne der Ottawa Charta der WHO gesundheitsgerechte Arbeitsbedingungen schaffen sowie gesundes Verhalten der MitarbeiterInnen ermöglichen und fördern. Die Ziele des betrieblichen Gesundheitswesens gehen deutlich über die arbeitsschutzrechtlichen Vorschriften hinaus und beziehen u.a. die Prävention allgemeiner, nur mittelbar tätigkeitsbezogener Gesundheitsbeeinträchtigungen und Aspekte der Gesundheits- und Persönlichkeitsförderlichkeit (Salutogenese) ein. Sie bestehen darin,

- die MitarbeiterInnen umfassend vor Gesundheitsbeeinträchtigungen zu schützen
- das körperliche, geistige und soziale Wohlbefinden sowie die Handlungskompetenz der MitarbeiterInnen zu fördern
- auf diese Weise zugleich einen Beitrag zum Unternehmenserfolg zu leisten.

## **Kooperation und Kompetenz**

Die Voraussetzungen, um diese Ziele zu erreichen, werden bei VOLKSWAGEN sichergestellt durch

- qualifizierte Arbeitsmediziner, Sozialwissenschaftler und Psychologen, die im betrieblichen Gesundheitswesen interdisziplinär zusammenarbeiten

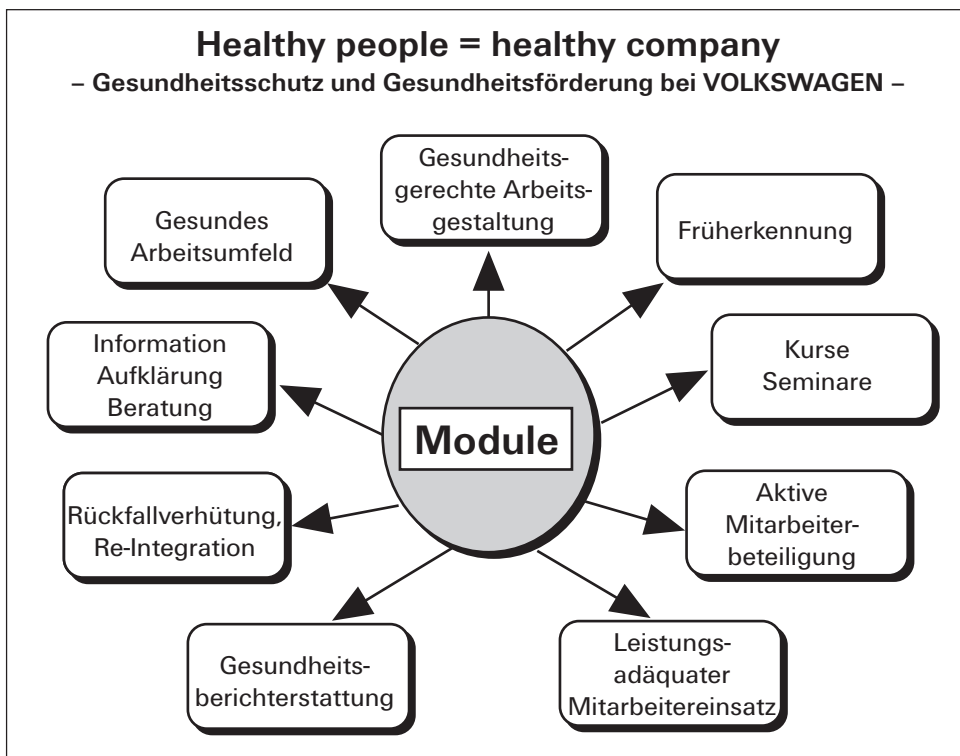
- eine schriftlich fixierte „Konzeption Arbeitsmedizin und Gesundheitsschutz“, die von Management und Betriebsrat getragen wird
- eine entsprechende Organisationsstruktur und hierarchische Anbindung des Gesundheitswesens. So ist beispielsweise der Leiter des Zentralen Gesundheitswesens unmittelbar dem für Personal zuständigen Vorstandsmitglied unterstellt
- eine konstruktive Zusammenarbeit aller direkt oder indirekt auf die Gesundheit im Betrieb einflußnehmenden Stellen, insbesondere der medizinischen und technischen Arbeitsschutz-ExpertInnen, der BetriebsrätInnen und der BKK, und zwar in (Arbeitsschutz-)Ausschüssen, Projektgruppen oder z.B. in Arbeitskreisen „Gesundheit im Betrieb“
- Kooperationen mit unternehmensexternen Fachleuten, Instituten und Hochschuleinrichtungen.

### **Gesundheitsförderung durch Arbeitsgestaltung und Partizipation**

Gesundheitsförderung durch Arbeitsgestaltung hat bei VOLKSWAGEN grundsätzlich Vorrang vor verhaltensorientierten Maßnahmen. Sie beginnt bereits im Stadium der Produktentwicklung sowie bei der Planung neuer Anlagen und Maschinen. Ein Beispiel hierfür ist die **projektive Arbeitsgestaltung**, bei der Mediziner und Ergonomen in zehn festgelegten Schritten mit den Planern und dem Betriebsrat – von der Vorplanung bis zum Serienanlauf – die gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung sicherstellen.

**Aktive Mitarbeiterbeteiligung** ist ein zweiter Eckpfeiler der Gesundheitsförderung bei VOLKSWAGEN. Die MitarbeiterInnen werden im Arbeitsprozeß allgemein wie im Rahmen gesundheitsfördernder Maßnahmen der Organisationsentwicklung möglichst weitgehend aktiv einbezogen. Dabei geht es zum einen darum, bestehende Belastungen und subjektive Gesundheitspotentiale zu ermitteln bzw. zu präzisieren, zum anderen wird darauf abgezielt, das Erfahrungs- und Veränderungswissen der MitarbeiterInnen für Verbesserungen der Arbeits- und Gesundheitssituation zu nutzen und dem Wunsch der MitarbeiterInnen nach mehr Beteiligung und Mitsprache Rechnung zu tragen.

Von den praktizierten beteiligungsorientierten Verfahren haben Gesundheitszirkel (vgl. S. 27 ff) den unmittelbarsten Bezug zur Gesundheit. Sie werden bei VOLKSWAGEN in verschiedenen Varianten problem- und zielgruppenbezogen eingesetzt, um u.a. gesundheitsbeeinträchtigende Belastungen im Arbeitsprozeß aufzudecken und zu beseitigen. Eine längere Tradition als Gesundheitszirkel haben die VW-Zirkel (Qualitätszirkel). Bei ihnen steht zwar die Lösung technischer Probleme im Vordergrund, aber Verbesserungen der Arbeitsbedingungen und des Arbeitsschutzes zählen ebenfalls zu ihren Zielen und Resultaten. In ähnlicher Weise tragen das betriebliche Vorschlagswesen und der kontinuierliche Verbesserungsprozeß (KVP) zu gesundheitsrelevanten Verbesserungen bei. Schließlich sind Gruppenarbeit und Mitarbeiterbefragungen weitere Beteiligungsformen mit Gesundheitsrelevanz. Allen Verfahren ist im übrigen gemeinsam, daß sie einen Beitrag zur Erhöhung der Handlungskompetenz leisten.



*Abb. 15*

**Förderliche Rahmenbedingungen und Entwicklung persönlicher Gesundheitskompetenzen**

Flankierend zur vorausschauenden Arbeitsgestaltung und gesundheitsorientierten Mitarbeiterbeteiligung tragen Unternehmen und VOLKSWAGEN-BKK arbeitsteilig und sich wechselseitig ergänzend durch verschiedene Maßnahmen dazu bei, die Gesundheit der MitarbeiterInnen zu erhalten, wiederherzustellen und zu stärken. Beispiele hierfür sind

- erweiterte Vorsorgeuntersuchungen und spezielle Screening-Programme zur Früherkennung gesundheitlicher Risikofaktoren
- die systematische Re-Integration in den Arbeitsprozeß, z.B. durch zunächst stundenweises Arbeiten und Anpassung des Arbeitsplatzes, wenn MitarbeiterInnen nach längerer Krankheit in den Betrieb zurückkehren
- tätigkeitsbezogene und allgemeine Rückenschulmodelle sowie Ausgleichsgymnastik in der Pause, z.B. für Näherinnen in der Polsterei
- Stressmanagement-Seminare
- Gesundheitserziehung im Rahmen der betrieblichen Aus- und Weiterbildung, z.B. ursachenorientierte Suchtprävention für Auszubildende und Ausbilder
- umfassende Informationen, Beratungs- und Kursangebote zu allen Gesundheitsfragen für MitarbeiterInnen und ihre Familien

- gesunde Menues, Zwischenmahlzeiten und Getränke in allen Betriebsrestaurants sowie regelmäßige Sonderaktionen zu ausgewogener Ernährung
- ein dreiwöchiger Intensivkurs für Beschäftigte, die vor ca. 12 Monaten aus dem Berufsleben ausgeschieden sind und in einem speziell darauf eingerichteten Erholungsheim gemeinsam mit ihrem Partner/ihrer Partnerin gesunde Verhaltensweisen für einen aktiven Ruhestand kennenlernen und erproben können.

Außerdem ist die VOLKSWAGEN-BKK als Partner in der kommunalen Gesundheitsförderung am Hauptsitz des Unternehmens in Wolfsburg engagiert.

### **Gesundheitlicher und betrieblicher Nutzen**

Die systematische, ganzheitliche Gesundheitsförderung bei VOLKSWAGEN führt zu beachtlichen Ergebnissen. Der gesundheitliche Nutzen für die Beschäftigten läßt sich an geringeren Gesundheitsbeeinträchtigungen sowie an einer Steigerung des psycho-sozialen Wohlbefindens festmachen. Als betrieblicher Nutzen lassen sich ein verbessertes Unternehmensimage, erhöhte Produktivität, eine bessere Nutzung des Know hows der MitarbeiterInnen sowie ein Mehr an Motivation und Kreativität nennen. Wirtschaftliche Erfolge werden bei VOLKSWAGEN nicht in den Vordergrund gestellt, wenn es um die Gesundheit geht. Es läßt sich aber aufzeigen, daß z.B. optimierter Lärmschutz in einem Hallenbereich zu Einsparungen von 257.000 DM führte oder daß als Ergebnis des KVP verbesserte Arbeitsbedingungen beim Scheibeneinbau mit 23 % erhöhter Produktivität einhergingen.

Gesundheitsförderung wird bei VOLKSWAGEN als permanenter Prozeß und als strategische Investition in das betriebliche Humankapital verstanden. Arbeitsgestaltung, Kooperation und Partizipation tragen hier ihre Früchte und bilden das stabile Fundament für eine nachhaltige, erfolgreiche betriebliche Gesundheitsförderung.

### **Wanderausstellung zur Gesundheit – Gesundheitsberatung bei Marks & Spencer (Großbritannien)**

Gesundheitsaufklärung und Erziehung wird bereits seit Jahren in einem britischen Kaufhauskonzern mit vielen Filialen erfolgreich durchgeführt. Zentrale Strategie ist dabei der systematische Einsatz von Ausstellungen und Beratungsangeboten.

#### **Der Betrieb**

Marks & Spencer ist eines der größten englischen Kaufhäuser für Textilien, Lebensmittel und Möbel mit insgesamt 52.000 Beschäftigten, von denen 83% Frauen sind. Die MitarbeiterInnen arbeiten in normalen und Schicht-Arbeitszeiten.

#### **Die Ausgangslage**

Marks & Spencer blickt auf eine lange Geschichte firmeneigener Aktivitäten zur Erhaltung und Verbesserung des physischen, seelisch-geistigen und sozialen Wohlbe-

findens seiner MitarbeiterInnen zurück. Bereits 1968 bot die Firma Krebsfrüherkennungs-Untersuchungen für weibliche Beschäftigte an. Diese werden heute durch Videos unterstützt, die die MitarbeiterInnen über den Sinn und Zweck solcher Untersuchungen informieren und beraten sollen.

### **Das Programm**

Seit 1985 gibt es ein Gesundheitsförderungsprogramm mit dem Titel „Über bessere Gesundheit entscheiden Sie selbst“ („Better Health Is Your Choice“). Ziel des Programms ist die Förderung der Eigenverantwortung und Selbsthilfe zur Prävention von Krankheiten und Verbesserung der Lebensqualität. Informationen zu den Themen Ernährung, Rauchen, Alkohol und Drogen, Bewegung und Erholung, die Bewältigung von Streß sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind feste Bestandteile des Programms. Weitere Themen sind HIV/AIDS, Depressionen, Organspende, Menopause, Osteoporose und Gesundheit im Alter.

Für alle Beschäftigten gibt es außerdem Beratungsangebote zum Übergang in den Ruhestand (5 Jahre vorher) und „mid-career“-Beratung zur weiteren beruflichen Entwicklung für Beschäftigte ab 40.

### **Wanderausstellungen für jedes Kaufhaus**

Zum Start des Programms erhält jedes Kaufhaus eine Ausstellung, die von einem Gesundheitserzieher begleitet wird. Die Ausstellung wird jeweils in den Essens- oder Pausenräumen aufgestellt, um sie für alle MitarbeiterInnen leicht zugänglich zu machen. Sie besteht aus professionell gestalteten Postern und anderem Anschauungsmaterial zu jedem der oben genannten Themen und enthält spezifische Gesundheitstests sowie Preisrätsel und Broschüren zur weiteren Information des Kaufhauspersonals über den Nutzen gesünderer Lebensweisen. Die Ausstellung bleibt jeweils für eine Woche aufgebaut und geht dann an das nächste Kaufhaus. Auf diese Weise zirkuliert die Ausstellung durch alle 274 Marks & Spencer Kaufhäuser, in denen jeweils 50 bis 1.200 MitarbeiterInnen beschäftigt sind.

### **Herz-Kreislauf-Prävention**

Marks & Spencer hat auch ein spezielles Vorsorgeprogramm für Herz-Kreislauf-Erkrankungen, das in allen seinen Warenhäusern angeboten wird. Der erste Schritt ist eine Risikofaktoren-Bewertung für MitarbeiterInnen die das 30. Lebensjahr überschritten haben. Dazu werden folgende Erhebungen gemacht: Familiengeschichte, Alter, Körpergewicht, Blutdruck, Tabak- und Alkoholkonsum, sportliche Betätigung, Cholesterinspiegel, Hämoglobin und Urintest. Als zweiter Schritt wird sechs Monate später in jedem Kaufhaus eine „gezielte Gesundheitsförderungs-Ausstellung“ aufgebaut, die den Risikofaktor behandelt, der bei den Vorsorgeuntersuchungen im jeweiligen Kaufhaus dominierte (z.B. Rauchen, Ernährungsfehler, Bewegungsmangel, Alkohol- oder Drogenkonsum).

Auch diese Ausstellungen werden von einem Gesundheitserzieher begleitet, der

20minütige Seminare durchführt, z.B. zu Themen wie „Streß erkennen und bewältigen“, zu „Methoden mit dem Rauchen aufzuhören“, „Passivrauchen“ oder „Konsequent fettarme Ernährung“.

In allen 20 größeren Kaufhäusern (mit jeweils einer vollbeschäftigten Krankenschwester) wird außerdem ein computergesteuertes „Fitness-Test-Programm“ durchgeführt, das für alle MitarbeiterInnen jeweils ein persönliches Fitnessprofil erstellt. Alle zwei Jahre wird dieses Programm wiederholt und eingetretene Veränderungen werden entsprechend thematisiert und z.B. im Rahmen von Seminaren weiterverfolgt.

Alle Aspekte der Herz-Kreislauf-Prävention werden außerdem in der Marks & Spencer Betriebszeitung behandelt, ergänzt durch andere gesundheitsrelevante Themen, wie z.B. Rückenschmerzen, Diabetes, Asthma, schweres Heben und Tragen.

Die qualitative Evaluation des Programms, die ursprünglich über Befragungen der MitarbeiterInnen erfolgte, geschieht inzwischen durch sogenannte „Fokusgruppen“. Diese Gruppen treffen sich einmal im Monat. Sie setzen sich aus Vertretern der verschiedensten Betriebsebenen zusammen (Lagerverwalter, VerkaufsassistentInnen, Inspektoren, Verkaufs- und Personalleitung). Dort werden insbesondere auch Schlußfolgerungen aus den Programmergebnissen für organisatorische Verbesserungen erörtert. Die jährlichen Programmkosten werden mit 34.000 englischen Pfund angegeben.

### **Die Ergebnisse**

Als Ergebnis ihrer vielfältigen gesundheitsfördernden Aktivitäten berichtet die Firma eine Reduzierung des durchschnittlichen Personalwechsels. Eine nährstoffreichere Kantinenverpflegung wird inzwischen häufiger verlangt, die Nachfrage nach besonders fett- und zuckerhaltigen Nahrungsmitteln geht zurück. Tabakfreie Räume, Gymnastik- und Weight-Watchers-Kurse werden von den Beschäftigten immer stärker nachgefragt. Dies wird als Zeichen dafür gewertet, daß das Gesundheitsbewußtsein und ein gesunder Lebensstil positiv beeinflußt werden.

# **Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung**

## **Gesundheitsförderung schafft neue Strukturen im Betrieb (Pinneberger Verkehrsgesellschaft)**

Mit Maßnahmen in allen betrieblichen Bereichen – Management, Organisation, Umwelt, Arbeitsplatz, Betriebsklima und Qualifizierung der MitarbeiterInnen – ist es der Pinneberger Verkehrsgesellschaft mbH gelungen, die Fehlzeiten zu reduzieren, das Betriebsklima spürbar zu verbessern und das Wohlbefinden bei der Arbeit nachhaltig zu steigern. Eine Kosten-Nutzen-Rechnung für die ersten 5 Jahre fällt entsprechend positiv aus.

### **Der Betrieb**

Die Pinneberger Verkehrsgesellschaft ist ein Unternehmen des öffentlichen Personen-Nahverkehrs im Großraum Hamburg mit insgesamt 530 MitarbeiterInnen. Ca. 80% der Beschäftigten – vorwiegend FahrerInnen – arbeiten im Schichtdienst.

### **Die Ausgangslage**

Ausgangspunkt der Gesundheitsförderungs-Initiative war die relativ hohe Fehlzeitenquote von 13,5% sowie ein „gereiztes“ Betriebsklima. Beide Tatsachen lösten auf seiten des Managements wie der Beschäftigten Handlungsdruck aus.

### **Die Akteure**

Mit dem Ziel, die vor allem im Fahrdienstbereich bestehenden Probleme sowie deren Ursachen zu ermitteln und entsprechende Lösungsansätze und Handlungsempfehlungen zu erarbeiten, wurde 1988 eine interdisziplinär zusammengesetzte „Arbeitsgruppe Fahrdienst '90“ gebildet. Über gut ein Jahr traf sich diese Arbeitsgruppe anfangs zu wöchentlichen, später zu monatlichen ganztägigen Beratungen.

### **Die Ist-Analyse**

Als erstes veranlaßte die Arbeitsgruppe eine Mitarbeiterbefragung, deren Ergebnisse überwiegend mit der Arbeitssituation zusammenhängende Probleme verdeutlichten:

- Belastungen durch Schicht- und Wochenendarbeit
- nicht am Schichtdienst orientierte Öffnungszeiten der Kantine
- mangelnde Information und Mitsprachemöglichkeiten der FahrerInnen bei sie direkt betreffenden Entscheidungen des Managements
- unterschiedlicher Ausbildungsstand des Fahrpersonals und fehlende Schulung zur Streßbewältigung
- einseitige körperliche Belastungen und Angst vor Fahrdienstuntauglichkeit
- schlechte Zusammenarbeit zwischen den Busfahrern und dem Werkstattpersonal
- fehlende Betreuung und soziale Unterstützung der MitarbeiterInnen, z.B. bei privaten Problemen, der Wohnungssuche etc.

## **Das Programm**

Mit Hilfe von Kreativitäts- und Problemlösungstechniken, ExpertInnenbefragungen, Krankenkassenberichten und Ergebnissen einschlägiger Studien wurde eine breite Palette von direkten und indirekten gesundheitsfördernden Maßnahmen entwickelt. Sie umfaßten:

### **Organisatorische Maßnahmen**

- Einführung eines am Menschen orientierten Führungsstils, offene Informationspolitik, „flachere“ Hierarchien
- regelmäßige Mitarbeiterversammlungen
- Bildung von Fahrdienst-Mitarbeitergruppen mit der Möglichkeit des freien Dienstaustausches und eigenverantwortlicher Urlaubsplanung innerhalb der Gruppen
- Beteiligungsmöglichkeiten der MitarbeiterInnen in Arbeitskreisen und Initiativgruppen oder z.B. bei der Auswahl der Dienstkleidung
- neue Schichtplangestaltung mit kürzeren Arbeitsperioden und Freizeit an jedem zweiten Wochenende
- Einführung eines leistungsorientierten Entlohnungssystems und Konfliktabbau durch Angleichung der Entlohnungsgrundsätze von Angestellten und gewerblichen MitarbeiterInnen
- Einrichtung einer Sozialberatungsstelle
- Herausgabe einer Mitarbeiterzeitschrift

### **Ergonomische Maßnahmen**

- Verbesserung der Busfahrerarbeitsplätze nach Auswahl der Sitze durch die MitarbeiterInnen
- Einbau von Staubfiltern und Zusatzheizung

### **Sonstige Maßnahmen**

- Integration des Themas Gesundheit in alle internen betrieblichen Weiterbildungsseminare
- Kurse: „Fit im Fahrdienst“ und „Nie mehr Ärger mit dem Fahrgast“
- regelmäßige Untersuchungen durch den Betriebsarzt
- kostenlose Massagen für alle MitarbeiterInnen
- Förderung des Betriebssports mit Schwerpunkt Fitness-Training
- spezielle Gesundheitsseminare, z.B. zum Thema Ernährung
- Aktionen zum Ernährungsverhalten und Rauchen in Zusammenarbeit mit Krankenkassen
- kleine Belohnungen für MitarbeiterInnen bei niedrigen Abwesenheitszeiten, z.B. eine 50 DM-Aktion, ein Fernsehlotterielos zu Ostern
- MitarbeiterInnen, die an Gesundheitskursen teilnehmen, erhalten Sachpreise.

Gesundheit wurde zum Hauptthema der regelmäßigen betrieblichen Schulungen. Allen Fahrdienst-MitarbeiterInnen werden in jeweils 2tägigen Trainings-Seminaren Kompetenzen in den Bereichen „Fit im Fahrdienst“, „Kommunikation“, „Streßver-

meidung und Bewältigung“ vermittelt. Durch die Integration dieser Maßnahmen in die innerbetriebliche Weiterbildung wird die Zielgruppe nahezu vollständig erreicht. Auf vielfach geäußerten Wunsch der SeminarteilnehmerInnen bietet die Pinneberger Verkehrsgesellschaft zusätzlich kostenlose Kurse für autogenes Training, Rücken-schulung, Herz-Kreislauftraining etc. an. Diese finden außerhalb der Arbeitszeit statt und werden von fast 30% der Beschäftigten genutzt.

### Die Erfolge

Mit diesem Aktionspaket gesundheitsfördernder Maßnahmen konnte die Arbeits-unfähigkeitsquote im Fahrdienst innerhalb von 5 Jahren von 12,5 % auf heute 8,5% gesenkt werden, mit positiven Auswirkungen auf den Krankenstand der gesamten Belegschaft. Gegenüber vergleichbaren Betrieben ergibt sich damit eine positive Differenz von ca. 4 – 5 Prozentpunkten. Selbst bei vorsichtiger Kalkulation, wenn man nur 3 Prozentpunkte des Rückgangs auf die durchgeführten gesundheits-fördernden Maßnahmen zurückführt – und ohne Anrechnung sonstiger Vorteile etwa hinsichtlich Motivation, betrieblicher Verbesserungsvorschlägen und Kunden-orientierung der FahrerInnen -, ergibt sich eine äußerst attraktives Ergebnis bei der Kosten-Nutzen-Rechnung von durchschnittlich 1,4 Mio. DM Netto-Ersparnis pro Jahr: Mehr Mitarbeiterbeteiligung und aktive Förderung einer gesunden Lebenswei-se zahlen sich wirtschaftlich und gesundheitlich aus.

<b>Übersicht</b>		
<b>Kosten (im Durchschnitt pro Jahr 89-93).</b>		
<b>Maßnahmen / Investitionen</b>	<b>in TDM</b>	<b>in TDM</b>
organisatorischer Art	160	
ergonomischer Art	20	
individuelle Gesundheitskompetenzen	170	
Summe		350
<b>Monetäre Vorteile (im Durchschnitt pro Jahr (89-93)</b>		
<b>Einspareffekte</b>		
eingesparte Lohnfortzahlung für 3% Fehlzeiten	360	
Arbeitgeberanteile Sozialversicherung	70	
eingesparte Personalreserve 12 MitarbeiterInnen	1000	
durch Hierarchieabbau eingesparte Personalkosten	300	
sonstiger zurechenbarer Nutzen (insb. durch Fluktuationsverminderung)	20	
Summe		1750
<b>Netto-Nutzen pro Jahr</b>		<b>1400</b>

## **Dialog und schnelles Handeln – Health Task Force (Kraft Jacobs Suchard)**

Innerhalb von knapp 2 Jahren wurde bei Kraft Jacobs Suchard ein umfassendes Gesundheitsförderungsangebot mit vielfältigen Maßnahmen in den betrieblichen Alltag integriert. Dies war möglich durch den aktiven Einsatz des BKK-Geschäftsführers, dessen Initiative sowohl vom Management als auch vom Betriebsrat tatkräftig unterstützt wurde. Als hilfreich dafür erwiesen sich insbesondere die praktizierten Grundsätze eines kooperativen Führungsstils, die den Beschäftigten Möglichkeiten zur Partizipation einräumen. Durch kreatives Marketing wurde sowohl bei den Beschäftigten als auch beim Management eine gute Akzeptanz für die betriebliche Gesundheitsförderung erreicht.

### **Der Betrieb**

Kraft Jacobs Suchard ist eine Tochter des weltweit tätigen Philip Morris Konzerns. Das Werk Lörrach produziert Schokolade und hat ca. 870 Beschäftigte; davon arbeiten ca. 75% im Schichtdienst verschiedener Ausprägung (ca. 80 Arbeitszeitmodelle), der Hauptteil in 3 Schichten.

### **Die Ausgangslage**

Seit 1991 werden im Werk Lörrach – initiiert durch die BKK, die Personalleitung und den Betriebsrat – Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung durchgeführt, die seither ständig ausgebaut wurden. Die Grundlage für die Maßnahmen bildet ein Gesundheitsbericht auf Basis der Arbeitsunfähigkeitsdaten der BKK und Befragungen der Belegschaft alle 2 Jahre.

### **Die Ziele**

Ziel der Gesundheitsförderung ist es, das Wohlbefinden der Beschäftigten zu steigern und gleichzeitig zum wirtschaftlichen Erfolg des Unternehmens beizutragen, insbesondere sollen

- arbeitsbedingte Krankheitsursachen ermittelt und beseitigt
- die Arbeitszufriedenheit gefördert
- verhaltensbedingte Risikofaktoren vermindert und
- die Produktivität des Unternehmens erhalten und gesteigert werden.

### **Die Akteure**

Geplant und gesteuert werden die Aktivitäten durch einen monatlich tagenden Arbeitskreis (der mit Blick auf den amerikanischen Mutterkonzern Health-Task-Force heißt) oder durch bedarfsweise erweiterte Gremien. Die Gesundheitsförderung ist so fest in die betrieblichen Strukturen integriert und wird von allen relevanten Stellen im Betrieb – Personalabteilung, Produktionsabteilungen, Betriebsrat, Aus- und Weiterbildung sowie Caterer (Kantinenpächter) – mitgetragen.

## **Das Marketing**

Im ersten Schritt hat der BKK-Geschäftsführer systematisch die gesundheitsrelevanten Problem- und Interessenslagen sondiert und davon ausgehend eine überzeugende Argumentation entwickelt, mittels derer rasch die betrieblichen Kooperationspartner gewonnen wurden. Dabei wurde bewußt an die Unternehmenskultur und -sprache angeknüpft, z.B. bei der Einrichtung von TQM-Workshops Gesundheit. Schließlich werden alle Aktionen der Gesundheitsförderung durch eine kontinuierliche Öffentlichkeitsarbeit über alle betrieblichen Kommunikationswege – in Form direkter und motivierender Ansprache der jeweiligen Zielgruppen – begleitet. Um den Beschäftigtenbedürfnissen möglichst genau zu entsprechen werden zudem alle Kursangebote nicht mit festen Zeiten ausgeschrieben, sondern die Kurszeiten werden erst nach Rücksprache mit den InteressentInnen vereinbart.

## **Das Maßnahmenbündel**

Die Maßnahmen richten sich an alle Beschäftigten, wobei Schichtarbeiter und Risikogruppen besonders angesprochen und teilweise auch Familienangehörige und Rentner einbezogen werden. Im einzelnen handelt es sich um folgende Maßnahmen:

- TQM-Workshops Gesundheit für Produktionsabteilungen, die hinsichtlich Zusammensetzung und Vorgehensweise stark den Gesundheitszirkeln ähneln und vom BKK-Geschäftsführer moderiert werden. Bisher wurden drei dieser Workshops abgeschlossen, und zwar mit konkreten Verbesserungsvorschlägen zu Ergonomie, Organisation und Führungsstil, die teilweise bereits verwirklicht sind – beispielsweise zur ergonomischen und wirtschaftlichen Verbesserung taktgebundener Arbeiten.
- Transfer-Training für Führungskräfte, um diese zu sensibilisieren und zu befähigen, folgenden Problemen sachgerecht und vorbeugend zu begegnen
  - schlechtes Betriebsklima und Fehlzeiten
  - Streß
  - Alkohol-, Medikamenten- und Drogenmißbrauch.
- Transfer-Training als interaktive Besprechungs- und Gesprächsrunde für gewerbliche MitarbeiterInnen und ihre Vorgesetzten, und zwar wöchentlich 1/2 Stunde.
- Gesundheitsinformationen und Gesundheitsdialog-Veranstaltungen für alle MitarbeiterInnen. Im Rahmen des Schulungskonzeptes 93 wurden insgesamt neun halbschichtige Veranstaltungen (während der Arbeitszeit) durchgeführt, deren Ziel die Sensibilisierung für gesundheitliche Fragen der Bewegung, Ernährung und Streßbewältigung sowie die Steigerung der Akzeptanz der von der BKK angebotenen Gesundheitsseminare war.
- Seit 1991 führt die BKK zweimal jährlich im Betriebsrestaurant Gesundheitswochen durch. In Zusammenarbeit mit der BKK-Ernährungsberaterin und dem Caterer (Pächter) werden zum einen Aktionen zum Thema gesunde Ernährung durchgeführt, zu anderen werden zu verschiedenen Gesundheitsthemen Informationsmaterialien und Screenings angeboten.

- Das Kantinenangebot wird schrittweise gesundheitsbewußt erweitert und verändert, um ballaststoffreiches Essen zu fördern, die Fettanteile zu reduzieren und das Verpflegungsangebot an die Bedürfnisse der Nachtschichtarbeiter anzupassen.
- Kurs- und Beratungsangebote der BKK ergänzen diese Angebote: In Zusammenarbeit mit dem Betriebsarzt und der Diätassistentin werden Kurse zur Gewichtsreduktion angeboten. Neben der üblichen Ernährungsberatung haben die TeilnehmerInnen die Möglichkeit, im Betriebsrestaurant eine auf ihre Bedürfnisse abgestimmte Mahlzeit zu erhalten. Außerdem können sie einem speziellen Trainingsprogramm im nahegelegenen Fitness-Studio teilnehmen.
- Für Schichttätige werden Kurse, wie „Gesund kochen für Schichttätige“ und Spezial-Gesundheitsseminare angeboten.
- Auszubildende werden gezielt von der BKK zu Gesundheitsthemen informiert.

### **Die Erfolge**

Bereits nach kurzer Zeit ließen sich mehrere Erfolgsindikatoren beobachten:

- Ein Ergebnis ist der Rückgang des Krankenstandes seit 1992.
- An den Gesundheitsdialog-Veranstaltungen haben insgesamt 309 Beschäftigte teilgenommen, die diese überwiegend sehr positiv beurteilten.
- Das Management begreift Gesundheitsförderung nunmehr als eine Aufgabe mit hoher Priorität.
- Durch die Beteiligung am Forschungsprojekt des Landesverbandes der BKK Baden-Württemberg „Betriebliche Gesundheitsförderung“ wird künftig eine genauere Evaluation sichergestellt.

### **Betriebliche Gesundheitsförderung durch systematische Organisationsentwicklung (Pohjola/Finnland)**

Mitte der 80er Jahre wurde in einer finnischen Versicherungsgesellschaft vor dem Hintergrund der hohen Personalfuktuation ein innovativer Ansatz für betriebliche Gesundheitsförderung entwickelt.

#### **Der Betrieb**

Die Pohjola Gruppe ist eine Versicherungsgesellschaft mit 3000 Beschäftigten, mit einem Netz von 90 Zweigstellen, die über das ganze Land verteilt sind.

#### **Die Ausgangslage**

Den Anlaß für die gesundheitsfördernden Aktivitäten des Unternehmens bildete die starke Personalfuktuation, die für die Pohjola Gruppe mit hohen Kosten verbunden war. Die Unternehmensleitung ging daher der Frage nach, was die MitarbeiterInnen daran hindert, ihre volle Leistungsfähigkeit zu entfalten und dauerhaft für das Unternehmen tätig zu sein. Durch eine Pilotstudie wurden dafür folgende Gründe ermittelt:

- gleichbleibende Arbeitstätigkeit über einen langen Zeitraum;
- geringe Veränderungen in den grundsätzlichen Betriebsabläufen;
- wenig Möglichkeiten, die eigene Arbeit weiterzuentwickeln;
- autoritärer Führungsstil;
- wenig Angebote zur Aus- und Fortbildung;
- kein besonders gutes Betriebsklima.

### **Das Programm**

Diese Ergebnisse machten deutlich, daß die Hauptprobleme nicht primär bei der Qualifikation oder Einstellung der Mitarbeiter zu suchen waren, sondern vielmehr in der betrieblichen Gesamtorganisation, d.h. den durch diese Organisation geschaffenen Arbeitsbedingungen.

Das Ziel war deshalb, die betriebliche Organisation zu verändern, und zwar in Hinblick auf

- Selbstverständnis und Aufgaben der Beschäftigten sowie Möglichkeiten zur persönlichen und beruflichen Weiterentwicklung
- Berücksichtigung der persönlichen Interessen und Ziele der Beschäftigten, um so zu größerer Einsatzbereitschaft und Verantwortung für die Arbeit, auch im Umgang mit den Kunden, zu motivieren.

Klar war, daß das Problem der hohen Personalfuktuation sowie gesundheitliche Probleme nicht von den Experten der Personalabteilung und des arbeitsmedizinischen Dienstes gelöst werden können. Daher sollten Unternehmensleitung und alle Mitarbeiter aktiv in den Veränderungsprozeß einbezogen werden. Folgende Grundsätze wurden für die Partizipation entwickelt:

- der Vorgesetzte ist im Verhältnis zu seinen MitarbeiterInnen ein Experte unter ExpertInnen
- Innovation statt Kontrolle
- ausgehend von den der Entwicklungsmöglichkeiten des Arbeitsteams allmähliche Ausdehnung der Aktivitäten und Bildung eines Netzwerks von Projektkoordinatoren.

### **Die Methode**

Ausgehend von diesen Grundsätzen wurden sogenannte Innovationsteams entwickelt. Diese bestanden aus maximal 50 Personen (optimale Größe 30), die mit der Analyse ihrer täglichen Arbeitsroutine und der internen Kommunikation begannen (Stärken und Schwächen und was verbessert werden sollte). Ein Problem, für das die Gruppe dringenden Lösungsbedarf und Lösungsmöglichkeiten sah (z.B. eine bessere telefonische Beratung) wurde dann ausgewählt.

Daraufhin wurde die Gruppe in vier Gruppen („doubleteam“ Methode) aufgeteilt. Jede Gruppe wählte einen „Projekt-Koordinator“, der für die Lösung dieses spezifischen Problems verantwortlich war. Die Gruppen treffen sich alle zwei bis drei Monate. Sobald ein Problem gelöst ist, wird ein anderes bearbeitet.

Zusätzlich wurden drei Sonder-Gruppen eingerichtet, die sich mit schwierigen Problemen befaßten (Führungskräfte, ältere Verkäufer und MitarbeiterInnen, die seit Jahren die gleichen Tätigkeiten ausüben). Auf diese Weise entwickelte sich eine große Anzahl von Projekten an denen zeitweilig über 1000 MitarbeiterInnen aus allen Abteilungen beteiligt waren. In dieser Form arbeiteten die Innovationsteams bis 1989.

Auch heute noch sind solche Gruppen bei Pohjola aktiv; sie arbeiten inzwischen jedoch zügiger und mit geringerem Aufwand. Sie treffen sich alle zwei bis drei Monate für einen halben Arbeitstag. Sobald ein neues Problem in Angriff genommen wird, ändert sich auch die Zusammensetzung der Gruppe.

### **Die Ergebnisse**

Die Befragungsergebnisse von TeilnehmerInnen der Innovationsteams machen die Erfolge des Projektes deutlich. Im Vergleich zu einer Referenzgruppe, die nicht in das Projekt einbezogen war, äußerten sie sich positiv zu folgenden Punkten:

- sie sind gut informiert
- sie fühlen sich in der Lage, auf die Entwicklung ihrer Arbeitsbedingungen Einfluß nehmen zu können
- sie haben einen besseren Eindruck zum Teamwork von Gruppe und Vorgesetzten
- sie kennen die Arbeitsergebnisse ihres eigenen Teams
- und wünschen sich eine weitere Zusammenarbeit in ihrem Team
- Das Problem der Personalfluktuaton konnte inzwischen gelöst werden. Die Evaluationsergebnisse des Gesamtprojektes werden in Kürze veröffentlicht.

# Praktische Hilfen

## Hilfreiche Institutionen

### **Bundesrepublik Deutschland:**

Bundesanstalt für Arbeitsmedizin  
Nöldnerstraße 40-42  
10317 Berlin

Bundesanstalt für Arbeitsschutz  
Friedrich-Henkel-Weg 25  
44149 Dortmund

Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK BV)  
Europäisches Informationszentrum  
Gesundheitsförderung im Betrieb  
Kronprinzenstraße 6  
45128 Essen

Bundesvereinigung für Gesundheits-  
erziehung  
Heilsbachstraße 30  
53123 Bonn

Bundeszentrale für gesundheitliche  
Aufklärung  
Ostmerheimer Straße 200  
55109 Köln

Deutscher Gewerkschaftsbund  
Bundesvorstand  
Hans-Böckler-Straße 39  
40476 Düsseldorf

DGB-Technologieberatungsstellen  
Anschriften beim DGB-Bundesvorstand

Hauptverband der gewerblichen  
Berufsgenossenschaften  
Alte Heerstraße 111  
53757 Stankt Augustin

Rationalisierungskuratorium der  
Deutschen Wirtschaft (RKW) e.V.  
Postfach 58 67  
65733 Eschborn

### **Österreich:**

Oberösterreichische Gebiets-  
krankenkasse  
D-I/Gesundheitsförderung  
A-1010 Linz

Interuniversitäres Forschungsinstitut  
für Fernstudien  
Siebensterngasse 42/10  
A-1070 Wien

### **Schweiz:**

Gesundheitsstiftung Radix  
Gurtengesse 2  
CH-3011 Bern

# Betriebsvereinbarungen

## Rahmenbetriebsvereinbarung über Gesundheitsförderung im Betrieb

zwischen Vorstand Mannesmannröhren-Werke (MRW)  
und  
Gesamtbetriebsrat Mannesmannröhren-Werke (vom 20.11.92)

### 1. Zielsetzung

Ziel dieser Vereinbarung ist es, den Gesundheitszustand der Belegschaftsmitglieder zu verbessern, die Zufriedenheit und Motivation der MitarbeiterInnen an ihrem Arbeitsplatz zu erhöhen.

Um dieses Ziel zu erreichen, soll den Ursachen von betrieblichen Gesundheitsgefährdungen und Gesundheitsschäden nachgegangen und auf deren Beseitigung hingewirkt werden.

Dies geschieht in enger Zusammenarbeit mit den Betriebsräten, der BKK und den jeweils betroffenen MitarbeiterInnen.

Die Dauer der vorgesehenen Maßnahmen wird zunächst auf 3 Jahre begrenzt und mit einer Dokumentation abgeschlossen.

### 2. Arbeitsschutzausschuß

Das Aufgabenspektrum des Arbeitsschutzausschusses wird um die Thematik der Gesundheitsförderung aus ganzheitlicher Sicht erweitert.

Dazu kann der Arbeitsschutzausschuß auf Antrag eines seiner Mitglieder einen Facharbeitskreis Gesundheitsförderung bilden, dessen Aufgaben und Zusammensetzung durch Betriebsvereinbarungen vor Ort geregelt werden.

### 3. Gesundheitsberichterstattung

Es werden auf der Grundlage vorhandener Datenbestände oder der Kenntnisse über Arbeitsbelastungen aus Ergebnissen arbeitsmedizinischer Untersuchungen wie aus betriebsbezogenen Krankenstandsanalysen im Arbeitsschutzausschuß Betriebe ausgewählt, in denen schwerpunktmäßig Gesundheitsförderung durchgeführt werden soll. In Absprache mit der BKK kann durch den Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK BV) die Gesundheitsberichterstattung durchgeführt werden.

### 4. Gesundheitsgesprächszirkel

Um bei der Gesundheitsförderung die unmittelbaren Erfahrungen der MitarbeiterInnen einzubringen, sind in den vom Arbeitsschutzausschuß festgelegten Betrieben Gesundheitszirkel einzurichten.

Die Gesundheitsgesprächszirkel finden unter der Leitung eines Koordinators, z.B. Betriebsarzt, statt.

TeilnehmerInnen des Gesundheitszirkels sind z.B.

- mindestens drei gewählte Belegschaftsmitglieder (freiwillige Basis)
- ein bis zwei Vertreter des Betriebes (Betriebsleiter, Meister)
- ein Vertreter der Personalabteilung
- zuständiges Betriebsratsmitglied
- Betriebsarzt
- Sicherheitsfachkraft
- Vertrauensmann der Schwerbehinderten (je nach Thematik und Erfordernis)
- Ergonom (je nach Thematik und Erfordernis)

Die Sitzungen des betrieblichen Gesundheitszirkels sollen während der Arbeitszeit stattfinden.

Die Aufgabe des betrieblichen Gesundheitszirkels ist es, neben den objektivierbaren Arbeitsbedingungen die subjektiven Bewertungen der betroffenen MitarbeiterInnen und deren Vorstellungen bei der Erarbeitung der Maßnahmen zu berücksichtigen. Insbesondere sind die Arbeitsbelastungen, die die MitarbeiterInnen als beanspruchend oder problematisch bezeichnen und solche, die mit gesundheitlichen Beschwerden verknüpft sind, zu bearbeiten.

Damit soll erreicht werden, daß die Arbeitsbedingungen unter Berücksichtigung der Wünsche und Erfahrungen der unmittelbar betroffenen MitarbeiterInnen verbessert werden.

Die Ergebnisse der Zirkelarbeit und die dort erarbeiteten Vorschläge zur Gesundheitsförderung werden vom Koordinator des Gesundheitszirkels, wo vorhanden, dem Facharbeitskreis Gesundheitsförderung bzw. von dort oder direkt dem Arbeitsschutzausschuß vorgestellt.

## **5. Gesundheitsförderungsprogramme**

Als weitere Maßnahme zur Wiederherstellung und Aufrechterhaltung der Gesundheit bietet MRW in enger Zusammenarbeit mit der BKK gezielte Gesundheitsförderungsprogramme an.

Beispiele:

- Angebote zur sportlichen Betätigung
- Angebote zur freiwilligen Kontrolle gesundheitsbezogener Faktoren
- Vorträge, Seminare, Kurse zur Raucherentwöhnung, Streßbewältigung usw.
- Einflußnahme auf Ernährungsverhalten usw.

Mit diesen Programmen soll erreicht werden, daß das Gesundheitsbewußtsein der Belegschaft gefördert wird. Die Teilnahme an diesen Programmen ist freiwillig.

## **6. Mitwirkung des Betriebsrates**

Der Betriebsrat wird über die gesetzlichen Bestimmungen hinaus in die Gesundheitsförderungsmaßnahmen von Anfang an aktiv eingebunden, gestaltet diese mit und unterstützt die Programme dadurch, daß er die Belegschaft zu gesundheitsgerechtem Verhalten und zur aktiven Teilnahme an Gesundheitsförderungsprogrammen animiert.

## **7. Mitwirkung der BKK**

Da § 20 des Gesundheitsreformgesetzes den Krankenkassen den Auftrag zur Gesundheitsförderung in Zusammenarbeit mit betrieblichen Stellen auferlegt hat, soll die BKK der Mannesmannröhren-Werke zu den Beratungen über Gesundheitsförderungsprogramme eingeladen und bei der Durchführung der Programme um entsprechende Beteiligung gebeten werden.

Vorstand

Gesamtbetriebsrat

## **Betriebsvereinbarung Suchtmittel-Mißbrauch**

Zwischen der IG Metall für die Bundesrepublik Deutschland, ....vertreten durch den 1. Vorsitzenden ... und dem Gesamtbetriebsrat der IG Metall ... wird folgendes vereinbart:

### **1. Gegenstand**

Gegenstand der Vereinbarung sind die nachfolgenden Grundsätze gegen Mißbrauch von Suchtmitteln (Alkohol, Medikamente usw.) und die Hilfe für Suchtkranke.

### **2. Ziel**

Ziel dieser Vereinbarung ist es,

- die Gesundheit der Beschäftigten bei der IG Metall zu erhalten oder wiederherzustellen
- den Suchtmittelmißbrauch zu beseitigen
- den Betroffenen rechtzeitig ein Hilfsangebot zu unterbreiten
- die Gleichbehandlung der Betroffenen zu garantieren und allen Beschäftigten eine überschaubare Richtlinie an die Hand zu geben.

### **3. Geltungsbereich**

Diese Vereinbarung gilt räumlich für die IG-Metall-Vorstandsverwaltung in Frankfurt/Main, das Zweigbüro in Düsseldorf, die Bezirksleitungen, die Bildungsstätten und die Erholungsheime. Persönlich für alle Beschäftigten der Industriegewerkschaft Metall des räumlichen Geltungsbereiches.

### **4. Genuß von Alkohol**

Für den allgemeinen Genuß von Alkohol gelten die Vorschriften der UVV (Unfallverhütungsvorschrift), § 38, wonach Versicherte sich nicht in einen Zustand versetzen dürfen, durch den sie sich selbst oder andere gefährden können. Außerdem ist darauf zu achten, daß die zwischenmenschlichen Beziehungen nicht durch andauernden und übermäßigen Alkoholgenuß beeinträchtigt werden.

### **5. Ausschank von Alkohol und Ausgabe von Medikamenten**

Vorstand und Gesamtbetriebsrat sind sich im klaren darüber, daß der IG Metall wegen ihrer gesellschaftspolitischen Vorbildfunktion eine besondere Verantwortung bei der Alkoholfrage zufällt. Aus diesem Grunde soll über den veränderten Ausschank von Alkohol wieder eine veränderte Trinkkultur eingeleitet werden.

5.1 In den Kantinen bzw. Trinkstuben der Vorstandsverwaltung, des Zweigbüros, der Bezirksleitungen, der Bildungsstätten und der Erholungsheime werden harte Spirituosen nicht ausgeschenkt und alkoholfreie Getränke kostengünstiger als Bier und Apfelwein angeboten. Bei Sitzungen wird Bier nur noch auf ausdrücklichen Wunsch angeboten. Der private Verkauf von alkoholischen Getränken im Betrieb ist

nicht zulässig. Die Mitnahme von alkoholischen Getränken zum Verzehr im Betrieb ist unzulässig.

5.2 Die rezeptfreie Medikamentenausgabe erfolgt nur nach Absprache zwischen den jeweiligen Verantwortlichen der IG Metall und dem zuständigen Betriebsarzt. Über den Betriebsarzt ist festzulegen, welche Medikamente zu welchem Anlaß herausgegeben werden dürfen.

## **6. Aufklärung**

Die Beschäftigten der IG Metall werden fortlaufend, umfassend und systematisch darüber aufgeklärt:

- daß psychoaktive Suchtstoffe wie Alkohol, Medikamente, Drogen und das Schnüffeln von Lösemitteln die Menschen in ihrer Denk-, Reaktions- und Leistungsfähigkeit beeinträchtigen
- daß diese Suchtstoffe die eigene Gesundheit, aber auch die Sicherheit und das Wohlbefinden anderer gefährden
- daß es auch nicht stoffgebundene psychosoziale Krankheitserscheinungen mit Abhängigkeitscharakter wie z.B. das Glücksspiel, Eßstörungen wie die Freß-, Brech- und Magersucht und die Arbeitssucht gibt, die zu Schädigungen der eigenen Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen führen.

## **7. Schulungsmaßnahmen**

Alle verantwortlichen MitarbeiterInnen wie z.B. Bezirksleiter, Bevollmächtigte, Betriebsratsmitglieder, Pädagogische Leiter und Verwaltungsleiter der Bildungsstätten, Verwaltungsleiter der Erholungsheime und AbteilungsleiterInnen der Vorstandsverwaltung werden systematisch über Abhängigkeitserkrankungen geschult. Diese Schulung ist deshalb von besonderer Bedeutung, weil die verantwortlichen MitarbeiterInnen immer wieder sachbezogene Gespräche mit Betroffenen führen müssen.

## **8. Beseitigung von Ursachen, die zum Suchtverhalten Anlaß geben können**

Verstärktes Suchtverhalten in bestimmten Bereichen wird mit den Betroffenen gemeinsam diskutiert, um die Ursachen (schlechtes Arbeitsklima, traditionelle Trinkunsitten) zu beseitigen.

## **9. Beratung von Betroffenen**

Die Beratung von Betroffenen ist ein Angebot mit dem Ziel, daß Gefährdete und Abhängige von ihrem jeweiligen Suchtstoff ablassen. Die Beratung erfolgt abgestuft und systematisch.

### **9.1 Beratung auf eigenen Wunsch**

Haben Betroffene selber den Wunsch, sich von ihrem Suchtverhalten zu befreien, so können sie jederzeit Kontakte zum/zur Suchtbeauftragten der IG Metall oder zu jeder anderen Beratungsstelle aufnehmen, um sich während der Arbeitszeit beraten und ambulant behandeln zu lassen.

## 9.2 Beratung auf Veranlassung

Da das Leugnen einer Gefährdung bzw. Abhängigkeit zum Krankheitsbild der Betroffenen gehört, muß auf sie ein konstruktiver Druck ausgeübt werden, damit sie eine Beratung in Anspruch nehmen. Dieser Druck kann nur von den jeweiligen Vorgesetzten ausgehen. Kolleginnen und Kollegen, die bei ihrem nächsten Vorgesetzten Anzeichen der Krankheit feststellen, haben jederzeit die Möglichkeit, sich an einen anderen/höheren Vorgesetzten bzw. die/den Suchtbeauftragte/n zu wenden. Die Beratung auf Veranlassung kann auch durch den Betriebsrat erfolgen.

### Erste Beratung

Entsteht der Eindruck, daß ein Kollege bzw. eine Kollegin suchtgefährdet oder abhängig ist, veranlaßt der/die jeweilige Vorgesetzte, daß zwischen den Betroffenen und der/dem Suchtbeauftragten Kontakte aufgenommen werden, um sich während der Arbeitszeit beraten zu lassen.

### Zweite Beratung

Ist nach der Beratung oder dem Versuch einer Beratung im Verhalten der Betroffenen in überschaubarer Zeit (8 Wochen) keine Änderung festzustellen, so findet auf Veranlassung und im Beisein des/der Vorgesetzten eine weitere Beratung mit dem/der Suchtbeauftragten statt. Diese beiden Beratungen haben keine personellen Konsequenzen.

### Dritte Beratung

Ist nach dem letzten Gespräch im Verhalten der Betroffenen in überschaubarer Zeit (weitere 8 Wochen) keine Änderung festzustellen, so findet auf Veranlassung und im Beisein des/der Vorgesetzten, der unmittelbaren ArbeitskollegInnen und eines beauftragten Betriebsratsmitgliedes eine weitere Beratung mit dem/der Suchtbeauftragten statt. Der/die Suchtbeauftragte bereitet die Beratungsgespräche mit den Beteiligten inhaltlich vor.

## 9.3 Familienberatung

Suchtkrankheiten wirken bis in den Familienkreis, weil die Betroffenen ihre Familie mitschädigen und diese oft nicht wissen, wie sie sich sachgemäß verhalten sollen. Die Familienmitglieder des/der Suchtkranken können sich bei dem/der Suchtbeauftragten über eine richtige Umgangsweise mit dem/der Betroffenen informieren und können in die Beratungsgespräche mit dem/der Betroffenen einbezogen werden.

## 10. Maßnahmen für die Betroffenen

Ziel der Beratung ist es:

- mit den Betroffenen zunächst im einvernehmlichen Gespräch zu klären, welche Maßnahme (Selbsthilfegruppe, ambulante oder stationäre Behandlung) in Frage kommt
- bei weiteren – nicht einvernehmlichen – Gesprächen mit den Betroffenen ist die Einleitung einer dieser Maßnahmen (Selbsthilfegruppe, ambulante oder stationäre Behandlung) abzuverlangen.

- Nehmen Betroffene die angebotenen Maßnahmen nicht an, können unter Beachtung des Einzelfalles abgestufte personelle Konsequenzen erfolgen. Sollte als letzter Schritt eine Entlassung unumgänglich sein und können Betroffene nach ihrer Entlassung aus dem Arbeitsverhältnis zu einer abstinenter Lebensweise finden, bemüht sich die IG Metall, sie wieder einzustellen. Der Betriebsrat wird in diesen Entscheidungsprozeß einbezogen.

## **11. Wiedereingliederung**

Bei Rückkehr eines Suchtkranken, vor allem nach einer stationären Langzeittherapie, wird ihm/ihr nach Möglichkeit der bisherige Arbeitsplatz oder eine andere gleichwertige Stelle angeboten.

## **12. Stellung und Aufgabe des/der Suchtbeauftragten**

- Der/die Suchtbeauftragte arbeitet nach den Grundsätzen dieser Betriebsvereinbarung – das bedeutet u.a. auch, die Schulungen nach Ziffer 7 durchzuführen – und ist in seiner/ihrer Beratungstätigkeit weisungsfrei.
- Sie/er hat die Regeln der ärztlichen Schweigepflicht zu beachten. Dies gilt auch für den/die Mitarbeiter/in im Vorzimmer.
- Der/die Suchtbeauftragte unterstehen unmittelbar dem 2. Vorsitzenden der Industriegewerkschaft Metall für die Bundesrepublik Deutschland.
- Kann sich der/die Suchtbeauftragte über eine von ihm/ihr vorgeschlagene therapeutische Maßnahme mit den Vorgesetzten des Suchtkranken nicht verständigen, so kann er/sie seinen /ihren Vorschlag unmittelbar dem 2. Vorsitzenden unterbreiten.
- Der/die Suchtbeauftragte hat bei der Erfüllung seiner/ihrer Aufgaben mit dem Betriebsrat, den Vertrauensleuten der Schwerbehinderten und den Suchtkrankenhelfern zusammenzuarbeiten.
- Der/die Suchtbeauftragte und der Betriebsarzt haben bei der Erfüllung gemeinsamer Aufgaben zusammenzuarbeiten.

## **13. Arbeitsbedingungen für die ehrenamtlichen Helfer/innen**

- Zur Unterstützung der/des Suchtbeauftragten sollen betriebliche Suchthelfer/innen ausgebildet und die Schulung bei externen Fachinstitutionen, z.B. Diakonie, durchgeführt werden.
- Sofern es ihre Aufgabe erfordert, werden sie ohne Minderung des Arbeitsentgelts von der Arbeit freigestellt. Dabei dürfen sie in der Erfüllung ihrer Aufgaben nicht behindert und nicht benachteiligt werden. Das gilt auch für ihre berufliche Entwicklung.

## **14. Empfehlung für die Verwaltungsstellen der IG Metall**

Der/die Suchtbeauftragte steht den Verwaltungsstellen zum Zwecke der Beratung von Betroffenen, zur Aufklärung der Beschäftigten und zur Schulung von der Ortsverwaltung nach Absprache zur Verfügung. Die Beratung erfolgt entweder

nach Ziffer 9.1 auf eigenen Wunsch der Betroffenen oder entsprechend der Ziffer 9.2 auf Veranlassung, wobei das erste Beratungsgespräch vom Bevollmächtigten bzw. der Ortsverwaltung aus veranlaßt wird. Das zweite Beratungsgespräch findet im Beisein des Bevollmächtigten oder eines Ortsverwaltungsmitgliedes statt. Das dritte Beratungsgespräch soll im Beisein von Mitgliedern der Ortsverwaltung stattfinden. Besteht ein Betriebsrat, so ist dieser hinzuzuziehen. Besteht kein Betriebsrat, kann ein Mitglied des Gesamtbetriebsrates hinzugezogen werden. Die Verwaltungsstellen werden gebeten, von diesem Angebot Gebrauch zu machen.

### **15. Inkrafttreten/Kündigung**

Diese Betriebsvereinbarung tritt mit der Unterzeichnung in Kraft. Sie kann mit einer Frist von drei Monaten gekündigt werden. Sie wirkt nicht nach, da sie als freiwillige Betriebsvereinbarung nach § 88 Ziffer 1 BetrVG abgeschlossen wurde. (...)

Leicht überarbeitete Fassung der Betriebsvereinbarung der IG Metall,  
in: Sucht-Dokumentation über Betriebs- und Dienstvereinbarungen, Rita Rußland,  
WSI Arbeitspapier Nr. 32

## **Muster einer Betriebsvereinbarung „Nichtraucherschutz am Arbeitsplatz“**

Zur Schaffung einer gesünderen Arbeitsumgebung durch Schutz der MitarbeiterInnen vor Beeinträchtigungen und Gesundheitsgefahren durch Tabakrauch schließen Geschäftsleitung und Personalrat / Betriebsrat der / des .... folgende Vereinbarung:

1. Raucher und Nichtraucher sind nicht in gemeinsamen Diensträumen unterzubringen. Sind die räumlichen und personellen Voraussetzungen hierfür nicht gegeben, hat das Rauchen auch bei Einverständnis des im selben Dienstraum untergebrachten Nichtrauchers zu unterbleiben.
2. Bei Sitzungen und sonstigen dienstlichen Zusammenkünften hat der Schutz der NichtraucherInnen Vorrang. Deshalb ist Rauchen in Sitzungsräumen sowie Lehr- und Unterrichtsräumen nicht gestattet; bei Bedarf sind Raucherpausen außerhalb der genannten Räume einzulegen. Die Sitzungsleitung ist gehalten, durch entsprechende Pausengestaltung für einen Ausgleich der Belange zu sorgen.
3. In Kantinen und Cafeterien ist zu Zeiten der Essensausgabe das Rauchen grundsätzlich untersagt. In Aufenthalts- und Pausenräumen sind geeignete Maßnahmen – z.B. getrennte Bereiche für RaucherInnen und NichtraucherInnen – zum Schutz der NichtraucherInnen vor Tabakrauch festzulegen. Wenn dies nicht möglich ist, ist das Rauchen in diesen Räumen nicht gestattet.
4. In Aufzügen, Gängen mit Wartezonen für Besucher, Räumen mit Besucherverkehr, betrieblichen Telefonzellen, Toiletten und Dienstfahrzeugen ist das Rauchen nicht gestattet. Den Belangen der RaucherInnen ist im Rahmen des Möglichen (z.B. durch Einrichtung von Raucherräumen und Raucherzonen) Rechnung zu tragen.
5. In den Bereichen, in denen Rauchen nicht gestattet ist, sollte in geeigneter Form auf das Rauchverbot hingewiesen werden.
6. Die Betriebsvereinbarung tritt mit dem ... in Kraft.

Ort, Datum

Betriebsleitung/Geschäftsführung

Betriebsrat/Personalrat

# **Muster einer Betriebsvereinbarung „Kantinenessen“**

## **1. Grundsätze**

Die Betriebsparteien sind sich dahingehend einig, daß eine gesunde, schmackhafte und anregend präsentierte Verpflegung im Betrieb von grundlegender Bedeutung für das Wohlbefinden der Beschäftigten und Bestandteil einer modernen Unternehmenskultur ist. Der Kantine kommt darüber hinaus wesentliche Bedeutung als Ort der Begegnung, der Kommunikation, der Erholung und als Lernfeld für eine gesunde Lebensweise zu. Die Gestaltung der Räumlichkeiten, die Art der Speisen und Getränke sowie ihre Präsentation soll diesen Bedürfnissen Rechnung tragen.

## **2. Angebot an Speisen und Getränken**

### **2.1 Hauptmahlzeiten**

2.1.1 Es werden drei Menügruppen als Hauptmahlzeit angeboten, bei denen eine Gruppe Fleisch enthält, eine Gruppe vegetarisch ist und eine Gruppe variabel gestaltet wird, wobei mindestens zweimal wöchentlich Fisch vorzusehen ist. Soweit das Fleischgericht Schweinefleisch enthält, soll das dritte Gericht Fisch oder eine andere Fleischart enthalten.

2.1.2 Die Stärkebeilagen (Reis, Nudeln, Kartoffeln und Kartoffelprodukte) sollen austauschbar sein. Die Vollkornvarianten bei Reis und Teigwaren sind angemessen zu berücksichtigen. Bei den Kartoffelbeilagen sollen die fettarmen Zubereitungsarten vorherrschen.

2.1.3 Die Gemüsebeilagen sollen sowohl aus gegarten Komponenten als auch aus Salaten und Rohkost bestehen: Die Salate sollen sich aus mehreren Sorten zusammensetzen, keinesfalls nur aus Kopfsalat. Bei den Salaten sollen täglich mindestens drei verschiedene Varianten angeboten werden.

2.1.4 In der Regel soll mageres bis mittelfettes Fleisch verwendet werden (nicht über 20% Fett). Die Fleischportionen sollen im Normalfall ein Rohgewicht von 100 bis 150 Gramm haben. Bei typischen Fleischgerichten kann das Gewicht gelegentlich überschritten werden.

2.1.5 Bei Fischgerichten gilt die Gewichtsobergrenze für Fleischgerichte nicht. Seefische und fettarme Zubereitungsarten sind zu bevorzugen.

2.1.6 Vegetarische Gerichte sollen nicht nur Gemüse, sondern auch Komponenten auf der Basis von Vollkorn (z.B. Grünkern-Bratlinge) oder Hülsenfrüchten (z.B. Linsen, Bohnen, Soja) enthalten.

2.1.7 Es wird täglich eine Suppe angeboten. Gemüsesuppen sind zu bevorzugen.

2.1.8 Bei der Zubereitung von Suppen, Soßen, Gemüsegerichten und Salatdressings wird kein Industriezucker eingesetzt, allenfalls gelegentlich zur geschmacklichen Abrundung können Zuckeraustauschstoffe in sehr sparsamer Dosierung angewen-

det werden. Bei der Verwendung von Fertigprodukten sind zuckerfreie/-arme Produkte zu bevorzugen.

## **2.2 Zwischenverpflegung**

2.2.1 Es wird eine Cafeteria unterhalten, in der Zwischenverpflegung angeboten wird. Betriebsbereiche, die zu weit von der Cafeteria entfernt sind, als daß sie in der zur Verfügung stehenden Pausenzeit in Anspruch genommen werden könnten, sind durch dezentrale Angebote (Speisewagen, Kiosk, Speisenautomaten) zu versorgen.

2.2.2 Im Angebot müssen Milch- und Sauermilchprodukte (möglichst fettarm, auch ungesüßt), frisches Obst, belegte Brote und Brötchen (auch Vollkorn), Müsli sowie Heiß- und Kaltgetränke (einschließlich Mineralwasser und kalorienarme Erfrischungsgetränke) enthalten sein. Werden in der Cafeteria alkoholische Getränke verkauft, so ist bei der Preisgestaltung darauf zu achten, daß mehrere alkoholfreie Getränke zu niedrigeren Preisen als z.B. Bier angeboten werden.

2.2.3 Brotbeläge sollen möglichst fettarm sein, ebenso Streichfette. Für das Selbstbedienungsverfahren sind Margarine und Butter als Portionen zu 10 Gramm anzubieten.

## **3. Organisation der Verpflegung**

3.1 Es wird im Betrieb täglich frisch gekocht.

3.2 Es werden bevorzugt frische Rohstoffe eingesetzt. Halbfertigprodukte können verwendet werden, wenn sie unter ernährungswissenschaftlichen und geschmacklichen Gesichtspunkten eine vergleichbare Qualität gewährleisten.

3.3 Es werden neuzeitliche Gargeräte verwendet, die kurze, nährwertschonende Zubereitungszeiten ermöglichen.

3.4 Es wird chargenweise gekocht, um die Warmhaltezeiten so kurz wie möglich (maximal eine Stunde) zu halten.

3.5 Erfolgt die Ausgabe der Speisen nicht unmittelbar bei der Produktion, darf die Warmhaltezeit auf keinen Fall drei Stunden überschreiten. Die Temperatur der Warmspeisen darf aus hygienischen Gründen nicht unter 65 Grad Celsius abfallen.

## **4. Gestaltung des Speiseraumes**

4.1 Die Gestaltung des Speiseraumes soll eine restaurantartige Atmosphäre gewährleisten. Die Tische sollen nicht in Reihen aufgestellt werden, vielmehr sind aufgelockerte Sitzgruppen zu bilden, die das Zusammensitzen unterschiedlich großer Personengruppen ermöglichen. Es sollten auch runde Tische verwendet werden.

4.2 Der Raum wird durch Grünpflanzen unterteilt.

4.3 Für die Beleuchtung werden warmtönige Leuchten verwendet. Der Speiseraum soll über großflächige Fenster verfügen, die ansprechend dekoriert sind.

4.4 Durch geeignete Lärmdämmungsmaßnahmen wird gewährleistet, daß der Lärmpegel 50 dB (A) nicht überschreitet. Es wird insbesondere sichergestellt, daß aus dem Küchenbereich und von der Geschirrentsorgung kein störender Lärm ausgeht.

4.5 Die Kassenanordnung erfolgt in einer Weise, die Schlangenbildung bei der Ausgabe möglichst verhindert.

4.6 Die Kantinenräume werden mindestens alle fünf Jahre grundlegend renoviert.

4.7 Es wird Porzellangeschirr und Metallbesteck verwendet.

4.8 Es wird – soweit aus hygienischen Gründen möglich – auf Verpackungsmaterial verzichtet.

## **5. Mitbestimmungsorganisation**

5.1 Zur Verwaltung der Kantine bildet der Betriebsrat eine Kantinenkommission. Die Kantinenkommission nimmt die Mitbestimmungsrechte des Betriebsrates gemäß § 87 Abs 1 Nr. 8 BetrVG (deutsches Betriebsverfassungsgesetz) wahr, soweit sie einstimmig entscheidet. Kommt eine einstimmige Entscheidung nicht zustande, ist die Angelegenheit dem gesamten Betriebsrat zur Entscheidung vorzulegen. Über Kantinenpreise entscheidet immer der gesamte Betriebsrat.

5.2 Der Kantinenkommission werden die Menüpläne jeweils für einen Monat im voraus vorgelegt. Die Menüpläne gelten als genehmigt, wenn ihnen nicht binnen einer Frist von einer Woche widersprochen wird.

5.3 Der Betriebsrat hat das Recht, jederzeit in alle Unterlagen der Kantinenverwaltung Einsicht zu nehmen. Die Kantinenleitung ist verpflichtet, die Unterlagen zu erläutern. Dies gilt insbesondere für Kalkulationsunterlagen. MitarbeiterInnen der Kantine sind berechtigt und verpflichtet, dem Betriebsrat jederzeit die mit ihrer Arbeit zusammenhängenden Auskünfte zu erteilen. Sie bedürfen dazu nicht der Zustimmung ihrer Vorgesetzten.

5.4 Sobald Zweifel an der gesundheitlichen Verträglichkeit von Speisen oder Getränken oder an ihrer Übereinstimmung mit den vereinbarten Standards bestehen, kann der Betriebsrat Untersuchungen durch geeignete Laboratorien durchführen lassen. Die Kosten hierfür trägt der Arbeitgeber. Darüber hinaus kann sich der Betriebsrat im Rahmen seiner Mitbestimmungsaufgaben durch Sachverständige gemäß § 80 Abs. 3 BetrVG beraten lassen. Die Entscheidung über die Person des Sachverständigen trifft der Betriebsrat. Der Betriebsrat kann eigenständige Honorarvereinbarungen treffen, soweit sie sich im marktüblichen Rahmen halten.

Ort, Datum

Geschäftsleitung

Betriebsrat

Quelle: BKK-Handbuch zur Gesundheitsförderung, in Anlehnung an einen Entwurf der Gewerkschaft Nahrung, Genuß, Gaststätten, NKG, Verwaltungsstelle Frankfurt.

# Regeln der Zusammenarbeit im Gesundheitszirkel

Für die Zusammenarbeit von Arbeitsgruppen haben sich die folgenden Gesprächsregeln als nützlich und zweckmäßig erwiesen:

1. Jeder ist **Experte**, und zwar jeder auf seinem Gebiet.
2. Jeder hat die Möglichkeit, seine **Meinung frei zu äußern** und auszureden.
3. Meinungen sollen nicht der **Person angelastet** werden.
4. Die Diskussion sollte **beim Thema bleiben** und nicht auf andere Punkte ausufern.
5. Abweichende Meinungen sollten **begründet** werden.
6. Nicht alle geäußerten Meinungen und Vorschläge können **verwirklicht** werden.
7. Es geht darum, **gemeinsame Vorschläge** zu erarbeiten.
8. Wer mitarbeitet, sollte **regelmäßig** teilnehmen.
9. Der Moderator nimmt **keine inhaltliche** Stellung. Er kümmert sich um den Diskussionsablauf.
10. Die Redebeiträge sollten **1 Minute** nicht überschreiten.

# Musterfragebogen

## Belastungen – Beschwerden – Verbesserungsvorschläge

1. Wie nennt sich Ihr Arbeitsplatz?

---

2. Wie alt sind Sie? \_\_\_\_\_

3. Wie lange arbeiten Sie schon

– im Unternehmen? \_\_\_\_\_

– am jetzigen Arbeitsplatz? \_\_\_\_\_

4. Welche Belastungen erleben Sie an Ihrem jetzigen Arbeitsplatz?

Wir möchten gern von Ihnen erfahren, durch welche Anforderungen an Ihrem Arbeitsplatz Sie sich **persönlich belastet** fühlen. Bitte kreuzen Sie für jede Anforderung an, ob Sie sich dadurch **nie, selten, manchmal, häufig oder sehr häufig** belastet fühlen.

	nie	selten	manch- mal	häufig	sehr häufig
1. Halten von schweren Gegenständen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tragen von schweren Gegenständen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Heben von schweren Gegenständen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. gebeugte Körperhaltung / Bücken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Stehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Zwangshaltung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Konzentration / Aufmerksamkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Nachdenken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. einförmige Arbeit / Monotonie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. mehrere Anforderungen zur gleichen Zeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. fehlende Möglichkeit der eigenen Arbeitseinteilung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Abhängigkeit vom Arbeitstempo anderer Kollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Abhängigkeit von betrieblichen Arbeitsabläufen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Überstunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	nie	selten	manch- mal	häufig	sehr häufig
16. Wochenendarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Arbeiten unter Termin- und Leistungsdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Kontrolliert-Werden durch Vorgesetzte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. selbständiges Entscheiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. selbständige Arbeitseinteilung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Verantwortung für Maschinen und Material	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Verantwortung für Sicherheit und Gesundheit anderer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Verantwortung für Qualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Lärm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. ungünstige Beleuchtung / Blendung / Lichtmangel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Hitze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Kälte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Stolpergefahr, Unebenheit des Bodens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Arbeitsstoffe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Staub / Schmutz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Zugluft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Gerüche / Qualm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. Unfallgefährdung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Schichtarbeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. Ärger mit Kollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36. Ärger mit Vorgesetzten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. fehlendes / mangelhaftes Werkzeug	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. fehlende / mangelhafte Arbeitsschutzkleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Arbeiten in großer Höhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. häufige Umbesetzung auf andere Arbeitsplätze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Unterbrechung durch Maschinenstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42. Unterbrechung durch Kollegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43. Vibrationen / Erschütterungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44. Tragen persönlicher Schutzausrüstung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gibt es noch **andere Anforderungen**, die nicht genannt wurden, aber durch die Sie sich belastet fühlen? Wenn ja, welche?

---



---

Wo sehen Sie persönlich sinnvolle **Verbesserungsmöglichkeiten** für Ihren Arbeitsplatz?

---



---

5. Müssen/sollen Sie bei Ihrer Arbeit Schutzkleidung tragen?

**Wenn nein, weiter mit Frage 6**

Wenn ja, machen Sie bitte folgende Angaben:

Art der Schutzkleidung	Schutzwirkung			Tragekomfort		
	gut	mittel	schlecht	gut	mittel	schlecht
Gehörschutz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ärmelschoner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arbeitsschutzschuhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schutzbrille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstige Schutzkleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Welche Arbeits- und Hilfsmittel sind für Ihre Tätigkeit notwendig und vorhanden?

Arbeitsmittel	notwendig			vorhanden		
	ja	zum Teil	nein	ja	zum Teil	nein
Werkzeuge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transportmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschick- und Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußstützen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzeigevorrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Wie ist der Zustand dieser Arbeitsmittel?

	gut	gebrauchsfähig	schlecht
Werkzeuge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transportmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beschick- und Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stühle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußstützen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anzeigevorrichtungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Durch welche anderen Arbeitsmittel könnte Ihre Arbeit erleichtert werden?

---



---

9. Wie ist der Zustand der Pausen- und Sanitarräume?

	sehr gut	gut	zufriedenstellend	schlecht	sehr schlecht
Pausenraum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sanitarräume	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Wie empfinden Sie die Rahmenbedingungen Ihrer Arbeit?

	ja	überwiegend	teilweise	kaum	nein
1. Entspricht die Arbeitszeitregelung Ihren Vorstellungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bekommen Sie Bestätigung bzw. Anerkennung von Ihren Vorgesetzten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sind Sie mit Ihren ArbeitskollegInnen zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Erhalten Sie für Ihre Arbeit eine angemessene Bezahlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Haben Sie Aufstiegsmöglichkeiten im Betrieb?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sind Sie mit Ihren Vorgesetzten zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Haben Sie augenblicklich Angst um Ihren Arbeitsplatz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Sind Sie mit den betrieblichen Sozialleistungen zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Falls Sie als Vorgesetzter im Betrieb arbeiten:

Wie fühlen Sie sich in dieser Funktion?

	ja	über- wiegend	teilweise	kaum	nein
richtig belastet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
überlastet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unterfordert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
von Ihrem Vorgesetzten akzeptiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
von Ihren Mitarbeitern akzeptiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Unter welchen gesundheitlichen Beschwerden leiden Sie?

	nie	selten	manchmal	häufig	sehr häufig
1. Nackenschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Schulterschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Kreuzschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Schmerzen in Armen oder Händen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Schmerzen in Beinen oder Füßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. geschwollene, steife oder schmerzende Gelenke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Taubheitsgefühl in Händen oder Füßen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Flimmern oder Schwarzwerden vor den Augen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Kurzatmigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Herzklopfen, Herzjagen, Herzstolpern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Stiche, Schmerzen oder Ziehen in der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Nieren- oder Blasenbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Magen- oder Bauchschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Verstopfung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Augenbrennen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. plötzliche Schweißausbrüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Müdigkeit und Zerschlagenheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Gereiztheit, genervt sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Gefühl, gehetzt zu werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

nie   selten   manchmal   häufig   sehr häufig

21. Schwindel, Gleichgewichtsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Konzentrationsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Händezittern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Appetitlosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Innere Unruhe, Nervosität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Schlafstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Welche betrieblichen Angebote zur Verbesserung Ihres gesundheitlichen Befindens und Ihrer Fitness würden Sie sich wünschen?

---

---

---

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.

Die Ergebnisse dieser Befragung werden bis zum ... (in der Betriebszeitung) veröffentlicht.

# Anhang

## **Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung**

Die erste internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung hat am 21. November 1986 in Ottawa die folgende Charta verabschiedet. Sie ruft damit auf zu aktivem Handeln für das Ziel „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ und darüber hinaus.

Diese Konferenz war vor allem eine Antwort auf die wachsenden Erwartungen an eine neue Bewegung für die Gesundheit in der ganzen Welt. Die Diskussion befaßt sich vorrangig mit Erfordernissen in Industrieländern, es wurden aber auch Probleme aller anderen Regionen erörtert. 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 während der letzten Weltgesundheitsversammlung geführte Diskussion zum intersektoriellen Zusammenwirken für die Gesundheit.

### **Gesundheitsförderung**

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 in gleicher Weise 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 gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden.

### **Voraussetzungen für die Gesundheit**

Grundlegende Bedingungen und konstituierende Momente von Gesundheit sind Frieden, angemessene Wohnbedingungen, Bildung, Ernährung, ein stabiles Ökosystem, eine sorgfältige Verwendung vorhandener Naturressourcen, soziale Gerechtigkeit und Chancengleichheit. Jede Verbesserung des Gesundheitszustandes ist zwangsläufig fest an diese Grundvoraussetzungen gebunden.

### **Interessen vertreten**

Ein guter Gesundheitszustand ist eine wesentliche Bedingung für soziale, ökonomische und persönliche Entwicklung und ein entscheidender Bestandteil der Lebensqualität. Politische, ökonomische, soziale, kulturelle, biologische sowie Umwelt- und Verhaltensfaktoren können alle entweder der Gesundheit zuträglich sein oder

auch sie schädigen. Gesundheitsförderndes Handeln zielt darauf ab, durch aktives, anwaltschaftliches Eintreten diese Faktoren positiv zu beeinflussen und der Gesundheit zuträglich zu machen.

### **Befähigen und ermöglichen**

Gesundheitsförderung ist auf Chancengleichheit auf dem Gebiet der Gesundheit gerichtet. Gesundheitsförderndes Handeln bemüht sich darum, bestehende soziale Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern sowie gleiche Möglichkeiten und Voraussetzungen zu schaffen, damit alle Menschen befähigt werden, ihr größtmögliches Gesundheitspotential zu verwirklichen. Dies umfaßt sowohl Geborgenheit und Verwurzelung in einer unterstützenden sozialen Umwelt, den Zugang zu allen wesentlichen Informationen und die Entfaltung von praktischen Fertigkeiten als auch die Möglichkeit, selber Entscheidungen in bezug auf die persönliche Gesundheit treffen zu können. Menschen können ihr Gesundheitspotential nur dann weitestgehend entfalten, wenn sie auf die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, auch Einfluß nehmen können. Dies gilt für Frauen ebenso wie für Männer.

### **Vermitteln und Vernetzen**

Der Gesundheitsfaktor allein ist nicht in der Lage, die Voraussetzungen und guten Perspektiven für die Gesundheit zu garantieren. Gesundheitsförderung verlangt vielmehr ein koordiniertes Zusammenwirken unter Beteiligung der Verantwortlichen in Regierungen, im Gesundheits-, Sozial- und Wirtschaftssektor, in nicht-staatlichen und selbstorganisierten Verbänden und Initiativen sowie in lokalen Institutionen, in der Industrie und in den Medien. Menschen in allen Lebensbereichen sind daran zu beteiligen als einzelne, als Familien und als Gemeinschaften. Die Berufsgruppen und sozialen Gruppierungen sowie die Mitarbeiter des Gesundheitswesens tragen große Verantwortung für eine gesundheitsorientierte Vermittlung zwischen den unterschiedlichen Interessen in der Gesellschaft.

### **Aktives, gesundheitsförderndes Handeln erfordert:**

#### **Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik**

Gesundheitsförderung beinhaltet weit mehr als medizinische und soziale Versorgung. Gesundheit muß auf allen Ebenen und in allen Politiksektoren auf die politische Tagesordnung gesetzt werden. Politikern müssen dabei die gesundheitlichen Konsequenzen ihrer Entscheidungen und ihre Verantwortung für die Gesundheit verdeutlicht werden. Dazu wendet eine Politik der Gesundheitsförderung verschiedene, sich gegenseitig ergänzende Ansätze an, u.a. Gesetzesinitiativen, steuerliche Maßnahmen und organisatorisch strukturelle Veränderungen. Nur koordiniertes, verbündetes Handeln kann zu einer größeren Chancengleichheit im Bereich der Gesundheits-, Einkommens- und Sozialpolitik führen. Ein solches gemeinsames Handeln führt dazu, ungefährlichere Produkte, gesündere Konsumgüter und gesundheitsförderlichere soziale Dienste zu entwickeln sowie sauberere und erholsamere Umgebungen zu schaffen.

Eine Politik der Gesundheitsförderung muß Hindernisse identifizieren, die einer gesundheitsgerechteren Gestaltung politischer Entscheidungen und Programme entgegenstehen. Sie muß Möglichkeiten einer Überwindung dieser Hemmnisse und Interessengegensätze bereitstellen. Ziel muß es sein, auch politischen Entscheidungsträgern die gesundheitsgerechtere Entscheidung zur leichteren Entscheidung zu machen.

### **Gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen**

Unsere Gesellschaften sind durch Komplexität und enge Verknüpfung geprägt; Gesundheit kann nicht von anderen Zielsetzungen getrennt werden. Die enge Bindung zwischen Mensch und Umwelt bildet die Grundlage für einen sozial-ökologischen Weg zur Gesundheit. Oberstes Leitprinzip für die Welt, die Länder, die Regionen und Gemeinschaften ist das Bedürfnis, die gegenseitige Unterstützung zu fördern – sich um den anderen, um unsere Gemeinschaften und unsere natürliche Umwelt zu sorgen. Besondere Aufmerksamkeit verdient die Erhaltung der natürlichen Ressourcen als globale Aufgabe.

Die sich verändernden Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen haben entscheidenden Einfluß auf die Gesundheit. Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen.

Eine systematische Erfassung der gesundheitlichen Folgen unserer sich rasch wandelnden Umwelt – insbesondere in den Bereichen Technologie, Arbeitswelt, Energieproduktion und Stadtentwicklung – ist von essentieller Bedeutung und erfordert aktives Handeln zugunsten der Sicherstellung eines positiven Einflusses auf die Gesundheit der Öffentlichkeit. Jede Strategie zur Gesundheitsförderung hat den Schutz der natürlichen und sozialen Umwelt sowie die Erhaltung der vorhandenen natürlichen Ressourcen mit zu ihrem Thema zu machen.

### **Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen**

Gesundheitsförderung wird realisiert im Rahmen konkreter und wirksamer Aktivitäten von Bürgern in ihrer Gemeinde: in der Erarbeitung von Prioritäten, der Herbeiführung von Entscheidungen sowie bei der Planung und Umsetzung von Strategien. Die Unterstützung von Nachbarschaften und Gemeinden im Sinne einer vermehrten Selbstbestimmung ist ein zentraler Angelpunkt der Gesundheitsförderung: ihre Autonomie und Kontrolle über die eigenen Gesundheitsbelange sind zu stärken.

Die Stärkung von Nachbarschaften und Gemeinden baut auf den vorhandenen menschlichen und materiellen Möglichkeiten auf. Selbsthilfe und soziale Unterstützung sowie flexible Möglichkeiten der größeren öffentlichen Teilnahme und Mitbestimmung für Gesundheitsbelange sind dabei zu unterstützen bzw. neu zu entwickeln. Kontinuierlicher Zugang zu allen Informationen, die Schaffung von gesundheitsorientierten Lernmöglichkeiten sowie angemessene finanzielle Unterstützung gemeinschaftlicher Initiativen sind dazu notwendige Voraussetzungen.

### **Persönliche Kompetenzen entwickeln**

Gesundheitsförderung unterstützt die Entwicklung von Persönlichkeit und sozialen Fähigkeiten durch Information, gesundheitsbezogene Bildung sowie die Verbesserung sozialer Kompetenzen und lebenspraktischer Fertigkeiten. Sie will dadurch den Menschen helfen, mehr Einfluß auf ihre eigene Gesundheit und ihre Lebenswelt auszuüben, und will ihnen zugleich ermöglichen, Veränderungen in ihrem Lebensalltag zu treffen, die ihrer Gesundheit zugute kommen.

Es gilt dabei, Menschen zu lebenslangem Lernen zu befähigen und ihnen zu helfen, mit den verschiedenen Phasen ihres Lebens sowie eventuellen chronischen Erkrankungen und Behinderungen umgehen zu können. Dieser Lernprozeß muß sowohl in Schulen wie auch zu Hause, am Arbeitsplatz und innerhalb der Gemeinde erleichtert werden. Erziehungsverbände, die öffentlichen Körperschaften, Wirtschaftsgremien und gemeinnützige Organisationen sind hier ebenso zum Handeln aufgerufen wie die Bildungs- und Gesundheitsinstitutionen selbst.

### **Die Gesundheitsdienste neu orientieren**

Die Verantwortung für die Gesundheitsförderung wird in den Gesundheitsdiensten von Einzelpersonen, Gruppen, den Ärzten und anderen Mitarbeitern des Gesundheitswesens, den Gesundheitseinrichtungen und dem Staat getragen. Sie müssen darauf hinarbeiten, ein Versorgungssystem zu entwickeln, das auf die stärkere Förderung von Gesundheit ausgerichtet ist und über die medizinisch-kurativen Betreuungsleistungen hinausgeht.

Die Gesundheitsdienste müssen dabei eine Haltung einnehmen, die feinfühlig und respektvoll die unterschiedlichen kulturellen Bedürfnisse anerkennt. Sie sollten dabei die Wünsche von Individuen und sozialen Gruppen nach einem gesünderen Leben aufgreifen und unterstützen sowie Möglichkeiten der besseren Koordination zwischen dem Gesundheitssektor und anderen sozialen, politischen, ökonomischen Kräften öffnen.

Eine solche Neuorientierung von Gesundheitsdiensten erfordert zugleich eine stärkere Aufmerksamkeit für gesundheitsbezogene Forschung wie auch für die notwendigen Veränderungen in der beruflichen Aus- und Weiterbildung. Ziel dieser Bemühungen soll ein Wandel der Einstellungen und der Organisationsformen sein, die eine Orientierung auf die Bedürfnisse des Menschen als ganzheitliche Persönlichkeit ermöglichen.

### **Auf dem Weg in die Zukunft**

Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, daß man sich um sich selbst und für andere sorgt, daß man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, daß die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die all ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen.

Füreinander Sorge zu tragen, Ganzheitlichkeit und ökologisches Denken sind Kernelemente bei der Entwicklung von Strategien zur Gesundheitsförderung. Alle Beteiligten sollten als Leitprinzip anerkennen, daß in jeder Phase der Planung, Umsetzung und Auswertung von gesundheitsfördernden Handlungen Frauen und Männer gleichberechtigte Partner sind.

### **Gemeinsame Verpflichtung zur Gesundheitsförderung**

Die Teilnehmer der Konferenz rufen dazu auf:

- an einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik mitzuwirken und sich dafür einzusetzen, daß ein eindeutiges politisches Engagement für Gesundheit und Chancengleichheit in allen Bereichen zustande kommt
- allen Bestrebungen entgegenzuwirken, die auf die Herstellung gesundheitsgefährdender Produkte, auf die Erschöpfung von Ressourcen, auf ungesunde Umwelt- und Lebensbedingungen oder auf eine ungesunde Ernährung gerichtet sind; sie verpflichten sich, Fragen des öffentlichen Gesundheitsschutzes wie Luftverschmutzung, Gefährdungen am Arbeitsplatz sowie Wohn- und Raumplanung in den Mittelpunkt der Aufmerksamkeit zu stellen
- die gesundheitlichen Unterschiede innerhalb der Gesellschaften und zwischen ihnen abzubauen und die von den Vorschriften und Gepflogenheiten dieser Gesellschaften geschaffenen Ungleichheiten im Gesundheitszustand zu bekämpfen
- die Menschen selber als die Träger ihrer Gesundheit anzuerkennen und zu unterstützen und auch finanziell zu befähigen, sich selbst, ihre Familien und Freunde gesund zu erhalten. Soziale Organisationen und die Gemeinde sind dabei als entscheidende Partner im Hinblick auf Gesundheit, Lebensbedingungen und Wohlbefinden zu akzeptieren und zu unterstützen
- die Gesundheitsdienste und ihre Mittel auf die Gesundheitsförderung umzuorientieren und auf das Zusammenwirken der Gesundheitsdienste mit anderen Sektoren, anderen Disziplinen und – was noch viel wichtiger ist – mit der Bevölkerung selbst hinzuwirken
- die Gesundheit und ihre Erhaltung als wichtige gesellschaftliche Investition und Herausforderung zu betrachten und die globale ökologische Frage unserer Lebensweisen aufzuwerfen.

Die Konferenzteilnehmer rufen auf, sich in diesem Sinne zu einer starken Allianz zur Förderung der öffentlichen Gesundheit zusammenzuschließen.

### **Aufruf zu internationalem Handeln**

Die Konferenz ersucht die Weltgesundheitsorganisation und alle anderen internationalen Organisationen, für die Förderung von Gesundheit Partei zu ergreifen und ihre einzelnen Mitgliedsländer dabei zu unterstützen, Strategien und Programme für die Gesundheitsförderung zu entwickeln.

Die Konferenz ist der festen Überzeugung, daß dann, wenn Menschen in allen Bereichen des Alltags, wenn soziale Verbände und Organisationen, wenn Regierungen, die Weltgesundheitsorganisation und alle anderen betroffenen Gruppen ihre Kräfte entsprechend den moralischen und sozialen Werten dieser Charta vereinigen und Strategien der Gesundheitsförderung entwickeln, daß dann „Gesundheit für alle“ im Jahre 2000 Wirklichkeit werden wird.

## Literatur

- BKK BV (Hrsg.), BKK-Handbuch zur Gesundheitsförderung, 1991, Essen: CW Haarfeld
- BKK BV, Zukunft der Arbeit – Gesundheit in Betrieben und Unternehmen, Dokumentation der Eröffnungsveranstaltung des Europäischen Informationszentrums „Gesundheitsförderung im Betrieb“, 1991, Essen
- BKK BV (Hrsg.), Gesundheitszirkel für Mensch und Betrieb, Gesundheitsbericht für Mensch und Betrieb, Zwei Instrumente einer integrierten betrieblichen Gesundheitsförderung, 1994: Essen
- BKK Landesverband Nordrhein-Westfalen, BKK BV, Sucht und Betrieb, 1994, Essen
- Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e. V., Praxisnahe Evaluation gesundheitsfördernder Maßnahmen, 1991, Bonn
- BZgA (Hrsg.), Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. Bericht über eine internationale Tagung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln, in Zusammenarbeit mit der WHO, Regionalbüro für Europa, Kopenhagen, Köln, 7. – 10. Oktober 1985, – , 1989, Berlin, Heidelberg, New York ...: Springer
- BZgA (Hrsg.), Handlungsanleitung Evaluation, 1991, Köln
- BZgA (Hrsg.), Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. Internationale Konferenz, Köln, Oktober 1991. Konferenzbericht, 1992, Tauberbischofsheim
- Demmer, H., Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung. In: Die Betriebskrankenkasse, S. 643-650, 1992.
- Ducki, A. u. a., Büroalltag unter der Lupe, Schwachstellen von Arbeitsbedingungen erkennen und beheben – ein Praxisleitfaden, 1993, Göttingen: Hogrefe
- Ferenzkiewicz, D., Evaluation. In: Ansager R. und Wenninger, G. (Hrsg.) Handwörterbuch Psychologie, S. 162 – 166, 1988, München: Psychologie Verlags-Union
- Grossmann, R., Scala K., Gesundheit durch Projekte fördern: ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung, 1994, Weinheim, München: Juventa
- Hauß, F., Produktionsfaktor Gesundheit, Daten und Fakten zum Krankenstand, RKW, 1992: Eschborn
- Kuhn, K.-L., Krankenstand als psychologisches Alltagsproblem im Betrieb, in: Moderne Unfallverhütung, H. 38/1994, S. 41 – 46, 1994
- Murza, G., Laaser U., „Hab’ ein Herz für Dein Herz“ – Der Betrieb als Interventionsort für Prävention und gesundheitsfördernde Maßnahmen, Gesundheitsförderung, Band 2, 1990: Bielefeld

- Murza, G., Laaser U., „Hab' ein Herz für Dein Herz" (2) – Ergebnisse der dreijährige Pilotphase des betrieblichen Gesundheitsförderungsprogramms, Gesundheitsförderung, Band 4, 1992: Bielefeld
- Pelikan, J., Demmer H., Hurrelmann, K., Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung: Konzepte, Strategien, Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen, 1993, Weinheim, München: Juventa
- Schröer, A., Sochert, R., Betriebliche Gesundheitsberichterstattung – Erfahrungen und Perspektiven aus Forschung und Praxis. In: Zeitschrift für Präventivmedizin und Gesundheitsförderung, 1994: Bielefeld
- Wottawa, H. u. Thierau, H., Lehrbuch der Evaluation, 1990, Bern: Huber
- Wynne, Richard, Clarkin, Nadia, Im Aufbau – Grundlagen für den Gesundheitsschutz an den Arbeitsplätzen Europas, 1993, Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften