

Preis: € 7,50

11

papers

Gesundheitswissenschaften



Betriebliche Gesundheitsförderung

Eine Einschätzung ihres Nutzens aus Sicht der Unternehmen und Beschäftigten

von Anja Obernosterer

Herausgegeben von
Univ.- Prof. Dr. Josef
Weidenholzer, Institut für
Gesellschafts- und
Sozialpolitik, Johannes Kepler
Universität Linz in
Zusammenarbeit mit der
Oberösterreichischen
Gebietskrankenkasse.
Redaktionelle Betreuung:
Mag. Werner Bencic
Kontaktadresse:
OÖ Gebietskrankenkasse,
Frau Andrea Weber,
Gruberstraße 77,
A - 4021 Linz,
Tel.: 0732/7807-3221,
Fax: 0732/7807-66 3 221,
E-mail: andrea.weber@oöegkk.at,
Hersteller:
OÖGKK-Hausdruckerei

Linz, 2001

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	1
1. Einführung	5
1.1. Einleitung	5
1.2. Problemstellung.....	6
2. Theoretische Aufbereitung der Thematik der betrieblichen Gesundheitsförderung	8
2.1. Der Zusammenhang zwischen Arbeit und Gesundheit	8
2.1.1. Gesundheit und Krankheit im Wechselspiel	8
2.1.2. Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt.....	10
2.2. Krankenstände - ihre Entwicklung und Verteilung.....	15
2.2.1. Einleitende Aspekte	15
2.2.2. Fehlzeitenanalyse.....	16
2.2.3. Aktuelle statistische Krankenstands- und Arbeitsunfalldaten.....	16
2.3. Gesundheit am Arbeitsplatz - zwei unterschiedliche Sichtweisen	19
2.3.1. Gesundheitsförderung im Betrieb	20
2.3.2. Betriebliche Gesundheitsförderung.....	21
2.4. Betriebliche Gesundheitsförderung auf Europäischer Ebene.....	22
2.4.1. Das Europäische Netzwerk	22
2.4.2. Leitlinien für eine betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelbetrieben	23
2.5. Österreichs Engagement in der betrieblichen Gesundheitsförderung	24
2.6. Betrieblicher Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung	26
2.6.1. ArbeitnehmerInnenschutzgesetz und Präventivdienste	28
2.7. Effizienz und Effektivität in der betrieblichen Gesundheitsförderung.....	30
3. Das Modell der betrieblichen Gesundheitsförderung	33
3.1. Projektmanagement als Grundlage erfolgreicher betrieblicher Gesundheitsförderung	33
3.1.1. Gesundheitsförderung im Unternehmensalltag	33
3.1.2. Das Projekt als soziales System.....	34

3.2. Die Ablaufstrukturen eines betrieblichen Gesundheitsförderungsprojektes	36
3.2.1. Projektstart	37
3.2.2. Projektabgrenzung.....	37
3.2.3. Projektanalyse	37
3.2.4. Projektstrukturplan.....	38
3.2.5. Planung der Projekttermine	38
3.2.6. Planung und Controlling der Projektkosten.....	39
3.2.7. Aufgabenverteilung und Zuordnung von Projektrollen	39
3.2.8. Projektabschluss.....	40
3.3. Die Instrumente der betrieblichen Gesundheitsförderung	40
3.3.1. Die Steuerungsgruppe	42
3.3.2. Das Gesundheitsmanagement	43
3.4. Der Gesundheitsbericht als Ausgangspunkt und Abschluss eines Gesundheitsförderungsprojektes	45
3.4.1. Der Gesundheitsbericht als Instrument der Gesundheitsberichterstattung.....	45
3.4.2. Der betriebliche Gesundheitsbericht.....	46
3.4.3. Die Modelle des betrieblichen Gesundheitsberichtes	48
3.4.4. Die Datenaufbereitung im Überblick	49
3.5. Der Gesundheitszirkel als wesentlicher Bestandteil eines Projektes.....	50
3.5.1. Der Qualitätszirkel	51
3.5.2. Der Gesundheitszirkel	52
3.6. Das Qualitätsmanagement als Unternehmensstrategie	54
3.6.1. Der Begriff des Qualitätsmanagements	54
3.6.2. Die Zusammenhänge zwischen Qualitätsmanagement und betrieblicher Gesundheitsförderung	56
3.6.3. Europäische Qualitätskriterien für die betriebliche Gesundheitsförderung	57
4. Evaluationstheoretische und methodische Grundlagen der Untersuchung. 61	
4.1. Grundlagen der Evaluation.....	61
4.1.1. Begriffsdefinitionen	61
4.1.2. Evaluation als Element der Qualitätssicherung	63
4.1.3. Dimensionen einer Intervention und ihre Bewertung	64

4.1.4. Formen der Evaluation	65
4.2. Begründung der verwendeten Methoden	66
4.3. Vorgehensweise.....	68
5. Ergebnisse aus den Tiefeninterviews	70
5.1. Vorstellung der untersuchten Unternehmen.....	71
5.2. Ausgangsüberlegungen, Hypothesen und Fragestellungen zu Teilbereichen der Untersuchung.....	72
5.2.1. Zugang und Beginn des Projektes.....	72
5.2.2. Projektleitung und -steuerung.....	72
5.2.3. Gesundheitszirkel	73
5.2.4. Stuserhebung	73
5.2.5. Belegschaft.....	73
5.2.6. Verbesserungsvorschläge und Maßnahmen	74
5.2.7. PR-Maßnahmen	74
5.2.8. Evaluierung.....	74
5.2.9. Europäische Leitlinien für die betriebliche Gesundheitsförderung	75
5.2.10. Finanzierung.....	75
5.2.11. Nachhaltige Beurteilung des Projektes	75
5.3. Auswertung der Tiefeninterviews	75
5.3.1. Vorprojektphase.....	76
5.3.2. Projektleitung	80
5.3.3. Analyse der Ausgangslage	82
5.3.4. Interne und Externe Öffentlichkeitsarbeit.....	83
5.3.5. Gesundheitszirkel und deren Maßnahmenkataloge.....	85
5.3.6. Nachhaltige Beurteilung der Projekte	90
6. Ergebnisse der Fragebogenuntersuchung	94
6.1. Allgemeines zur Person und zur beruflichen Tätigkeit.....	96
6.2. Bildung eines Gesundheitszirkels.....	98
6.3. Zusammensetzung des Gesundheitszirkels	100
6.4. Zirkelarbeit	101
6.5. Analyse der Arbeitsbedingungen und Entwicklung von Verbesserungs- vorschlägen.....	103
6.6. Umsetzung der geforderten Maßnahmen.....	105

6.7. Moderation	107
6.8. Gesundheitszirkel und Unternehmensalltag	108
7. Zusammenfassende Erkenntnisse und Ausblick	112
Literaturverzeichnis	121
Anhang	127

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abb. 1: Körperliches Befinden und seine Ursachen	9
Abb. 2: Formen der Prävention	14
Abb. 3: Modell zur Fehlzeitenanalyse	16
Abb. 4: Krankenstandsdauer 1998	17
Abb. 5: Schnittstelle Präventivdienste	29
Abb. 6: Struktur eines Projektes	35
Abb. 7: Merkmale betrieblicher Gesundheitsförderung.....	41
Abb. 8: Zusammensetzung des Gesundheitsausschusses	41
Abb. 9: Instrumente der betrieblichen Gesundheitsförderung	41
Abb. 10: Gesundheitsmanagement	44
Abb. 11: Zusammensetzung des Gesundheitszirkels nach der BKK.....	53
Abb. 12: Qualitätsmanagement	55
Abb. 13: Qualitätsdimensionen.....	66
Abb. 14: Verteilung der Befragten	96
Abb. 15: Altersverteilung.....	96
Abb. 16: Tätigkeitsübersicht	97
Abb.: 17: Informationsquelle	98
Abb. 18: Motivationsfaktor	99
Abb. 19: Personenkreis im Zirkel.....	100
Abb. 20: Zufriedenheitsniveau betreffend Zusammensetzung.....	101
Abb. 21: Sitzungsdauer	102
Abb. 22: Arbeitsbelastungshinweise.....	104
Abb. 23: Zufriedenheitsniveau betreffend Umsetzung.....	105
Abb. 24: Verbesserungsstatus.....	106
Abb. 25: Zufriedenheitsniveau betreffend Moderation	108
Abb. 26: Partizipationsverständnis	109
Abb. 27: Arbeitsmotivation.....	110
Abb. 28: Arbeitsklima.....	110

Tab. 1: Krankenstandsentwicklung nach Geschlecht und Durchschnittsdauer bei den unselbständigen Erwerbstätigen (ohne Beamte) in den Jahren 1988, 1993 und 1998	17
Tab. 2: Diagnosegruppen und ihre Arbeitsausfälle	18
Tab. 3: Qualitätsmanagement versus Total-Quality-Management.....	56
Tab. 4: Vorteile von QM und BGF	57
Tab. 5: Rücklaufquote	95
Tab. 6: Sitzungsmodus	101

Vorwort

Betriebliche Gesundheitsförderung ist ein Begriff, der in der Arbeitswelt mittlerweile seinen festen Platz hat. Die Österreichische Gesellschaft für Arbeitsmedizin hat in einer ihrer Jahrestagungen der Betrieblichen Gesundheitsförderung breiten Raum gewidmet und die Akademien für Arbeitsmedizin haben Betriebliche Gesundheitsförderung jüngst in ihren Lehrplan aufgenommen. Die Bundeswirtschaftskammer und einige ihrer Landesorganisationen, die Bundesarbeitskammer und mehrere Länderkammern sowie der Österreichische Gewerkschaftsbund unterstützen nicht nur einzelne Projektvorhaben sondern arbeiten auch aktiv in der Österreichischen Kontaktstelle im Rahmen des European Network Workplace Health Promotion mit. Im Februar 2000 ist es gelungen, in den Bundesländern Kärnten, Niederösterreich, Salzburg, Steiermark und Wien Regionalstellen der in Oberösterreich angesiedelten Nationalen Kontaktstelle einzurichten. Dadurch ist sichergestellt, dass über die Projektunterstützung der Regionalstellen der in der Luxemburger Deklaration des Europäischen Netzwerkes festgelegte Ansatz bei den betrieblichen Projekten zur Anwendung kommt. Dieser ist sozialpartnerschaftlich ausgerichtet, sieht eine aktive Beteiligung der betroffenen MitarbeiterInnen an den Verbesserungsprozessen vor und leistet in den Betrieben einen Beitrag zur Organisationsentwicklung. Mit den Methoden des Projektmanagement wird der Projekterfolg sichergestellt.

Zwar gibt es in Österreich mittlerweile viele Veröffentlichungen zum Thema Betriebliche Gesundheitsförderung, aber meines Wissens ist die von Obernosterer vorgelegte Arbeit, die zweite, die mit Methoden der empirischen Sozialforschung eine Evaluation der Ergebnisse auf dem Gebiet der Betriebliche Gesundheitsförderung vornimmt.¹ Insgesamt bewertet die Autorin elf betriebliche Gesundheitsförderungsprojekte. Neben den durchgeführten Experteninterviews sind insbesondere die Befragungsergebnisse von Teilnehmern und Teilnehmerinnen an den Gesundheitszirkeln von Bedeutung, ist doch der Gesundheitszirkel das

¹ Zuerst erschienen ist: Andreas Wallner: Betriebliche Gesundheitsförderung – Das Modell und seine praktische Umsetzung. Gesundheitswissenschaften *papers*, Nr. 8, Linz 2001. Zu beziehen bei: OÖGKK, Fr. Martina Blutsch, Gruberstraße 77, A-4021 Linz, martina.blutsch@oegkk.at; ATS 85,-

wichtigste innovative Instrument betrieblicher Gesundheitsförderung. Die in der Untersuchung aufgezeigten Schwächen betrieblicher Gesundheitsförderungspraxis bilden durchaus Chancen, das Konzept zu verbessern und zeigen auch Stolpersteine auf, die auf dem Wege zur Veränderung der betrieblichen Organisation den Entwicklungsprozess immer wieder behindern. Abschließend soll darauf hingewiesen werden, dass sowohl von der Nationalen Kontaktstelle als auch den Regionalstellen Hilfe bei der Projektentwicklung und der Durchführung angeboten wird. Sowohl die Nationale Kontaktstelle als auch die Regionalstellen verfolgen das Prinzip, die betrieblichen Akteure auf ihrem Weg in einer Form zu begleiten, welche die Unternehmen in die Lage versetzt, Betriebliche Gesundheitsförderung zu einem Bestandteil ihrer betrieblichen Praxis des ArbeitnehmerInnenschutzes zu machen und diesen Weg eigenständig zu verfolgen.

Oskar Meggeneder
Österreichische Kontaktstelle
Europäisches Netzwerk
Betriebliche Gesundheitsförderung

Österreichische Kontaktstelle Europäisches Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung

Ansprechpartnerin:

Elfriede Kieseewetter
OÖ Gebietskrankenkasse
Gruberstr. 77
4021 Linz
Tel.: 0732/7807-2579
E-mail: elfriede.kieseewetter@oogkk.at

Österreichisches Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung

AnsprechpartnerInnen der Regionalstellen:

Steiermark:

Dr. Michael Kohlbacher
Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues
Lessingstr. 20
8011 Graz
Tel.: 0316/330-289
E-mail: michael.kohlbacher@vab.sozvers.at

Salzburg:

Elisabeth Zeisberger

Salzburger Gebietskrankenkasse

Faberstr. 19-23

5024 Salzburg

Tel.: 0662/8889-385

E-mail: elisabeth.zeisberger@sgkk.sozvers.at

Niederösterreich:

Judith Cechota

Gesundheitsforum NÖ

Wipplingerstr. 31/8

1010 Wien

Tel.: 01/5350111

E-mail: j.cechota@gfnoe.at

Kärnten:

Mag. Christl Staber

Kärntner Gebietskrankenkasse

Kempferstr. 8

9021 Klagenfurt

Tel.: 0463/5855-0

E-mail: christl.staber@kgkk.sozvers.at

Wien:

Dr. Hannes Winkler

Wiener Gebietskrankenkasse

Wienerbergstr. 15-19

1010 Wien

Tel.: 01/60122-0

Burgenland:

Dr. Brigitte Fritz

Gebietskrankenkasse Burgenland

Esterhazyplatz 3

7000 Eisenstadt

Tel.:

E-mail: brigitte.fritz@bgkk.sozvers.at

Oberösterreich:

Dr. Christian Scharinger

Oberösterreichische Gebietskrankenkasse

Gruberstr. 77

4021 Linz

Tel.: 0732/7807-2966

E-mail.: christian.scharinger@oegkk.at

1. Einführung

1.1. Einleitung

Im Laufe des Studiums der Sozialwirtschaft konnte ich mich aufgrund der im 2. Abschnitt angebotenen Wahlmöglichkeiten mit einer Reihe interessanter Themenbereiche auseinandersetzen. Die Tatsache, dass letztendlich mehrere der Fächer Kenntnisse und Aspekte des Gesundheitswesens vermittelten, war anfänglich nicht unbedingt ersichtlich oder beabsichtigt, inspirierte mich aber doch dazu, mich in weiterer Folge intensiver mit Fragen der Gesundheit zu beschäftigen.

Im Rahmen eines verpflichtenden Projektstudiums war es somit für mich naheliegend, ein von der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse angebotenes Thema über ein Semester lang zu bearbeiten. Der Inhalt bzw. die Aufgabe bestand darin, eine Evaluation betrieblicher Gesundheitsförderungsprojekte in Form einer wissenschaftlichen Arbeit durchzuführen. Angesichts der zeitlichen Begrenzung des Projektstudiums erhielt ich seitens der Gebietskrankenkasse die Möglichkeit, die Themenstellung als Diplomarbeit weiterzubearbeiten. Für diese überaus interessante und vor allem bereichernde Gelegenheit möchte ich mich ganz herzlich bei meinem Betreuer seitens der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse, Herrn DDr. Oskar Meggeneder bedanken.

In diesem Zusammenhang möchte ich auch gleichzeitig die Gelegenheit nutzen, folgenden InterviewpartnerInnen nochmals für ihre Bereitschaft und wertvolle Unterstützung zu danken: Herrn Dr. Bayer, Frau Cechota, Herrn Dr. Csillag, Frau Mag. Horvath, Herrn Dr. Kohlbacher, Herrn Lueger, Herrn Dr. Pommer, Frau Dr. Schigutt, Frau Mag. Stöttinger, Herrn Dr. Unterberger und Herrn Ing. Wohlmuth.

Ganz besonderer Dank gebührt ebenso den Aktiven aus den Gesundheitszirkeln, deren engagierte Beantwortung der Fragebögen wesentlich zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben. Ich möchte diesbezüglich auch nochmals versichern, dass jede Information anonymisiert in die Auswertung einbezogen wurde.

1.2. Problemstellung

.....eine Reflexion für den interessierten Leser.....

„Der Arzt, der in eine Stadt kommt, muss nicht nur die Jahreszeit, die Winde, das Wasser, den Erdboden und die geographische Lage des Ortes berücksichtigen, sondern auch die Lebensweise: ob die Menschen gerne trinken und frühstücken und sich keinen Strapazen unterziehen oder ob sie gern Sport treiben und Anstrengungen auf sich nehmen, viel essen und wenig trinken“ (Hippokrates 460-370 v. Chr. in seiner Schrift über die Umwelt in gekürzter Fassung nach: Antike Heilkunst 1994 zitiert in: Trojan u. a. 1997).

„Die öffentliche Gesundheitspflege hat zu sorgen: 1. für die Gesellschaft im ganzen durch die Berücksichtigung der allgemeinen, natürlichen und gesellschaftlichen Verhältnisse, welche der Gesundheit entgegentreten, 2. für das einzelne Individuum durch die Berücksichtigung derjenigen Verhältnisse, welche das Individuum hindern, für seine Gesundheit einzutreten“ (Neumann und Virchow 1849 zitiert in: Trojan u. a. 1997).

Der Inhalt dieser beiden Zitate aus der Vergangenheit lässt bereits erkennen, wie wichtig es ist, den Erhalt und die Weiterentwicklung körperlichen und geistigen Wohlbefindens durch eine Symbiose von verhältnis- und verhaltensorientiertem Gesundheitsverständnis zu sichern. Diesen Voraussetzungen kann, wie die vorliegende Arbeit zeigen soll, die betriebliche Gesundheitsförderung gerecht werden.

Ziel der vorliegenden Arbeit war es, ausgehend von einer theoretischen Auseinandersetzung mit den Inhalten und Modellen der betrieblichen Gesundheitsförderung eine wissenschaftliche Untersuchung der Nachhaltigkeit betrieblicher Gesundheitsförderungsprojekte durchzuführen. Für mich war es dabei ganz entscheidend, sowohl der Sicht- und Denkweise der Projektleitung als auch jener der ArbeitnehmerInnen gleichermaßen Beachtung zu schenken. Insofern habe

ich meine Daten mit Hilfe von Tiefeninterviews und zusätzlich anhand von Fragebögen ermittelt.

Bevor ich mich der Thematik der betrieblichen Gesundheitsförderung näher widme, möchte ich vorweg die Inhalte der vorliegenden Arbeit in groben Umrissen skizzieren:

Den ersten Teil der Arbeit bildet eine ausführliche theoretische Aufbereitung der Grundzüge der betrieblichen Gesundheitsförderung. Darin wird das Wechselspiel zwischen Gesundheit und Arbeit ebenso angesprochen wie aktuelle Krankenstandszahlen und der Einfluss der betrieblichen Gesundheitsförderung auf den betrieblichen Arbeitsschutz. Überdies beschäftige ich mich sowohl mit den europäischen als auch mit den österreichischen Merkmalen betrieblicher Gesundheitsförderung.

Im zweiten Teil wird das Modell der betrieblichen Gesundheitsförderung anhand wesentlicher Elemente wie „Projektmanagement“, „Gesundheitsbericht“, „Gesundheitszirkel“ und „Qualitätsmanagement“ dargestellt.

Im Anschluss daran soll noch ein kurzer Überblick über die evaluationstheoretischen und methodischen Grundlagen der Untersuchung gegeben werden.

Schließlich wird anhand der gewonnenen Ergebnisse aus den Tiefeninterviews und den Fragebögen versucht, einen praxisbezogenen Einblick in den gesundheitsfördernden Unternehmensalltag zu vermitteln.

2. Theoretische Aufbereitung der Thematik der betrieblichen Gesundheitsförderung

2.1. Der Zusammenhang zwischen Arbeit und Gesundheit

2.1.1. Gesundheit und Krankheit im Wechselspiel

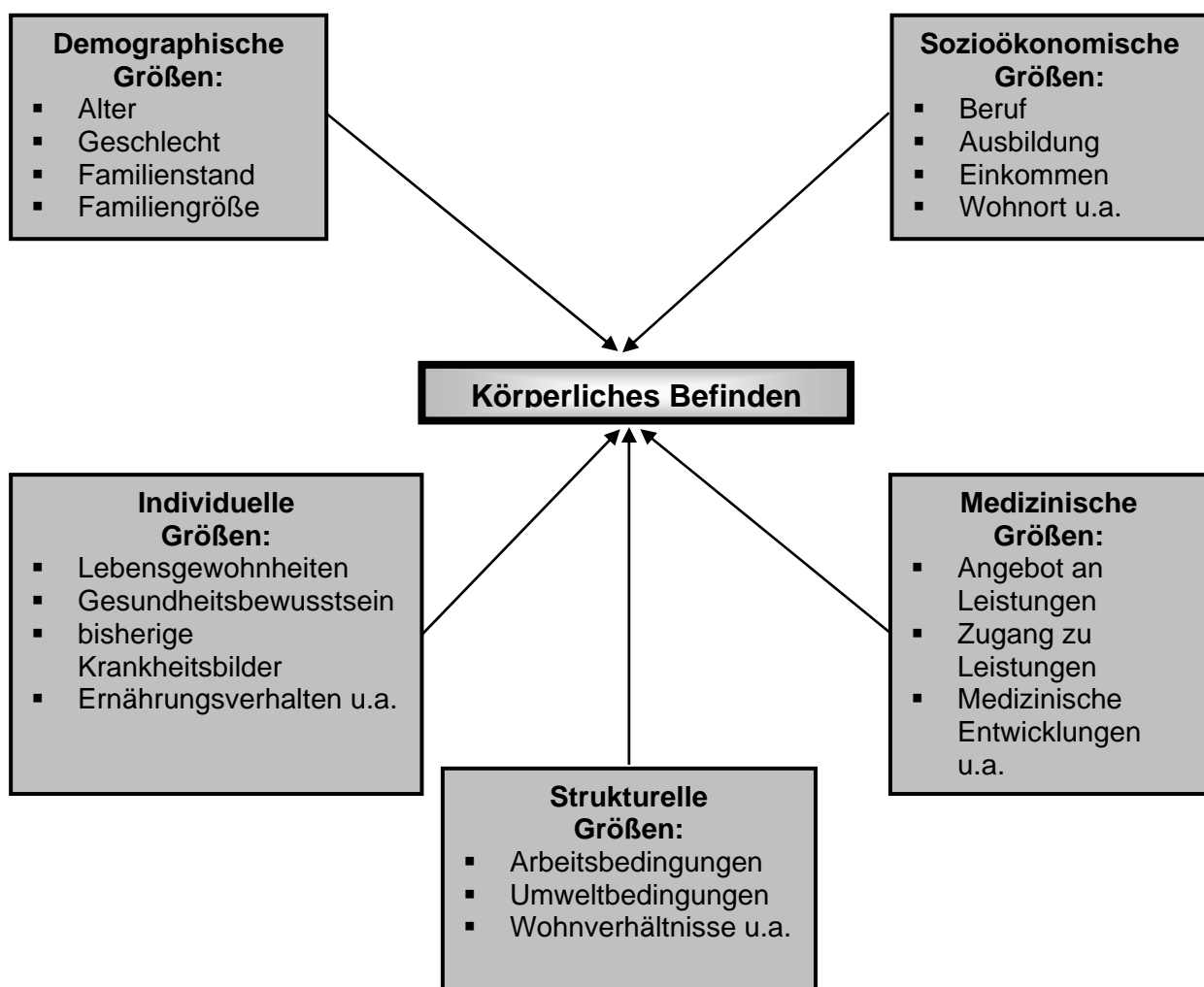
„**Gesundheit ist unser höchstes Gut**“ - ein viel zitierter Ausspruch, der wohl von jedem in unserer Gesellschaft stammen könnte. Nichts erscheint uns wichtiger, als gesund und motiviert unseren Lebens- und Arbeitsalltag bestreiten zu können.

Dabei müssen wir uns aber stets die Frage stellen, was der Begriff der Gesundheit für uns bedeuten soll. Ist es eine verantwortungsbewusste Lebensweise, die sich durch gesunde Ernährung, ausreichend Bewegung und das Vermeiden von Nikotin und Alkohol auszeichnet oder sind es doch auch andere Faktoren, die uns zu gesunden und motivierten Menschen machen. In der Literatur finden sich zahlreiche Definitionen zum Begriff „Gesundheit“, wobei man aber davon ausgehen kann, dass sicherlich keine von diesen eine allgemeine Gültigkeit besitzen kann. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) sieht beispielsweise Gesundheit als einen „*Zustand des völligen körperlichen, geistigen, seelischen und sozialen Wohlbefindens*“ (zitiert in: Claudia Peilowich - Pichler 1997, S. 166). Dieser statische Zustand aus der Sicht der WHO ist, realistisch betrachtet, wohl kaum erreichbar. Man beschreibt folglich den Begriff der Gesundheit als *multidimensional*, da er von sozialen, physischen und psychischen Einflussfaktoren bestimmt wird (vgl. Elsigan/Meggeneder 1995, S. 17). Auch eine allgemeingültige, aussagekräftige Definition des Begriffs der Krankheit - der gewissermaßen als Gegenpol zum Begriff der Gesundheit gesehen werden kann - ist kaum möglich.

Das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz bezeichnet Krankheit als einen „regelwidrigen Körper- oder Geisteszustand, der einer Krankenbehandlung bedarf“ (§ 120 (1) Z1. ASVG). Aber wer oder was ist für das Eintreten von diversen Krankheiten verantwortlich?

Niemand wird dazu klare Aussagen tätigen können, denn allzu vielfältig sind die Belastungen, denen Menschen tagtäglich ausgesetzt sind und sich teilweise auch bewusst aussetzen. Die gesundheitsbeeinträchtigenden Auswirkungen lassen sich folglich schwer auf einen einzigen Ursachenbereich zurückführen. Die folgende Abbildung soll die Fülle von Einflussfaktoren zeigen, die für unseren Gesundheitszustand sowohl in positiver als auch in negativer Ausprägung verantwortlich sein können:

Abb. 1: Körperliches Befinden und seine Ursachen



Quelle: Elsigan/Meggeneder 1995, S. 11

Diese Darstellung zeigt sehr deutlich, dass zahlreiche individuelle und gesellschaftliche Faktoren Gesundheit und Krankheit beeinflussen. Der Gesundheits- bzw. Krankheitszustand kann jedoch, abgesehen von genetisch bedingten Faktoren, sehr wohl vom Einzelnen gelenkt werden. Ich möchte in meiner Arbeit auf zwei wesentliche Elemente näher eingehen, die zu einem verbesserten Wohlbefinden beitragen können - zum einen auf das menschliche Verhalten und zum anderen auf die Arbeitsbedingungen und Arbeitsumwelteinflüsse.

2.1.2. Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt

Im Zeitalter rascher technologischer Entwicklungen und zunehmend drastischerer Wettbewerbsorientierung erfahren im Arbeitsprozess Faktoren wie Wohlbefinden, Selbstverwirklichung und Persönlichkeitsentwicklung einen zunehmenden Bedeutungsverlust. Viel zu sehr stehen Technologie und ökonomische Perspektiven im Vordergrund, viel zu wenig wird auf die Bedürfnisse des Menschen Rücksicht genommen. Der Mensch und sein Handeln werden teilweise sehr instrumentell gesehen, wenn davon ausgegangen wird, dass Menschen ähnlich wie Maschinen eingesetzt werden können. Diese Sichtweise ist jene des Taylorismus, die ich - zum besseren Verständnis weiterer Ausführungen - kurz darstellen möchte.

Taylor galt als der Begründer der wissenschaftlichen Betriebsführung und Vertreter der Arbeitsteilung. Seine Intentionen bestanden darin, die Arbeitsprozesse in kleine und überschaubare Schritte zu unterteilen, um somit die Produktivität steigern zu können. Den Menschen betrachtete er als Mittel zur Erreichung dieses Zieles und keineswegs als soziales Wesen. Das bedeutete, dass MitarbeiterInnen sich voll und ganz einem Management unterwerfen mussten, welches durch Kontrolle und Autorität effektive Arbeitsprozesse garantieren will. Für private Interessen und Gefühle ist in dieser Betriebsorganisation kein Platz. Ebenso wenig ist es möglich, von einer harmonischen Zusammenarbeit zwischen Vorgesetzten und MitarbeiterInnen zu sprechen (vgl. Wunderer/Grundwald 1980, S. 92ff).

Welche Folgen ergeben sich für den Menschen in einer solchen Arbeitsorganisation? Aufgrund komplett durchorganisierter Arbeitsprozesse ist es für die MitarbeiterInnen sehr schwierig, auf unvorhergesehene Engpässe in den verschiedensten Bereichen zu reagieren. Es wird immer mehr Leistung in immer kürzeren Durchlaufzeiten verlangt. Ein enormer Druck lässt die Menschen in Angst verfallen, ihre Arbeit nicht rechtzeitig und korrekt durchführen zu können. Doch diese Angst hat in dieser wissenschaftlichen Betriebsführung keinen Platz. Des Weiteren ist eine starke Resignation durch die zu große Kluft zwischen den oberen und unteren Hierarchien zu bemerken, hervorgerufen durch eine ständige Ausgrenzung der MitarbeiterInnen von wesentlichen Entscheidungen. Und nicht zuletzt führt das Androhen von Sanktionen bei abweichendem Verhalten und Desinteresse auf der Seite des Personals zu internen Machtkämpfen und zum Verfall teamorientierter Strukturen (vgl. Friczewski 1991, S. 89ff).

Tayloristische Organisationsstrukturen sind keineswegs aus den Unternehmen in der Gegenwart verschwunden, so gerne man das auch gesehen hätte. Gewiss sind sie nicht mehr in solch ausgeprägter und autoritärer Form vorhanden, aber Arbeitsbedingungen und auch Arbeitsstrukturen sind auch heute noch Ursache großer Belastung für die ArbeitnehmerInnen. Trotz dieser teilweise noch praktizierten Organisationsphilosophie darf man jedoch nicht die zahlreichen Bemühungen in Richtung einer „humaneren Arbeitswelt“ unerwähnt lassen. Ausgehend von den Human Relations Bewegungen als Antwort auf Taylors ökonomisches Menschenbild, den Human Resources Modellen als Weiterentwicklung menschlicher Potentiale, den soziotechnischen Systemansatztheorien (vgl. Sydow 1985, S. 14ff) bis hin zum heutigen Stand der Gesundheitsförderung.

Kickbusch sieht die Gesundheitsförderungsthematik auf drei Ebenen:

- Gesundheitsförderung soll als sozialer und dynamischer Prozess verstanden werden, der dazu beiträgt, Gesundheit zu fördern und zu erhalten;
- Gesundheitsförderung und ihre Bemühungen müssen interaktiv betrachtet und angelegt werden, sodass eine positive wechselseitige Beeinflussung stattfinden kann (Ansatz bei den Lebensbereichen und Lebensweisen der Menschen);
- Gesundheitsförderung muss sich primär auf die Stärkung der Gesundheit und nicht auf die Heilung von Krankheiten richten (vgl. Kickbusch 1999);

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat in der ersten Internationalen Konferenz in Ottawa zur Gesundheitsförderung 1986 folgende Charta zur Gesundheitsförderung formuliert: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Lebensumstände und Umwelt zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. (...) Menschen können ihr Gesundheitspotential nur dann weitgehend entfalten, wenn sie auf die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, auch Einfluss nehmen können. (...) Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit und die Arbeitsbedingungen organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen“ (Udris 1993, S. 100).

Betrachtet man die Entwicklung von Krankheitsbildern, so erkennt man eine Zunahme chronisch - degenerativer Erkrankungen, deren Ausbreitung sehr langsam vor sich geht (Dauer 10 bis 20 Jahre). Das bedeutet für den Betroffenen, dass in diesen Fällen, trotz fortschrittlicher medizinischer Behandlungsmethoden, eine vollständige Heilung nicht erwartet werden kann (vgl. Probst/Tinhofer 1993, S. 8). Es ist also aus heutiger Sicht nicht mehr zu verantworten, wie beispielsweise in den 50er und 60er Jahren praktiziert, zu sagen, moderne Volkskrankheiten können in naher Zukunft durch medizinische Maßnahmen vermieden werden.

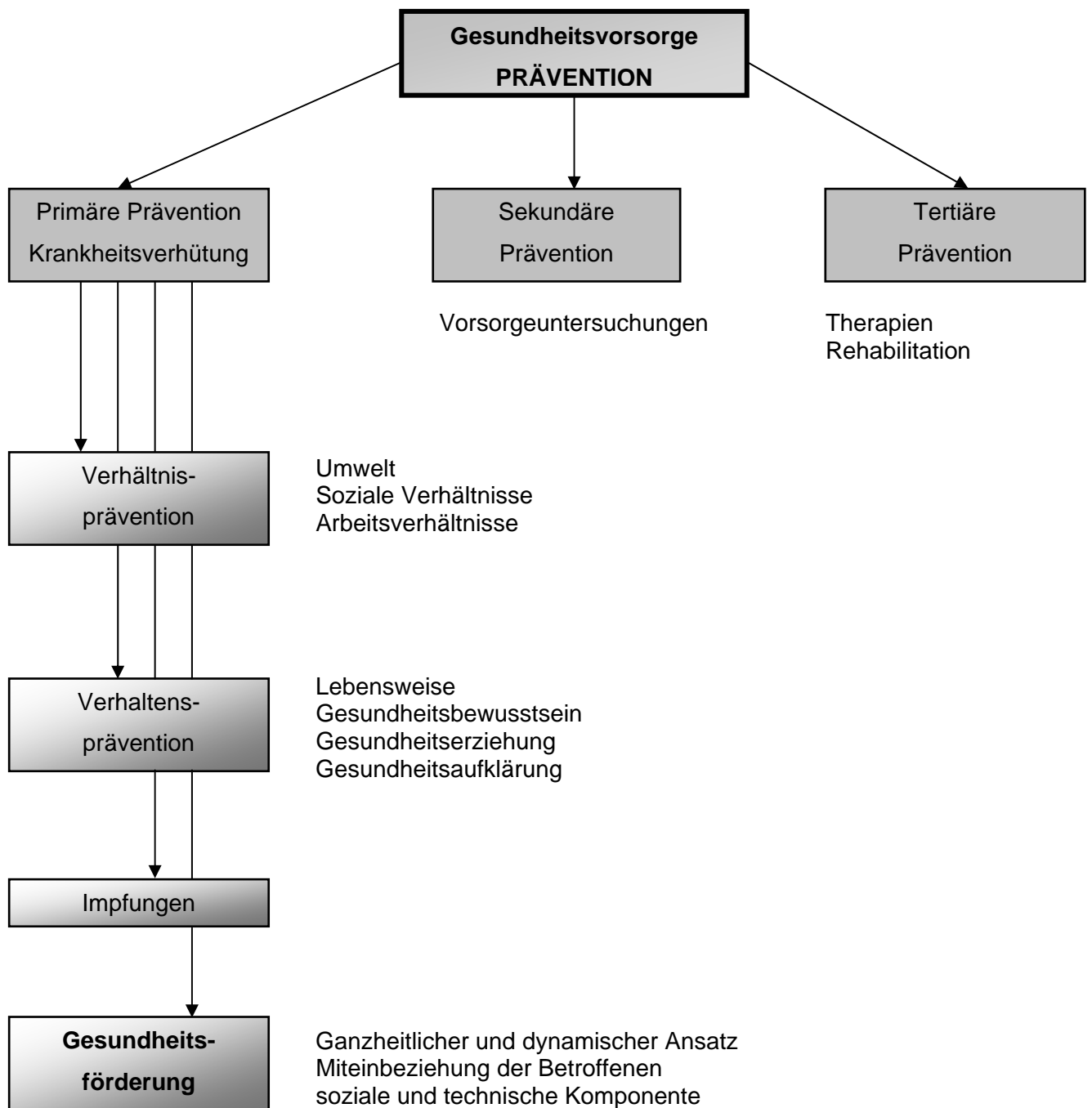
Die Realität zeigt andere Entwicklungen:

- Verminderung der Infektionskrankheiten aufgrund verbesserter hygienischer Gegebenheiten und aufgrund vermehrter sozialpolitischer Aktivitäten;
- Zunahme chronisch - degenerativer Erkrankungen trotz neuer und fortschrittlicher medizinischer Behandlungsmethoden;
- Verlust von Eigenverantwortung im Umgang mit sich selbst als Folge wachsender medikamentöser Möglichkeiten (vgl. Elsigan/Meggeneder 1995, S. 18).

Es kann folglich nicht davon ausgegangen werden, dass ausschließlich die Medizin befähigt wäre, das Gesundheitsbefinden der Bevölkerung zu verbessern. Der „Schlüssel“ zum körperlichen und seelischen Wohlbefinden liegt vorrangig in der **Prävention** (vgl. Probst/Tinhofer 1993, S. 8). Sehr provokativ und drastisch formuliert dazu Kesel: „(...), dass die Gesundheitsförderung in der Hand von Ärzten

nichts zu suchen hat“ (Kesel 1989, S. 5). Meines Erachtens ist die Funktion von Ärzten im Zusammenhang mit der Gesundheitsförderung keineswegs auszuklammern, wohl aber muss eine rein medizinische Betrachtung abgelehnt werden. Welche Bedeutung dies in der betrieblichen Gesundheitsförderung hat, wird in einem der nachfolgenden Kapitel behandelt. Die nachstehende Abbildung soll die Wichtigkeit von Präventionsmaßnahmen aufzeigen.

Abb. 2: Formen der Prävention



Quelle: Probst/Tinhofer 1993, S. 9

2.2. Krankenstände - ihre Entwicklung und Verteilung

2.2.1. Einleitende Aspekte

In einer Gesellschaft, die mit rasanten technologischen und wirtschaftlichen Veränderungen konfrontiert ist, wird es für Betriebe immer schwieriger, konkurrenz- und leistungsfähig zu agieren. Verschiedenste Faktoren - sei es das Wissen und die Qualifikation der Beschäftigten oder etwa die finanzielle Situation - können ein Unternehmen prägen und es von anderen unterscheiden. Doch diese Elemente allein lassen noch nicht auf den Erfolg einer Organisation schließen (vgl. Noack 1998, S. 23). Vielmehr wird die Betrachtung und Erforschung gesundheitlicher Aspekte der erwerbstätigen Bevölkerung von zentralem Interesse sein.

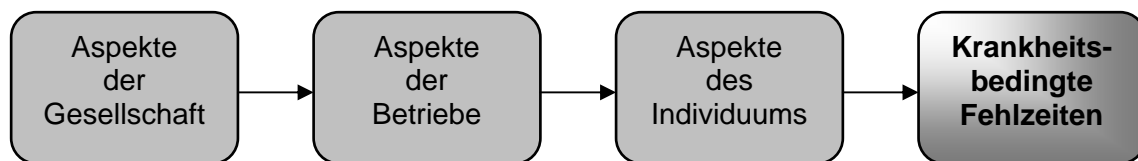
Gesundheit ist eine der wichtigsten Ressourcen für ein Unternehmen, gleichzeitig aber auch für die gesamte Gesellschaft. Führt man sich jedoch die Realität vor Augen, wird man erkennen, dass die Arbeitswelt - nebst ihren gewiss positiven Effekten für jeden Einzelnen - durchaus auch einen Ort unterschiedlichster Gefahren darstellt. Die Folgen sind klar ersichtlich. Es kommt zu einer Zunahme arbeitsbedingter und arbeitsmitbedingter Krankheitsbilder, die zu steigenden Krankenständen führen und letztendlich in Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspensionen münden können. In diesem Zusammenhang möchte ich kurz auf ein paar wesentliche Begriffe eingehen:

- **Gesundheitsquote:** darunter sind jene Erwerbstätigen zu verstehen, die zu einer bestimmten Zeit bzw. in einem bestimmten Zeitraum ihrer Tätigkeit tatsächlich nachgehen.
- **Fehlzeitenquote:** ist der Anteil der Abwesenden an allen Beschäftigten.
- **Fehlzeiten:** hierbei werden solche Zeiten subsumiert, in denen die MitarbeiterInnen ihre Erwerbstätigkeit vorübergehend, über längerer Zeit oder ständig nicht ausüben bzw. nicht ausüben können.
- **Krankenstand:** Abwesenheit eines Arbeitnehmers/einer Arbeitnehmerin aufgrund ärztlich diagnostizierter und bestätigter Krankheit (vgl. Noack 1998, S. 23).

2.2.2. Fehlzeitenanalyse

Die Ursachen für Fehlzeiten sind - ebenso wie die der Krankheiten - sehr komplex und nur multikausal erklärbar. Abbildung 3 verdeutlicht das Zusammenwirken verschiedenster Faktoren krankheitsbedingter Fehlzeiten.

Abb. 3: Modell zur Fehlzeitenanalyse



Wirtschaft	Größe	Alter
Konjunktur	Klima	Geschlecht
Medizin	Führungsstil	Familiensituation
Gewerkschaft	Tätigkeit	Psyche und Physis
Umwelt	Branche	Freizeitverhalten
Gesetze	Arbeitsbedingungen	Arbeitsmoral

Quelle: Meggeneder 1994, S. 132

2.2.3. Aktuelle statistische Krankenstands- und Arbeitsunfalldaten

Die im folgenden dargestellten Statistiken sollen zum einen die Entwicklung der Krankenstände in den Jahren 1988, 1993 und 1998 aufzeigen sowie eine Verteilung nach Diagnosegruppen aus dem Jahre 1999 liefern und zum zweiten auch einen Überblick über aktuelle Arbeitsunfallzahlen geben.

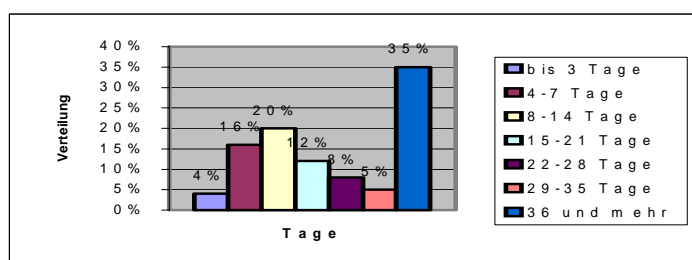
Tab. 1: Krankenstandsentwicklung nach Geschlecht und Durchschnittsdauer bei den unselbständigen Erwerbstätigen (ohne Beamte) in den Jahren 1988, 1993 und 1998

Jahr	Geschlecht	Fälle pro ArbeitnehmerIn	Tage	Durchschnittsdauer eines Falles in Tagen
1988	M + F	1,01	14,77	14,6
	M	1,06	15,91	14,9
	F	0,94	13,26	14,1
1993	M + F	1,13	15,08	13,4
	M	1,19	16,15	13,6
	F	1,05	13,73	13,0
1998	M + F	1,05	13,22	12,6
	M	1,10	14,26	13,0
	F	0,99	11,95	12,0

Quelle: Statistik des Hauptverbandes der Sozialversicherungsträger 2000

Betrachtet man die Krankenstandsstatistiken des Hauptverbandes in den letzten 30 Jahren, so erkennt man keine wesentlichen Veränderungen (vgl. Noack 1998, S. 25). Diese Tabelle macht jedoch deutlich, dass zwar die Krankenstandsfälle, sowohl die der Männer als auch die der Frauen und insgesamt angestiegen, die Tage des Krankenstandes im Gegenzug aber im Sinken sind. Die Dauer von Krankenständen ist folgender Abbildung zu entnehmen.

Abb. 4: Krankenstandsdauer 1998



Quelle: Hauptverband der Sozialversicherungsträger 2000

Obige Grafik zeigt, dass 35% der Krankenstände im Jahr 1998 36 und mehr Tage andauerten. Hingegen waren nur 20% der erwerbstätigen Bevölkerung zwischen 8 und 14 Tagen arbeitsunfähig erkrankt.

Das Jahr 1999 verzeichnete einen Anstieg der Krankenstände um über 10% gegenüber dem Jahr 1998 (vgl. Wirtschaftskammer Österreich 2000). Welche Erkrankungen die meisten Krankenstandstage verursacht hatten, zeigt nachstehende Übersicht des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger.

Tab. 2: Diagnosegruppen und ihre Arbeitsausfälle

Diagnosegruppen	Krankenstandstage pro Jahr
Skelett, Muskel, Bindegewebe	8,391.174
Unfälle	8,138.987
Obere Luftwege	7,917.772
Andere Atmungsorgankrankheiten	2,523.151
Psychiatrische Krankheiten	1,265.463
Magen-Darm-Trakt	1,231.113
Darminfektionen	1,174.920
Symptome	1,113.491
Nervensystem	643.889
Weibliche Geschlechtsorgane	558.584
Restliche Ursachen	6,700.718

Quelle: Hauptverband der Sozialversicherungsträger 2000

Im Jahre 1999 war eine Zunahme der Krankenstandstage um 3,74 Millionen Tage auf 39,66 Millionen Tage gegenüber dem Jahr 1998 zu verzeichnen (vgl. Wirtschaftskammer Österreich 2000). Anders verhält sich die Tendenz bei den Arbeitsunfallstatistiken. Die Zahl der jährlichen Arbeitsunfälle ist deutlich rückläufig. Seit Beginn der 90er Jahre konnte man eine Reduktion um fast 31% auf 119.000 Unfälle am Arbeitsplatz (vgl. Wirtschaftskammer Österreich, 1998) feststellen, während dessen es im Jahre 1990 noch 171.500 waren.

Ziel eines jeden Unternehmens, das sich konkret mit seinem Krankenstandsgeschehen auseinandersetzt, wird es sein, langfristig eine Senkung seiner Fehlzeiten zu bewirken. Das Konzept der Gesundheitsförderung, als Umorientierung im gesellschaftspolitischen Sinne, soll in diesem Zusammenhang als Ansatzpunkt für die Schaffung menschenwürdiger und menschengerechterer Arbeitsplätze dienen. Bereits 1986, im Zuge der Ottawa-Konferenz, hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) aufgrund der immer stärker werdenden Kritik gegenüber den bestehenden Gesundheitssystemen das Programm der Gesundheitsförderung formuliert. Die Leitlinien möchte ich anschließend kurz

darlegen. Die Konzepte der Gesundheitsförderung wurden von der WHO auf die Lebensbereiche der Gesellschaft individuell angepasst (Familie, Schule, Stadt, Arbeitswelt,...). Ich werde mich in meiner weiteren Arbeit sehr intensiv mit wohl einem der wesentlichsten Bereiche auseinandersetzen, nämlich der Arbeitswelt.

Grundsätze der Gesundheitsförderung:

- Gesundheitsförderung betrifft die gesamte Gesellschaft in all ihren Bereichen;
- Gesundheitsförderung möchte die Ursachen und Bedingungen von Gesundheit beeinflussen;
- Gesundheitsförderung setzt schwerpunktmäßig bei den Verhältnissen aber auch beim Verhalten an;
- Gesundheitsförderung wünscht eine aktive Beteiligung der Öffentlichkeit;
- Gesundheitsförderung wird keineswegs als medizinische Dienstleistung verstanden, sondern als Aufgabe des Gesundheits- und Sozialbereiches.

2.3. Gesundheit am Arbeitsplatz - zwei unterschiedliche Sichtweisen

Der Betrieb stellt für den Menschen nicht nur einen Ort dar, der es ihm ermöglicht, materielle und ideelle Ziele zu verfolgen, sondern er trägt auch wesentlich zum gesundheitlichen Befinden seiner Beschäftigten bei. Somit kann davon ausgegangen werden, dass unter anderem das durch die betrieblichen Gegebenheiten beeinflusste körperliche Wohlbefinden für die Erreichung weiterer individueller Zielsetzungen der MitarbeiterInnen mit ausschlaggebend ist. Nur ein(e) gesunde(r) MitarbeiterIn wird in der Lage sein, langfristig für das Unternehmen in positiver und produktiver Art und Weise tätig zu sein. Daher ist vor allem der Betrieb ein geeigneter Bereich für die Etablierung und Forcierung von Gesundheitsförderungsprogrammen. Gesundheitsförderung stellt eine lebenslange Aufgabe dar und soll zum einen den verhaltenspräventiven (individuelle Lebensweise) und zum anderen den verhältnispräventiven Aspekt (Arbeitsbedingungen) berücksichtigen. Einander unterstützend und ergänzend sollen beide Aspekte in Gesundheitsförderungsprojekten eingesetzt und angewandt werden (vgl. Meggeneder 1997, S. 55).

Aufgrund der unterschiedlichen Betrachtungsweisen ist zwischen der „Gesundheitsförderung im Betrieb“ und der „Betrieblichen Gesundheitsförderung“ zu differenzieren.

2.3.1. Gesundheitsförderung im Betrieb

Dieser Bereich befasst sich ausschließlich mit der Verhaltensprävention. Die ArbeitnehmerInnen sollen in diesem Zusammenhang versuchen, ihr individuelles Gesundheitsverhalten, wie beispielsweise Ernährung, Bewegung, Konsum von Genussmitteln und dergleichen sowie ihre Lebensweise zu verändern. Da aber die Bereitschaft, sich zu ändern, in der Regel erst merklich spät erfolgt - vielfach erst nach bereits spürbaren gesundheitlichen Beeinträchtigungen - bieten Betriebe vermehrt präventive Programme an (vgl. Werner 1993, S. 104). Dazu zählen neben Entspannungsseminaren als Hilfe zu Stressabbau bzw. -vermeidung und Rückenschulkursen auch Maßnahmen gegen das Rauchen oder den Alkoholkonsum. Das Modell einer Gesundheitsförderung im Betrieb ist am stärksten in den USA ausgeprägt. Dort ist der Gesundheitsbeitrag der Unternehmen durchwegs auf dem Konzept der Risikofaktorenmedizin aufgebaut (vgl. Meggeneder 1997, S. 58f). Mit Hilfe dieses Modells sollen die Zusammenhänge zwischen dem persönlichen Lebensstil und dem späteren Gesundheitszustand erklärt werden (vgl. Werner 1993, S. 105). In den Unternehmungen manifestiert sich diese Art der Gesundheitsförderung in Form von Gesundheitserziehung und Gesundheitswerbung bis hin zum allseits bekannten „Fitness-Wahn“. Kostenkompensation im Krankenversicherungsbereich ist dabei vorrangigstes Ziel (vgl. Meggeneder 1997, S. 58ff). Das Risikofaktorenmodell für sich allein ist jedoch kein ausreichender Ansatz in der Gesundheitsförderung, sondern es bedarf darüber hinaus einer verstärkten Miteinbeziehung aller Lebensumstände der Menschen (vgl. Werner 1993, S. 105). Diese umfassende Strategie versucht das zweite Modell der Gesundheitsförderung zu verdeutlichen.

2.3.2. Betriebliche Gesundheitsförderung

Das Konzept der betrieblichen Gesundheitsförderung soll das Unternehmen dabei unterstützen, für sich und nicht zuletzt für seine MitarbeiterInnen langfristig die Möglichkeit eines gesunderhaltenden Lebensraumes zu schaffen (vgl. Werner 1993, S. 105f). Betriebliche Gesundheitsförderung soll als integrierter Ansatz verstanden werden, der sich idealer Weise durch folgende Merkmale beschreiben lässt:

- Die Bedürfnisse der ArbeitnehmerInnen werden integriert und verbunden mit jenen des Betriebes;
- betriebliche Gesundheitsförderung umfasst sowohl die Aspekte der Verhaltensprävention als auch jene der Verhältnisprävention;
- Gesundheit wird als wesentlicher Bestandteil der Unternehmenskultur angesehen und somit eingebunden in die Firmenpolitik (vgl. Werner 1993, S. 106f).

Vordergründig wird dabei an den bestehenden Arbeitsabläufen sowie an der Arbeitsorganisation angesetzt, nicht an den Arbeitsumweltfaktoren und den Risikofaktoren (vgl. Hackl 1998, S. 37). Die Basis der betrieblichen Gesundheitsförderung bildet das Lebensweisen-Konzept, welches das Gesundheitsverhalten von Menschen durch ökologische, ökonomische, soziale und kulturelle Einflussfaktoren zu erklären versucht. Demzufolge kann nicht von einer absolut gesunden Lebensart ausgegangen werden, die zentrale Bedeutung dieses Konzeptes liegt in der Beachtung sozialer und regionaler Hintergründe. Damit verbunden ist die vermehrte Tendenz zur Selbsthilfe und Laienaktivierung, worunter der aktive und sehr wertvolle Einsatz aller Beteiligten - seien sie Experten oder nicht - zu verstehen ist. Gesundheitsförderungskonzepte sollten daher so gestaltet sein, dass jeder einzelne die Möglichkeit erhält, seine praktischen Kenntnisse in den Prozess der betrieblichen Gesundheitsförderung mit einfließen zu lassen (vgl. Meggeneder 1997, S. 63ff).

2.4. Betriebliche Gesundheitsförderung auf Europäischer Ebene

Der heute viel diskutierte Wandel in der Gesellschaft lässt sich zweifelsohne am besten in der Arbeitswelt verfolgen. Großunternehmen mit zentralistischen und hierarchischen, auf Arbeitsteilung beruhenden Strukturen müssen, um erfolgreich wirtschaften zu können, ihre Flexibilität unter Beweis stellen. Das bedingt eine Veränderung dahingehend, dass vermehrt auf eine Zusammenarbeit sowohl innerhalb als auch zwischen den verschiedenen Organisationsstufen Wert gelegt wird. Damit verbunden - oder besser formuliert Voraussetzung dafür - ist die kontinuierliche Bereitschaft zur Kommunikation und Kooperation. Dies wäre ein positiver Ansatz, um das ideale Modell einer Netzwerk-Organisationsstruktur verwirklichen zu können (vgl. Kuhn 1997, S. 19ff).

2.4.1. Das Europäische Netzwerk

Das Europäische Netzwerk für Gesundheitsförderung, -aufklärung, -erziehung und -ausbildung folgt den Prinzipien der Flexibilität, der Innovation, der Dezentralisierung und der umfassenden Zielsetzungen (vgl. Kloppenburg 1997, S. 13). Die Grundlage bildet der Artikel 129 des EU-Vertrages von Maastricht, der der Europäischen Union die Möglichkeit verleiht, neben den Mitgliedsstaaten zusätzlich gesundheitsfördernde Maßnahmen zu setzen (vgl. Kloppenburg 1997, S. 16f). Die Europäische Union vertritt in diesem Zusammenhang die Ansicht, dass jedes Mitgliedsland für seine nationale Politik selbst zuständig ist. Die Aktivitäten des Europäischen Netzwerkes sollen als Unterstützung in Form des Subsidiaritätsprinzips verstanden werden (vgl. Meggeneder o. J., S. 2f). Um die betriebliche Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt etablieren zu können, baut das Europäische Netzwerk auf folgenden grundlegenden Zielsetzungen auf:

- Betriebliche Gesundheitsförderung bekannter machen sowie mehr Verantwortungsbewusstsein für die Gesundheit erzeugen;
- Anwendbare Gesundheitsförderungsprojekte erfassen und weiterleiten;
- Leitlinien für eine effektive betriebliche Gesundheitsförderung festsetzen;

- Nationale gesundheitspolitische Innovationen bei den Mitgliedsstaaten sicherstellen;
- Beachtung von Rahmenbedingungen bei der Anwendung betrieblicher Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelbetrieben (KMU) (vgl. newsletter 1/98).

Den Ausgangspunkt jeglicher Aktivitäten im betrieblichen Gesundheitsförderungsbereich stellen die Inhalte der „**Luxemburger Deklaration**“ dar, die im November 1997 von den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union verabschiedet worden sind. Darin heißt es: „Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Dies kann durch die Verknüpfung folgender Ansätze erreicht werden:

- Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen;
- Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung;
- Stärkung persönlicher Kompetenzen“ (Luxemburger Deklaration).

Weitere Aspekte (Einfluss auf das Wohlergehen der Beschäftigten und die vier Leitlinien der betrieblichen Gesundheitsförderung) der „Luxemburger Deklaration“ werden unter Punkt 2.7. näher ausgeführt.

2.4.2. Leitlinien für eine betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelbetrieben

Betriebliche Gesundheitsförderung ist ein grundlegender Bestandteil im Rahmen der Unternehmenspolitik. Die Einrichtung betrieblicher Gesundheitsförderungsprojekte erfordert jedoch auch eine geeignete Infrastruktur, weshalb es vor allem für die Klein- und Mittelbetriebe sehr schwierig ist, in diese Richtung tätig zu werden. Die Tatsache, dass über 50% der Beschäftigten in Europa in Klein- oder Mittelbetrieben arbeiten und diese Tendenz steigend ist, lässt einen großen Handlungsbedarf erkennen (vgl. <http://www.bkk.de>). Klein- und Mittelbetriebe unterscheiden sich von großen Unternehmungen nicht nur aufgrund weniger standardisierter Arbeitsabläufe und einer wesentlich geringeren Arbeitsteilung, sondern ganz erheblich auch durch weitaus geringere Möglichkeiten, arbeitsschutzrechtliche und gesundheitsförderliche

Maßnahmen zu setzen. Zukünftig wird es folglich unabdingbar sein, das gesundheitsfördernde Fachwissen in Bezug auf größere Betriebe auch an die betrieblichen Strukturen, Bedingungen und Probleme der Klein- und Mittelbetriebe bestmöglich anzupassen. Diesen Herausforderungen hat sich seit April 1998 das „Cardiff Memorandum“, das von allen Mitgliedern des Europäischen Netzwerkes verabschiedet worden ist, verschrieben (vgl. WHP-NET-NEWS April 1998).

2.5. Österreichs Engagement in der betrieblichen Gesundheitsförderung

Das Europäische Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung ist sozusagen ein „zentraler Ort“, an dem wichtige Informationen gesammelt und an alle Mitgliedsstaaten weitergeleitet werden. Die nationalen Kontaktstellen sind demzufolge das Kernstück jeder guten betrieblichen Gesundheitsförderung. In Österreich befindet sich der Sitz dieser Kontaktstelle bei der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse, die sich bereits durch jahrelange Erfahrungen im Bereich ganzheitlicher und integrierter betrieblicher Gesundheitsförderungsprojekte auszeichnet. Die Aufgaben einer solchen Kontaktstelle lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- Erfassung der in Österreich durchgeführten Gesundheitsförderungsprojekte in einer eigenen Datenbank;
- Veranstaltung von Informationstagen, die zum Austausch von Erfahrungen zwischen InteressentInnen, ExpertInnen und PraktikerInnen sowie der Weiterentwicklung dienen;
- Unterstützung bei der Gründung von Projektteams;
- Evaluierung betrieblicher Gesundheitsförderungsprojekte;
- Weiterleitung von Informationen an die Europäische Kommission und Gestaltung interessanter Beiträge für die WHP-NET-NEWS (Netzwerknachrichten zur betrieblichen Gesundheitsförderung);
- Öffentlichkeitsarbeit für eine bessere Vermarktung betrieblicher Gesundheitsförderungsprogramme (vgl. newsletter 1/98 u. Meggeneder 1997, S. 71f).

Das österreichische Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung hat durch die Einrichtung von Regionalstellen in bislang sechs Bundesländern (Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaus in Graz, Salzburger Gebietskrankenkasse, Gesundheitsforum Niederösterreich, Wiener Gebietskrankenkasse, Kärntner Gebietskrankenkasse und die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse) einen wichtigen Schritt hin zu einer österreichweiten betrieblichen Gesundheitsförderungsarbeit gesetzt. Das Aufgabenprofil einer regionalen Kontaktstelle ist folgendermaßen darstellbar:

- Bestandsaufnahme
- Austausch von Informationen (newsletter, Informationstag)
- Öffentlichkeitsarbeit (Fachveranstaltungen, Publikationen)
- Unterstützung von Projektgruppen und Projekten (auch Initiierung)
- Vernetzte gemeinsame Projekte und Aktivitäten

Um jedoch effiziente, regionale, betriebliche Gesundheitsförderung betreiben zu können, bedarf es der Unterstützung durch die nationale Kontaktstelle. Die regionalen Stellen brauchen demnach:

- Lobbying für BGF
- Zugang zu Vergleichsdaten
- Moderne Informationstechnologien (Chat-room-BGF)
- Wissens- und Expertendatenbank
- Unterstützung in der Öffentlichkeits- und Pressearbeit durch geeignete Materialien (vgl. Protokollaufzeichnungen 2000)

Die Weiterentwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung in Österreich ist überaus wichtig und positiv und lässt in Zukunft eine flächendeckende Ausrichtung erwarten.

2.6. Betrieblicher Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung

Die Entwicklungen des ArbeitnehmerInnenschutzgesetzes in Österreich haben ihren Ursprung am Ende der 80er Jahre des 19. Jahrhunderts. Österreich zählte mit Deutschland zu den Pionierländern einer staatlich geregelten Sozialversicherung in Europa. Die beginnende Industrialisierung, die ihren Höhepunkt in Österreich erst nach dem 2. Weltkrieg erreichte, war verbunden mit zahlreichen Neuerungen im Produktions- und Fertigungsbereich. Das Auftreten umfangreicher sozialer Probleme, wie beispielsweise schlechte Arbeitsbedingungen, neue Gefährdungen infolge technologischer und chemischer Veränderungen bei den Arbeitsmethoden und -stoffen sowie die Zunahme von Berufskrankheiten und Arbeitsunfällen war Folge dieser Entwicklung (vgl. Talos/Wörister 1994, S. 13ff). Mit der Einführung des Arbeitnehmerschutzgesetzes und der allgemeinen Arbeitsschutzverordnung konnten anfänglich vor allem im Bereich des technischen Arbeitnehmerschutzes positive Effekte erzielt werden. Hinsichtlich der Berufskrankheiten sollte durch die Möglichkeit von arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Diensten geholfen werden (vgl. Meggeneder 1997, S. 37f).

Dieser Entwicklungsschritt wurde aber erst sehr spät aufgegriffen und im Jahre 1982 gesetzlich verankert (vgl. Probst/Tinhofer 1993, S. 9). Zuvor - in den 70er Jahren - war hingegen die Frage einer „Humanisierung der Arbeit“ seitens der Gewerkschafter ein viel diskutiertes Thema in der Öffentlichkeit. Ihre Kritik richtete sich gegen die Ausbeutung der ArbeitnehmerInnen aufgrund der „tayloristischen Betriebsführung“, die eine rationale und mechanistische Sichtweise des arbeitenden Menschen beinhaltete (vgl. Elsigan/Meggeneder 1995, S. 25). Das vermehrte Interesse der Gewerkschafter an gesunden und sicheren Arbeitsplätzen hatte seinen Ursprung Anfang der 80er Jahre in Oberösterreich. Die Bildung eines Arbeitskreises „Arbeitsbelastung und Gesundheitsverschleiß“, dessen Ziel es unter anderem war, Problembereiche in Betrieben zu erheben sowie die aktive Zusammenarbeit zwischen Betriebsräten und ArbeitnehmerInnen zu fördern, erfolgte im Jahre 1981. Vorläufer bzw. Orientierungshilfen gab es zum einen in Italien und zum anderen in Skandinavien. Das italienische Modell verfolgt die Vorstellung einer

„Arbeitermedizin“, wonach primär die ArbeitnehmerInnen und ihre Interessensvertretungen gesundheitsfördernde Maßnahmen setzen. Skandinavien wiederum zeichnet sich durch ein sozialpartnerschaftliches Modell aus, welches einerseits der Belegschaft gestattet, selbständig ihre Vorstellungen von Gesundheits- und Sicherheitsschutz am Arbeitsplatz zu verwirklichen und andererseits Projekte auf überbetrieblicher Ebene zwischen Gewerkschafter und Arbeitgeberverbänden erlaubt (vgl. Meggeneder 1997, S. 41ff). Die folgenden Jahre waren geprägt von durchaus gewinnbringenden Aktivitäten im Sinne von Verbesserungen der Arbeitsbedingungen. Bekannt geworden sind diese unter dem Begriff „Aktion (G)esundheit“. Durch eine Vielzahl von empirischen Untersuchungen in Betrieben konnten wesentliche Belastungen ermittelt und die Betriebsräte gemeinsam mit den Beschäftigten zu mehr Mit- und Zusammenarbeit angeregt werden (vgl. Elsigan/Meggeneder 1995, S. 1f u. S. 25f). Daraus ergibt sich für den ArbeitnehmerInnenschutz eine Neuorientierung in Richtung einer verstärkt präventiven betrieblichen Gesundheitspolitik. Gesetzlich bedeutete dies die Aufnahme des Begriffs der Gesundheitsförderung in das Allgemeine Sozialversicherungsgesetz (ASVG) im Jahre 1992. Gemäß § 154b (1) ASVG ist die Gesundheitsförderung Aufgabe der sozialen Krankenversicherung und beschränkt sich auf die Aufklärung und die Beratung über Gesundheitsgefährdung und Krankheitsverhütung (vgl. ASVG). Damit ist der Begriff der Gesundheitsförderung bedeutend enger gefasst als die „Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung“. Diese 1986 verabschiedete Charta beinhaltet nachstehende wesentliche Punkte zur Gesundheitsförderung:

- „Gesundheitsförderung umfasst in gleichrangiger Bedeutung die Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen;
- sie fördert die Entwicklung, Organisation und Beteiligung von mehr Betroffenenkompetenz;
- sie verlangt ein koordiniertes Zusammenwirken aller mit Themen der Gesundheitsförderung befassten Entscheidungsträger in Politik und Wirtschaft, aller nicht staatlicher und selbstorganisierter Verbände, Institutionen und Initiativen;
- sie erfordert die Entwicklung regionaler Gesamtkonzepte und Strategien auf der Basis gesicherter Bedarfs- und Situationsanalysen“ (Probst/Tinhofer 1993, S. 9).

2.6.1. ArbeitnehmerInnenschutzgesetz und Präventivdienste

Das ArbeitnehmerInnenschutzgesetz betont die Wichtigkeit vorbeugender Aktivitäten zur Vermeidung von Arbeitsunfällen und gesundheitlicher Beschwerden als Folge von Arbeitsbelastungen. Des weiteren fordert man den Einsatz von ArbeitsmedizinerInnen und Sicherheitsfachkräften, die Evaluierung von Arbeitsplätzen sowie die Eignungs- und Folgeuntersuchungen für MitarbeiterInnen an besonders belastenden Arbeitsbereichen (vgl. Jungwirt 1996).

Arbeitsmedizin

Das grundlegende Ziel der Arbeitsmedizin liegt zum einen in der Minimierung von Gefährdungen und Belastungen durch die Arbeit und das Arbeitsumfeld und zum anderen in der Förderung und Erhaltung von körperlichem Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit. Das bedeutet, dass sich ein(e) ArbeitsmedizinerIn sehr gezielt mit den aktuellen Unternehmensbedingungen auseinandersetzen und gleichzeitig versuchen muss, ausgehend von einer Ist-Analyse unternehmensspezifisch im Auftrag der Gesundheit zu arbeiten. Das Unternehmen zielt dabei nicht auf eine Art „Sprechstunde“ für die MitarbeiterInnen ab, sondern erhofft sich eine adäquate Unterstützung bei der Lösung konkreter gesundheitlicher Probleme. Wichtig ist seitens der Unternehmensleitung die Offenheit und das Verständnis für die Gesundheitsproblematik im Betrieb (vgl. ppm 1995, S. 77ff).

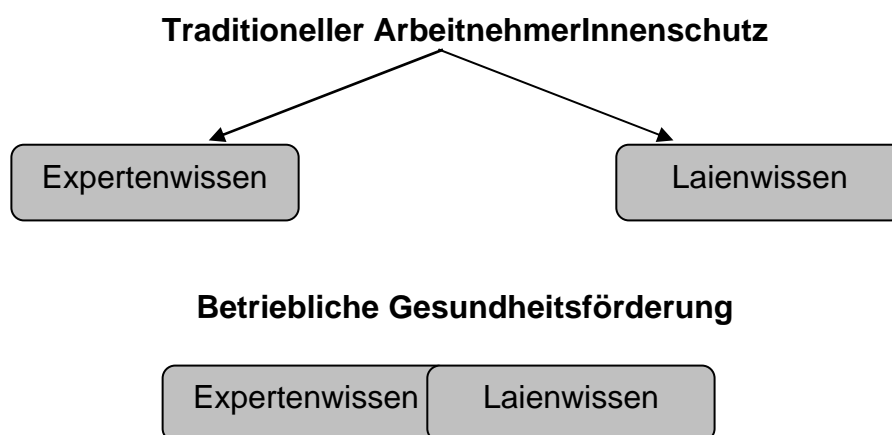
Sicherheitsfachkraft

Die Aufgaben einer Sicherheitsfachkraft sind ähnlich denen der Arbeitsmedizin. Sie betreffen die technische und organisatorische Ausgestaltung des ArbeitnehmerInnenschutzes. Sicherheitsfachkräfte unterstützen ein Unternehmen in allen Fragen des Unfallschutzes, bei der Beschaffung von Arbeitsmitteln, bei der Planung von Arbeitsplätzen sowie bei diversen Veränderungen von Arbeitsmethoden (vgl. Jungwirt 1996). Das Tätigkeitsfeld von Sicherheitsfachkräften reicht dementsprechend von der Beobachtung und Bewertung des Arbeitsplatzes bis hin zur Beratung von ArbeitnehmerInnen, Arbeitgeber und Belegschaftsvertretern auf

dem Gebiet der Arbeitssicherheit und der menschengerechten Arbeitsgestaltung (vgl. § 76 ASVG).

Präventivkräfte werden je nach Größe des Betriebes eingesetzt, ebenso die Anzahl der Sicherheitsvertrauenspersonen, die für die Gewährleistung der betrieblichen Sicherheit und des Gesundheitsschutzes vom Arbeitgeber in Übereinkunft mit dem Betriebsrat bestellt werden. Einen sehr wesentlichen und wichtigen Grundsatz im sicherheitstechnischen Bereich bildet die Evaluierung (Gefahrenermittlung und -bewertung) seitens des Betriebs sowie die Aufzeichnung in Sicherheits- und Gesundheitsschutzdokumenten (vgl. Jungwirt 1996). Sicherheitsfachkräfte und ArbeitsmedizinerInnen haben im Betrieb die Aufgabe, sich mit ihrem „Expertenwissen“ aktiv an Gesundheitsförderungsprojekten zu beteiligen, ergänzend steuern die Arbeitskräfte ihre Eindrücke und langjährigen Erfahrungen an diversen Arbeitsplätzen bei. Der Arbeitgeber besitzt also in diesem Falle die Möglichkeit, dieses bisher ungenützte Know How der MitarbeiterInnen konstruktiv in die verschiedensten Lösungsmodelle einfließen zu lassen. Um dementsprechend einen effizienten Schutz von körperlichem und seelischem Wohlbefinden im Unternehmen erreichen zu können, wäre es optimal, das „Expertenwissen“ der Präventivkräfte mit dem „Laienwissen“ der Beschäftigten zu verbinden (vgl. Peilowich-Pichler 1997, S. 168). Diesen Ansatz soll nachstehende Darstellung nochmals verdeutlichen.

Abb. 5: Schnittstelle Präventivdienste



Quelle: Peilowich-Pichler 1997, S. 169

2.7. Effizienz und Effektivität in der betrieblichen Gesundheitsförderung

Die Qualität betrieblicher Gesundheitsförderungsmaßnahmen ist für das Unternehmen von erheblichem Interesse und Wert, in der Praxis jedoch nicht eindeutig messbar. Um aber dennoch eine Nutzenermittlung aller positiven Auswirkungen präventiver Aktivitäten (eine sogenannte Effektivitätskontrolle) durchführen zu können, bedarf es vorweg konkreter Zielvorstellungen über die Intention bestimmter Maßnahmen (vgl. Kuhn 1998, S. 39).

Das Unternehmen muss betriebliche Gesundheitsförderung als Lernzyklus verstehen, der eine strategische Vorgehensweise voraussetzt. Damit ist vor allem gemeint, dass Gesundheitsförderung einen Prozess darstellt, der ganzheitliche statt punktueller Problemlösungsansätze anstrebt, der die eigene Verantwortung für das gesundheitliche Wohlbefinden in den Vordergrund stellt und der letztendlich den Gesundheitszustand der MitarbeiterInnen als wichtigstes Gut betrachtet (vgl. Kuhn 1998, S. 37). Betriebliche Gesundheitsförderung versucht demzufolge, alle Bereiche im Unternehmen zu erreichen und zu unterstützen, die positiv auf das Wohlergehen der Beschäftigten einwirken können.

Damit sind gemeint:

- Unternehmensleitbilder, die die MitarbeiterInnen als Erfolgsbestandteil betrachten und nicht stets als Kostenverursacher;
- eine Unternehmensphilosophie und eine Führungspolitik, in welcher MitarbeiterInnenpartizipation kein Fremdwort ist, sondern aktiv gefördert wird;
- eine Arbeitsorganisation mit einem gewissen Maß an Arbeitsanforderungen, gleichzeitig aber auch der Möglichkeit, sich selbst entfalten und eigenständig agieren zu können;
- eine Personalpolitik mit gesundheitsbejahenden Leitlinien;
- eine Integration von Arbeits-, Sicherheits- und Gesundheitsschutz (vgl. newsletter 1/98).

Die Bedingungen für eine erfolgversprechende betriebliche Gesundheitspolitik lassen sich folgendermaßen beschreiben:

- Inner- und überbetriebliche Zusammenarbeit (Kooperation);
- Analyse der Ausgangslage (Gesundheitsberichterstattung, Befragungsdaten, Zirkelwissen);
- Formulierung von Prioritäten und Zielen;
- beteiligungsorientierte Entwicklung und Organisation von Programmen;
- gesundheitsbezogene Kommunikation;
- Erkennen und Überwinden von Hindernissen;
- Evaluation der Maßnahmen (Kuhn 1998, S. 29).

Zu näheren Ausführungen möchte ich auf die Kapitel 3.1.-3.5. verweisen.

Ist ein Unternehmen bestrebt, diese oben erwähnten Grundsätze zu beachten und dahingehend gesundheitsfördernde Initiativen zu setzen, wären folgende Effekte denkbar.

Für den Betrieb:

- Verbesserung der Arbeitszufriedenheit und des Arbeitsklimas
- erhöhte Produktivität und Leistungsfähigkeit
- verbesserte betriebliche Kommunikation und Kooperation
- Zunahme des betrieblichen Ansehens
- Verringerung der Krankenstände, der Fehlzeiten, der Fluktuationsraten und der Arbeitsunfälle
- Senkung von Krankheits- und Versicherungskosten

Für die MitarbeiterInnen:

- weniger Arbeitsbelastungen
- Abnahme von Gesundheitsbeeinträchtigungen
- Verbesserung des körperlichen Wohlbefindens und des Lebensstils
- vermehrte Motivation durch gutes Betriebsklima
- verstärkte soziale Integration (vgl. www.sozialnetz-hessen.de u. Probst/Tinhofer 1993, S. 20f u. Kuhn 1998, S. 39ff)

Bei der Anwendung von gesundheitsfördernden Maßnahmen ist jedoch immer eine genaue Überprüfung ihrer Wirtschaftlichkeit und der damit verbundenen

Auswirkungen zu empfehlen. Erst durch eine entsprechende Evaluation kann entschieden werden, ob eine Aktivität gesetzt werden sollte bzw. ob sie zu Recht gewählt worden ist oder ob sie verworfen werden muss (vgl. Kuhn 1998, S. 41). Zusammenfassend lässt sich eine erfolgreiche betriebliche Gesundheitsförderung anhand vier grundlegender Kriterien charakterisieren:

- Partizipation (die gesamte Belegschaft wird mit eingebunden);
- Integration (betriebliche Gesundheitsförderung wird als Teil der Unternehmenspolitik angesehen);
- Projektmanagement (es erfolgt eine strategische Planung bezüglich der Umsetzung von Maßnahmen und inkludiert fortlaufende Evaluierungen);
- Ganzheitlichkeit (es werden sowohl verhaltens- als auch verhältnispräventive Initiativen gesetzt) (vgl. Breucker 1998).

3. Das Modell der betrieblichen Gesundheitsförderung

3.1. Projektmanagement als Grundlage erfolgreicher betrieblicher Gesundheitsförderung

Die Auseinandersetzung mit gegenwärtigen Organisationsstrukturen und Arbeitsbedingungen lässt Komplexität und eine bereichsübergreifende Wirkung erkennen. Moderne Unternehmungen weisen ein hohes Maß an Spezialisierung und Differenzierung auf und die einzelnen Abteilungen tangieren einander auf sehr unterschiedlichen Ebenen. Die daraus resultierenden Problemstellungen beruhen auf zum Teil divergierenden Meinungen und Entscheidungen im Rahmen der Unternehmenspolitik. Davon betroffen sind nicht nur betriebs- und volkswirtschaftliche Entwicklungen, die gekennzeichnet sind von Faktoren wie Produktivität, Wirtschaftlichkeit und Wettbewerbsfähigkeit, sondern in erheblichem Ausmaß auch das körperliche und seelische Wohlbefinden der Beschäftigten (vgl. Grossmann 1998, S. 19f). Die Aufgaben des Managements in Form von Planung, Organisation, Kommunikation, Durchführung und Kontrolle tragen einerseits zu einem funktionierenden Unternehmensablauf bei, andererseits bewirken sie gleichzeitig auch Veränderungen im Gesundheitsbereich. Konkret bedeutet dies, dass im Grunde durch Entscheidungen des Managements direkt oder indirekt auch über salutogene (gesunderhaltende und gesundheitsfördernde) und pathogene (krankmachende) Aspekte befunden wird. Das heißt also, dass das Management in diesem Sinne auch die Funktion eines Gesundheitsmanagements ausübt (vgl. Geißler / Niedl 1997, S. 105).

3.1.1. Gesundheitsförderung im Unternehmensalltag

Die Schwierigkeit der Unternehmen bei dieser Thematik liegt in einer oft nicht vorhandenen problemzentrierten Sicht- und Handlungsweise. Aus diesem Grunde tendieren viele Betriebe dazu, das Thema der Gesundheitsförderung auszugliedern und externen Institutionen und Organisationen zu übertragen (vgl. Grossmann 1998,

S. 19). Die Auseinandersetzung mit der Frage der Gesundheit sollte aber als Unternehmensstrategie verstanden werden und sowohl die Interessen der MitarbeiterInnen als auch jene der Führungsebene in Einklang bringen und auf diese Weise sozusagen eine Symbiose erzeugen (vgl. Geißler / Niedl 1997, S. 105f).

Schließlich haben gerade Organisationen, und dazu zählen die Betriebe, als „Gesundheitserzieher Nummer 1“ in unserer Gesellschaft, einen ausgesprochen großen Anteil an der Ausbildung und Entwicklung kollektiver wie auch individueller Einstellungsmuster (vgl. Grossmann 1998, S. 20). „Der Sozialisationsfaktor Arbeitswelt wirkt in die Zeit außerhalb, dass heißt, in die Familie und Freizeit hinein. Gesundheitserziehungsprogramme, die in Widerspruch zum Lebensstil in der Arbeitswelt stehen, haben eine geringe Chance, dauerhafte Wirkung auf das Gesundheitsverhalten zu erzielen“ (Scala 1996, S. 1). Betriebliche Gesundheitsförderung betrifft demnach das ganze soziale System und muss daher auch als wesentlicher Bestandteil der Unternehmenskultur eine entsprechende Gültigkeit und Bedeutung besitzen.

3.1.2. Das Projekt als soziales System

Da die betriebliche Gesundheitsförderung auf die Veränderung von sozialen Kontexten - sogenannten „settings“ - abzielt, besteht das vorrangige Ziel darin, die Akteure des Unternehmens - Entscheidungsträger, MitarbeiterInnen und Fachkräfte - zu den organisatorischen Strukturen und Interessen in Beziehung zu setzen (vgl. Grossmann 1998, S. 28f). In diesem Sinne wird es für das Unternehmen unerlässlich sein, die Realisierung dieser Querschnittsmaterie als Projekt zu betrachten und dementsprechend in der Organisation zu verankern (vgl. Grossmann 1998, S. 31f). Ein Projekt ist damit sozusagen eine neue Organisation (ein neues soziales System) innerhalb oder zwischen Organisationen und wird durch zwei wesentliche Merkmale bestimmt. Zum einen ist ein Projekt zeitlich begrenzt, also genau festgelegt im Hinblick auf Anfang und Ende, und zum anderen weisen Projekte nicht unbedingt hierarchische Strukturen auf, sondern den Aufgaben und Zieldefinitionen entsprechende (vgl. Scala 1996, S. 2). Die anschließende Abbildung soll Einblick in die Projektstruktur geben.

Abb. 6: Struktur eines Projektes

Dimensionen des Projektes	Begrenzung	interne Ausdifferenzierung
sachlich	spezifische Problem- und Zielsetzungen	Projekt + Subprojekte
zeitlich	Anfang und Ende	Zeitplan
sozial	bestimmte Mitglieder der involvierten sozialen Systeme	soziale Rollenverteilung Auftraggeber Leiter Koordinatoren
materiell	limitierte Ressourcen	Budget

Quelle: Scala 1996, S.2

Um Projekte effizient bearbeiten und komplexe organisationsspezifische Problemstellungen zielorientiert erfüllen zu können, bedient man sich der Methoden des Projektmanagements (vgl. dazu Kap. 3.2.). Jede Projektarbeit - sofern sie strukturiert durchgeführt wird - stellt sowohl für das Unternehmen als auch für die MitarbeiterInnen eine Chance dar. Diese Chance zeigt sich bei einem Gesundheitsförderungsprojekt nicht nur in der Lösung betrieblicher Schwierigkeiten und Aufgaben, sondern ganz besonders auch in der Möglichkeit, verbesserte Arbeitsbedingungen und eine motivierte neue Arbeitskultur schaffen zu können.

Dafür verantwortlich zeichnen nachstehende Aspekte bzw. Faktoren:

Einsatz des Betriebes für die Gesundheit:

- finanzielle Mittel
- sozialer Beitrag
- intellektuelle Hilfestellung

Möglichkeiten des Individuums:

- Qualifizierung
- betrieblich organisatorisches Lernen

Möglichkeiten der Organisationen:

- Teamarbeit
- vertrauensvolle und sicherheitsspendende Zusammenarbeit
- Einflussmöglichkeit auf die Arbeitsbedingungen
- Chance auf Selbstverwirklichung und das eigenständige Erfüllen von Aufgaben
- sozialer Rückhalt in Krisensituationen (vgl. Grossmann 1998, S. 22ff)

3.2. Die Ablaufstrukturen eines betrieblichen Gesundheitsförderungsprojektes

Eine strukturierte Vorgehensweise bei der Durchführung betrieblicher Gesundheitsförderungsprojekte ist der „Schlüsselfaktor“ für ein erfolgreiches Gelingen. Die Methoden des Projektmanagements ermöglichen es dem Unternehmen, seine Aufgaben und Zielsetzungen entsprechend fokussiert zu verfolgen. Dabei ist jedoch zu berücksichtigen, dass Gesundheitsförderungsprojekte den jeweiligen betrieblichen Gegebenheiten und Rahmenbedingungen angepasst werden müssen. Der grundlegende Verfahrensablauf eines derartigen Projektes soll anschließend näher erläutert werden. Folgende Phasen sind dabei bei der Projektbearbeitung charakteristisch (vgl. Elsigan / Meggeneder 1995, S. 38ff):

- Projektstart
- Projektabgrenzung
- Projektanalyse
- Projektstrukturplan
- Planung der Projekttermine
- Planung und Controlling der Projektkosten
- Aufgabenverteilung und Zuordnung von Projektrollen
- Verteilung von Verantwortlichkeiten und Kompetenzen
- Projektabschluss

3.2.1. Projektstart

Um ein betriebliches Gesundheitsförderungsprojekt effizient durchführen zu können, sollte am Beginn ein ausführlicher Workshop stehen. Dabei sollten die Verantwortlichen die genaue Projektdefinition festlegen sowie wesentliche organisatorische Fragen wie etwa Projektablauf und Zuständigkeiten auf Seiten des Managements und auf Seiten der involvierten Personen bzw. Mitarbeitenden Besprechungen besprechen. Überdies wird es in dieser Anfangsphase sehr wichtig sein, divergierende Meinungen und allenfalls Bedenken aufzunehmen und entsprechende Schritte zu setzen. Ein Projekt sollte demnach auf einem konstruktiven und von allen Beteiligten akzeptierten Fundament aufbauen. Als hilfreich erweist sich in diesem Zusammenhang die Dokumentation aller bereits getätigten und noch zu erledigenden Aufgaben in einem Projekthandbuch, das allen zugänglich ist.

3.2.2. Projektbegrenzung

Ein Projekt erhält durch die sachliche, funktionale und zeitliche Abgrenzung die Möglichkeit einer ziel- und problemorientierten Handlungsweise. In sachlicher Hinsicht müssen die Projektziele ebenso definiert werden wie mögliche Nichtziele. Eine funktionale Abgrenzung erfolgt durch die genaue Zuschreibung von Aufgaben und Kompetenzen an die einzelnen Projektteams. Es müssen demnach Auftraggeber, Leiter und ProjektmitarbeiterInnen bestimmt werden. Mit der Festsetzung eines Anfangs- und Endzeitpunktes wird das Projekt zeitlich dimensioniert.

3.2.3. Projektanalyse

Die Durchführung einer umfassenden Analyse des Projektkontextes und ihre Dokumentation beschäftigt sich mit den sachlichen, zeitlichen und sozialen Zusammenhängen in der Projektentwicklung. Der sachliche Kontext geht der Frage nach, welche Verbindungen es zwischen den Unternehmensstrategien bzw. welche

Berührungen es mit anderen im Betrieb durchgeführten Projekten geben kann. Die zeitliche Ebene versucht, die Zusammenhänge zwischen den beeinflussenden Faktoren vor Beginn des Projektes und die möglichen Auswirkungen nach Projektabschluss zu analysieren. Der soziale Kontext bedeutet eine detaillierte Erfassung aller am Projekt in irgendeiner Form beteiligten Gruppen und die Auseinandersetzung im Hinblick auf ihre unterstützende oder ablehnende Haltung gegenüber dem Projekt. Zu diesen Gruppen könnten beispielsweise das Management, der Betriebsrat, die Teammitglieder, die Präventivkräfte sowie externe Einrichtungen (AUVA) gehören.

3.2.4. Projektstrukturplan

Ein Projektstrukturplan ist gewissermaßen ein graphisches Abbild des Projektes und beinhaltet Informationen über die zeitliche Reihung der abzuwickelnden Aufgaben. Damit sind die einzelnen Schritte der Projektabwicklung ersichtlich und gegebenenfalls überprüfbar.

3.2.5. Planung der Projekttermine

Grundsätzlich lassen sich Projekte in terminlicher Hinsicht mit Hilfe folgender Werkzeuge darstellen:

- Terminliste
- Balkenplan
- Netzplan

Die Terminliste ist eine sehr einfach zu handhabende Methode, bei der ausschließlich die Abfolge von Vorgängen festgesetzt wird. Die Möglichkeit, nur prägnante Termine aufzulisten, ist durch die sogenannte „Meilensteinliste“ gegeben. Ein Balkenplan hingegen erfordert die genaue zeitliche Darstellung aller bzw. bestimmter Vorgänge des Projektes in Form eines graphischen Modells. Die Festschreibung von Projektterminen gemäß der Netzplantechnik wäre als dritte Methode denkbar, kommt jedoch eher im Produktions- und Fertigungsbereich zur

Anwendung. Die Darstellung von Gesundheitsförderungsprojekten erfolgt demnach vorwiegend anhand einer detaillierten Terminliste oder mit Hilfe eines Balkenplanes.

3.2.6. Planung und Controlling der Projektkosten

Um einen adäquaten (Verhältnis zwischen intendierten und tatsächlichen Projektzielen) und ausgewogenen (Verhältnis zwischen Plan- und Istkosten) Projekterfolg gewährleisten zu können, ist eine fortlaufende Überprüfung der Kosten und des Projektverlaufes nötig.

Als Kostenfaktoren werden dabei gesehen:

- Personalstunden
- Sachaufwendungen
- Einsatzzeiten von Maschinen und Geräten
- Anteil sonstiger Kosten (z.B. Reisespesen)

Diese Kosten werden mittels Plankostenrechnung ermittelt oder allenfalls geschätzt und an den Kontrollstichtagen mit den tatsächlichen Istkosten verglichen und gegebenenfalls korrigiert. Dieser Vorgang wird als „Controlling“ bezeichnet.

3.2.7. Aufgabenverteilung und Zuordnung von Projektrollen

Innerhalb der Projektarbeit ist es neben den bereits angesprochenen Planungsschritten ebenso wichtig, eine eindeutige Arbeitsstruktur festzulegen. Damit wird allen direkt am Projekt beteiligten Personen ermöglicht, ihre Positionen und Rollen im Projekt entsprechend der gestellten Aufgaben wahrzunehmen. Die Übertragung von Kompetenzen und Verantwortung nicht nur auf Ebene des Managements, sondern besonders im Bereich der MitarbeiterInnenbeteiligung eröffnet die Chance, die eigene Identität und berufliche Position zu erweitern und eventuelle neue Rollen einzunehmen (vgl. Grossmann 1998, S. 23).

3.2.8. Projektabschluss

Der Projektabschluss stellt zwar das zeitliche Ende der bearbeiteten Problemstellungen dar, ist aber gleichzeitig auch Beginn der nachhaltigen Wirkung. Ein Projekt soll ein Teil der Unternehmensphilosophie und deshalb dementsprechend dokumentiert werden. Als sehr wertvoll in diesem Zusammenhang erweist sich die Erstellung eines Handbuchs, das - wie bereits an früherer Stelle erwähnt - schon bei Projektbeginn eingeplant werden sollte. Darin werden die gesamten Protokolle, Berichte, Verträge, Termin-, Kosten- und Strukturpläne sowie der Projektauftrag zusammengefasst (vgl. Elsigan / Meggeneder 1995, S. 44f). Der Transfer von Projektergebnissen ist wesentlicher und zugleich abschließender Bestandteil des Projektmanagements (vgl. Grossmann 1998, S. 31).

3.3. Die Instrumente der betrieblichen Gesundheitsförderung

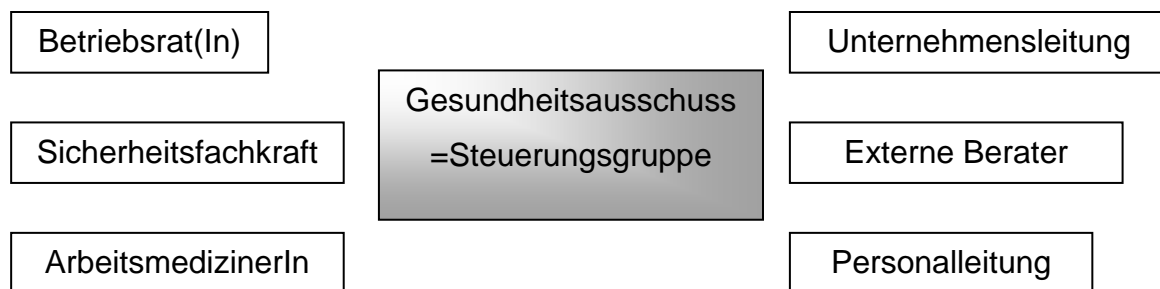
Die erfolgreiche Durchführung betrieblicher Gesundheitsförderung bedingt zum einen ihre Verankerung im Unternehmensleitbild (vgl. Abb. 7) und zum anderen eine organisatorische Ausrichtung (vgl. Abb. 8). Da ein Unternehmen aufgrund einer Vielzahl verschiedener Zielvorstellungen (beispielsweise Geschäftsleitung versus Belegschaft oder Belegschaftsvertreter) ein hohes Konfliktpotential aufweisen kann, sind Instrumente (vgl. Abb. 9) erforderlich, die eben jenes zu kompensieren im Stande sind. Diese Instrumente werden sowohl auf der Informations- als auch auf der Kommunikationsebene eingesetzt. Eine adäquate Aufbereitung von Daten und betrieblichen Gegebenheiten erfolgt in der Regel in Form eines Gesundheitsberichtes (vgl. dazu 3.4.), während der kommunikative Bereich durch Bildung eines Gesundheitsausschusses (= Steuerungsgruppe) und durch die begleitende Arbeit der Gesundheitszirkel (vgl. dazu 3.5.) abgedeckt wird (vgl. news 1/91).

Abb. 7: Merkmale betrieblicher Gesundheitsförderung

- umfassende Bearbeitung der Problemstellung
- Beteiligung der MitarbeiterInnen
- Akzeptanz aller Beteiligten
- Gesundheitsförderung als Unternehmensziel
- Transparenz sichern
- Evaluation

Quelle: vgl. Peilowich-Pichler 1997, S. 170

Abb. 8: Zusammensetzung des Gesundheitsausschusses



Quelle: vgl. Peilowich-Pichler 1997, S. 171

Abb. 9: Instrumente der betrieblichen Gesundheitsförderung

Gesundheitsbericht

- MitarbeiterInnenbefragung
- Daten der Krankenkassen
- Betriebsdaten

Gesundheitszirkel

- Belastungen
- Erkrankungen
- Maßnahmen

Steuerungsgruppe

Maßnahmen planen und durchführen

Quelle: vgl. Atzler u. a. 1998, S. 66

3.3.1. Die Steuerungsgruppe

Die Steuerungsgruppe ist - wie der Name schon sagt - ein Steuerungs- und Koordinierungsinstrument und daher der Mittelpunkt im betrieblichen Gesundheitsförderungsprozess. Sie versucht, alle Verantwortlichen des betrieblichen Gesundheitsschutzes zu vereinen, um ein Höchstmaß an Unterstützung und Akzeptanz für Gesundheitsförderungsprojekte erreichen zu können. Auf kooperativer Basis können Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung diskutiert, auftretende Konfliktpotentiale durch konstruktive Gespräche und Positivbeispiele vermindert und realistische Maßnahmen getroffen werden. Durch Hinzuziehung externer Berater (z.B.: GKK, Moderatoren,...) kann dieser Prozess unterstützt und begleitet werden (vgl. Westerhoff 1996, S. 20). Zum besseren Verständnis möchte ich einen Überblick über die ideale Besetzung einer Steuerungsgruppe geben. Sie setzt sich aus folgenden Personen zusammen:

- Arbeitgeberseite: Geschäftsleitung, falls vorhanden auch die Betriebsleitung und die Personalentwicklung
- ArbeitnehmerInnenseite: Betriebsratsvorsitzender
- Präventivdienste: Sicherheitsfachkräfte, ArbeitsmedizinerIn, Gesundheitsschutzexperten
- Externe Institutionen: Krankenversicherungsträger als Berater in Sachen Gesundheitsförderung, Moderatoren (vgl. Atzler u. a. 1998, S. 67)

Wie diese Übersicht zeigt, wird bei der Zusammensetzung der Steuerungsgruppe durchaus darauf Wert gelegt, möglichst alle betrieblichen Entscheidungsträger für diese zukunftssträchtige Gesundheitsarbeit gewinnen zu können. Dadurch kann auch gewährleistet werden, dass der Prozess der betrieblichen Gesundheitsförderung auf konsensualer Ebene durchgeführt wird und auf einem ganzheitlichen (verhaltens- und verhältnispräventiver Ansatz) Konzept basiert. Ausgehend von einer Ist-Analyse der betrieblichen Situation hat die Steuerungsgruppe die Aufgabe, eine unternehmensspezifische Maßnahmenplanung und -umsetzung vorzunehmen sowie eine entsprechende Erfolgskontrolle (siehe 3.3.2.) zu veranlassen (vgl. www.sozialnetz-hessen.de). Im wesentlichen ist eine Steuerungsgruppe für folgende Aufgaben verantwortlich:

- Festsetzung von Zielen und Prioritäten
- Schaffung einer kooperativen Ausgangssituation im Unternehmen
- Initiierung einer Bestandsaufnahme und Erstellung eines Gesundheitsberichtes
- Erarbeitung einer Projektstruktur
- Auswahl der inner- und außerbetrieblichen Akteure (Moderatoren, Berater und dergleichen) sowie der Instrumente
- Programmplanung
- Planung und Begleitung der Maßnahmenumsetzung
- Überprüfung der Wirksamkeit der umgesetzten Maßnahmen und Einleitung fortführender oder modifizierter Gesundheitsförderungsaktivitäten (vgl. Atzler u. a. 1998, S. 68f u. Westerhoff 1996, S. 20f)

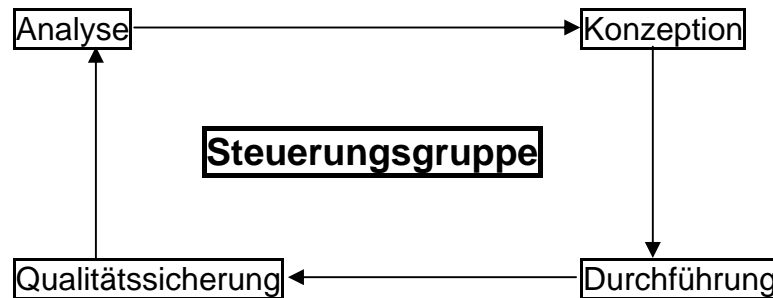
Die Tätigkeit der Steuerungsgruppe ist entscheidend für die Nachhaltigkeit von Gesundheitsförderungsprojekten. Aus diesem Grunde ist ihr wesentlichstes Kriterium das einer harmonischen und konfliktfreien Zusammenarbeit, die in gleicher Weise dem Unternehmen wie auch den MitarbeiterInnen dient. Ich würde meinen, betriebliche Gesundheitsförderung soll von allen und für alle gemacht werden. Ein möglicher Erfolgsfaktor dabei ist sicherlich die Koordination durch eine(n) ModeratorIn. Idealerweise sollte ein(e) externe(r) ModeratorIn beigezogen werden, die/der in Bezug auf das betriebliche Geschehen eine neutrale Position einnimmt, über organisatorische Fähigkeiten verfügt sowie Kenntnisse in betrieblicher Gesundheitsförderung aufweisen kann. Ihr/Sein Aufgabenbereich erstreckt sich von der Planung der Arbeitsschritte und der terminlichen Koordination über die Repräsentation der Gruppe nach außen bis hin zur Schaffung einer problemzentrierten Sicht- und Arbeitsweise (vgl. Westerhoff 1996, S. 22).

3.3.2. Das Gesundheitsmanagement

Das vorrangige Ziel betrieblicher Gesundheitsförderung ist die Optimierung von Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz. Dadurch bleibt das Unternehmen wirtschaftlich interessant und kann seinen MitarbeiterInnen ein gesundes Arbeitsumfeld bieten. Die Voraussetzung für eine erfolgversprechende

Gesundheitsförderung liegt in einer strukturierten Projektplanung (Gesundheitsmanagement), die sich laut nachstehendem Modell gestaltet.

Abb. 10: Gesundheitsmanagement



- **Analyse:** Gewinnung betriebswirtschaftlicher, ergonomischer und medizinischer Daten durch den Betrieb selbst, von Krankenkassen oder durch MitarbeiterInnenbefragungen
- **Konzeption:** Anhand der erhobenen Daten und Fakten kann die weitere Vorgehensweise konzipiert werden (Verhaltens- und Verhältnisprävention)
- **Durchführung:** Die von den Gesundheitszirkeln sowie internen und externen Experten entwickelten Maßnahmenvorschläge werden in der Steuerungsgruppe geprüft und entsprechend den vorhandenen Ressourcen einer Umsetzung zugeführt.
- **Qualitätssicherung:** Die Evaluierung des Wirkungsgrades tatsächlicher oder möglicher Maßnahmen muss durch den Einsatz passender Instrumente fortlaufend gesichert werden. (vgl. www.sozialnetz-hessen.de)

Im Verlauf dieses Kapitels werde ich mich genauer mit zwei weiteren Instrumenten der betrieblichen Gesundheitsförderung beschäftigen - zum einen mit dem Gesundheitsbericht und zum anderen mit den Gesundheitszirkeln. Die Zirkelarbeit ist dabei ein wesentlicher Erfolgsfaktor eines Gesundheitsförderungsprojektes und verdient daher besondere Beachtung. Beschließen möchte ich das Modell der betrieblichen Gesundheitsförderung mit einer Darstellung der Zusammenhänge zwischen Qualitätsmanagement und betrieblicher Gesundheitsförderung.

3.4. Der Gesundheitsbericht als Ausgangspunkt und Abschluss eines Gesundheitsförderungsprojektes

3.4.1. Der Gesundheitsbericht als Instrument der Gesundheitsberichterstattung

Ein Gesundheitsbericht versucht, ganz allgemein betrachtet, einen detaillierten Einblick in das gesundheitliche Wohlbefinden von Bevölkerungsgruppen auf nationaler oder regionaler Ebene zu vermitteln. Dazu werden vor allem demographische, medizin-soziologische und medizin-statistische Daten herangezogen, analysiert und in Form eines Berichtes aufbereitet (vgl. Scharinger / Friesenbichler 1998, S. 93). Die Erstellung eines solchen Gesundheitsberichtes ist Teil der Gesundheitsberichterstattung in der Gesundheitspolitik und dient der Erkennung gesundheitlicher Risiken und Engpässe in gesundheitspolitischen Belangen (vgl. Elsigan / Meggeneder 1995, S. 53). Nach Wilhelm Thiele lässt sich folgende Definition heranziehen: „Gesundheitsberichterstattung ist die sachgerechte Nutzung von im wesentlichen vorhandenen Daten und sonstigen Informationen, die lesbare wissenschaftlich gestützte Interpretation von wesentlichen Themen und Zusammenhängen und deren zielgruppenorientierte Präsentation“ (vgl. Thiele 1993, S. 37).

Gesundheitsberichte sind primär an die Verwaltung und die Politik adressiert, um eine gezielte und rasche Maßnahmensetzung bei auftretenden Defiziten gewährleisten zu können. Doch diese Intention kann aufgrund nicht einheitlich und systematisch gestalteter Berichte oft nicht erzielt werden. Daher wird seitens der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bereits seit Jahren an einer für alle Mitgliedsstaaten verbindlichen Form der Gesundheitsberichterstattung gearbeitet (vgl. Elsigan / Meggeneder 1995, S. 53).

3.4.2. Der betriebliche Gesundheitsbericht

Den Ausgangspunkt eines betrieblichen Gesundheitsförderungsprojektes bildet - neben den vorab festgelegten Phasen der Projektabwicklung (siehe Kap. 3.2.) - die Erstellung eines sogenannten Gesundheitsberichtes, der die Grundlage für organisatorisches Handeln darstellt. Das Konzept „Betrieblicher Gesundheitsbericht“ stammt vom Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK) in Deutschland und findet bereits seit mehreren Jahren in der Praxis Anwendung. Die Wichtigkeit einer systematischen Dokumentation gerade auch am Beginn eines Gesundheitsförderungsprojektes ist an folgenden drei Funktionen erkennbar:

Der betriebliche Gesundheitsbericht als Entscheidungsgrundlage für Einsatzfelder von Gesundheitszirkeln:

Durch eine Erhebung der betrieblichen Beschwerden- und Belastungsdaten lässt sich eine gezieltere Bestimmung der Einsatzfelder von Gesundheitszirkeln durchführen (vgl. dazu Kap. 3.5.). Somit kann der Ressourcenknappheit und den zeitlichen Engpässen entgegen gewirkt werden.

Der betriebliche Gesundheitsbericht als Grundlage für einen strukturierten „Input“ der Gesundheitszirkel:

Die Aussagen des Gesundheitsberichtes beziehen sich eher auf das vage Ausmaß von Krankheitsbildern im Unternehmen als dass sie Ursachen der Krankheitsfälle oder Anweisungen zum Handeln beinhalten. Dazu sind weitere Daten notwendig, die gewöhnlich über das Instrument der MitarbeiterInnenbefragung gewonnen werden können. Die Informationen des Gesundheitsberichtes und jene aus der Befragung können im Gesundheitszirkel einen Beitrag zu einer strukturierten und problemspezifischen Vorgehensweise leisten.

Die systematische und kontinuierliche Beobachtung und Beurteilung der gesundheitlichen Situation (Evaluierung):

Die dritte Funktion des betrieblichen Gesundheitsberichtes liegt in der Möglichkeit einer Überprüfung der Erreichung angestrebter Ziele im Sinne eines Vorher/Nachher - Vergleiches (vgl. Sochert 1998, 13ff).

Der betriebliche Gesundheitsbericht ist eine Art gesundheitsbezogener Geschäftsbericht (vgl. Meggeneder 1998, S. 38) und sollte idealer Weise folgende im Betrieb und in der Betriebskrankenkasse ermittelbaren Daten beinhalten:

- Arbeitsunfähigkeitsdaten
- Arbeitsplatzdaten
- Daten des arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Dienstes

Die Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten bei den Betriebskrankenkassen zeigt die Dauer und die Diagnose der Krankenstandsfälle an. Eine parallele Auswertung der Krankheits- und der Arbeitsplatzdaten ermöglicht es dem Betrieb, einen allfälligen Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen und Krankheitsfällen zu erkennen. Schließlich soll durch die Einbeziehung arbeitsmedizinischer Untersuchungsergebnisse wie etwa Laborwerte, Fitnesstests u.ä. eine umfassende Dokumentation angestrebt werden, die in regelmäßigen zeitlichen Perioden aktualisiert wird. Diese systematische und stufenartige Gestaltung des Gesundheitsberichtes bildet die Voraussetzung für das Erkennen betrieblicher Schwachstellen und Problembereiche und fördert deren Bearbeitung (vgl. Schröer / Sochert 1990, S. 237f). Dieses Modell einer detaillierten Datenaufbereitung ist ein sehr kostspieliges und wird überwiegend in großen Unternehmungen eingesetzt, zumal auch die Anonymisierung aller Daten gewährleistet werden muss. Aufgrund der kleinbetrieblichen Struktur Österreichs, kann diese Art der Gesundheitsberichterstattung nur begrenzt angewendet werden (vgl. Elsigan / Meggeneder 1995, S. 56f). Die Forschungsergebnisse des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen haben in diesem Zusammenhang auch gezeigt, dass die Unternehmungen zumeist ohnehin nur auf die Arbeitsunfähigkeitsdaten der Krankenkassen zurückgreifen können. Eine kontinuierliche Erhebung der Arbeitsplatzdaten sowie der arbeitsmedizinischen Ergebnisse scheitert aufgrund nicht vorhandener personeller, zeitlicher und finanzieller Ressourcen. Dies ist zwar zu bedauern, aber der BKK Bundesverband ist der Meinung, dass dennoch flächendeckend eine betriebliche Gesundheitsberichterstattung möglich sei, wenn auch nur anhand der Arbeitsunfähigkeitsdaten (vgl. Sochert 1998, S. 16f).

3.4.3. Die Modelle des betrieblichen Gesundheitsberichtes

Hinsichtlich der Aufbereitung der Daten lassen sich im Grunde zwei Gesundheitsberichtsmodelle unterscheiden:

Der datenbezogene Gesundheitsbericht:

Diese Art des Gesundheitsberichtes wird gewöhnlich von der Unternehmensleitung angestrebt und beinhaltet ausschließlich Krankenstandsdaten und Diagnosefälle. Damit kann zwar Einblick in den Krankheitsstatus eines Betriebes gewährt, nicht aber der Einfluss betrieblicher Belastungen ermittelt werden (vgl. Scharinger / Friesenbichler 1998, S. 94). Die Etablierung betrieblicher Gesundheitsförderung erfordert aber gerade die vollständige Analyse der Krankenstandsdaten ebenso wie die Ergebnisse der ArbeitsmedizinerInnen und ganz besonders die Erhebung den Arbeitsbedingungen. Darin sollte eine Verbindung von sogenannten „harten“ (Kennzahlen über das betriebliche Krankheitsgeschehen) und „weichen“ (Informationen und Erfahrungen seitens der MitarbeiterInnen) Daten angestrebt werden. Diesen Anforderungen versucht das zweite Modell der Gesundheitsberichterstattung gerecht zu werden.

Der erweiterte und belegschaftsnahe Gesundheitsbericht:

Das Wechselspiel von Gesundheit und Krankheit lässt sich besonders leicht an den täglichen Unternehmensprozessen verfolgen. Diese sind oftmals mit großen Gesundheitsrisiken behaftet und werden somit zur Gefahr für die Belegschaft. Der belegschaftsnahe Gesundheitsbericht ermöglicht allen Beschäftigten, sich aktiv mit Fragen rund um das gesundheitliche Wohlbefinden auseinander zu setzen und wertvolle Erfahrungen zur Entwicklung von gesundheitsfördernden Potentialen beizusteuern. Der Unterschied zum ausschließlich datenbezogenen Gesundheitsbericht liegt in der Initiativensetzung seitens der Belegschaft. Von ihr werden konkrete Probleme lokalisiert und entsprechende Änderungen vorgeschlagen. Die Kombination beider Modelle würde eine optimale Basis für betriebliche Gesundheitsförderungsprojekte darstellen (vgl. Elsigan / Meggeneder 1995, S. 57f).

3.4.4. Die Datenaufbereitung im Überblick

Bei der Erstellung eines betrieblichen Gesundheitsberichtes besteht stets die Gefahr einer möglichen Verzerrung oder Ausgrenzung tatsächlich wahrgenommener Empfindungen. Sofern jedoch das Unternehmen Interesse daran hat, seinen MitarbeiterInnen eine gesundheitserhaltende Arbeitsumgebung zu bieten, wird es bemüht sein, eine lückenlose und realitätskonforme Analyse des betrieblichen Gesundheitsstatus durchzuführen. Dazu ist erforderlich:

- den Gesundheitsbericht als kontinuierliches Evaluierungsinstrument zu betrachten;
- das nötige Interesse und Vertrauen durch optimale Vorbereitungsarbeit zu sichern;
- eine adäquate Planung der Ziele und des Einsatzes der vorhandenen Mittel vorzunehmen (vgl. Scharinger / Friesenbichler 1998, S. 99).

Die Zusammenfassung aller Informationen in einen Gesundheitsbericht stellt eine verantwortungsvolle Aufgabe dar und sollte deswegen in systematischer Art und Weise durchgeführt werden. Die einzelnen Schritte sollen daher kurz erwähnt werden:

Mitgliederstruktur und bedeutsame Krankheitsarten

Die Ausgangslage des Berichtes bildet die Untersuchung der betrieblichen Belegschaft hinsichtlich Alter, Geschlecht und Nationalität. Des weiteren werden einleitend die Arbeitsunfähigkeitsdaten erhoben, um das Krankheitsspektrum sichtbar zu machen.

Arbeitsunfähigkeiten im Vergleich zwischen Unternehmen und Branche

Der nächste Schritt versucht zu klären, wie die Erkrankungssituation des Unternehmens branchenmäßig einzuordnen ist. Dabei interessiert vor allem, ob man im Branchendurchschnitt rangiert oder ob es Unter- oder Überschreitungen gibt, wobei letzteres nicht wünschenswert wäre.

Arbeitsunfähigkeitsdaten in den untersuchten Unternehmensbereichen

Ein sehr wichtiger und umfangreicher Abschnitt ist die Aufbereitung des Krankheitsgeschehens in den einzelnen betrieblichen Abteilungen. Dadurch ist der Einsatz gezielter Interventionen möglich.

Langzeitkrankenstände

Den abschließenden Teil des Gesundheitsberichtes bildet eine Übersicht der Langzeitkrankenstände und deren Vergleich zum gesamten Unternehmen (vgl. Sochert 1998, S. 17ff).

Abschließend sei in diesem Zusammenhang noch auf ein paar wesentliche Aspekte des betrieblichen Gesundheitsberichtes hingewiesen:

- der betriebliche Gesundheitsbericht vereint sowohl Krankenstandsdaten als auch subjektive Erfahrungen der MitarbeiterInnen;
- überdies sollen detaillierte Informationen über gesundheitsfördernde Aktionen des Betriebes erfasst werden;
- die aktive Beteiligung der Beschäftigten an der Erstellung sollte gefordert werden
- Transparenz und Öffentlichkeitsarbeit sichern;
- Kooperation der Beteiligten als Voraussetzung betrachten (vgl. Scharinger / Friesenbichler 1998, S. 25ff).

3.5. Der Gesundheitszirkel als wesentlicher Bestandteil eines Projektes

Wie bereits im vorangegangenen Kapitel gezeigt, kann ein Gesundheitsbericht zwar wertvolle Aufschlüsse über das Krankheitsspektrum in den Arbeitsbereichen und Berufsgruppen geben, nicht jedoch gleichzeitig adäquate Maßnahmen anbieten. Die Gründe liegen darin, dass die Ergebnisse des Gesundheitsberichtes:

- Die Gesundheitsgefährdungen nicht kausal erklären können;
- zu allgemein gefasst sind, um konkrete Maßnahmen setzen zu können;
- psychosoziale Belastungen in geringem Ausmaß beinhalten (vgl. Sochert 1998, S. 38f).

Die Umsetzung der Ergebnisse des Gesundheitsberichtes muss demnach in strukturierten Arbeitsschritten erfolgen, wozu sich ein Unternehmen des Instrumentes der Qualitäts- oder Gesundheitszirkel bedient. Dabei macht sich das Unternehmen das kreative und dynamische Potential der ArbeitnehmerInnen zunutze und ermöglicht gleichzeitig eine teamorientierte Ausrichtung der Arbeitsprozesse. Diese humanisierte und qualitätsorientierte Form der Arbeitsorganisation hat ihre Ursprünge in den Vereinigten Staaten von Amerika und Japan (vgl. Elsigan/Meggeneder 1995, S. 45f). Die Modelle der Qualitäts- und Gesundheitszirkel sollen im folgenden näher erläutert werden.

3.5.1. Der Qualitätszirkel

Angesichts der schlechten Produktqualität in Japan wurde nach neuen Formen der Qualitätskontrolle gesucht und das bereits in den USA erprobte Modell des „Quality-Control-Circles“ eingesetzt. Dieses Programm war primär für eine qualitative Verbesserung der Produkte verantwortlich und erst in weiterer Folge für eine Motivationssteigerung bei den MitarbeiterInnen durch ihre aktive Beteiligungsmöglichkeit. Die Qualitätszirkelarbeit der Japaner wurde dann wiederum von den Amerikanern aufgegriffen, angepasst und in Europa eingeführt. Es existiert mittlerweile eine Vielzahl verschiedener Arten von Qualitätszirkeln, ihre Intentionen und Aufgaben sind im Grunde jedoch dieselben (vgl. Elsigan/Meggeneder 1995, S. 46f). Nach einem Zitat von Haberda und Kaniowsky lassen sich Qualitätszirkel folgendermaßen definieren: „Ein Qualitätszirkel besteht aus einer Gruppe von Mitarbeitern, die einander in regelmäßigen Zeitabständen treffen, um (Qualitäts-) Probleme zu erörtern, deren Ursachen nachzugehen, Lösungen zu empfehlen und Verbesserungen zu veranlassen. Dadurch wird die Möglichkeit geboten, die kreative und innovative Kraft, die in den Mitarbeitern steckt, freizusetzen“ (Haberda/Kaniowsky o. J.).

3.5.2. Der Gesundheitszirkel

Die Arbeit der Qualitätszirkel bezieht sich vordergründig auf die Verbesserung von Arbeitsabläufen und des Produktimages. Ein Gesundheitszirkel hingegen - sieht man von den grundsätzlichen gruppodynamischen Parallelen zum Qualitätszirkel ab - versucht primär, Gesundheitsgefährdungen am Arbeitsplatz zu lokalisieren und entsprechende Schritte vorzuschlagen (vgl. Elsigan/Meggeneder 1995, S. 50). Einer Definition zufolge sind Gesundheitszirkel „...eine betriebliche Interventionsstrategie mit dem Ziel der gesundheitsbezogenen Arbeitsgestaltung unter Einbeziehung des Erfahrungs- und Veränderungswissens der Beschäftigten“ (Ferber/Ferber 1991, S. 200). Am Ende der 80er Jahre wurden in Deutschland zwei unterschiedliche Gesundheitszirkelmodelle entwickelt, deren Konzepte ich kurz darlegen möchte.

Berliner Modell

Eine Forschungsgruppe der Technischen Universität Berlin entwickelte ein Gesundheitszirkelmodell zur Verringerung stressverursachender Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Eingesetzt wurde es in zwei VW-Werken. Mit Hilfe dieses Zirkels, an dem MitarbeiterInnen (zwischen 12 und 15 Personen) derselben Hierarchieebene teilgenommen haben, sollte die Möglichkeit eines Erfahrungsaustausches zwischen den Betroffenen sowie ein verbesserter Umgang mit Stresssituationen angestrebt werden (vgl. Atzler u. a. 1998, S. 70).

Düsseldorfer Modell

Der in der vorliegenden Arbeit immer wieder verwendete Begriff des „Gesundheitszirkels“ basiert auf dem sogenannten „Düsseldorfer Ansatz“, der unter der Leitung von Ferber und Slesina am Institut für Medizinische Soziologie der Universität Düsseldorf entwickelt wurde (vgl. Sochert 1998, S. 19). Dieses Konzept wurde in weiterer Folge vom Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK) übernommen und einer breiten Masse von Interessenten angeboten (vgl. Atzler u. a. 1998, S. 71). Die Merkmale des Düsseldorfer Gesundheitszirkels lassen sich folgendermaßen umschreiben:

- Eine hierarchisch und fachlich übergreifende Kleingruppe von Betriebsleiter, Betriebsrat, Betriebsarzt, Sicherheitsfachkraft und MitarbeiterInnen (siehe Abbildung 11);
- trifft sich über einen begrenzten Zeitraum in regelmäßigen Abständen;
- unter der Leitung eines geschulten, externen Moderators;
- sollen belastende Arbeitsbedingungen im eigenen Arbeitsbereich aufgegriffen und Verbesserungsvorschläge diskutiert werden (vgl. Sochert 1998, S. 20).

Abb. 11: Zusammensetzung des Gesundheitszirkels nach der BKK



Quelle: vgl. Schröder/Sochert 1990, S. 240

Das Ziel aller Zirkelmodelle sollte darin bestehen, die Leistungs- und Konkurrenzfähigkeit des Unternehmens durch die Partizipation der Belegschaft zu sichern und zu erweitern (vgl. Atzler u. a. 1998, S. 71). Das Unternehmen nützt in den Zirkeln gezielt die Kreativität und betrieblichen Alltagserfahrungen der MitarbeiterInnen im Sinne einer Organisationsentwicklung. Abschließend soll auf die zehn wesentlichsten Aspekte für eine erfolgreiche Gesundheitszirkelarbeit hingewiesen werden:

- Der Zirkel tagt auf Wunsch bzw. mit Zustimmung des Unternehmens (Konsens erforderlich, unabhängig davon, von welcher Seite die Initiative kommt);
- Die Teilnahme ist freiwillig, Zwang ist kontraproduktiv;
- Der Zirkel besteht aus einem fixen TeilnehmerInnenkreis (kein Austausch von Zirkelmitgliedern, Verpflichtung zur Teilnahme an allen Sitzungen);
- der Umfang liegt bei 5 bis 8 Sitzungen à 2 Stunden (während der Arbeitszeit bzw. außerhalb der Arbeitszeit auf Überstundenbasis);
- Regelmäßige Zeitabstände von ein bis vier Wochen sollten eingehalten werden;
- Die Sitzungen werden moderiert;

- Die Hauptaufgabe liegt in der Behandlung arbeitsbezogener Probleme;
- Im Zirkel herrscht gleichberechtigte Kommunikation (vor allem bei heterogener Zusammensetzung zu beachten);
- Die Vorschläge werden gemeinsam erarbeitet;
- Die MitarbeiterInnen werden zu Mitgestaltern und Multiplikatoren (Atzler u. a. 1998, S. 72).

3.6. Das Qualitätsmanagement als Unternehmensstrategie

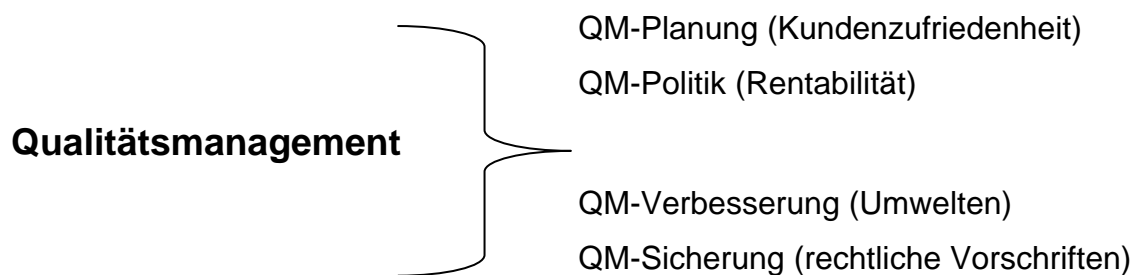
Angesichts der verschärften wirtschaftlichen und sozialen Rahmenbedingungen - globaler Wettbewerb verbunden mit restriktiven Möglichkeiten zur Erweiterung von Marktanteilen - liegt die zukünftige Herausforderung in einer verstärkten Tendenz, sowohl den Produktions- als auch den Dienstleistungsbereich hinsichtlich Qualität, Effizienz und Effektivität zu optimieren. Die Frage der Qualitätssicherung ist zu einem sehr wichtigen Element in der europäischen Gesundheitsdiskussion geworden. Vor allem der Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderungsarbeit muss sich fortlaufend mit den geänderten wirtschaftlichen Bedingungen auseinandersetzen, neue Strategien entwickeln bzw. herkömmliche modifizieren und diese den betrieblichen Gegebenheiten sowie den Bedürfnissen der Belegschaft anpassen. Dadurch kann die Chance erhöht werden, betriebliche Gesundheitsförderung als langfristige Unternehmensstrategie etablieren zu können (vgl. Breucker 1998, S. 2). Das Ziel qualitätsgerechter betrieblicher Gesundheitsförderung sollte darin bestehen, den Weg zu „gesunden MitarbeiterInnen in gesunden Organisationen“ aufzuzeigen (vgl. www.bkk.de).

3.6.1. Der Begriff des Qualitätsmanagements

Ganz allgemein betrachtet bezieht sich der Qualitätsbegriff auf die Eigenschaften und die Wertschätzung eines Produktes oder einer Dienstleistung (vgl. Breucker u. a. 1996, S. 4). Eine etwas weiterführende Begriffsdefinition unterscheidet hingegen zwischen Qualitätskriterien, -standards und -indikatoren. Ein „Kriterium“ bezeichnet jene Merkmale von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen, die wesentlich die

Qualität beeinflussen. Ein „Standard“ stellt die quantitative Bezeichnung eines Kriteriums dar - ist sozusagen ein bestimmter Qualitätsgrad. Mittels „Indikatoren“ kann man Kriterien und Standards messen und überprüfen (vgl. Meggeneder 1998, S. 201). Eine zielorientierte und systematische Ausrichtung aller Managementprozesse und -abläufe soll durch das Qualitätsmanagement gewährleistet werden. Die Bezeichnung „Qualitätsmanagement“ folgte 1994 der bisher gültigen „Qualitätssicherung“ durch die Einführung des Europäischen Standards EN ISO 8402. Das „Qualitätsmanagement“ ist demzufolge der Überbegriff und subsumiert die Elemente „Qualitätsplanung, -politik, -verbesserung und -sicherung“ (siehe Abb. 12).

Abb. 12: Qualitätsmanagement



Quelle: vgl. Meggeneder 1998, S. 202

In diesem Zusammenhang muss noch auf eine letzte Begriffsdefinition hingewiesen werden, die es den Unternehmen ermöglicht, die für sie jeweils passende Qualitätsstrategie in den Unternehmensprozess einzubinden.

Tab. 3: Qualitätsmanagement versus Total-Quality-Management

Qualitätsmanagement (QM)	Total-Quality-Management (TQM)
<ul style="list-style-type: none">• aus dem kundenorientierten Qualitätsverständnis werden entsprechende Anforderungen an Prozesse abgeleitet	<ul style="list-style-type: none">• vereint alle Hierarchien einer Organisation• betont MitarbeiterInnenbeteiligung, Motivation, Arbeitszufriedenheit, interne Kundenorientierung, Personalentwicklung, kollegialen Führungsstil und Arbeitsorganisation• Verantwortung für QM ist bei der Unternehmensspitze angesiedelt

Quelle: vgl. Breucker u. a. 1996, S. 4f

3.6.2. Die Zusammenhänge zwischen Qualitätsmanagement und betrieblicher Gesundheitsförderung

Entschließt sich ein Unternehmen, Maßnahmen des Qualitätsmanagements und der betrieblichen Gesundheitsförderung in den Unternehmensalltag zu integrieren, werden unweigerlich Fragen wie: „Welche Gemeinsamkeiten bzw. Unterschiede kennzeichnen diese Prozesse?“ und „Welche Vor- bzw. Nachteile kann eine Verbindung dieser Elemente haben?“ aufgeworfen.

Bezüglich der Gemeinsamkeiten und der Vorteile lässt sich sagen, dass erstens die Verwertung von Erfahrungswissen der Betroffenen ebenso wichtig (wenn nicht sogar wichtiger) ist wie das ExpertInnenwissen innerhalb und außerhalb des Betriebes. Zweitens ist eine Übereinstimmung durch die Anwendung der Methoden des Projektmanagements (Planung, Umsetzung, Kontrolle, Dokumentation, Evaluierung) erkennbar und schließlich beruhen drittens beide Prozesse auf einem auf Konsens und Akzeptanz aufbauenden Konzept (vgl. Meggeneder 1998, S. 207). Auf welche Art und Weise Qualitätsmanagement und betriebliche Gesundheitsförderung voneinander profitieren können, zeigt nachstehende Übersicht.

Tab. 4: Vorteile von QM und BGF

Nutzen für QM	Nutzen für BGF
<ul style="list-style-type: none">• BGF fördert die Partizipation• BGF trägt zur Produktivitätssteigerung durch den Abbau krankheitsbedingter Fehlzeiten bei• BGF ermutigt zu einer transparenten Organisationsstruktur• BGF unterstützt die Entwicklung „gesunder“ Arbeitsprozesse	<ul style="list-style-type: none">• QM führt zu einer größeren Effizienz und Effektivität und damit verbunden zu einer Kostenkompensation• QM ermöglicht einen fortlaufenden Verbesserungsprozess• QM führt zu einem verbesserten Image• QM erhöht die Produktivität und die Arbeitszufriedenheit

Quelle: vgl. Breucker u. a. 1996, S. 7

Mögliche Unterschiede und Nachteile einer Kombination des Qualitätsmanagements mit der betrieblichen Gesundheitsförderung ergeben sich primär aus der differenzierten Sichtweise unternehmerischen Handelns. Gemein ist ihnen zwar das Zufriedenheitsniveau und nicht zuletzt die Motivation, den Einsatz der ArbeitnehmerInnen zu optimieren, jedoch mit unterschiedlichen Zielsetzungen. Orientiert sich das Qualitätsmanagement ausschließlich an betriebswirtschaftlichen Prinzipien (z.B.: Rentabilität), so ist es Aufgabe der betrieblichen Gesundheitsförderung, die Interessen der Belegschaft gleichrangig zu behandeln. In dieser Überlegung ist ebenfalls darauf Bedacht zu nehmen, Qualitätsmanagement und betriebliche Gesundheitsförderung als zwei eigenständige Unternehmensprozesse zu betrachten, die nebeneinander oder miteinander, keinesfalls jedoch gegeneinander angewandt werden sollten (vgl. Meggeneder 1998, S. 209f).

3.6.3. Europäische Qualitätskriterien für die betriebliche Gesundheitsförderung

Alle Mitgliedsländer des Europäischen Netzwerks für betriebliche Gesundheitsförderung haben im Rahmen eines zweijährigen Projektes versucht,

Grundsätze für die Qualität betrieblicher Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu entwickeln, um den Unternehmen eine Orientierungshilfe bei der Umsetzung erfolgreicher Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu geben. Die Sicherstellung von Effizienz und Effektivität dieser Aktivitäten ist Voraussetzung für ihre Integration in die Unternehmenspolitik (vgl. www.bkk.de). In Anlehnung an die vier Merkmale erfolgreicher betrieblicher Gesundheitsförderung (siehe dazu auch 2.7.):

- Partizipation,
- Ganzheitlichkeit,
- Projektmanagement und
- Integration

wurde basierend auf dem Europäischen Modell umfassender Qualität (EFQM) ein Kriterienkatalog (vgl. Breucker 1999, S. 40ff u. www.bkk.de) erstellt. Die Kriterien wurden in folgende sechs Bereiche eingeteilt, auf deren Inhalte ich anschließend kurz eingehen möchte:

- 1) Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) und Unternehmenspolitik,
- 2) Personalwesen und Arbeitsorganisation,
- 3) Planung betrieblicher Gesundheitsförderung,
- 4) Soziale Verantwortung,
- 5) Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung und
- 6) Ergebnisse betrieblicher Gesundheitsförderung.

1) BGF und Unternehmenspolitik

- BGF ist als Führungsaufgabe wahrzunehmen und dementsprechend schriftlich in den Unternehmensleitlinien zu verankern;
- BGF muss in die Organisationsstrukturen und -prozesse integriert werden;
- BGF erfordert das Vorhandensein geeigneter Ressourcen (Budget, Personal, Räumlichkeiten, Weiterbildungsmaßnahmen,...);
- Das Management prüft fortlaufend den Fortschritt gesundheitsfördernder Aktivitäten;
- BGF ist Bestandteil der Aus- und Fortbildung;
- Die Belegschaft hat freien Zugang zu den wichtigen gesundheitsrelevanten Einrichtungen (Pausenräume, Kantine, Sportmöglichkeiten,...).

2) Personalwesen und Arbeitsorganisation

- Alle MitarbeiterInnen verfügen über die aufgabenspezifischen Kompetenzen oder haben die Möglichkeit, diese zu entwickeln;
- Bei den Arbeitsaufgaben sollte weder eine Über- noch eine Unterforderung gegeben sein;
- Alle MitarbeiterInnen werden angespornt, sich aktiv am Gesundheitsförderungsprozess zu beteiligen;
- Die Vorgesetzten unterstützen ihre MitarbeiterInnen und fördern ein positives Arbeitsklima;
- Das Unternehmen bemüht sich, eine Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu fördern;
- Es werden Wiedereingliederungsmaßnahmen nach längerer Arbeitsunfähigkeit bereitgestellt.

3) Planung betrieblicher Gesundheitsförderung

- Gesundheitsförderungsmaßnahmen können die gesamte Organisation betreffen und sollten daher in allen Bereichen bekannt gemacht werden;
- Eine umfassende Ist-Analyse (Krankenstandsdaten, MA-Befragung,...) bildet die Ausgangssituation jedes betrieblichen Gesundheitsförderungsprojekts;
- Interne Öffentlichkeitsarbeit gewährleistet eine fortlaufende Information der Betroffenen.

4) Soziale Verantwortung

- Die Organisation ist verantwortlich für die Verwendung der Ressourcen;
- Es werden entsprechende Vorkehrungen getroffen;
- Die Organisation unterstützt gesundheitsförderliche Initiativen.

5) Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung

- Es muss eine Verbindung sowohl verhaltens- als auch verhältnisfördernder Maßnahmen angestrebt werden;
- Eine Steuerungsgruppe koordiniert den Gesundheitsförderungsprozess;
- Alle für Planung, Umsetzung und Evaluierung erforderlichen Informationen werden systematisch gesammelt und aufbereitet;
- Es erfolgt eine Definition der Ziele und Nichtziele sowie der Zielgruppen;

- Die gesetzten Maßnahmen werden einer regelmäßigen Kontrolle und Modifizierung unterworfen.

6) Ergebnisse betrieblicher Gesundheitsförderung

- Die Auswirkungen auf die Kundenzufriedenheit (verbessertes Service, verbesserte Dienstleistungs- oder Produktqualität,...) werden gemessen und Konsequenzen gezogen;
- Das Zufriedenheitsniveau der MitarbeiterInnen (Arbeitsbedingungen, Führungsstil, Arbeitsklima, Weiterbildungsmöglichkeiten,...) wird ermittelt und entsprechende Schritte werden gesetzt;
- Der Einfluss auf gesundheitliche (Krankenstand, Unfälle, Nutzung betrieblicher Gesundheitsangebote,...) und ökonomische (Fluktuation, Produktivität, Kosten-Nutzen-Bilanzen,...) Faktoren wird untersucht und entsprechende Maßnahmen werden überlegt.

Mit dieser Darstellung der Europäischen Qualitätskriterien für die betriebliche Gesundheitsförderung möchte ich das Kapitel beschließen. Es sei aber noch darauf hingewiesen, dass der Kriterienkatalog ein Idealmodell erfolgreicher betrieblicher Gesundheitsförderung ist und lediglich als „Wegweiser“ zum Erfolg angesehen werden kann. In den weiteren Kapiteln meiner Arbeit werde ich einleitend einen kurzen Umriss der evaluationstheoretischen und methodischen Instrumente geben, die Grundlage meiner Untersuchung gewesen sind. Abschließen möchte ich mit den Ergebnissen aus dieser Untersuchung.

4. Evaluationstheoretische und methodische Grundlagen der Untersuchung

4.1. Grundlagen der Evaluation

„Gesundheit ist ein relevanter und bewerteter „Outcome“ bestimmter Strukturen und Prozesse und kann daher zwar empfunden, beobachtet und eventuell auch gemessen, aber nicht direkt verbessert werden. Gesundheit kann nur beeinflusst werden, indem jene Handlungen und Verhaltensweisen bzw. Strukturen und Prozesse verändert werden, deren Outcome Gesundheit ist“ (Pelikan u. a. 1998, S. 16). Das bedeutet folglich, dass besonderes Augenmerk auf die Anwendung personen- und settingbezogener Gesundheitsförderungsinterventionen gelegt wird, deren indirekte Effekte sich in Gesundheit oder Krankheit manifestieren können. Entscheidend ist daher die Qualität einer Intervention und in weitere Folge das Erkennen von Effizienz und Effektivität der gesetzten Maßnahmen.

4.1.1. Begriffsdefinitionen

Die Messung oder Beurteilung von Qualität zielt darauf ab, die Diskrepanz zwischen realisierter und erwarteter Leistung (Dienstleistung, Produkt oder Projekt) sichtbar zu machen. Dabei werden vier Schritte durchlaufen:

- Definition eines erwarteten Leistungsideals,
- Messung der angewandten Leistung,
- Vergleich zwischen Ist- und Sollzustand sowie
- Bewertung der Diskrepanz zwischen dem Ideal und dem tatsächlichen Outcome.

Die Intention liegt darin, durch die gewonnenen Ergebnisse eine Grundlage für die Fortführung der Maßnahmen zu schaffen bzw. alternative Lösungsansätze zu entwickeln (vgl. Pelikan u. a. 1998, S. 19). Der Internationalen Standardorganisation (ISO) zufolge kann Qualität definiert werden als „...die Übereinstimmung von Erwartung und Leistung“ (ISO 8054) oder als „...die Gesamtheit von Merkmalen einer

Einheit bezüglich ihrer Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen“ (ISO 8402). Der Begriff „Evaluation“ stammt aus dem Englischen und bedeutet „bewerten“ bzw. „etwas einen Wert beimessen“. Trotz der häufigen Verwendung des Begriffes „Evaluation“ im sozial- und wirtschaftswissenschaftlichen Sprachgebrauch liegt keine allgemeingültige Definition vor (vgl. www.sozialnetz-hessen.de). Aus der Fülle von Definitionen möchte ich ein paar wesentliche zitieren.

Nach Rossi, Freeman und Hofmann (1988, S. 3) wird Evaluation beschrieben als „systematische Anwendung sozialwissenschaftlicher Forschungsmethoden zur Beurteilung der Konzeption, Ausgestaltung, Umsetzung und des Nutzens sozialer Interventionsprogramme“. Evaluationsstudien dienen der Beurteilung von Verfahrensweisen (Programme, Interventionen, Projekte), um die „Relevanz, Wirksamkeit und Auswirkungen von Maßnahmen im Lichte ihres Zwecks zu ermitteln und damit Entscheidungshilfen für bessere Planung und Durchführung zu liefern“ (Ackermann-Liebrich u. a. 1986). Bengel und Koch wiederum (1988, S. 323) meinen, Evaluation untersucht „das Ausmaß, in dem ein Programm, ein Versorgungsmodell oder eine Forschungsstudie Ziele erreicht, und sie beschreibt Gründe, warum Ziele oder Teilziele nicht erreicht werden. Evaluation prüft die Wirksamkeit von sozialen Interventionsprogrammen“. Zusammengefasst könnte man daraus folgende Grundzüge und Merkmale des Begriffes „Evaluation“ ableiten:

- Mit Evaluation verbindet man Techniken und Methoden, die zur Diagnose, Analyse und Dokumentation von Projektprozessen und -ergebnissen dienen (vgl. Dietscher/Lobnig 1998, S. 182);
- Evaluation ist ziel- und zweckorientiert und dient der Verbesserung, Legitimierung und Bewertung gesetzter Maßnahmen;
- Evaluationsmaßnahmen sollen den aktuellen Forschungsmethoden angepasst werden (vgl. Sochert 1998, S. 60);
- Evaluation unterstützt die Entwicklung, Realisierung und Kontrolle planvoller Personalpolitik, nicht aber die Bewertung des Verhaltens einzelner Personen (vgl. www.sozialnetz-hessen.de).

4.1.2. Evaluation als Element der Qualitätssicherung

Die Anwendung der unterschiedlichen Evaluationsinstrumente, die ich anschließend noch näher ausführen möchte, ermöglicht es einem Unternehmen, sehr gezielt eine sogenannte Stärken-Schwächen-Analyse durchzuführen. Die Bewertung von Effizienz und Effektivität (dazu weiter unten) von Maßnahmen und Projekten im allgemeinen ist entscheidend dafür, ob die Projektverantwortlichen ihre Strategien und Interventionen weiter verfolgen können oder ob sie Änderungen einleiten müssen. Dadurch trägt die Evaluation wesentlich zur Qualitätssicherung bei. Überdies unterstützt die Evaluation bei regelmäßigem Einsatz die Entwicklung fundierter Kenntnisse in Bezug auf die gesamte Projektabwicklung sowie die Erweiterung von Know How (vgl. Dietscher/Lobnig 1998, S. 182).

Die Frage der Qualitätssicherung von Gesundheitsförderungsinterventionen wirft viele Unklarheiten auf, da man keinesfalls von einer allgemein anwendbaren Qualitätssicherungsstrategie ausgehen kann. Evaluation und Qualitätssicherung müssen demnach von geschulten Personen, in Anbetracht der situativen Bedingungen, ausgewählt, vorbereitet und implementiert werden (vgl. Pelikan u. a. 1998, S. 36f). In diesem Zusammenhang ist auch zwischen den verschiedenen Ebenen von Gesundheitsförderungsinterventionen zu differenzieren:

- **Gesundheitsförderungsmaßnahmen** sind in sich abgeschlossene Interventionen, bei denen es auf die lokale Machbarkeit und die lokale Effizienz ankommt;
- **Gesundheitsförderungsprojekte** zeichnen sich durch eine Projektstruktur aus, und ihre Evaluation bezieht sich ebenso auf die lokale Machbarkeit und die lokale Effizienz (Prozessevaluation wird angewandt);
- **Gesundheitsförderungsprogramme** geben die politische Richtlinie für die Durchführung regionaler Projekte (z.B.: EU-Projekte) vor, ihre Evaluation bezieht sich vorrangig auf eine Kostenkontrolle (vgl. Pelikan u. a. 1998, S. 34).

Im allgemeinen kann man davon sprechen, dass die Evaluation - ausgeführt mittels sozial- und wirtschaftswissenschaftlicher Instrumente - ein geeignetes

Beurteilungsinstrumentarium für Programme oder Interventionen im Ausbildungs-, Sozial- und Gesundheitsbereich darstellt (vgl. Sochert 1998, S. 60).

4.1.3. Dimensionen einer Intervention und ihre Bewertung

Interventionen können hinsichtlich verschiedener Dimensionen (Kriterien) evaluiert werden. Dabei ist es von Vorteil, eine systematische Beurteilung vorzunehmen (vgl. Pelikan u. a. 1998, S. 27ff u. Sochert 1998, S. 68ff). Folgende Dimensionen werden herangezogen:

Akzeptanz

Darunter versteht man das Einverständnis zu bestimmten Gesundheitsförderungsmaßnahmen seitens der Betroffenen im intervenierten Bereich.

Machbarkeit

Es ist zu prüfen, ob gewünschte Maßnahmen aufgrund der strukturellen, personellen, technischen und vor allem aufgrund der finanziellen Situation im Unternehmen realistisch und langfristig gesetzt werden können.

Effektivität

Dabei wird untersucht, ob implementierte Maßnahmen die erwarteten Effekte auch tatsächlich erfüllt haben. Dies ist bei Gesundheitsförderungsaktivitäten sehr schwer nachzuweisen, da Auswirkungen nicht eindeutig einer Intervention zuordenbar und überdies Effekte oft erst nach Jahren erkennbar sind.

Nachhaltigkeit

Interventionen können neben der erhofften Wirkungen ebenso unerwünschte und negative Effekte erzielen. Die Nachhaltigkeit erfordert aber eine langfristige, positive Auswirkung ohne negative Begleiterscheinungen.

Effizienz

Jede Maßnahme sollte den Regeln eines adäquaten Input-Output-Verhältnisses entsprechen. Auch in diesem Fall kann für Gesundheitsförderungsaktivitäten kein allgemein gültiger Maßstab getroffen werden, da Gesundheitseffekten und -kosten unterschiedliche Bedeutung beigemessen werden kann.

4.1.4. Formen der Evaluation

Die Evaluation im betrieblichen Gesundheitsförderungsbereich kann auf drei Ebenen durchgeführt werden (vgl. www.sozialnetz-hessen.de):

- 1) Strukturevaluation
- 2) Prozessevaluation
- 3) Ergebnisevaluation

1) Strukturevaluation:

Dabei ist die Bewertung der organisatorischen Bedingungen und eine erste Bestandsaufnahme vorrangig, ebenso wie die Prüfung der personellen Kapazitäten und der Ressourcenausstattung.

2) Prozessevaluation:

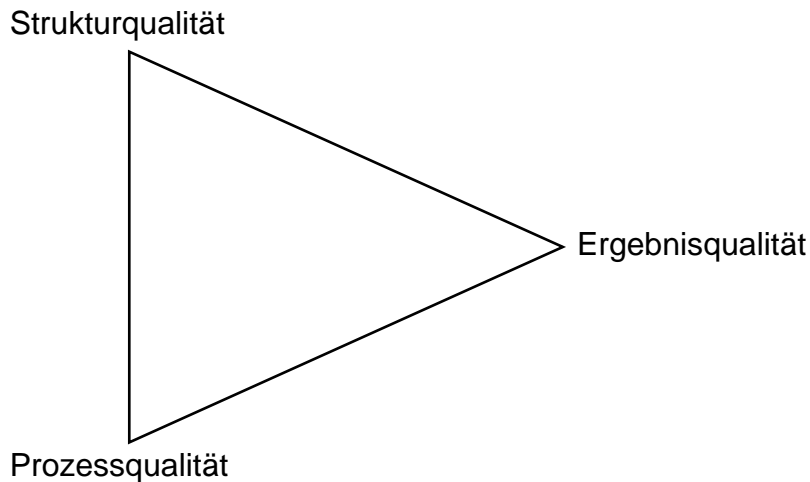
Darunter ist die Beurteilung des Projektverlaufes zu verstehen, um eventuell auftretende Abweichungen vom Projektplan korrigieren zu können. Außerdem wird gleichzeitig auch eine Bewertung der gesetzten Interventionen hinsichtlich Akzeptabilität, Praktikabilität und Adäquanz angestellt.

3) Ergebnisevaluation:

Diese Form der Evaluation (Synonyme sind etwa Output-, Transfer- oder Produktevaluation) zieht einen Vergleich zwischen Einsatz und Nutzen der Maßnahmen und versucht zu klären, inwieweit die Zielsetzung erreicht worden ist (vgl. Sochert 1998, S. 62f).

Dadurch ergeben sich auch drei Dimensionen von Qualität:

Abb. 13: Qualitätsdimensionen



Quelle: vgl. Pelikan u. a. 1998, S. 21

Die Evaluationsforschung subsumiert die Formen der Struktur- und Prozessevaluation gelegentlich auch unter dem Begriff der „formativen (gestaltenden) Evaluation“, die vor Projektbeginn bzw. während des Projektablaufes zum Einsatz kommt. Die Ergebnis- bzw. Wirkungsevaluation ist als „Post-Faktums-Methode“ der Form der „summativen (zusammenfassenden) Evaluation“ zuordenbar (vgl. Sochert 1998, S. 61ff).

Dieser Untersuchung liegt eine „Post-Faktums-Evaluation“ zugrunde, die sich sowohl auf den Projektablauf im allgemeinen als auch auf die nachhaltigen Effekte gesetzter betrieblicher Gesundheitsförderungsmaßnahmen bezieht.

4.2. Begründung der verwendeten Methoden

Gegenstand der im Anschluss dargestellten Untersuchung war zum einen die Erfassung und Aufarbeitung von betrieblichen Gesundheitsförderungsprojekten, die in Zusammenarbeit mit der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse durchgeführt werden und durchgeführt worden sind und zum anderen die Evaluation des damit verbundenen Projektergebnisses.

Aus dem Spektrum der Methoden der empirischen Sozialforschung - nähere Ausführungen dazu werden hier nicht angestellt - wurden zwei Formen der Befragung für die Studie als passend erachtet und demzufolge als Forschungsinstrumentarien herangezogen. Betriebliche Gesundheitsförderungsprojekte orientieren sich - wie bereits in den vorangegangenen Kapitel ausführlich behandelt - an einer konkreten Ablaufstruktur und erfordern die Akzeptanz und das Engagement aller am Projekt beteiligten Personen. Mittels Methoden des Projektmanagements (siehe dazu 3.2.) und anhand von Qualitätskriterien (siehe dazu 3.6.3.) sollen der Erfolg und vor allem die Nachhaltigkeit durchgeführter gesundheitsfördernder Maßnahmen im Unternehmen und insbesondere bei den ArbeitnehmerInnen gesichert werden.

Ein Anliegen war es demnach, zu hinterfragen, in welcher Art und Weise das Projekt von den Projektverantwortlichen (ganz konkret von der Projektleitung) aufbereitet und durchgeführt worden ist, wie sie persönlich das Projekt beurteilen und daraus ableitend, wie sich zukünftige Entwicklungen im Unternehmen gestalten werden. Verwendet wurde für diesen Teil der Untersuchung das Instrument des teilstrukturierten qualitativen Interviews und hier im speziellen die Form des Tiefeninterviews. Im Rahmen der qualitativen Sozialforschung nimmt das Interview einen sehr wesentlichen Stellenwert ein und zählt zu den am häufigsten verwendeten Werkzeugen (vgl. Friedrichs 1985, S. 207). Das Interview ist eine soziale Situation, die sowohl durch die kommunizierenden Personen als auch durch das Forschungsumfeld charakterisiert wird (vgl. Atteslander 1991, S. 133). Scheuch (1973, S. 70) betrachtet das Interview „als ein planmäßiges Vorgehen mit wissenschaftlicher Zielsetzung, bei dem die Versuchsperson durch eine Reihe gezielter Fragen oder mitgeteilter Stimuli zu verbalen Informationen veranlasst werden soll.“ Eine neutrale Interviewsituation (vgl. Atteslander 1991, S. 165ff), bei der der Interviewer keinerlei beeinflussende Intentionen verfolgen sollte, erleichtert eine natürliche und offene Gesprächsatmosphäre und sollte daher Grundsatz jeder Befragung sein. Die Wahl für ein teilstrukturiertes Interview in der Form des „Tiefen- oder Intensivinterviews“ liegt darin begründet, dass damit die Möglichkeit eines erweiterten Antwortspielraumes geschaffen und gleichzeitig sehr gezielt auf die Bedürfnisse des Befragten eingegangen werden kann (vgl. Friedrichs 1985, S. 224). Das qualitative Interview soll dem Interviewer demzufolge ein breites Feld an

Meinungen, Erfahrungen und Einstellungen vermitteln, um gegebenenfalls Übereinstimmungen bzw. Abweichungen bei unterschiedlichen Befragten ableiten und sichtbar machen zu können (vgl. König 1966, S. 146). Die Grundlage des Interviews bildete ein sogenannter Interviewleitfaden (siehe dazu im Anhang), der ein situationsspezifisches Vorgehen erlaubte. Die Aufzeichnung der Interviews wurde mit Hilfe eines Diktiergerätes vorgenommen, um eine vollständige Interpretation gewährleisten zu können, im Anschluss daran wurden die Interviews transkribiert (in eine schriftliche Form gebracht).

Der zweite Teil der Untersuchung bestand in einer Befragung der Gesundheitszirkelmitglieder. Dabei war es von Interesse, zu erfahren, wie das Instrument der Zirkelarbeit von den aktiven Beteiligten aufgenommen worden ist und wie sich diese neue Form der Zusammenarbeit im Unternehmensalltag etabliert hat. Außerdem empfand ich es als sehr wesentlich, das Zufriedenheitsniveau und die Zukunftsperspektiven bei diesen ArbeitnehmerInnen messbar zu machen. Es sollte auf diesem Wege auch ein Vergleich zu den Ergebnissen aus den Tiefeninterviews ermöglicht werden, um die unterschiedlichen Sichtweisen im Unternehmen herausarbeiten zu können. Hierzu wurde die Methode der schriftlichen Befragung gewählt und ein Fragebogen mit geschlossenen Fragen erstellt (siehe dazu im Anhang), der direkt in der Firma deponiert oder per Post oder e-Mail zugesandt wurde.

4.3. Vorgehensweise

Zu Beginn der Forschungsvorhaben habe ich versucht - entsprechend der mir von der Österreichischen Kontaktstelle des EU-Netzwerkes Betriebliche Gesundheitsförderung übermittelten Projektliste - mit den einzelnen Firmen Kontakt aufzunehmen. Von den vorliegenden 15 Unternehmen, in denen ganzheitliche Gesundheitsförderungsprojekte laufen, haben sich elf für eine Teilnahme an der Untersuchung interessiert und mir ihre Unterstützung zugesagt. Die restlichen vier Betriebe konnten entweder aufgrund struktureller Veränderungen oder bereits selbst durchgeführter Evaluationen und zu meinem Bedauern auch aufgrund mangelnden Interesses nicht in die Evaluierung miteinbezogen werden. In weiterer Folge wurden

mit den Projektverantwortlichen die Interviewtermine abgestimmt und die Verteilung der Fragebögen besprochen. Dabei waren mir einzelne Betriebe insofern sehr behilflich, als ich ihnen den Fragebogen per E-Mail zusenden konnte und für mich die Vervielfältigung und Verteilung übernommen wurde. Die Interviews konnte ich in der Zeit zwischen August und November 2000 entweder direkt vor Ort oder aufgrund einiger auftretender Terminprobleme auch telefonisch durchführen. Die schriftliche Befragung, die mit Ausnahme von drei Unternehmen (Ausscheiden von Zirkelmitgliedern, häufiger Wechsel oder sprachliche Barrieren, bereits gemachte Evaluierung) befürwortet wurde, erfolgte ebenfalls in dieser Zeit. Gleichzeitig erhielt ich detaillierte Projektunterlagen von einigen Firmen, die mir einen konkreteren Einblick in das betriebliche Gesundheitsförderungsgeschehen erlaubten.

Die nächsten beiden Kapitel werden sich intensiv mit den Interview- und Fragebogenergebnissen aus der vorliegenden Untersuchung befassen. Dazu ist es vorab sinnvoll, die einbezogenen Unternehmen kurz zu beschreiben, um ein besseres Verständnis für die Anliegen ihrer betrieblichen Gesundheitsförderungsarbeit, insbesondere der Zirkelarbeit, erlangen zu können. Ein sehr bedeutender Aspekt ist überdies die Überprüfung der vorab angestellten Hypothesen, an die ich meine Untersuchung geknüpft habe. Die Formulierung dieser Hypothesen wird explizit im Zuge der Interpretation der Ergebnisse vorgenommen.

5. Ergebnisse aus den Tiefeninterviews

Gegenstand der vorliegenden Untersuchung ist die Evaluierung betrieblicher Gesundheitsförderungsprojekte und deren Nachhaltigkeit. Eine nachhaltige Wirkung intendiert die Zielsetzung, dass die Nachfrage nach betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Unternehmen einen bedeutenden und qualitativ hochwertigen Stellenwert besitzt und sich nicht auf momentane Entwicklungen stützen sollte, die längerfristig gesehen unrealisierbar erscheinen.

Es ist demnach Aufgabe dieser Untersuchung, aufzuzeigen, welche unterschiedlichen Vorgehensweisen die einzelnen Unternehmungen bezüglich Analyse, Konzeption, Durchführung und Qualitätssicherung (vgl. dazu 3.3.2.) ihrer Projekte haben. Die Aussagen der befragten Projektverantwortlichen, die in anonymisierter Form dieser Arbeit zugrunde liegen, orientieren sich im wesentlichen an den **Europäischen Qualitätskriterien betrieblicher Gesundheitsförderung** (der sogenannten Luxemburger Deklaration)

- **Partizipation:** Beteiligung aller MitarbeiterInnen;
- **Integration:** BGF ist Bestandteil in allen wichtigen Unternehmensbereichen;
- **Projektmanagement:** alle Maßnahmen werden systematisch durchgeführt und fortlaufend verbessert;
- **Ganzheitlichkeit:** BGF kombiniert verhaltens- und verhältnisorientierte Maßnahmen.

und dem daraus entwickelten Kriterienkatalog (vgl. Breucker 1998 u. 3.6.3).

Es folgt nun ein kurzer Überblick aller evaluierten Unternehmen hinsichtlich Branche, und MitarbeiterInnenanzahl.

5.1. Vorstellung der untersuchten Unternehmen

Für diese Untersuchung haben sich elf Unternehmen unterschiedlicher Branchen und Größenordnung zur Verfügung gestellt. Im einzelnen wurden evaluiert:

Klein- und Mittelbetriebe:

- **LUZENAC-NAINTSCH:** 1. österreichisches Bergbau - und Industrieunternehmen in Graz, Weißkirchen, Rabenwald und Oberfeistritz (*Projekt PRO-FIT*);
- **GKB:** Graz - Köflacher - Bergbau GmbH (*Projekt PRO-FIT*);
- **ASA:** Zweigunternehmen eines Abfallverwertungskonzerns in Asten (*Projekt „Wertstoff Gesundheit“*);
- **SOMMERHUBER:** Ofensetzerei und Kachelherstellungsbetrieb in Steyr (*Projekt „Von uns für uns“*);
- **SABTOURS:** Unternehmen der Touristik- und Busbranche in Wels (*Projekt „Gemeinsam aktiv“*);
- **SUCHARD:** Schokoladefabrik in Bludenz (*Projekt „Steigerung der Arbeits- und Lebensqualität“*).

Großbetriebe:

- **OMV:** Erdöl- und Erdgasbetrieb in Gänserndorf (*Projekt PRO-FIT*);
- **RHI (Veitsch Radex):** Unternehmen der Hochtemperaturtechnologie (Feuerfestproduktion) in Radenthein (*Projekt „PRO-FIT:Der Mitarbeiter ist die Wirbelsäule im RHI-Konzern“*);
- **VOEST-ALPINE-STAHL:** Unternehmen der Grundstoffindustrie in Linz (*Projekt „Herausforderung gesund am Arbeitsplatz“*);
- **HABAU:** Hoch- und Tiefbaugesellschaft in Perg (*Projekt „Habau sicher & gesund“*);
- **NEUSIEDLER:** Papierproduktionsbetrieb in Niederösterreich und Wien (*Projekt „Unternehmen Gesundheit*).

5.2. Ausgangsüberlegungen, Hypothesen und Fragestellungen zu Teilbereichen der Untersuchung

5.2.1. Zugang und Beginn des Projektes

Die betriebliche Gesundheitsförderung hat sich seit der Verabschiedung der bereits zitierten „Ottawa-Charta“ der WHO im Jahre 1986 zu einer Schlüsselaufgabe im Unternehmensprozess entwickelt. Der Wunsch nach gesunden und leistungsfähigen MitarbeiterInnen, die die soziale und wirtschaftliche Stabilität eines Unternehmens mitsichern sollen, ermutigt eine Vielzahl von Verantwortlichen zu mehr Innovation und einer verstärkten Ausrichtung an den „Human-ressources“. Im konkreten geht es dabei um eine ausgleichende Organisationskultur, deren Mittelpunkt die MitarbeiterInnen als eigenständige, verantwortungs- und wertvolle Wesen bilden sollen. Der Weg zu mehr Integration aller MitarbeiterInnen in die Unternehmensziele und teamfähiger Arbeitsbasis ist ein sehr steiniger und erfordert vom Unternehmen ein hohes Maß an Kompromissbereitschaft und Vertrauen. Daher war es auch Teil dieser Studie, die Hintergründe sowie positive und negative Erfahrungen zu Beginn des jeweiligen Projektes zu erfragen. Hinsichtlich des weiteren Projektverlaufes ist es ein unabdingbares Muss, eine sachliche, zeitliche und funktionale Projektabgrenzung vorzunehmen, um problemzentriertes Arbeiten zu ermöglichen. In diesem Sinne wurde auch bei den Fragestellungen sehr großes Augenmerk auf die Zielsetzungen und Intentionen betrieblicher Gesundheitsförderung gelegt.

5.2.2. Projektleitung und -steuerung

Ein Projekt bedarf zum erfolgreichen Gelingen eines Koordinierungsgremiums, das in der Lage ist, eine harmonische und konsensorientierte Zusammenarbeit sicherzustellen. Die Projektsteuerung muss also das Ziel verfolgen, möglichst effizient realisierbare Gesundheitsansätze zum Wohle des Unternehmens und insbesondere der ArbeitnehmerInnen zu verwirklichen. Die Hinterfragung wesentlicher Aspekte, wie beispielsweise die Zusammensetzung und Funktionen der

Steuerungsgruppe, aber auch, ob eine externe Moderation bevorzugt wurde oder ob die Gruppe gearbeitet hatte, sollte kooperativ entsprechende Eindrücke verschaffen.

5.2.3. Gesundheitszirkel

Die Gesundheitszirkel arbeiten im Auftrag der Steuerungsgruppe und sollen aufgrund ihrer spezifischen Arbeitsplatzkenntnisse Problembereiche lokalisieren und Lösungsmöglichkeiten zu deren Verbesserung entwickeln. Diese Form der Partizipation soll auf freiwilliger Basis erfolgen, um Motivation, Kreativität und Vertrauen bei den Beteiligten erwarten zu können. Es erwies sich in diesem Zusammenhang als sehr zielführend, die InterviewpartnerInnen zu diesen Grundsätzen zu befragen, denn die Gesundheitszirkelarbeit ist quasi „das Herzstück“ guter betrieblicher Gesundheitsförderung.

5.2.4. Statuserhebung

Die Erhebung des Ist-Standes betrieblicher Gesundheits- und Sicherheitsgefahren ist Voraussetzung für die Festlegung des weiteren Projektverlaufes. Anhand der Fragestellungen sollte festgestellt werden, welche Arten von Analysen durchgeführt worden und welche Datenquellen genutzt worden sind.

5.2.5. Belegschaft

Die betriebliche Gesundheitsförderung ist keineswegs ein konfliktfreies Terrain und erfordert deshalb transparente Informationskanäle. Eine mitarbeiterInnenorientierte Öffentlichkeitsarbeit trägt erheblich zur Akzeptanz von Projekten bei. Die Fragen konzentrierten sich demzufolge zum einen auf die Bekanntmachung der einzelnen Projekte und zum anderen auf die daraus resultierenden Reaktionen.

5.2.6. Verbesserungsvorschläge und Maßnahmen

Die Aufgabe der betrieblichen Gesundheitsförderung besteht in einer Verbesserung bzw. Erhaltung körperlichen und seelischen Wohlbefindens am Arbeitsplatz sowie in der Förderung einer gesundheitsbejahenden Arbeits- und Lebensweise. Die Intention dabei ist, eine ausgewogene Kombination von verhaltens- und verhältnisfördernden Entwicklungsschritten anzustreben. In der Untersuchung wurde dies anhand von Fragen zu der Thematisierung von Problemfeldern, der Erarbeitung realistischer Verbesserungsvorschläge oder etwa dem Zufriedenheitsniveau der MitarbeiterInnen mit der Umsetzung diskutiert.

5.2.7. PR-Maßnahmen

Nicht nur die innerbetriebliche Öffentlichkeitsarbeit sollte Teil eines Projektes sein, es ist auch von Vorteil, das Projekt nach außen zu transportieren. Ein gut aufbereitetes Gesundheitsförderungsprojekt kann Anlass für andere Unternehmen sein, ebensolche Ambitionen zu entwickeln. Die Wichtigkeit fortlaufender Information und Kommunikation herauszufiltern, wurde in den Interviews ebenfalls versucht.

5.2.8. Evaluierung

Ein sehr zentrales Kriterium in der Durchführung betrieblicher Gesundheitsförderungsprojekte ist das Wissen um die Effizienz und Effektivität der Maßnahmen. Das Unternehmen wird darauf bedacht sein, ein adäquates Input-Output-Verhältnis zu erreichen, das sich und den MitarbeiterInnen ein höchstes Maß an Gesundheit und wirtschaftlicher Sicherheit (Produktivität, geringe Personalfuktuation,...) garantieren kann. In der Befragung der ProjektleiterInnen sollte daher ermittelt werden, ob es projektbegleitende Evaluierungen gegeben hat bzw. gibt und wie diese den Projektverlauf beeinflusst haben oder beeinflussen.

5.2.9. Europäische Leitlinien für die betriebliche Gesundheitsförderung

In diesem Zusammenhang habe ich es als wesentlich erachtet, das Interview auf die Grundsätze der im Jahre 1997 verabschiedeten Luxemburger Deklaration zu lenken. Darin ist verankert, dass *„Betriebliche Gesundheitsförderung“ (BGF) alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz umfasst.*“

5.2.10 Finanzierung

In der Befragung sollten Aspekte wie das Projektbudget, der Einsatz von zusätzlichen Fachkräften und die Beurteilung der eingesetzten finanziellen und personellen Ressourcen besprochen werden.

5.2.11 Nachhaltige Beurteilung des Projektes

Es ist von Interesse zu erfahren, welche positiven und negativen Eindrücke das Projekt bei den Verantwortlichen bewirkt hat oder bewirkt. Darüber hinaus sollten auch die Aussagen bezüglich der momentanen Betriebskultur und, langfristig gesehen, die Vorstellungen über den Fortgang betrieblicher Gesundheitsförderungsmaßnahmen in die Untersuchung mit einfließen.

5.3 Auswertung der Tiefeninterviews

Die folgende Auswertung soll darlegen, in welchem Umfang die einzelnen Unternehmungen betriebliche Gesundheitsförderung betreiben. Es ist dabei vorauszuschicken, dass aufgrund der unterschiedlichen Größenordnung der Betriebe und den damit verbundenen unterschiedlichen finanziellen und personellen Kapazitäten der Ansatz für gesundheitsgerechte Arbeits- und Arbeitsumfeldgestaltung verschiedenartig gelagert sein kann.

5.3.1 Vorprojektphase

Ein Unternehmen ist im Laufe der Zeit mit einer Vielzahl von Problemsituationen konfrontiert, deren Bewältigung die Voraussetzung für eine positive wirtschaftliche Entwicklung darstellt. Doch positiven betriebswirtschaftliche Kennzahlen allein können gewiss nicht der einzige Erfolgsfaktor sein, der einen Betrieb auszeichnet. Vielmehr sind dies zusätzlich der Einsatz und die Loyalität eines jeden Mitarbeiters und einer jeden Mitarbeiterin, die das Unternehmen zu dem machen, was es nach außen hin repräsentiert. Das müsste folglich bedingen, dass die Unternehmen alles daran setzen, ihrer Belegschaft ein Höchstmaß an interessanten und gesundheitsfördernden Arbeitsmöglichkeiten anzubieten. Dass die Realität jedoch etwas anderes zeigt, ist beispielsweise daran erkennbar, dass arbeitsschutzrechtliche Bestimmungen in den Betrieben keinesfalls selbstverständlich umgesetzt werden und teamorientiertes Arbeiten oftmals ein Fremdwort darstellt.

Für einige wenige Unternehmen ist der Gedanke von Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz vorhanden, aber eine tatsächliche Auseinandersetzung damit ist bisher nicht angestrebt worden (vgl. z.B.: I6 u. I7). Umso erfreulicher ist deshalb die Tatsache, dass jetzt sehr viele Betriebe vermehrt Interesse an der Durchführung strukturierter betrieblicher Gesundheitsförderungsprojekte bekunden. Für einige Unternehmen ist mitunter der Präventionsgedanke mit Blickrichtung auf eine Erhöhung der Gesundheitsquote und langfristiger Krankenstandssenkung initiierendes Moment (vgl. I2 u. I11), für andere wiederum haben Projekte dieser Art sozusagen bereits „*Tradition*“ (vgl. I3, I11 u. I5). Nicht zu vergessen ist auch die Vorbildwirkung anderer Projekte, deren Inhalte und Projektstrukturen als Maßstab dienen können (vgl. I1, I2, I3, I5 u. I8).

Ähnlich der unterschiedlichen Zugänge zur betrieblichen Gesundheitsförderung lässt sich auch der Kreis der **Initiatoren** beschreiben. In den meisten Fällen ist die Geschäftsführung allein oder mit Unterstützung der Medizin oder der zuständigen Versicherungsanstalten (vgl. I1, I2, I5, I7 u. I10) initiativ geworden, Ambitionen der Sicherheitsfachkräfte oder der Betriebsräte bilden die Ausnahme. In einem Betrieb

sind die MitarbeiterInnen selbst aktiv geworden, indem sie sich mit ihren Sorgen an den/die ArbeitsmedizinerIn gewandt haben (vgl. I6).

Erfahrungen im Umgang mit betrieblicher Gesundheitsförderung im Sinne der **Luxemburger Deklaration** sind bei den meisten Unternehmen nicht vorhanden, daher ist es für sie auch naheliegend, sich in Fragen der Projektgestaltung und -abwicklung an die zuständigen Versicherungseinrichtungen zu wenden. Dadurch erhalten sie auch die Möglichkeit, das Fundament guter betrieblicher Gesundheitsförderungsarbeit kennen zu lernen, um somit die für sie geeignete Projektstruktur auszuwählen. Die Bedeutung dieser Zusammenarbeit liegt auch darin, die anfangs quasi bei allen Betrieben aufgetretene Skepsis (von Belegschaft und Betriebsräten) zu verringern und eine Sensibilisierung für diese Thematik anzustreben.

Zu Beginn eines Projektes muss sich das Unternehmen die Frage stellen, welche Bereiche miteinbezogen werden sollen. Ein entscheidendes Kriterium dabei ist einerseits die Unternehmensgröße und andererseits die Ressourcenverfügbarkeit. Die untersuchten Betriebe haben ihre Projekte überwiegend in allen Unternehmensbereichen eingesetzt; eine Unternehmung setzte aufgrund ihrer Größe auf Pilotprojekte (vgl. I11) in ausgewählten Teilbereichen. Jedes Projekt bedarf, wie bereits mehrmals erwähnt, einer geeigneten Projektstruktur, zu deren Inhalten auch die Definition von Zielen gehört. Welchen Zielsetzungen sich die einzelnen Unternehmen für den Verlauf ihrer Projekte verschrieben haben, zeigt nachstehende Übersicht (vgl. I1-I11).

Zielvereinbarungen im Überblick:

- Verbesserung der Arbeitsbedingungen (Lärm, Sicherheit, Ergonomie);
- Gesundheitsvorsorge (Informationen über Möglichkeiten gesünder zu leben, auf Gesundheit zu achten);
- Verbesserung des Arbeitsklimas;
- Reduktion der Abwesenheitszeiten (beispielsweise Krankenstandssenkung um 10%);
- Arbeitsbedingungen schaffen, die die Vereinbarkeit von Familie und Beruf erleichtern;

- Diskussion von betrieblichen Gesundheitsförderungsprogrammen in der Öffentlichkeit initiieren;
- Retention program (Steigerung des Arbeitsklimas und der Arbeitsbedingungen tragen dazu bei, dass MitarbeiterInnen beim Unternehmen bleiben);
- Umdenken der MitarbeiterInnen einleiten (Selbstverantwortung der MitarbeiterInnen forcieren);
- Gesundheit, Sicherheit und Umweltschutz definieren (Unfälle,...);
- Gesundheits- und Sicherheitsbewusstsein schaffen;
- Sicherung der Nachhaltigkeit nach Projektende;
- Verminderung psychischer Belastungen (Zeitdruck, Angst durch Gefahrstoffe);
- Gesundheitsrisiken minimieren (Arbeitsplatzevaluierung);
- Förderung der Arbeitszufriedenheit (Flexibilität, Arbeitsplatzgestaltung,...);
- Imagepflege durch Öffentlichkeitsarbeit;
- Reduktion der Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates sowie des Herz-Kreislauftrisikos (Hilfe zur Selbsthilfe);
- Gestaltung einer MitarbeiterInnenzeitung;
- MitarbeiterInnen aktiv einbinden;
- Schaffung einer teamgerechten Arbeitsstruktur;
- interne Kommunikation verbessern;
- Motivation aller MitarbeiterInnen hinsichtlich ihrer Bedeutung für den Betrieb;
- Installierung bleibender betrieblicher Einrichtungen im Gesundheitsschutz;
- Schulung der eigenen Körperwahrnehmung und Sensibilisierung;
- Produktivitätssteigerung durch motivierte MitarbeiterInnen;
- Steigerung des körperlichen und geistigen Wohlbefindens.

Bei Betrachtung dieser Fülle an unterschiedlichen Zielsetzungen kann man zusammenfassend anmerken, dass die Senkung von Krankenständen in den meisten Fällen nicht als deklariertes Projektziel angeführt worden ist. Es ist zweifelsohne richtig, dass sich langfristig gesehen die Abwesenheitszeiten reduzieren können, aber es ist auch nicht zu vergessen, dass es dafür eine Vielzahl anderer Einflussfaktoren geben kann (z.B. wirtschaftliche Bedingungen). In einem Interview ist in diesem Zusammenhang eine sehr treffende Aussage getätigt worden: „ganz einfach gesagt, eine Krankenstandssenkung in 1 1/2 Jahren Projektzeit ist sicherlich kein realistisches Thema und keineswegs erfüllbar“ (vgl. I9).

In der sogenannten Vorprojektphase ist das Unternehmen nicht nur damit beschäftigt, Zielvereinbarungen auszuarbeiten und zu beschließen, sondern muss darüber hinaus Überlegungen über das vorhandene bzw. mögliche Angebot an **Projektressourcen** anstellen. In dieser Frage war von Unternehmungen, vor allem bedingt durch ihre Größenordnungen, recht Unterschiedliches zu erfahren. Das Rahmenbudget einiger Großbetriebe bewegt sich im Bereich von 1-3,5 Mio. ATS (vgl. I2 u. I3), in einem weiteren Unternehmen - in dem kontinuierlich Projekte durchgeführt werden - stellt man für das aktuell evaluierte Projekt ungefähr 200.000,- ATS (vgl. I11) zur Verfügung, wobei in diesem Fall noch keine baulichen Maßnahmen inkludiert sind. Die in einem anderen Fall veranschlagten 350.000,- ATS (vgl. I4) haben sich bereits als zu wenig erwiesen und werden nach oben korrigiert. In den meisten Klein- und Mittelbetrieben ist erkennbar, dass es mit Ausnahme der entlohnten externen Moderatoren und den weiter unten noch dargelegten allgemeinen Kosten, die das Unternehmen finanziert, keinerlei budgetäre Überlegungen gegeben hat (vgl. z.B.: I6, I8 u. I9). Eine mögliche Ursache könnte neben den bereits angesprochenen unterschiedlichen Größenverhältnissen unter Umständen darin bestehen, dass es einfach zu wenig Erfahrungswerte in Fragen der Sicherheit und Gesundheit (welche Aktivitäten sind bisher in diesem Bereich gesetzt worden?) gibt. Das Unternehmen muss daher zuerst mit dieser neuen Situation vertraut werden; also konkrete Verbesserungsansätze vorgelegt bekommen, um den finanziellen Rahmen abschätzen zu können (vgl. I5). Die grundsätzlichen finanziellen Aufwendungen der Unternehmen umfassen:

- Personalkosten für Projektarbeit während der Arbeitszeit;
- Kosten für die Umsetzung von Maßnahmen jeglicher Art;
- Kosten für MitarbeiterInnenbefragungen;
- Kosten für die Erstellung der Dokumentation in Form von Gesundheitsberichten;
- Kosten zum Zweck der Aus- und Weiterbildung sowie Aufwendungen für Seminare und Schulungen;
- Kosten für die Inanspruchnahme externer Fachkräfte.

5.3.2 Projektleitung

Ein Projektaufbau im Sinne einer Kombination von **Verhaltens- und Verhältnisförderung** wird von nahezu allen Unternehmen als erstrebenswert erachtet (vgl. I1, I2, I3, I4, I10 u. I11), war aber anfangs nicht jedem geläufig (vgl. z.B.: I9). Die unterschiedlichsten Intentionen haben die Verantwortlichen an die betriebliche Gesundheitsförderung herangeführt - „wir möchten eine Einbindung der MitarbeiterInnen erreichen“ (I8) - ergänzend haben hier die Versicherungseinrichtungen Aufklärungsarbeit geleistet (vgl. z.B.: I6 u. I8). Aus diesem Grunde weisen alle untersuchten Betriebe ein ganzheitliches Konzept auf, das sowohl bei der Lebens- und Arbeitsweise als auch bei den Arbeitsbedingungen ansetzt.

Ein besonderer Vorteil bei der Durchführung betrieblicher Gesundheitsförderungsprojekte liegt in einer kooperativen und engagierten Zusammenarbeit der Projektverantwortlichen (vgl. z.B.: I9 u. I8). Das verlangt von jedem/jeder Beteiligten ein gewisses Maß an Verantwortung und die unermüdliche Bereitschaft, etwas verändern zu wollen. Diese neue betriebliche Lenkungsmethode wird in den Betrieben als „**Steuerungsgruppe**“ oder „**Gesundheitsausschuss**“ bezeichnet.

In allen untersuchten Unternehmen ist die Steuerungsgruppe für das Projektmanagement verantwortlich. Zwar gab es bei einigen Projekten Anfangsschwierigkeiten (vgl. z.B.: I7 u. I11). Insgesamt werden jedoch die Steuerungsgruppen ihrer Verantwortung gerecht und führen ihre jeweiligen Projekte zielstrebig zu Ende. Es wird darauf Wert gelegt, einen kontinuierlichen und von jedermann ernstgenommenen Einsatz und Beitrag zu verlangen - es müssen alle voll hinter dem Projekt stehen (vgl. I4). Die Tatsache, dass es dabei immer wieder „schwarze Schafe“ geben kann, hat ein Unternehmen dazu veranlasst, in Übereinstimmung mit der Geschäftsleitung den Gesundheitsausschuss abzuschaffen und den laut Gesetz ohnehin vorhandenen Arbeitsausschuss in einen Sicherheits-, Gesundheits- und Umweltausschuss (SGU) umzuwandeln (vgl. I5). Dieser SGU-Ausschuss wird bei einigen Betrieben beispielsweise mit der Fortführung der Gesundheitsarbeit betraut (vgl. z.B.: I8).

Aufgrund der Betriebsgröße hat man sich in anderen Unternehmen dazu entschlossen, zusätzlich zur Steuerungsgruppe als zentrales Glied Projektgruppen vor Ort zu bilden, die ein effizientes Arbeiten ermöglichen (vgl. I3 u. I11).

Gemein ist jedoch allen Formen einer Steuerungsgruppe die Vielfalt der Entscheidungsträger. Im wesentlichen sind/waren vertreten:

- Vorstand, Geschäftsleitung, Betriebsleitung, Personalleitung;
- Betriebsmedizin, Sicherheitsfachkräfte, Sicherheitsvertrauenspersonen;
- Betriebsräte, Belegschaftsvertreter, Bereichsleiter, Werksdirektoren;
- Externe Experten der Gebietskrankenkasse, Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, Arbeiterkammer, Betriebskrankenkassen, Gesundheitsforum Niederösterreich und der Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaues.

Die **Sitzungsmodi** der einzelnen Betriebe gestalten sich recht unterschiedlich und lassen bereits Schlüsse auf die Bedeutung und Ernsthaftigkeit ihrer Gesundheitsförderungsambitionen zu. Ein überaus gesundheits- und mitarbeiterInnenorientiertes Unternehmen hat anfangs im Zwei- Wochenrhythmus Treffen arrangiert und ist in weiterer Folge in der Phase der Umsetzung mit einer monatlichen Sitzung gut gefahren und versucht nun erneut, alle zwei Wochen gesundheitliche Themen zu besprechen (vgl. I4). Dabei ist anzumerken, dass in diesem Fall nicht die klassische Form der betrieblichen Gesundheitsförderung angewandt wird, sondern das Unternehmen sehr gezielt die Vorstellungen einer optimalen Vereinbarkeit von Beruf und Familie auf gesundheitsgerechter Basis anstrebt. Grundsätzlich sind sich die Unternehmen darüber einig, dass zu Beginn eines Projektes vermehrt Zeit investiert werden muss (vgl. z.B.: I3), um eine adäquate Ablaufstruktur erarbeiten zu können. In weiterer Folge wird es dann als vernünftig angesehen, sich alle zwei bis drei Monate zusammensetzen, um die Fortschritte zu überprüfen. Nach Abschluss des Projektes trifft sich der Gesundheitsausschuss in der Regel zwei bis viermal im Jahr (vgl. z.B.: I2), sofern fortführende Interventionen gewünscht werden.

Die Arbeit der Steuerungsgruppe wird von allen Befragten als sehr wertvoll und positiv angesehen, auch wenn vermehrt eine motivierendere Haltung einiger TeilnehmerInnen (vgl. z.B.: I6 u. I7) gewünscht wird. Als sehr nützlich erweist sich in

diesem Zusammenhang der Einsatz eines externen Moderators (vgl. z.B.: I10u. I9), wobei auch geeignete und/oder ausgebildete Personen aus dem Betrieb durchaus objektiv die Geschicke des Gesundheitsausschusses lenken können (vgl. z.B.: I3 u. I4). Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang auch die Initiierung einer Moderatorenausbildung (vgl. z.B.: I1 u. I5). In der Projektleitung als Planungs- und Entscheidungsinstrument wird übereinstimmend eine präzise und verantwortungsvolle Vorgehensweise bevorzugt. Voraussetzung dafür ist die Festlegung der Aufgaben und deren Zuordnung an die einzelnen Akteure. Im folgenden ein kurzer Umriss der **Aufgaben**, die einer Steuerungsgruppe zuteil werden:

- Optimale Rahmenbedingungen schaffen;
- Projektplanung und –steuerung;
- Definition von Zielen und Projektschritten;
- Auswahl der Analyse- und Interventionsmaßnahmen;
- Dokumentation des Projektes;
- Festlegung eines Finanzierungsrahmens;
- Bewertung und Umsetzung der Verbesserungsvorschläge der Gesundheitszirkel;
- Unterstützung und Dokumentation der Maßnahmen;
- Interne und externe Öffentlichkeitsarbeit;
- Evaluation des Projektes.

5.3.3 Analyse der Ausgangslage

Die Voraussetzungen für eine problemspezifische Interventionsgestaltung liegen in einer sorgfältigen **Bestandsaufnahme** des betrieblichen Geschehens anhand „harter“ Daten. Es interessieren in dieser Phase des Projektes aussagekräftige Zahlen und Fakten, die ein Erkennen gesundheitlicher Belastungen möglich machen und dem Unternehmen eine Orientierungshilfe bieten. Ein Teil der sogenannten Ist-Analyse ist eine detaillierte Untersuchung der *Krankenzustände* hinsichtlich Anzahl der Fälle, Dauer der Erkrankungen und Diagnosen. In allen evaluierten Unternehmen wird diese Art der Analyse herangezogen. Die Datenaufbereitung und -auswertung erfolgt bei den zuständigen Versicherungsträgern (Gebietskrankenkasse, Betriebskrankenkasse, Versicherungsanstalt des Österreichischen Bergbaues) und

dient in weiterer Folge als Grundlage für verschiedenste Benchmarkings (vgl. z.B.: I3 u. I11). Diese zeigen beispielsweise in einem Unternehmen (vgl. I3), dass das betriebliche Erkrankungsrisiko höher ist als das aller unselbständig Erwerbstätigen in Österreich, verglichen mit dem österreichischen Branchendurchschnitt jedoch eine geringere Krankenstandsquote gegeben ist. Bezugnehmend auf die Diagnosefälle kann eine starke Tendenz zu vermehrten Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates festgestellt werden. In einem Betrieb (vgl. I8) entfielen im Jahre 1997 rund 19,4% aller Krankenstandsfälle auf diesen Formenkreis. Das Auftreten von grippalen Infekten (vgl. I8, I9 u. I10) sowie Belastungen der Atmungsorgane (vgl. I5 u. I6) bestimmen die weiteren Krankenstandsfälle.

Neben den Krankenstandsdaten wird in einigen Betrieben auch eine Analyse der *Unfallzahlen* als wichtig erachtet. In einem Interview wurde in diesem Zusammenhang erwähnt, dass 1998 insgesamt rund 127 Unfälle zu verzeichnen waren, wovon sich 119 im Arbeitsumfeld ereignet hatten (vgl. I9). Vorbildhaft ist die Tatsache, dass zehn von insgesamt elf untersuchten Betrieben eine *MitarbeiterInnenbefragung* als Bestandteil ihrer Projekte vorweisen können, deren Ergebnisse den Projektverlauf wesentlich beeinflussen. Dabei sollen Probleme an Arbeitsplätzen und gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen ebenso angesprochen werden wie etwa psychosoziale Belastungen. Die Rücklaufquote wird von den meisten Befragten als zufriedenstellend empfunden (vgl. z.B.: I5, I8 u. I9), einem Unternehmen gelingt mit einem Rücklauf von 100 Prozent der Fragebögen eine hervorragende Ausgangsbasis für weitere Schritte (vgl. I10). Im Zuge der Analyse der Ausgangslage führen einige Betriebe darüber hinaus noch eine *Arbeitsplatzevaluierung* (vgl. z.B.: I3, I4 u. I10) durch oder versuchen, anhand von Vorsorgeuntersuchungen (vgl. I1 u. I5) oder spezifischen Messungen (Lärm, Staub, Klima) zusätzliche Daten zu gewinnen (vgl. I1 u. I10).

5.3.4 Interne und Externe Öffentlichkeitsarbeit

Die Unterstützung und das Verständnis der MitarbeiterInnen für ein Gesundheitsförderungsprojekt ist erheblich von ihrem Informationsstand abhängig. Die Projektarbeit sollte keinesfalls ein geheimes „Jonglieren“ mit betrieblichen

Ressourcen sein, dessen Auswirkungen den ArbeitnehmerInnen unerwartet präsentiert werden. Die Projektverantwortlichen müssen es daher als ihre Pflicht ansehen, die Bedingungen für einen transparenten Kommunikations- und Informationsfluss zu schaffen. Dieser erstreckt sich sowohl innerhalb als auch außerhalb des Unternehmens und soll als wesentlicher Motivationsfaktor verstanden werden. Die MitarbeiterInnen müssen das Gefühl vermittelt bekommen, dass sich ihr Einsatz und ihr Interesse lohnt und sie sich aus diesem Grund intensiv für das Projekt engagieren. Mit welchen projektbegleitenden **internen und externen Öffentlichkeitsinstrumenten** die einzelnen Unternehmen arbeiten, soll hier näher betrachtet werden.

Mit zu den wichtigsten Regeln betrieblicher Gesundheitsförderung gehört die Bekanntmachung des Projektes im Unternehmen, was von den Interviewten einstimmig bejaht wird. In nahezu allen Unternehmen werden in einer Einführungsveranstaltung (vgl. z.B.: I2, I4 u. I7) die Bausteine betrieblicher Gesundheitsförderung erörtert und auf die zentralen Inhalte der Projektarbeit hingewiesen. Mittels Rundschreiben einiger Geschäfts- und Projektleitungen (vgl. z.B.: I1, I5, I8 u. I9) sollen die Beweggründe für das Projekt sowie der Projektverlauf den MitarbeiterInnen persönlich mitgeteilt werden. Darüber hinaus dienen unterschiedliche Kommunikationsmedien wie etwa die MitarbeiterInnenzeitung (vgl. z.B.: I3 u. I5), die Betriebsratszeitung (vgl. z.B.: I2 u. I10), das Aufstellen von Schaukästen (vgl. z.B.: I7) oder das Aushängen von Plakaten und anderen Informationsmaterialien (vgl. z.B.: I3, I4 u. I7) dazu, bei den Betroffenen Aufmerksamkeit und Neugier für eine kollektive Neuorientierung des Arbeitsalltags zu erzeugen. Ferner unterstützen in einzelnen Fällen auch die Betriebsräte als Vertrauenspersonen (vgl. I2) sowie die ArbeitsmedizinerInnen (vgl. I8) die interne Öffentlichkeitsarbeit. In einem Unternehmen nimmt die Projektgruppe an der ersten Sitzung der Steuerungsgruppe teil und alle Beteiligten werden in Form des „Schneeballsystems“ informiert (vgl. I11). Die meisten Unternehmen legen sehr großen Wert auf Offenheit im Kommunikationsbereich und versuchen besonders durch den Einsatz neuer Medien (Internet und Intranet) eine kontinuierliche Projektinformation zu ermöglichen (vgl. z.B.: I1, I2 u. I7). Durch die Bereitstellung aktueller Daten zum Projektfortschritt soll die anfangs doch recht häufig geäußerte Skepsis (vgl. z.B.: I3 u. I4) seitens der MitarbeiterInnen abgebaut werden. Eine

schriftlich aufbereitete Dokumentation des Projektes (Gesundheitsbericht) betrachten alle Verantwortlichen als wesentliches Element erfolgreicher Projektarbeit.

Eher unterschiedlicher Meinung sind die Befragten hinsichtlich externer Öffentlichkeitsarbeit. Mit ein Grund dafür ist sicherlich das Größenverhältnis der Unternehmen. In der Kategorie der Großbetriebe (über 500 MitarbeiterInnen) gibt es einige nennenswerte Ambitionen, wie beispielsweise das Schalten von interessanten Beiträgen in regionalen Zeitungen (vgl. I9) oder das Senden von Projektaktivitäten in österreichischen Informationssendungen (vgl. I4). Nicht zu vergessen sind auch die zahlreichen Anerkennungspreise (models of good practice oder österreichischer Preis für betriebliche Gesundheitsförderung) die ausgelobt werden. Über die Auszeichnung ihrer innovativen Projekte können sich bereits einige Groß- aber auch Klein- und Mittelbetriebe (vgl. z.B.: I5, I8, I9 u. I10) freuen. Dadurch werden auch wieder verstärkt Akzente in der betrieblichen Gesundheitsförderung gesetzt, die anderen Unternehmen eine Orientierungshilfe für ähnliche Vorhaben bieten.

Das Wissen um die Wichtigkeit der Öffentlichkeitsarbeit - sei sie nun in verstärktem Maße nach innen oder nach außen gerichtet - ist bei den Unternehmungen durchaus gegeben und wird zum Teil auch explizit in den Projektzielsetzungen angeführt (vgl. z.B.: I2, I8 u. I10). Ob weniger Public Relation den Erfolg eines Projektes schmälern kann, darüber lässt sich keine eindeutige Aussage treffen, wohl aber ist zu vermuten, dass unter Umständen die Akzeptanz und das Interesse während und auch nach einem Projekt unterstützt werden kann.

5.3.5 Gesundheitszirkel und deren Maßnahmenkataloge

Die aktive Einbindung der MitarbeiterInnen in den Unternehmensprozess ist ein unverzichtbares Element guter betrieblicher Gesundheitsförderung. Ihre arbeitsplatzspezifischen Kompetenzen sollen als Ergänzung zum Fachwissen der Präventivdienste (ArbeitsmedizinerIn und Sicherheitsfachkraft) gesehen und nicht als störendes Anhängsel empfunden werden (vgl. I1). Gerade das Vorhaben einer geänderten Arbeitsplatzgestaltung und verbesserter Arbeitsbedingungen bewirkt bei

den Betroffenen einen gewissen Motivationsschub, selbst einen Beitrag zu leisten und in diesem Sinne für das zukünftige Wohl des gesamten Unternehmens mit einzutreten. Die Zirkelarbeit ermöglicht es den ArbeitnehmerInnen, neue Qualitäten zu entdecken und spornt gleichzeitig auch dazu an, latent vorhandene Fähigkeiten und Kenntnisse entsprechend einzusetzen (vgl. I2).

Von den elf untersuchten Unternehmen haben neun das Modell der Gesundheitszirkel ihren Projekten zugrunde gelegt. In einem Unternehmen werden Teammeetings mit allen MitarbeiterInnen abgehalten, da die Zielfindung bisher noch ausständig ist (vgl. I4). Diese Form der MitarbeiterInnengespräche dient als sogenannte „Ideenbörse“, bei der wesentliche Problembereiche aufgezeigt werden sollen. Die Geschäftsleitung ist durchaus für den Einsatz von Gesundheitszirkeln offen, möchte aber bewusst auf eine Initiative ihrer Beschäftigten aufbauen. Auch in einem weiteren Betrieb scheitert die Zirkelbildung an mangelnder Eigeninitiative der ArbeitnehmerInnen (vgl. I6). Hierbei ist aber anzumerken, dass mitunter der Angstfaktor, etwas zu sagen, was der Geschäftsleitung nicht passen könnte, zentraler Aspekt ist (Produktionsleiter weist aber zu Beginn darauf hin, dass offenes Arbeiten erwünscht ist). Der/die ArbeitsmedizinerIn nimmt sich dieser Sache an und bestimmt sozusagen sechs Personen, von denen man annehmen kann, dass sie engagiert in einem Gesundheitszirkel arbeiten.

Die Zusammenstellung der Gesundheitszirkel erfolgt in den restlichen Unternehmungen auf unterschiedliche Art und Weise. In erster Linie gehen die Initiativen von den Geschäftsleitungen bzw. den Steuerungsgruppen (vgl. z.B.: I8) aus, die ihre MitarbeiterInnen über das Modell der Gesundheitszirkel informieren. In einem Fall haben diese Aufgabe die Moderatoren übernommen und eine Ausschreibung durchgeführt (vgl. I5). Für einige Betriebe ist das Vorhandensein ähnlicher Arbeitsgruppen (Qualitätszirkel, Arbeitsausschüsse, Stammteams) eine hervorragende Voraussetzung zur Bildung von Gesundheitszirkeln (vgl. z.B.: I2, I3 u. I7). Das geforderte Kriterium der *Freiwilligkeit* ist, nach Aussage einiger Verantwortlicher, nicht unbedingt immer vollständig erfüllbar (vgl. z.B.: I5, I6 u. I9), wird aber im Rückblick betrachtet als erstrebenswert erachtet. Ein Unternehmen hat dem Wunsch der betroffenen ArbeitnehmerInnen, die gesamte Belegschaft des einbezogenen Bereiches im Projekt mitarbeiten zu lassen, gerne entsprochen und

dies als positive Erfahrung bezeichnet (vgl. I11). Hinsichtlich der Zusammensetzung der Gesundheitszirkel ist keine allgemein gültige Form zu erkennen. Es werden sowohl homogene (vgl. z.B.: I8) als auch heterogene (vgl. z.B.: I2, aber mit Ausnahme von Vorstandsmitgliedern) Arbeitsgruppen eingesetzt.

Die Leitung der einzelnen Gesundheitszirkel obliegt in der Regel einem Moderator, den das Unternehmen selbst zur Verfügung stellt oder allenfalls von außen hinzuzieht. Die Vor- bzw. Nachteile dieser zwei Varianten müssen die Unternehmen für sich abwägen und erproben. In den meisten Betrieben werden externe Moderatoren gewählt (vgl. z.B.: I6, I8 u. I11), um eine offenerere und unvoreingenommenerere Arbeitsbasis gewährleisten zu können (vgl. I8). Die Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaus hat in diesem Zusammenhang eine Moderatorenausbildung initiiert, die von einigen Unternehmen bereits in Anspruch genommen worden ist und auch weiterhin nachgefragt wird (vgl. z.B.: I2, I5 u. I7). Diese profunde Ausbildung nützt beispielsweise ein Unternehmen zum Aufbau eines, von speziell dazu ausgebildeten unternehmenseigenen Moderatoren geleiteten, flächendeckenden Netzwerkes an Gesundheitszirkeln (vgl. I5).

Die Frage nach der Wichtigkeit betrieblicher Gesundheitszirkel für den Unternehmensalltag wird von allen Befragten einstimmig bejaht und manifestiert sich überdies in den zumeist harmonischen Zirkelsitzungen. Diese setzen aber auch ein gewisses Maß an Interesse (vgl. I2) und Zielstrebigkeit voraus und werden oftmals durch Managementstrukturen und die Identifikation mit dem Unternehmen (vgl. I3) beeinflusst. Dass aber eine alternative Form, wie die der Teammeetings, ebenso erfolgreich sein kann, beweist ein Unternehmen in vorbildhafter Weise (vgl. I4).

Die Gesundheitszirkelarbeit basiert anfangs - wie die Befragung zeigt - nicht immer nur auf positiven Reaktionen, da etwas Neues auch stets mit Skepsis (vgl. I8) behaftet sein kann. Durch eine umfassende Aufklärung und Information der Verantwortlichen, insbesondere dem mittleren Management (vgl. I4), kann dem entgegen gewirkt werden. Die Kompetenz für gesundheitsrelevante Fragestellungen - so die weitverbreitete Meinung - liegt immer noch in den Händen der Arbeitsmedizin. Dabei wird jedoch gänzlich übersehen, dass diese zwar über ein bereits, vom betrieblichen Kontext unabhängiges Expertenwissen verfügen, die

praktischen Arbeitsabläufe aber nur im beschränktem Umfang kennen. Der Schwerpunkt Ihrer Tätigkeit liegt daher eher auf der Vorsorge im Sinne einer Verhaltensprävention. Die Mitglieder der Gesundheitszirkel hingegen sind gewissermaßen im Vorteil, da sie sowohl auf Schwachstellen in den Arbeitsabläufen hinweisen und Verbesserungsansätze erarbeiten sowie darüber hinaus auch noch Anregungen für verhaltensorientierte Aktivitäten geben können (vgl. z.B.: I1).

In allen Unternehmen setzen sich die Beschäftigten intensiv mit ihrer Arbeitssituation auseinander und untersuchen genauestens Prozesse, Arbeitsmittel, Umgebung und vieles mehr, um Problemfelder zu lokalisieren. Gleichzeitig formulieren sie eine Reihe interessanter und qualitativ hochwertiger Lösungsvorschläge. Die Kreativität und das Engagement der Beteiligten als Team wird vor allem durch die Möglichkeit, formlos und ungezwungen alles ansprechen zu können, unterstützt (vgl. I2). Wie weit der tatsächliche Einsatz der MitarbeiterInnen im Zirkel gehen kann, zeigt sich beispielsweise in einem Unternehmen an der selbständigen Entwicklung eines Fragebogens für alle KollegInnen, der mit einer Rücklaufquote von nahezu 100 Prozent wesentlich am Erfolg des Projektes Teil hat (vgl. I10).

Betriebliche Gesundheitsförderung ist ein ständiger Prozess des Planens, Entscheidens, Realisierens und der Kontrolle. Die Zirkelarbeit tangiert alle diese Bereiche und muss daher mit den Entscheidungsträgern im Unternehmen kooperieren bzw. ihnen realistische Ansätze unterbreiten. Das zuständige Entscheidungsinstrumentarium für die Belange der Gesundheitszirkel ist die **Steuerungsgruppe**. Die Befragten sind sich darüber einig, dass die ihnen vorgelegten Maßnahmen durchaus realistisch und nachvollziehbar sind und darüber hinaus auf einer breiten Konsensbasis ruhen. In einem Interview weist der/die Befragte darauf hin, dass „die MitarbeiterInnen da schon mitdenken und ihren Betrieb doch sehr gut kennen und somit sehr genau wissen, was möglich ist und was nicht“ (vgl. I8). „Wie realitätsnah die Vorschläge wirklich sind, misst man am besten daran, ob diese auch umgesetzt worden sind“, so ein weiteres Zitat aus einem Gespräch (vgl. I1).

In der Bewertung der Verbesserungsansätze greift ein Unternehmen auf die bewährte Devise zurück - „doppelt hält besser“ - und lässt die sogenannten Stammteams vorab über die Vorschläge beraten, erst mit deren Einverständnis

gelangen diese dann zur Steuerungsgruppe (vgl. I7). Im einzigen Unternehmen ohne Gesundheitszirkel sollen aufgrund von Betriebsrundgängen alle zwei Wochen durch die Sicherheitsfachkraft, dem/der ArbeitsmedizinerIn und dem Betriebsrat Probleme angesprochen und diese an die Projektgruppe weitergeleitet werden, so dass gemeinsam mit dem Management vierteljährlich ein Schwerpunktthema bearbeitet werden kann (vgl. I4). In der Regel werden nach Einsicht der geforderten Maßnahmen die ZirkelteilnehmerInnen gebeten, eine Gewichtung (Prioritätensetzung) vorzunehmen, um der Steuerungsgruppe zu zeigen, wo primärer Handlungsbedarf besteht (vgl. z.B.: I6 u. I11). An welchen Interventionen die einzelnen Betriebe im Laufe ihrer Projektzeit gearbeitet haben bzw. noch werden, kann an dieser Stelle nicht erschöpfend wiedergegeben werden, es soll nur verdeutlicht werden, mit welchen Problembereichen die Unternehmen konfrontiert wurden und wie sie zur Umsetzung vorgeschlagener Maßnahmen stehen.

Es kann ganz allgemein gesagt werden, dass in allen Unternehmen sowohl Aspekte der Verhältnis- als auch der Verhaltensprävention angesprochen werden. Bedingt durch die Branchenunterschiede konzentrieren sich die einzelnen Betriebe in unterschiedlichem Ausmaß auf arbeitsplatzspezifische Maßnahmen und Angebote aus dem Gesundheits- und Wellnessbereich (z.B.: Fitnessangebote, gesellige Wanderausflüge, Sportmöglichkeiten jeglicher Art, gesunde Ernährung, Bewegungsseminare, Kommunikations- und Konfliktschulungen, medizinische Untersuchungen, u.s.w.). Besonders erfreulich ist der bei sehr vielen Unternehmungen verbreitete Gedanke nach einem ganzheitlichen Projekt (vgl. z.B.: I1, I2 u. I11), auch wenn oftmals primär Erleichterungen in den Arbeitsbedingungen (vgl. I8) realisiert werden. Es existieren aber Wünsche nach sozialen Veränderungen, die den Arbeitsalltag erheblich beeinflussen können (vgl. I6). Sehr interessant ist auch der Ansatz eines Unternehmens, eine bessere Vereinbarkeit von Familie und Beruf, im Sinne von vermehrten Arbeitszeitmodellen, günstigen Einkaufsmöglichkeiten, Hilfen im Haushalt oder Babysitterdiensten u.a. anzustreben (vgl. I4).

Der Einsatz und der Wille, etwas im Betrieb positiv bewirken zu wollen, ist in nahezu allen Projekten vorhanden und an der hohen Umsetzungsrate der Maßnahmen, aber

auch am Zufriedenheitsniveau der MitarbeiterInnen (vgl. z.B.: I1 u. I11) ersichtlich. Folgende Daten können hier beispielhaft angeführt werden:

- Von ungefähr 200 Problemen sind 94% bereits erfüllt, die restlichen werden langfristig erledigt (vgl. I3);
- Von ungefähr 158 Vorschlägen hat die Firma 131 umgesetzt und für die weiteren eine langfristige Aufarbeitung angesetzt (vgl. I1);
- 90% der erarbeiteten Maßnahmen in einem Zirkel sind realisiert (vgl. I8).

Bedauerndwert ist jedoch die Situation in einem Unternehmen, dessen anfänglicher Projektleiter wenig Gefallen an den Anmerkungen zu betrieblichen Schwachstellen des Gesundheitszirkels gefunden hat und dementsprechend auch zu wenigen innovativen und vor allem sehr wichtigen Veränderungen bereit gewesen ist (vgl. I6). Eine detaillierte Projektdokumentation aller vorgeschlagenen und umgesetzten bzw. in Arbeit befindlichen Aktivitäten unterstützt eine vertrauensvolle Zusammenarbeit zwischen Gesundheitszirkel und Projektverantwortlichen und wird von einigen Befragten als Teil des Projektmanagements angesehen (vgl. z.B.: I1 u. I9). Zukünftig sollen die Tätigkeiten der Gesundheitszirkel in den einzelnen Unternehmungen beibehalten und teilweise noch weiter ausgebaut werden (vgl. z.B.: I7, I8 u. I10), da sie als wertvoller Input für den Unternehmensprozess und für einen kollegialen Führungsstil empfunden werden

5.3.6 Nachhaltige Beurteilung der Projekte

Der Auftrag und das Ziel eines jeden Projektes besteht gewöhnlich darin, einen möglichst positiven Nutzen für den Betrieb sowie einen hohen Zufriedenheitsfaktor bei den ArbeitnehmerInnen zu erzielen. Die Messbarkeit solcher Effekte ist, wie bereits mehrmals angesprochen, keineswegs einfach, da betriebliche Kennzahlen allein nicht den Erfolg betrieblicher Gesundheitsförderung ausmachen können. Die persönlichen Eindrücke und Erfahrungen aller Involvierten sind aus diesem Grunde ein wesentlicher Anhaltspunkt für die Beurteilung der Projektnachhaltigkeit.

In der Untersuchung ist mit Ausnahme eines Betriebes eine sehr große Überzeugung hinsichtlich des **Projekterfolges** und der daraus folgenden zukünftigen

Entwicklungsschritte erkennbar. Es ist zwar zu differenzieren, in welcher Projektphase sich die einzelnen Unternehmen befinden, dennoch ist man sich einig, dass sich der Einsatz und das Vertrauen in etwas Neues sicherlich früher oder später rentieren wird (vgl. z. B.: I7). Die Befragten bringen übereinstimmend zum Ausdruck, dass sie mit dem Projekt überaus zufrieden sind (vgl. z.B.: I3 u. I5). Die Begründungen für solch positive Aussagen sind vielfältiger Natur. In einem Interview weist man darauf hin, dass beispielsweise die Verbindung von verhaltens- und verhältnisbezogenen Maßnahmen sehr gut im Unternehmen umgesetzt wird, vor allem wenn man bedenkt, dass „in Österreich der Verhaltensaspekt wegen der schlechten Kontrollmöglichkeiten zu wenig beachtet wird“ (vgl. I5). Ein weiterer Erfolgsfaktor wird in der Arbeit der Gesundheitszirkel gesehen (vgl. I1), aber auch die Unterstützung und der Glaube der Betriebsräte an die Sinnhaftigkeit derartiger Projekte (vgl. I11) bestätigen die Projektleitung in ihren Bestrebungen. In erheblichem Ausmaß sind es aber immer wieder die Ideen der MitarbeiterInnen (vgl. I4) und die positiven Veränderungen im Unternehmensprozess (vgl. I8), die ein Gesundheitsförderungsprojekt zu dem machen, was es letztendlich sein sollte - ein Gemeinschaftsprojekt von allen und für alle. Ein/eine InterviewerIn merkt in diesem Zusammenhang an, dass seine/ihre Zufriedenheit von den strukturellen Rahmenbedingungen (z.B.: Beseitigung der Kommunikationsdefizite) im Unternehmen abhängig ist, die zur Zeit erst geschaffen werden müssen, um ein wirklich erfolgreiches Projekt langfristig durchführen zu können (vgl. I7).

Es stellt sich bei der Überprüfung bzw. Hinterfragung der Projekte auch immer wieder die Frage, ob es nun tatsächlich bereits Veränderungen in den Unternehmungen gibt, die spürbar und erkennbar sind. Damit sind sicherlich in erster Linie Verbesserungen am Arbeitsplatz gemeint, darüber hinaus wird das Unternehmen aber auch mit einer Reihe neuer Situationen konfrontiert, die die Zusammenarbeit erleichtern aber auch behindern können. Sieht man vom bereits vielerorts realisierten Arbeitsbelastungsabbau ab, so stechen aus den Interviews vor allem die Änderungen in der Arbeits- und Betriebskultur hervor. Die Projekte erreichen das, was in vielen Jahren kein Unternehmer allein geschafft hätte, sie fördern einen offeneren und herzlicheren Umgang sowohl zwischen den MitarbeiterInnen selbst als auch zwischen der Unternehmensspitze und den ArbeitnehmerInnen (vgl. I8).

Die Belegschaft ist in einem Fall dem Unternehmen sogar dankbar, dass es ein Projekt initiiert und somit den Grundstein für gute Arbeitsbeziehungen gelegt hat (vgl. I3). Einige Befragte können dazu noch keine Aussagen machen, da das Projekt noch zu kurz läuft, sind aber davon überzeugt, dass sich in der Unternehmenskultur vieles verändern kann und wird (vgl. z.B.: I4).

Aufgrund der unterschiedlichen Laufzeit der Projekte ist zum derzeitigen Zeitpunkt noch nicht eindeutig ersichtlich, inwieweit bereits Veränderungen (wie etwa Krankenstandssenkung) eingetreten sind (vgl. I7). Eindeutig erkennbar ist aber bei sehr vielen Betrieben, dass aufgrund innovativer Maßnahmen die MitarbeiterInnen großteils einen verbesserten Arbeitsplatz vorfinden und auch selbst bewusster mit ihrer Gesundheit umgehen (vgl. z.B.: I1 u. I3), interessierter mitarbeiten (vgl. I5) und durch die mit dem Projekt verbundenen Motivationsfördernden Rahmenbedingungen, Lernfähigkeit und einen verstärkten Teamgeist entwickeln (vgl. I8).

Es kann also davon ausgegangen werden, dass die ArbeitnehmerInnen aller Unternehmen - bei Beibehaltung der teamorientierten Arbeitsweise - durchaus auch in Zukunft bereit sind, aktiv am Gesundheitsprozess mitzuwirken (vgl. z.B.: I9 u. I11). Ebenso überzeugt von der Effektivität betrieblicher Gesundheitsförderung sind die befragten ProjektleiterInnen und streben nach offiziellem Projektabschluss eine Weiterführung der Aktivitäten an - vorausgesetzt, die Ressourcenbedingungen (vgl. I10) sind gegeben. Die Verantwortlichkeiten für zukünftige Gesundheitsaufgaben liegen zumeist in den Händen des Sicherheits-, Gesundheits- und Umweltausschusses (vgl. I5) oder werden von den ArbeitsmedizinerInnen in Zusammenarbeit mit der Geschäfts- oder Unternehmensleitung wahrgenommen (vgl. z.B.: I3). Jedes Unternehmen muss sich zu Beginn eines Projektes die Frage stellen, welche Ziele verfolgt werden sollen und wie diese am besten zu erreichen sind. Im Zuge der Maßnahmenumsetzung kristallisieren sich dann gewisse Tendenzen heraus, die eine erste Wirkungsanalyse zulassen. Die eigentliche Evaluierung der durchgeführten Interventionen ist realistisch betrachtet jedoch erst nach Ende des Projektes, manchmal erst nach Jahren sinnvoll und aussagekräftig. Aus diesem Grunde ist es den meisten Betrieben derzeit noch nicht möglich, über die Nachhaltigkeit der Projekte zu befinden (vgl. I7), wohl aber kann gesagt werden,

dass ein Umdenkungsprozess im Gange ist, der insgesamt betrachtet, positive Zeichen setzt.

Diese Neuorientierung unternehmerischen Denkens lässt vermuten, dass die Projekte in die Geschichte der einzelnen Unternehmungen eingehen und vieles verändern werden. In einem Interview wird davon gesprochen, dass „erst durch das Projekt das Unternehmen so richtig zusammengeschlossen worden ist“ (I3). Mit nachhaltiger Wirkung verbindet ein(e) andere(r) Befragte(r) die Fortführung der betrieblichen Gesundheitsförderung auch nach Projektende (vgl. I5).

Gesundheit muss zu einem betrieblichen Thema gemacht werden (vgl. I1) und erfordert eine laufende Auseinandersetzung mit den Belangen der MitarbeiterInnen und der Firma insgesamt sowie mit den technischen Entwicklungen. Darüber hinaus verlangt ein körperliches und geistiges Wohlbefinden der ArbeitnehmerInnen das Zugeständnis eines gewissen Maßes an Selbstbestimmung (vgl. I10). Die Arbeitsgruppen, in welcher Form auch immer, sollen es schaffen, aus dem Projekt ein Programm zu machen - kurz gesagt - Projekthalte zum Unternehmensalltag zu machen (vgl. I4).

Die unterschiedlichen Ansätze hinsichtlich der Nachhaltigkeit betrieblicher Gesundheitsförderungsaktivitäten lassen vorrangig eine mitarbeiterInnenorientierte Sicht- und Denkweise in den Unternehmen erkennen, die sehr zu begrüßen ist. vielfach unerwähnt bleibt jedoch in diesem Zusammenhang das bei allen Projekten bestehende aber nicht immer offengelegte Ziel der Krankenstandssenkung. Obwohl diese Zielsetzung bei einigen Betrieben nicht explizit in den Ausgangsüberlegungen anführt worden ist, spielt sie langfristig aber eine bedeutende Rolle, da für jede Unternehmung die Senkung der Krankenstandsquote ein wichtiger Beitrag zur Kostensenkung darstellt.

6 Ergebnisse der Fragebogenuntersuchung

Die Arbeit der Gesundheitszirkel ist ein sehr bedeutender Bestandteil im betrieblichen Gesundheitsförderungsprozess und soll daher einer genaueren Betrachtung unterzogen werden. Der Gedanke nach Partizipation auf allen Unternehmensebenen ist nicht unbedingt neu, wohl aber seine tatsächliche Umsetzung. Ein fortschrittliches Unternehmen - und das meine ich nicht nur hinsichtlich wirtschaftlicher Prosperität oder einer adäquaten Marktstellung - zeichnet sich vor allem auch durch seine soziale Kompetenz und MitarbeiterInnenorientierung aus. Das Modell der Gesundheitszirkel gibt nun jedem interessierten Betrieb die Gelegenheit, für sich und seine Belegschaft ein Höchstmaß an gesundheitserhaltenden Arbeitsbedingungen zu erreichen und zusätzlich auch eine Steigerung der betrieblichen Arbeits- und Lebensqualität durch den Einsatz entsprechender Maßnahmen zu sichern. Die vorliegende Evaluierung betrieblicher Gesundheitszirkel soll einen Einblick über folgende Aspekte vermitteln:

- Bildung eines Gesundheitszirkels;
- Zusammensetzung eines Gesundheitszirkels;
- Ablauf der Zirkelarbeit;
- Analyse der Arbeitsbedingungen und Entwicklung von Verbesserungsvorschlägen;
- Umsetzung der geforderten Maßnahmen;
- Moderation;
- Gesundheitszirkel und Unternehmensalltag.

An dieser Untersuchung haben sich acht von den elf im letzten Kapitel erwähnten Unternehmen beteiligt. Die Ursachen der Ablehnung sind bei den drei Unternehmen unterschiedlicher Natur. In einem Fall haben bereits Evaluierungen stattgefunden, im zweiten Unternehmen gibt es, bedingt durch einige personelle Umstrukturierungen, die Gesundheitszirkel in der anfänglich Zusammensetzung nicht mehr und im dritten Betrieb war eine Evaluierung der Gesundheitszirkel aufgrund sprachlicher und organisatorischer Barrieren nicht möglich.

Die Fragebögen wurden mittels Post oder per e-Mail versandt, einige auch persönlich im Unternehmen hinterlegt. Um deren Verteilung haben sich die einzelnen ProjektleiterInnen angenommen. Der Rücklauf erstreckte sich auf die Monate August bis Dezember. Die Rücklaufquote betrug insgesamt 36,8% (von den 416 ausgegebenen Fragebögen konnten 153 in die Auswertung miteinbezogen werden), was für mündliche Befragungen eher ein gutes Ergebnis ist. Im einzelnen konnten folgende Rücklaufquoten verzeichnet werden:

Tab. 5: Rücklaufquote

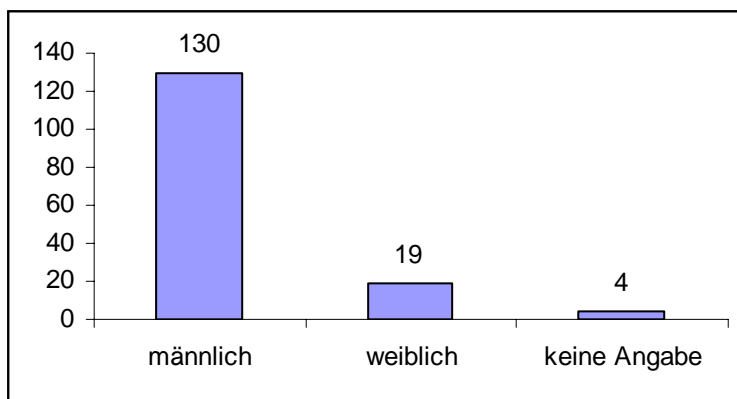
<i>Branche</i>	<i>Rücklaufquote</i>
Feuerfestproduktion	77,8%
Bergbau	77,1%
Bus- und Touristik	60%
Lebensmittelproduktion	54,6%
Hoch- und Tiefbau	45,7%
Grundstoffindustrie	27,8
Papierproduktion	27,3
Erdöl- und Erdgas	22%

Mit der Evaluierung der Gesundheitszirkel soll versucht werden, die verschiedenen Sicht- und Denkweisen im Unternehmen hinsichtlich der Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderungsprojekte aufzuzeigen und einander gegenüberzustellen. Die Ergebnisse werden nun entsprechend obiger Übersicht anonymisiert dargelegt. Ergänzend zur Gesamtauswertung aller Unternehmungen werden beispielhaft Einzelauswertungen verschiedener Betriebe dargestellt. Um die vollständige Anonymität aller befragten ZirkelteilnehmerInnen gewährleisten zu können, wurde auf eine geschlechtsspezifische Auswertung verzichtet.

6.1 Allgemeines zur Person und zur beruflichen Tätigkeit

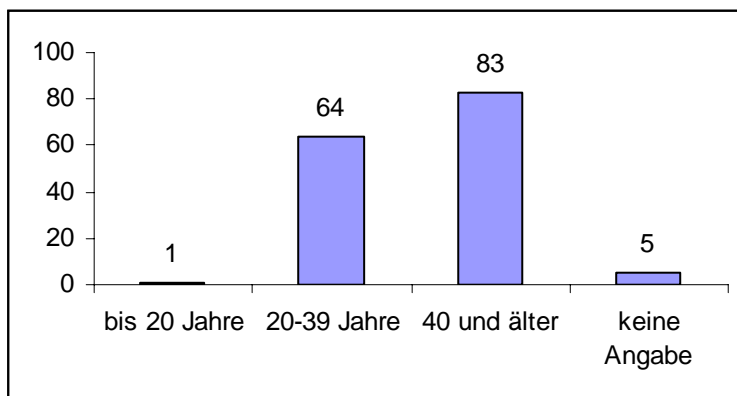
Von den 153 Befragten sind 130 männlich und 19 weiblich - vier Personen haben hierzu keine Angabe gemacht. In den Einzelauswertungen hat sich gezeigt, dass in zwei Unternehmen der Frauenanteil in den Gesundheitszirkeln mit 75% (F6) und 83,3% (F7) bemerkenswert hoch ist.

Abb. 14: Verteilung der Befragten



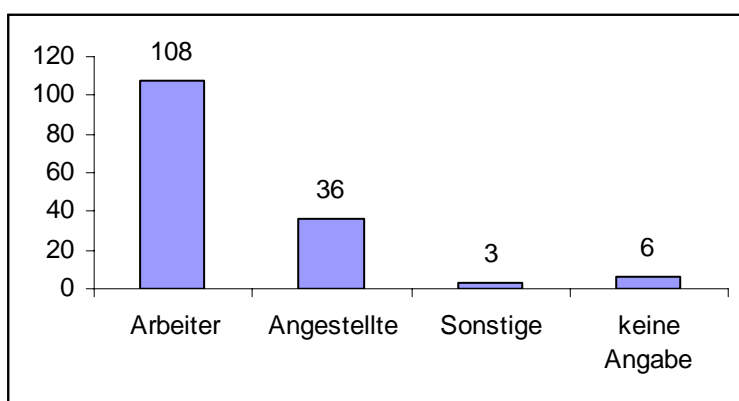
Die Altersverteilung zeigt einen höheren Anteil an 40jährigen und älteren ArbeitnehmerInnen. 83 Beschäftigte reihen sich in diese Altersgruppe ein, 64 Personen sind zwischen 20 und 39 Jahre alt.

Abb. 15: Altersverteilung



Die Frage nach dem Berufsstand haben 147 von den 153 GesundheitszirkelteilnehmerInnen beantwortet. Davon sind 108 als ArbeiterIn im Unternehmen tätig, 36 fallen unter die Kategorie der Angestellten, weitere drei Personen werden unter der Bezeichnung Sonstige ausgewiesen. Der Großteil der ArbeitnehmerInnen arbeitet im Bereich der Produktion.

Abb. 16: Sozialrechtliche Stellung

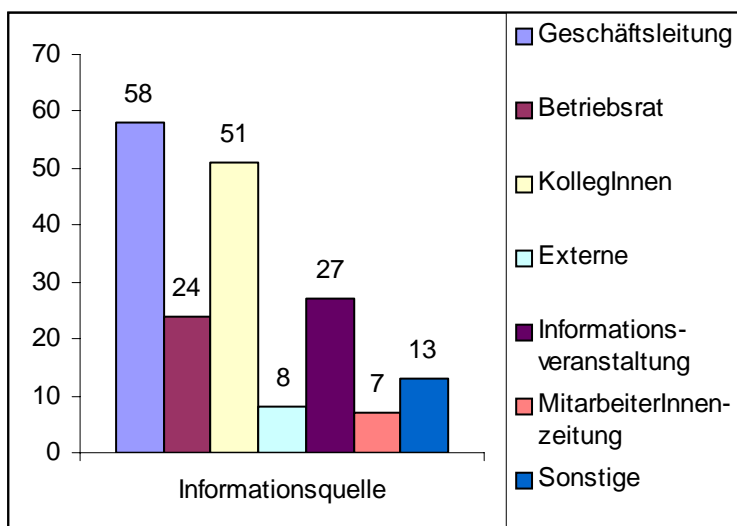


6.2 Bildung eines Gesundheitszirkels

Von wem bzw. wie sind Sie über die Bildung eines Gesundheitszirkels informiert worden?

Aus Abbildung 17 ist erkennbar, dass in den meisten Fällen die Geschäftsleitung für die Bekanntmachung der Projekte verantwortlich zeichnete, darüber hinaus aber auch die KollegInnen untereinander Informationen weitergegeben haben. 27 der Befragten haben sich bei einer Informationsveranstaltung Einblick in das Modell der Gesundheitszirkel verschaffen können, in 24 Fällen konnte der Betriebsrat Aufklärungsarbeit leisten. In deutlich geringerem Umfang wurden Informationen mittels einer MitarbeiterInnenzeitung oder durch externe Experten den ArbeitnehmerInnen zugänglich gemacht. Dieses Ergebnis deckte sich auch mit den Aussagen der Tiefeninterviews. Herauszustreichen ist aber, dass in einem Betrieb (F4) neben der Geschäftsleitung mit 43,8% als primäre Informationsquelle der Betriebsrat mit knapp 37,5% die Belegschaft über die Bildung von Gesundheitszirkeln in Kenntnis gesetzt hat.

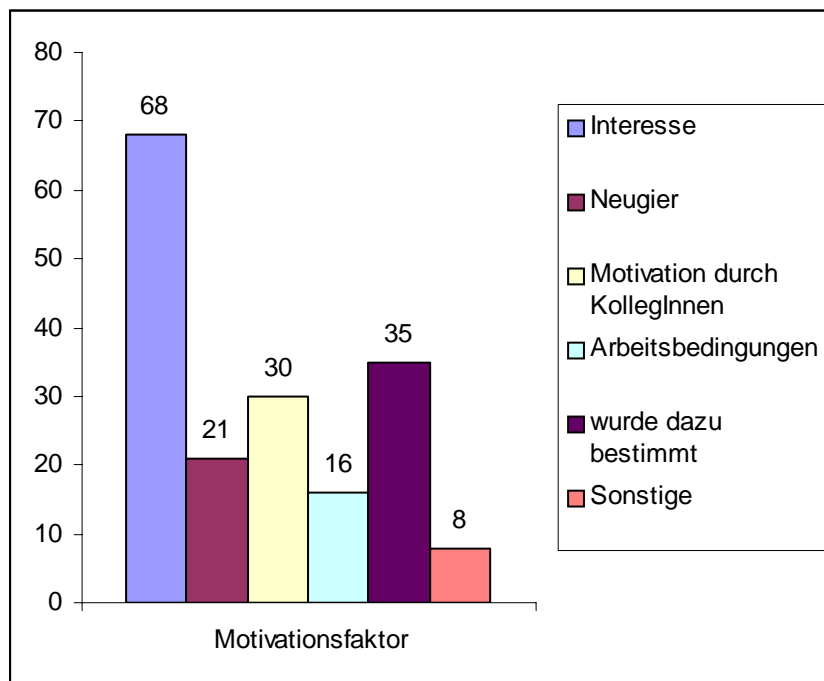
Abb.: 17: Informationsquelle



Was hat Sie zur aktiven Teilnahme bewogen?

Das persönliche Interesse war mit 68 Stimmen das bedeutendste Argument für die Teilnahme in einem Gesundheitszirkel. 35 der befragten Personen äußerten in diesem Zusammenhang aber auch, dass sie zur Mitarbeit bestimmt wurden, was nicht unbedingt dem Gebot der „Freiwilligkeit“ im betrieblichen Gesundheitsförderungskonzept entspricht. Positiv aufgefallen ist zum einen, dass sich rund 30 Männer und Frauen durch ihrer KollegInnen motiviert fühlten an einem Gesundheitszirkel zu beteiligen - immerhin war das in zwei Unternehmen je ein Drittel der TeilnehmerInnen (F2 u. F4) - lediglich 16 Personen interessierten sich aufgrund der schlechten Arbeitsbedingungen aktiv an einer Mitarbeit .

Abb. 18: Motivationsfaktor

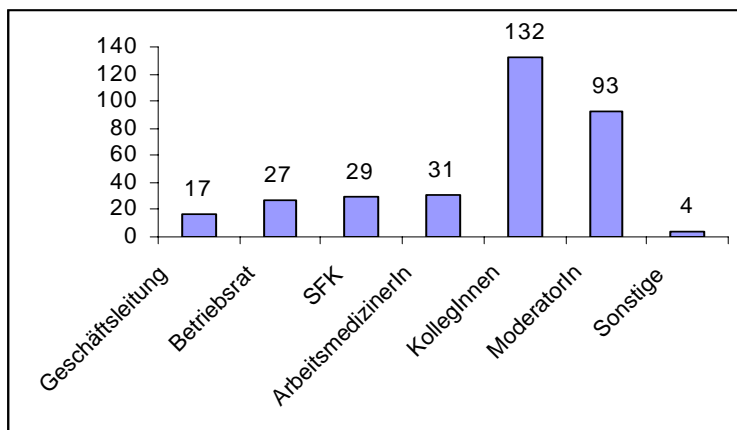


6.3 Zusammensetzung des Gesundheitszirkels

Welche Personen sind/waren in Ihrem Zirkel vertreten?

Die Gesundheitszirkel setzten sich in der Regel aus den KollegInnen und den ModeratorInnen zusammen. In einigen wenigen Fällen konnten interne ExpertInnen - ArbeitsmedizinerIn (F3, F5 u. F7) und Sicherheitsfachkraft (F3, F5 u. F7) - sowie Betriebsräte (F1) als zeitweilige ExpertInnen zu Rate gezogen werden. In einem Gesundheitszirkel war auch ein Mitglied der Geschäftsleitung vertreten. In diesem Unternehmen wurde jedoch eine andere Arbeitsbasis gewählt (F7).

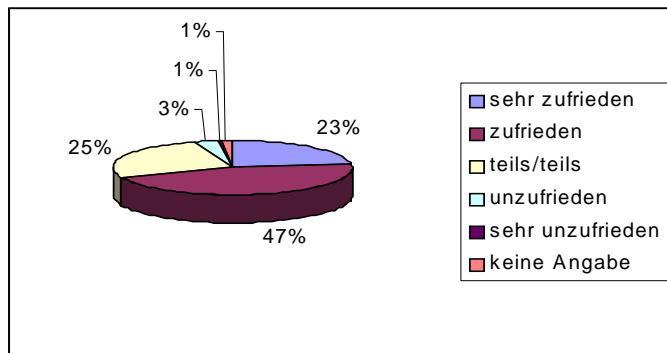
Abb. 19: GesundheitszirkelteilnehmerInnen nach Funktionsgruppen



Wie zufrieden sind/waren Sie mit der Zusammensetzung?

47 Prozent der MitarbeiterInnen äußerten sich durchaus zufrieden, was die Zusammensetzung ihres Zirkel betrifft. 25 Prozent der Befragten hatten dabei gemischte Gefühle, stolze 23 Prozent waren hingegen sehr zufrieden.

Abb. 20: Zufriedenheitsniveau betreffend Zusammensetzung



6.4 Zirkelarbeit

Wie oft werden/wurden die Zirkelsitzungen abgehalten?

Die Gesamtauswertung zeigt, dass die Sitzungen der Gesundheitszirkel zu 61,4 Prozent weniger als einmal im Monat abgehalten wurden, in 24,2 Prozent der Fälle haben sich die TeilnehmerInnen einmal im Monat getroffen. In einem Unternehmen mit mehreren Gesundheitszirkeln zeigte sich, dass sich die MitarbeiterInnen des einen Zirkels weniger als einmal im Monat zusammengefunden haben, der zweite Zirkel sich hingegen sogar mehrmals pro Monat über betriebliche Angelegenheiten beraten hat (F4).

Tab. 6: Sitzungsmodus

Ausprägungen	Häufigkeiten	Prozentsätze
weniger als einmal monatlich	94	61,44%
Einmal monatlich	37	24,18%
öfter als einmal monatlich	15	9,80%
keine Angabe	7	4,58%
Gesamt	153	100%

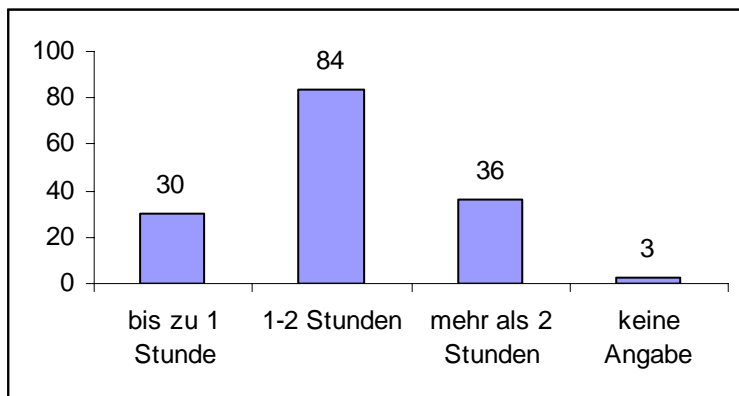
Werden/wurden die Sitzungen während der Arbeitszeit abgehalten?

Diese Fragestellung haben 110 Personen bejaht und 33 verneint. Sieben MitarbeiterInnen haben die Antwortmöglichkeit teils/teils gewählt, was bei der Betrachtung der Firmen im einzelnen auf ihre Arbeit im Schichtdienst (F8) zurückzuführen ist. In drei Fällen konnte keine Antwort gewonnen werden.

Wie lange dauern/dauerten die Sitzungen?

Die Arbeit der Gesundheitszirkel dauert/dauerte in den meisten Unternehmungen ein bis zwei Stunden. 36 TeilnehmerInnen gaben an, mehr als zwei Stunden getagt zu haben, maximal eine Stunde haben 30 Befragte angeführt. In drei Fällen gab es keine Antwort.

Abb. 21: Sitzungsdauer



Wie funktioniert/e die Zusammenarbeit im Zirkel?

Rund 48 Prozent der Befragten empfinden/empfanden die Zusammenarbeit als zufriedenstellend und immerhin 27 Prozent als sehr zufriedenstellend. Die Einzelergebnisse stellen sich wie folgt dar:

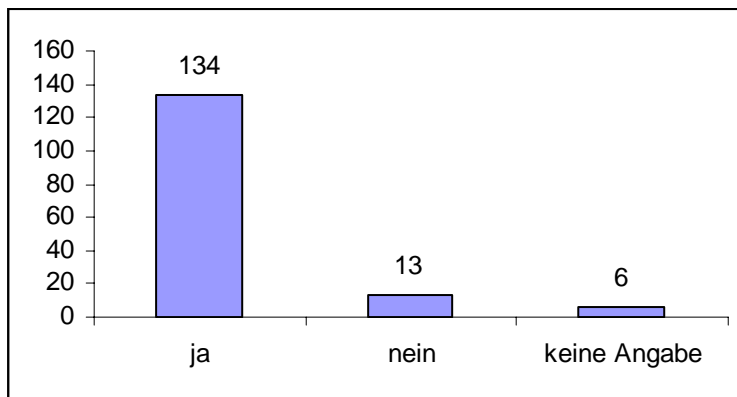
In fünf Unternehmen (F1, F3, F5, F6 u. F7) wurde das Zufriedenheitsniveau betreffend der Zusammenarbeit als sehr zufriedenstellend (die Ergebnisse lagen zwischen 50% und 66,67%) beurteilt, für die anderen drei Unternehmen (F2, F4 u. F8) ist/war die Zusammenarbeit primär zufriedenstellend. Lediglich in einem Betrieb (F8) schwankten die Antworten zwischen zufriedenstellend (42,19%) und teils/teils (35,94%). Mögliche Gründe dafür könnten eventuell in der generell etwas pessimistischen Haltung dem Projekt gegenüber gesehen werden.

6.5 Analyse der Arbeitsbedingungen und Entwicklung von Verbesserungsvorschlägen

Können/konnten im Zirkel wesentliche Arbeitsbelastungen aufgezeigt werden?

Mit überwältigender Mehrheit wurde darauf hingewiesen, dass im Rahmen der Zirkelarbeit wesentliche Arbeitsbelastungen ermittelt werden konnten.

Abb. 22: Arbeitsbelastungshinweise



Wie würden Sie die Möglichkeit der Ausarbeitung von Verbesserungsvorschlägen beschreiben?

Für 71 Befragte sind Gesundheitszirkel eine zufriedenstellende Möglichkeit, um Lösungsansätze für betriebliche Problembereiche erarbeiten. 56 Befragte schrieben diese Funktion den Gesundheitszirkeln nicht zu. Dies ist ein unerwartet hoher Anteil. In einem Betrieb konnte sich mehr als die Hälfte der Befragten kein Urteil bilden (F8).

Glauben Sie, dass Ihre Mitarbeit Positives bewirkt hat?

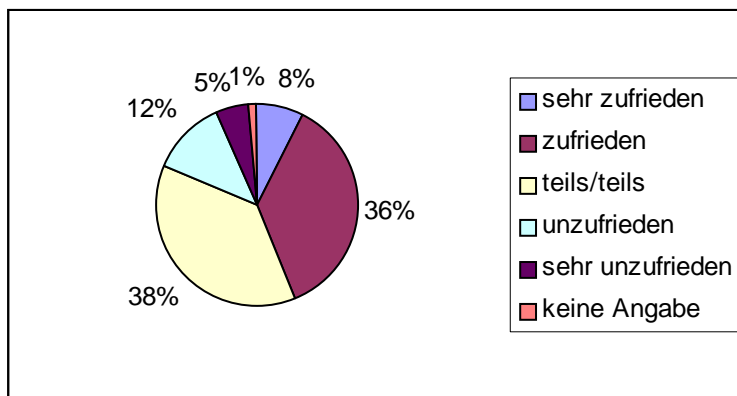
Ein Drittel der befragten MitarbeiterInnen ist der Meinung, dass durch ihre Mitarbeit im Gesundheitszirkel Positives geleistet wurde. Rund 27 Prozent sind immerhin der Meinung, dass sie zum Teil positive Akzente setzen konnten. Ein Unternehmen ragt in diesem Zusammenhang heraus. Dort beantworteten 54 Prozent der MitarbeiterInnen die Frage „Glauben Sie, dass Ihre Mitarbeit Positives bewirkt hat?“ mit einem eindeutigen: „Ja“ (F3). Sie sind überzeugt, dass durch ihren Beitrag und ihr Engagement wesentliche Problemfelder gefunden und entsprechende Vorschläge zur Problemlösung erarbeitet werden konnten.

6.6 Umsetzung der geforderten Maßnahmen

Wie zufrieden sind Sie mit der derzeitigen Umsetzung geforderter Maßnahmen?

Die Zufriedenheit mit der Umsetzung der vorgeschlagenen Maßnahmen wird von den befragten MitarbeiterInnen sehr unterschiedlich beurteilt. Zwar wurde die Umsetzung von Maßnahmen von 36 Prozent aller Befragten als zufriedenstellend bezeichnet, dennoch waren knappe 38 Prozent skeptischer eingestellt und meinten, dass die Realisierung nur teilweise akzeptabel wäre. Diese Einschätzung teilten in einem Unternehmen fast 47 Prozent der Zirkelmitglieder (F8). Es ist zu vermuten, dass die kurze Laufzeit des Projektes für diese relativ kritische Haltung verantwortlich ist. Erfahrungsgemäß steigt die Akzeptanz des Projektes und der Projektziele mit zunehmender Dauer erheblich an.

Abb. 23: Zufriedenheitsniveau betreffend Umsetzung



Glauben Sie, dass noch nicht umgesetzte Verbesserungsvorschläge in Zukunft durchgeführt werden?

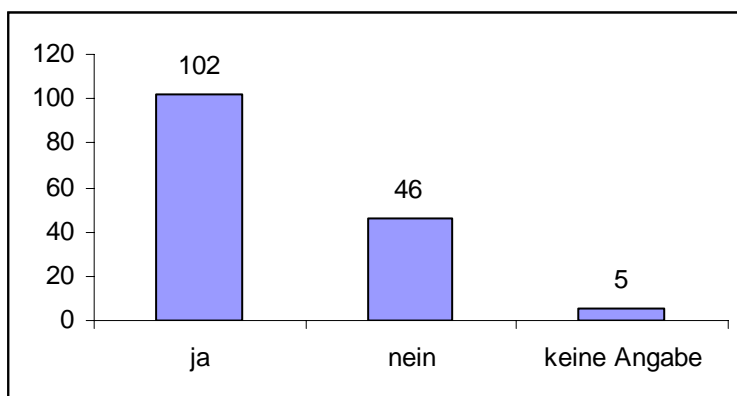
Auch in diesem Fall schwankten, ähnlich wie bei der Frage zuvor, die Antworten sehr stark zwischen der optimistischen mit rund 41 Prozent und der eher unsicheren Haltung mit beachtlichen 50,3 Prozent. Von den acht evaluierten Betrieben (zum Teil mehrere Gesundheitszirkel je Unternehmen) glauben drei nicht unbedingt an die Durchführung noch nicht realisierter Interventionen in der Zukunft (F2, F6 u. F8). Das

bislang negative Betriebsklima dürfte die wesentliche Ursache für dieses pessimistische Haltung sein. Daher ist es umso erfreulicher, dass die anderen Gesundheitszirkel wesentlich mehr Vertrauen in ihre Projektverantwortlichen setzen. Hervorzuheben sind dabei jene 80 Prozent Optimisten (F1, F5 u. F7), die davon ausgehen, dass ihre Lösungsvorschläge einer Umsetzung zugeführt werden.

Können Sie bereits Verbesserungen wahrnehmen?

Die Untersuchung zeigt sehr eindrucksvoll, dass durch Initiierung der Projekte mehrheitlich Verbesserungen in den Unternehmungen stattgefunden haben. Geschlossen beantworteten die ZirkelteilnehmerInnen einiger Betriebe (F3, F5, F6 u. F7) die Frage mit einem eindeutigen „ja“, während in zwei Unternehmen eine auffallend hohe Anzahl (F4 mit 62,5% und F8 mit 51,6%) diese Frage verneinten. Warum in den vier genannten Unternehmen die Verbesserungen so deutlich wahrnehmbar sind ist nicht unmittelbar erklärbar; lässt aber die Vermutung zu, das die Gründe vor allem in einer raschen und nahezu umfassenden Umsetzung der Verbesserungsvorschläge liegen könnten.

Abb. 24: Verbesserungsstatus



6.7 Moderation

Gibt/gab es in Ihrem Zirkel eine(n) ModeratorIn

95 Prozent der Befragten berichten, dass ihr Gesundheitszirkel von einer Moderatorin oder von einem Moderator geleitet wurden. Lediglich 5 Prozent (8 Personen) gaben an, mit keinem/keiner ModeratorIn zusammengearbeitet zu haben.

Ist/war der/die ModeratorIn wichtig für eine konfliktfreie Gesprächsbasis?

126 Personen bejahten diese Fragestellung, 21 konnten dieser hingegen nicht zustimmen. Sechs ZirkelteilnehmerInnen gaben dazu keine Antwort.

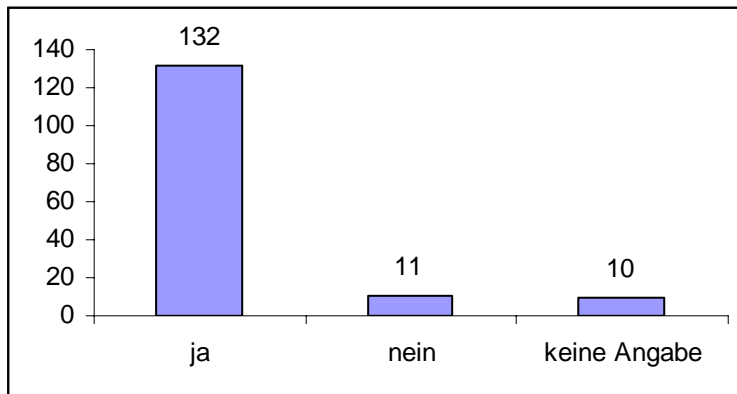
Die Einzelauswertung nach Unternehmen zeigt ähnliche Ergebnisse, in einem Unternehmen (F3) beispielsweise hatten alle Befragten den Eindruck, dass die Zusammenarbeit aufgrund eines/einer ModeratorIn konfliktfreier erfolgte. Diese durchgehend positive Beantwortung der Fragestellung ist vermutlich auf die Initiierung einer eigenen ModeratorInnenausbildung des Unternehmens zurückzuführen.

Sind/waren Sie mit der Moderation zufrieden?

ModeratorInnen sind ein wesentlicher Erfolgsfaktor für die Zirkelarbeit. Davon sind auch immerhin 132 der Befragten überzeugt. Elf MitarbeiterInnen können diese Meinung nicht teilen und zehn enthielten sich ihrer Stimme.

Jene elf Personen, die die Moderation als nicht zufriedenstellend bezeichneten, stammen aus drei Unternehmen (F2, F6 u. F8), die die Moderation jedoch insgesamt positiv bewerteten.

Abb. 25: Zufriedenheitsniveau betreffend Moderation



6.8 Gesundheitszirkel und Unternehmensalltag

Ist/war es für Sie schwierig, im Zirkel über gesundheitliche Angelegenheiten zu sprechen?

Den ArbeitnehmerInnen war es im Zirkel weitgehend möglich, Diskussionen über gesundheitliche Belastungsfaktoren zu führen - 82,4 Prozent konnten frei darüber sprechen und nur für 17,7 Prozent war dies unmöglich. In drei Unternehmen sahen sich die GesundheitszirkelteilnehmerInnen zu 100 Prozent in der Lage, offen auf Problemfelder hinweisen zu können (F3, F5 u. F7). Dieses Ergebnis lässt auf eine offene und unkomplizierte Gesprächsbasis in den Gesundheitszirkeln schließen, die ein motiviertes und engagiertes Zusammenarbeiten unterstützte.

Hat Sie die Mitarbeit im Zirkel veranlasst, jetzt vermehrt Verbesserungsvorschläge zu äußern?

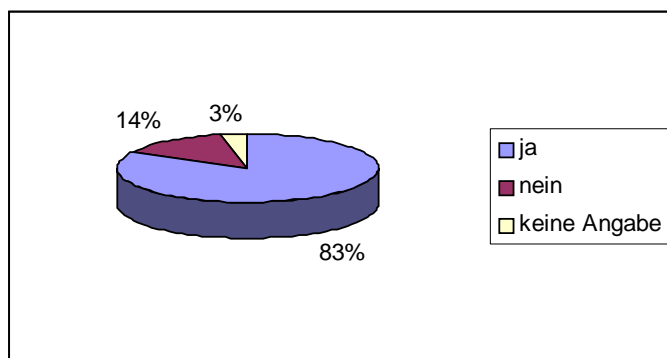
Von den 153 für die Untersuchung berücksichtigten Fragebögen deuten 90 darauf hin, dass das Modell der Gesundheitszirkel den MitarbeiterInnen vermehrt die Chance bietet, durch Artikulation von Schwachstellen und gleichzeitiger Formulierung von Verbesserungsvorschlägen aktiver den betrieblichen Gesundheitsprozess mitzubestimmen. Für 59 Beschäftigte hatte sich durch den Gesundheitszirkel nichts verändert und vier machten dazu keine Aussage. Im

einzelnen betrachtet ist es offensichtlich in mehreren Unternehmen gelungen, das Interesse und das Engagement bei den Beschäftigten zu wecken. Die Gesundheitszirkelarbeit wurde beispielsweise in einem Unternehmen von 71,43 Prozent der Beteiligten dazu genutzt, wesentlich aktiver das innerbetriebliche Wohlbefinden mitzubestimmen (F2).

Sehen Sie die Zirkelarbeit als eine positive MitarbeiterInnenbeteiligung an?

Eine sehr beeindruckende Anzahl an BefürworterInnen - insgesamt 127 TeilnehmerInnen der Gesundheitszirkel (83%) - unterstreicht die Wichtigkeit und Sinnhaftigkeit, die hinter diesem Konzept stecken. Dem gegenüber stehen geringe 14 Prozent (21 Antworten), die diesem Partizipationsgedanken nicht besonders viel abgewinnen können. Der Anteil an positiven Eindrücken liegt in den meisten Betrieben zwischen 80 und manchmal sogar 100 Prozent.

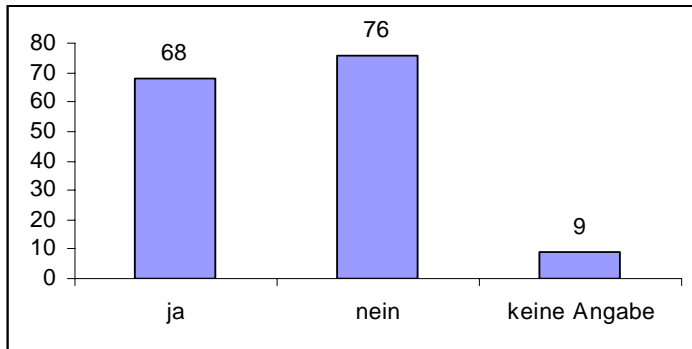
Abb. 26: Partizipationsverständnis



Hat sich Ihre Arbeitsmotivation durch die Zirkelarbeit gesteigert?

Die Zirkelarbeit führte bei 76 ArbeitnehmerInnen vordergründig nicht zu einer Steigerung der Arbeitsmotivation, bei 68 der Befragten war dies hingegen sehrwohl der Fall. In einem Betrieb, war bei 64 Prozent der Befragten durch Ihre Teilnahme am Gesundheitszirkel keine Veränderung in der Motivation erkennbar (F8).

Abb. 27: Arbeitsmotivation

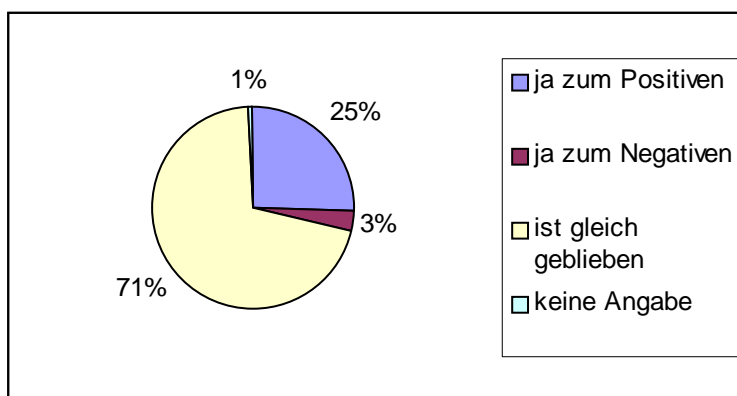


Hat sich das Arbeitsklima durch das Projekt geändert?

Es ist eindeutig feststellbar, dass das Projekt allein noch keinen wesentlichen Schritt zur Veränderung des Arbeitsklimas setzt. 25 Prozent der Antworten lassen jedoch durchaus eine positive Tendenz erkennen, in fünf Fällen hat sich ein negativer Effekt ergeben.

Die Gesamtauswertung aller acht Unternehmen stellt der Gesundheitszirkelarbeit insgesamt ein recht positives Zeugnis aus.

Abb. 28: Arbeitsklima



Abschließend soll noch eine kurze Bewertung der Gesundheitszirkel der einzelnen Unternehmen vorgenommen werden. Die Möglichkeit, den Unternehmensprozess durch die Zirkelarbeit aktiv mitgestalten zu können, wird von den Beschäftigten durchaus begrüßt und angenommen. Es scheint im allgemeinen zu keinerlei gravierenden Missstimmungen innerhalb der Gesundheitszirkel zu kommen, wodurch der Erfolg geschmälert werden könnte. Ein wesentlicher Kritikpunkt meinerseits liegt aber in der mangelnden Vertrauensbasis hinsichtlich des Transfers von Verbesserungsvorschlägen in den Unternehmensalltag. Hier besteht Handlungsbedarf bei den Betrieben, um der Belegschaft das Gefühl zu vermitteln, aber auch um den Beweis antreten zu können, dass ihre Problemlösungsvorschläge nicht „im Sande verlaufen“, sondern tatsächlich realisiert werden.

7 Zusammenfassende Erkenntnisse und Ausblick

Die Zielsetzung dieser Arbeit bestand darin, einen Einblick in die betriebliche Gesundheitsförderung sowohl auf theoretischer als auch auf praktischer Ebene zu geben sowie deren nachhaltige Effekte zu erforschen. Gleichzeitig war damit aber auch die Intention verbunden, den Unternehmen zum einen die Grundzüge erfolgreicher betrieblicher Gesundheitsförderungsprojekte näher zu bringen und zum anderen ihre Innovationsbereitschaft und ihr Interesse zu wecken. Dem sollte besonders im empirischen Teil der Arbeit durch den Einsatz zweier Evaluierungsinstrumente - Tiefeninterviews und Fragebogen - entsprochen werden. Die Befragung der Projektverantwortlichen sollte gemeinsam mit der Gesundheitszirkelbefragung dazu beitragen, das Wesen der betrieblichen Gesundheitsförderung, die möglichen Stolpersteine, vor allem aber die positiven Erkenntnisse und Gewinne darzustellen. Darüber hinaus sollte in einigen Punkten ein Vergleich der unterschiedlichen Sichtweisen - Projektleitung versus Zirkelmitglieder - ermöglicht werden. Zusammenfassend soll dieser letzte Aspekt näher beleuchtet und basierend auf den Europäischen Qualitätskriterien betrieblicher Gesundheitsförderung einer kritischen Betrachtung unterzogen werden.

Die Prinzipien und wesentlichen Inhalte der betrieblichen Gesundheitsförderungsarbeit im Sinne der „Luxemburger Deklaration“ waren - wie die Untersuchung gezeigt hat - bei den Unternehmungen kaum präsent. Dieses fachliche Wissen konnten erst die ExpertInnen der zuständigen Versicherungsinstitutionen - als Teilnehmende der Steuerungsgruppen - im Projektverlauf mit einbringen. Dadurch erhielt nahezu jedes Gesundheitsförderungsprojekt eine überschaubare Struktur, die es dem Unternehmen ermöglichte, die für sie relevanten Aspekte präzise und effizient zu verfolgen. Aufgefallen ist in diesem Zusammenhang, dass besonders Klein- und Mittelbetriebe anfangs vermehrte Schwierigkeiten hatten, Projekte dieser Art und Größenordnung durchzuführen. Ihnen fehlte es zum Teil an Ressourcen, oftmals aber auch an Fähigkeiten und Kenntnissen im Projektmanagement. Darüber hinaus verfügen sie über weit weniger Möglichkeiten, Einrichtungen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes zu nutzen. Es ist daher umso erfreulicher, zu sehen, dass es

gerade jenen Unternehmen gelungen ist, Vorzeigeprojekte zu entwickeln, die nun für viele andere Betriebe eine Grundlage bilden und ihnen Mut zur Neuorientierung geben. Bei aller Euphorie sollte aber dennoch nicht außer Acht gelassen werden, das Modell der betrieblichen Gesundheitsförderung auch zukünftig in verstärktem Maße an die klein- und mittelbetrieblichen Strukturen anzupassen und anhand entsprechender Infrastrukturen den Zugang dazu zu erleichtern.

Partizipation

Die Ergebnisse der Tiefeninterviews haben gezeigt, dass der Zirkelarbeit ein sehr hoher Stellenwert beigemessen wird. Die Wahrnehmung der positiven Effekte teamorientierter Arbeitsweise bestätigt nicht nur die Bemühungen der Unternehmungen, sie sind auch bedeutender Motivationsfaktor für die MitarbeiterInnen. Es ist diesbezüglich jedoch anzumerken, dass der Erfolg partizipativer Arbeitsformen wesentlich von den Unternehmensstrukturen und -bedingungen und überdies von der persönlichen Identifikation mit dem Unternehmen geprägt ist. Aus diesem Grund sollte das Unternehmen vordergründig darauf achten, den ArbeitnehmerInnen ein Maximum an Akzeptanz und Verständnis hinsichtlich ihrer Belange entgegen zu bringen und ihnen die Gelegenheit zu geben, offen und durchaus auch kritisch betriebliche Problemfelder anzusprechen.

Die Beteiligten müssen eine vertrauensvolle Basis erwarten können, um langfristig diesen doch sehr interessanten und wichtigen Unternehmensprozess mittragen zu können. Darunter ist das Faktum der Freiwilligkeit ebenso zu subsumieren wie die Tatsache, dass die Geschäftsleitung mit entsprechender Ernsthaftigkeit hinter dieser Neuorientierung in ihrem Unternehmen stehen muss. Sind diese Voraussetzungen nicht gegeben - wie die Untersuchung vereinzelt gezeigt hat - besteht die Gefahr, der zu Beginn bei allen Betrieben aufgetretenen Skepsis, nicht mehr begegnen zu können. Den Unternehmen muss bewusst sein, dass die Initiierung eines betrieblichen Gesundheitsförderungsprojektes niemals in Eigenregie gelingen kann, stattdessen den unermüdlichen Einsatz aller Involvierten verlangt. Betriebliche Gesundheitsförderung ist ein Gemeinschaftsprojekt im Unternehmen, an dem jeder einzelne - ob Experte oder Laie - einen wertvollen Beitrag leisten kann.

Jede Form der MitarbeiterInnenbeteiligung offeriert den Beschäftigten ein gewisses Maß an Selbststeuerung, Selbstbewusstsein, Kreativität und Entfaltungsmöglichkeiten. Um diese Vorteile auch tatsächlich erfahren zu können, sollte bei der Zusammensetzung der Gesundheitszirkel auf die Anwesenheit der Geschäftsleitung während der Zirkelsitzungen weitestgehend verzichtet werden. Auch wenn zwischen den Beschäftigten und der Unternehmensleitung eine kommunikative Basis besteht, bleiben mitunter wichtige Aspekte unausgesprochen oder werden möglicherweise in abgeschwächter Art wiedergegeben. Die Befragten der Gesundheitszirkel äußerten sich durchaus zufrieden, die Themenschwerpunkte und Lösungsansätze gemeinsam mit ihren KollegInnen bearbeiten zu dürfen. Die Unterstützung von (externen oder internen) ModeratorInnen wurde als akzeptabel und begrüßenswert erachtet. Der Moderation wird gewöhnlich eine Schlüsselrolle zuerkannt, die im Zuge der Auswertung auch bestätigt wurde.

Aus der Fragebogenerhebung ist ersichtlich, dass es den Gesundheitszirkeln in beeindruckender Art und Weise gelungen ist, die unternehmensspezifischen Schwachstellen zu lokalisieren. Auch die Interviews lassen den allgemeinen Schluss zu, dass die Unternehmen von der Vorgehens- und Arbeitsweise der Zirkel in hohem Maße profitiert haben. Uneinigkeit herrscht hingegen hinsichtlich der Umsetzung vorgeschlagener Maßnahmen. Das doch recht positive Bild, das die Projektverantwortlichen gezeichnet haben, wird von den Beteiligten der Gesundheitszirkel nicht unbedingt bestätigt. Vor allem die Gesamtauswertung lässt eine teilweise eher zaghafte Umsetzungsrate vermuten. Offensichtlich ist auch die vermehrt skeptische Haltung bezüglich noch ausstehender Interventionen, auch wenn von rund 70 Prozent der Befragten bereits Verbesserungen wahrnehmbar sind. In diesem Fall wäre nach geraumer Zeit eine Evaluierung der Maßnahmenbefriedigung verbunden mit einer MitarbeiterInnenbefragung, die ergänzend auch das Zufriedenheitsniveau beleuchtet, ratsam.

Zusammenfassend haben sowohl die Ergebnisse der Tiefeninterviews als auch die der Fragebogenuntersuchung (bei Beachtung der jeweiligen Rücklaufquoten) die positiven Erfahrungen der Gesundheitszirkel verdeutlicht und lassen auf eine Weiterführung hoffen.

Integration

Der positive nachhaltige Effekt eines betrieblichen Gesundheitsförderungsprojektes lässt sich zu Beginn weder quantifizieren noch vollständig vorhersagen. Die Unternehmen befinden sich folglich in einer unsicheren, aber durchaus interessanten Situation. Zum einen kann ein solches Projekt ungeahnte Chancen hinsichtlich einer verbesserten Marktposition durch motiviertere und leistungsfähigere MitarbeiterInnen und einer kollegialeren Unternehmenskultur, basierend auf Vertrauen, Selbstentfaltungsmöglichkeiten, Engagement und Anerkennung eröffnen, zum anderen birgt es die Gefahr der Ungewissheit in sich, keinerlei Garantie dafür zu haben, wie sich das Projekt im eigenen Betrieb entwickelt. Einzig und allein die Vorbildwirkung laufender und abgeschlossener Projekte kann den Unternehmen als Leitfaden dienen, die Umsetzung ist jedoch eine Frage des eigenen Geschicks und erfordert „Fingerspitzengefühl“ sowie die Anpassung an die jeweiligen betrieblichen Gegebenheiten.

Den Verantwortlichen muss bewusst sein, dass betriebliche Gesundheitsförderung zwar eine eigenständige Thematik darstellt, dennoch nicht losgelöst von anderen Unternehmensbereichen erfüllt werden kann.

Das bedeutet demnach eine vollständige Integration betrieblicher Gesundheitsförderungsmaßnahmen in die Strukturen und Prozesse der Organisation. Im Zuge der vorliegenden Untersuchung wurde diesem Ansatz von den InterviewpartnerInnen ein besonderes Maß an Bedeutung beigemessen. Ihren Aussagen zufolge müsse man die betriebliche Gesundheitsförderung als wesentlichen Bestandteil der Unternehmenspolitik betrachten, den es ebenso zu optimieren gilt wie beispielsweise die eingesetzten Technologien oder das Rechnungswesen: Getreu nach dem Motto: „Wer nicht mit der Zeit geht, der geht mit der Zeit“. Die Gegenwart, vor allem aber die Zukunft sollte das unternehmerische Denken und Handeln bestimmen und dementsprechend langfristig sollen Projekte angesetzt werden. Trotz der Wichtigkeit, die Durchführung der Projekte - besonders die Erfüllung der Maßnahmen - zeitlich zu befristen, muss daraus nicht das unmittelbare Ende gesundheitsfördernder Aktivitäten folgen.

Als nachhaltig und integriert kann ein Projekt erst dann bezeichnet werden, wenn wesentliche Elemente des Gesundheitsförderungsprojektes (vor allem der

Gesundheitszirkel nachweislich Teil des Arbeitsalltages und Element des Unternehmensleitbildes geworden sind und von allen Involvierten positiv wahrnehmbar ist.

Projektmanagement

Die Durchführung betrieblicher Gesundheitsförderungsprojekte basiert auf den Methoden des Projektmanagements - einer der wesentlichsten Erfolgsfaktoren. Eine systematische Aufbereitung, Analyse, Umsetzung und Überprüfung der Interventionen ist Grundvoraussetzung für die Projektbearbeitung. Mit diesen Aufgaben ist in allen untersuchten Unternehmen die Steuerungsgruppe (bzw. jede vergleichbare Form einer Gesundheitsgruppe) betraut.

Den befragten ProjektleiterInnen war nach anfänglichen Unsicherheiten und Problemen die Tragweite ihrer Verantwortung durchaus bewusst. Im Zuge der Aufgabenerfüllung waren von den Unternehmungen eine Reihe von Phasen zu durchlaufen, die mit unterschiedlicher Intensität ausgeführt wurden. Anhand von Bestandsaufnahmen (Krankenstandsanalyse, Unfallzahlenstatistik, MitarbeiterInnenbefragung u.a.) konnten sich die Betriebe ein genaues Bild über den Gesundheits- oder Krankheitsstatus aller Beschäftigten machen und das Projekt darauf abstimmen. Für die meisten Unternehmen gehören Ist-Analysen bereits zum Arbeitsprozess, daher verfügen sie auch über zum Teil vollständig dokumentierte Aufzeichnungen, die Vergleiche diverser Art ermöglichen. Dem Management muss es ein Anliegen sein, regelmäßig die Fortschritte von Gesundheitsförderungsinterventionen zu überprüfen. Dem Instrument der MitarbeiterInnenbefragung ist jedoch bisher von nahezu allen Unternehmungen wenig Beachtung geschenkt worden. Erst durch das betriebliche Gesundheitsförderungsprojekt erkannte man, wie wichtig es ist, den Erfahrungen, Meinungen und Vorschlägen der MitarbeiterInnen Gehör zu verschaffen. Das Modell der Gesundheitszirkel ermöglichte der Belegschaft in diesem Zusammenhang, in verstärktem Maße aktiv zur Optimierung der Unternehmensprozesse beizutragen. Die Gespräche mit den zuständigen Projektbeauftragten haben das bestätigt, was in der Fragebogenerhebung in eindrucksvoller Weise ersichtlich war, nämlich - dass die MitarbeiterInnen durchaus in der Lage sind, gemeinsam als Team realistische

Verbesserungsvorschläge zu erarbeiten. Man kann folglich daraus schließen, dass die strukturierte und systematische Auseinandersetzung mit Fragen der Gesundheit sowohl auf Projektleitungsebene (Projektmanagement) als auch auf der Ebene der ArbeitnehmerInnen (Gesundheitszirkel) die beste Basis für effizientes und zielorientiertes Arbeiten darstellen.

Ganzheitlichkeit

Im Sinne der Europäischen Qualitätskriterien sollten die Betriebe eine Verknüpfung verhaltens- und verhältnispräventiver Maßnahmen anstreben. Es ist zwar offensichtlich, dass in vielen Unternehmen insbesondere an den Arbeitsbedingungen angesetzt wird - die Wichtigkeit diesbezüglich steht außer Zweifel -, dennoch tendieren die Betriebe vermehrt zu einer verstärkten Einbeziehung verhaltensorientierter Programme wie beispielsweise Ernährungsseminare, Rückenschulen, Konfliktschulungen, Sportangebote aller Art und vieles mehr. Die MitarbeiterInnen sollen durch ein umfassendes Angebot zu mehr Eigenverantwortung für sich und ihr Wohlbefinden motiviert werden, was allerdings nicht immer auf positive Reaktionen stößt. Oftmals fühlen sich die ArbeitnehmerInnen in eine „Zwangssituation“ versetzt und sind der Ansicht, dass ihnen die GesundheitsfördererInnen bestimmte Aktivitäten aufoktroieren. Die Bemühungen, das individuelle Verhalten und den Lebensstil jedes einzelnen ändern zu können, ist sicherlich nicht Sinn der betrieblichen Gesundheitsförderung. Vielmehr sollte es ein Akt der Freiwilligkeit sein, den persönlichen Risikofaktoren zu begegnen.

Der Appell richtet sich in diesem Zusammenhang ganz besonders an die Arbeitsmediziner und Arbeitsmedizinerinnen, deren Wichtigkeit ich keineswegs abschwächen möchte. Sie legen im allgemeinen den Schwerpunkt auf die Risikofaktorenmedizin - wonach Krankheit ein logisches Resultat negativer Verhaltensweisen der Individuen ist. Es ist falsch anzunehmen, es gäbe nur eine richtige Lebensweise und alle wären auf diesen Weg zu führen. Dieser Ansatz erzeugt Desinteresse bei den Betroffenen und ist kontraproduktiv, denn Gesundheitsförderungsprozesse haben nicht den Sinn, die Menschen zu erziehen. Es erweist sich diesbezüglich als äußerst sinnvoll, das Konzept der betrieblichen Gesundheitsförderung genauestens zu studieren und den MitarbeiterInnen

mitzuteilen, was sie davon erwarten können und welchen Beitrag sie dazu leisten müssen. Die Informationskanäle im Unternehmen müssen für jedermann zugänglich und verständlich sein.

Ausblick

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Untersuchungsergebnisse darauf hinweisen, dass es sich für alle Betriebe lohnen würde, betriebliche Gesundheitsförderung als elementaren Bestandteil ihrer Unternehmensphilosophie zu implementieren. Die Weichen für langfristige Erfolge sind gesetzt und lassen eine Weiterführung vermuten.

Vielen Unternehmen ist zum Zeitpunkt des Projektbeginns nicht bekannt, welche „Früchte“ sie zukünftig ernten werden, doch wissen sie mit Sicherheit, dass sie eigentlich nur profitieren können. Dabei sind aber nicht nur der Kosten-Nutzen-Überlegungen entscheidend, sondern ganz wesentlich auch der „menschliche Gewinn“. Damit meine ich besonders die ArbeitnehmerInnen als soziale Wesen, deren Fähigkeiten und Kenntnisse sich im Laufe der Projektarbeit weiterentwickeln und deren Arbeitshorizont auf verhältnismäßig einfache Weise erweitert wird. Die Auswirkungen dieser Humanisierungsentwicklung manifestieren sich gewöhnlich in einem gesteigerten körperlichen und geistigen Wohlbefinden, in einer zunehmenden Motivation und Leistungsbereitschaft, möglicherweise auch in geänderten persönlichen Einstellungen. In weiterer Folge ist es durchaus denkbar, eine positive Wende hin zu weniger Abwesenheitszeiten, geringerer Fluktuation und einer gesteigerten Identifikation mit dem Unternehmen zu erreichen. Dies würde vor allem für jene Unternehmen von erheblichem Nutzen sein, dessen Beschäftigte einer eher monotonen, stärker gesundheitsgefährdenden und weniger anspruchsvollen Tätigkeit nachgehen.

Es ist offensichtlich, dass die Durchführung betrieblicher Gesundheitsförderungsprojekte Vorteile mit sich bringt, Es ist aber auch darauf hinzuweisen, dass dafür der unermüdliche Einsatz der Beteiligten vorausgesetzt werden muss. Ein Einsatz, der sich auf Vertrauen und gegenseitige Akzeptanz stützt. Dieser Prozess der Neuorientierung ist bei einigen Unternehmen erst im Entstehen, anderen ist er

bereits gelungen. In welcher Phase die einzelnen Betriebe sich auch befinden, sie müssen sich stets weiterentwickeln und daran glauben, etwas verändern zu können. Das Konzept der betrieblichen Gesundheitsförderung soll als Grundstein verstanden werden, auf dem jedes Unternehmen individuell aufbauen kann.

Literaturverzeichnis

- ASVG, Allgemeines Sozialversicherungsgesetz
- Atteslander, Peter
Methoden der empirischen Sozialforschung, Sammlung Göschen 2100, 6.
neubearbeitete und erweiterte Auflage, Berlin - New York, Walter de Gruyter
Verlag, 1991
- Atzler, Beate u.a.
Arbeiten mit Gesundheitszirkeln in: Projektmanagement in der betrieblichen
Gesundheitsförderung, Reihe Gesundheitswissenschaften 7, Hg: Österreichische
Kontaktstelle für betriebliche Gesundheitsförderung, Linz 1998
- Breucker, Gregor
Europäische Qualitätskriterien für die betriebliche Gesundheitsförderung in:
Newsletter 2/1998
- Breucker, Gregor
Qualitätskriterien für die betriebliche Gesundheitsförderung - Bericht der BKK,
Essen 1999
- Breucker, Gregor u.a.
Qualitätsmanagement in der betrieblichen Gesundheitsförderung -
Tagungsbericht 1996
- Dietscher, Christina / Lobnig, Hubert
Evaluation als Beitrag zur Qualitätsentwicklung von Gesundheitsförderungspro-
jekten in: Qualität in der Gesundheitsförderung, Reihe Gesundheitswissen-
schaften Gesundheitsförderung 5, Hg: Dür, Wolfgang / Pelikan, Jürgen M., Facultas /
Universitätsverlag, Wien 1998
- Elsigan Gerhard / Meggeneder, Oskar
Arbeit gestalten - Gesundheit fördern - Theorie und Praxis betrieblicher Gesund-
heitsförderung am Beispiel eines Modellprojekts in einer Verlagsgruppe, Hg:
Republik Österreich, Bundesministerium f. Gesundheit und Konsumentenschutz,
Sektion II, Wien 6/1995
- Ferber, Christian / Ferber, Lieselotte
Gesundheitszirkel - eine Strategie zur Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz in:
Sozialer Fortschritt, 40. Jg., Heft 12

- Friczewski, Franz
Was macht den Menschen krank? Hg: Jork, Klaus u.a., Birkhäuser Verlag, Basel-Boston-Berlin 1991
- Friedrichs, Jürgen
Methoden empirischer Sozialforschung, 13. Auflage, Band 28, Westdeutscher Verlag, Opladen 1980
- Geißer, Heinrich / Niedl, Klaus
Vom betrieblichen Gesundheitsbericht zur Unternehmensstrategie Gesundheit in: Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich, Reihe Gesundheitswissenschaften 2, Hg: Österreichische Kontaktstelle für betriebliche Gesundheitsförderung, Linz 1997
- Gesundheitsberichte und betriebliche Aufzeichnungen folgender Firmen
 - ◆ Sabtours
 - ◆ Suchard
 - ◆ Habau
 - ◆ Lucenac-Naintsch
 - ◆ OMV
 - ◆ RHI
 - ◆ GKB
 - ◆ Sommerhuber
 - ◆ ASA
- Grossmann, Ralph
Gesundheit durch Projekte fördern in: Projektmanagement in der betrieblichen Gesundheitsförderung, Reihe Gesundheitswissenschaften 7, Hg: Österreichische Kontaktstelle für betriebliche Gesundheitsförderung, Linz 1998
- Haberda, Walter / Kaniowsky, Heinz
Quality Circle in: „Schriftenreihe Rationalisieren“ des Wirtschaftsförderungsinstitutes der Handelskammer, Heft 196, Wien o.J.
- Hackl, Barbara
Oskar Meggeneder über betriebliche Gesundheitsförderung in: Sichere Arbeit 6/1998
- Hauptverband d. Sozialversicherungsträger: www.sozvers.at

- Jungwirt, Christoph
Das neue österreichische ArbeitnehmerInnenengesetz - Darstellung und Kritik in:
Zeitschrift für Arbeitswissenschaft 2/1996, München
- Kesel, R.
Gesundheitspolitik aus der Sicht von Gesundheitsläden und Initiativen zit. in:
Elsigan / Meggeneder, Arbeit gestalten - Gesundheit fördern - Theorie und Praxis
betrieblicher Gesundheitsförderung am Beispiel eines Modellprojekts in einer
Verlagsgruppe, Hg: Republik Österreich, Bundesministerium für Gesundheit und
Konsumentenschutz, Sektion II, Wien 6/1995
- Kickbusch, Ilona
Es gibt nichts Praktischeres als eine gute Theorie in:
www.fgoe.org/p_konfernez/090699/kickbusch.htm
- Kloppenburg, Horst
Europäische Netzwerke zur Gesundheitsförderung, -aufklärung, -erziehung und -
ausbildung in: Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich, Reihe Gesund-
heitswissenschaften 2, Hg: Österreichische Kontaktstelle für betriebliche Gesund-
heitsförderung, Linz 1997
- König, Rene
Praktische Sozialforschung 1 - „Das Interview“, Formen - Technik - Auswertung,
Kiepenheuer und Witsch Verlag, Köln - Berlin 1966
- Kuhn, Karl
Betriebliche Gesundheitsförderung im Rahmen der Europäischen Union in:
Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich, Reihe Gesundheitswissen-
schaften 2, Hg: Österreichische Kontaktstelle für betriebliche Gesundheitsför-
derung, Linz 1997
- Kuhn, Karl
Kosten und Nutzen von Gesundheitsförderungsprojekten - Beispiele aus der
Praxis in: Projektmanagement in der betrieblichen Gesundheitsförderung, Reihe
Gesundheitswissenschaften 7, Hg: Österreichische Kontaktstelle für betriebliche
Gesundheitsförderung, Linz 1998
- Luxemburger Deklaration
- Meggeneder, Oskar
Determinanten krankheitsbedingter Fehlzeiten in: Soziale Sicherheit 3/1994, Wien

- Meggeneder, Oskar
Gesundheitsförderung im Betrieb - ein europaweites Programm o.J.
- Meggeneder, Oskar
Qualitätssicherung in der betrieblichen Gesundheitsförderung in: Qualität in der Gesundheitsförderung, Reihe Gesundheitswissenschaften Gesundheitsförderung 5, Hg: Dür, Wolfgang / Pelikan, Jürgen M., Facultas / Universitätsverlag, Wien 1998
- Meggeneder, Oskar
Zum Stande der betrieblichen Gesundheitsförderung in Österreich in: Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich, Reihe Gesundheitswissenschaften 2, Hg: Österreichische Kontaktstelle für betriebliche Gesundheitsförderung, Linz 1997
- News 1/1991
- Newsletter 1/1998
- Noack, Horst
Krankenstände u. Initiativen zur Reduktion krankheitsbedingter Fehlzeiten in Österreich in: Krankenstände im Betrieb - wie können sie reduziert werden?, Reihe Gesundheitswissenschaften 8, Hg: Noack, Horst / Meggeneder, Oskar, Linz 1998
- Peilowich-Pichler, Claudia
Rolle der Präventivdienste in der Gesundheitsförderung in: Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich, Reihe Gesundheitswissenschaften 2, Hg: Österreichische Kontaktstelle für betriebliche Gesundheitsförderung, Linz 1997
- Pelikan, Jürgen M. u.a.
Evaluation als Strategie der Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung in: Qualität in der Gesundheitsförderung, Reihe Gesundheitswissenschaften Gesundheitsförderung 5, Hg: Dür, Wolfgang / Pelikan, Jürgen M., Facultas / Universitätsverlag, Wien 1998
- Probst, Josef / Tinhofer, Heinrich
Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt in: Soziale Sicherheit 1/1993, Wien
- Protokoll Regionale Betriebliche Gesundheitsförderung
- Scala, Klaus
Von Programmen zu Projekten in: Soziale Sicherheit 1/1996
- Scharinger, Christian / Friesenbichler, Herbert
Erstellen von Gesundheitsberichten in: Projektmanagement in der betrieblichen

Gesundheitsförderung, Reihe Gesundheitswissenschaften 7, Hg: Österreichische Kontaktstelle für betriebliche Gesundheitsförderung, Linz 1998

- Scheuch, Erwin K.
Grundlegende Methoden und Techniken der empirischen Sozialforschung, Erster Teil Band 2 in: Handbuch der empirischen Sozialforschung, 3. umgearbeitete und erweiterte Auflage, Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart 1973
- Schröer, Alfons / Sochert, Reinhold
Betrieblicher Gesundheitsbericht und Gesundheitszirkel - ein integriertes Verfahren der Gesundheitsförderung für die Betriebliche Krankenversicherung in: Die Betriebskrankenkasse 4/1990
- Sochert, Reinhold
Gesundheitsbericht und Gesundheitszirkel - Evaluation eines integrierten Konzepts betrieblicher Gesundheitsförderung, Hg: Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen 1998
- Sydow, Jörg
Der soziotechnische Ansatz der Arbeits- und Organisationsgestaltung, Campus Verlag, 1985
- Talos, Emmerich/Wörister, Karl
Soziale Sicherung im Sozialstaat Österreich, 1. Aufl., Namos-Verl.-Ges., Baden-Baden 1994
- Thiele, Wilhelm
zit. in Elsigan Gerhard / Meggeneder, Oskar, Arbeit gestalten - Gesundheit fördern - Theorie und Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung am Beispiel eines Modellprojekts in einer Verlagsgruppe, Hg: Republik Österreich, Bundesministerium f. Gesundheit und Konsumentenschutz, Sektion II, Wien 6/1995
- Trojan, Alf u.a.
Perspektiven der Gesundheitsförderung - Rückblick und Ausblick in Dok 19-20 1./15. Oktober 1997
- Udris, Ivars
Gesundheitsförderung durch Entwicklung u. Verbesserung von Organisationsstrukturen in: Soz. Präventivmed., 1993, Suppl. 2
- Werner, Martin
Integrierte Gesundheitsförderung in Betrieben: Startschwierigkeiten und Lösungsvorschläge in: Soz. Präventivmed. 1993, Suppl. 2

- Westerhoff, Ulrike 1996
- WHP-NET-NEWS, April 1998
- Wirtschaftskammer: www.wko.at
- Wunderer, Rolf/Grunwald, Wolfgang
Grundlagen der Führung - Führungslehre Bd. 1, de Gruyter Verlag, Berlin 1980
- www.bkk.de
- www.sozialnetz-hessen.de

Anhang

- **Fragebogen der Gesundheitszirkel**
- **Leitfaden der Tiefeninterviews**

**Fragebogen für die TeilnehmerInnen der Gesundheitszirkel bzw. für jene, die
an der Bearbeitung der Problembereiche mitgewirkt haben**

I. Bildung eines Gesundheitszirkels

1. Von wem bzw. wie sind Sie über die Bildung eines Gesundheitszirkels informiert worden?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Geschäftsleitung | <input type="checkbox"/> Informationsveranstaltung |
| <input type="checkbox"/> Betriebsrat | <input type="checkbox"/> MitarbeiterInnenzeitung |
| <input type="checkbox"/> KollegInnen | <input type="checkbox"/> Sonstige..... |
| <input type="checkbox"/> Externe | |

2. Was hat Sie zur aktiven Teilnahme bewogen?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Interesse | <input type="checkbox"/> schlechte Arbeitsbedingungen |
| <input type="checkbox"/> Neugier | <input type="checkbox"/> wurde dazu bestimmt |
| <input type="checkbox"/> Motivation durch KollegInnen | <input type="checkbox"/> Sonstige..... |

II. Zusammensetzung ihres Gesundheitszirkels

1. Welche Personen sind/waren in Ihrem Zirkel vertreten?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Geschäftsleitung | <input type="checkbox"/> andere KollegInnen |
| <input type="checkbox"/> Betriebsrat | <input type="checkbox"/> Moderator/in |
| <input type="checkbox"/> Sicherheitsfachkraft | <input type="checkbox"/> Sonstige..... |
| <input type="checkbox"/> Arbeitsmediziner/in | |

2. Wie zufrieden sind/waren Sie mit der Zusammensetzung?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> sehr zufrieden | <input type="checkbox"/> unzufrieden |
| <input type="checkbox"/> zufrieden | <input type="checkbox"/> sehr unzufrieden |
| <input type="checkbox"/> teils/teils | |

3. Falls Sie unzufrieden sind/waren, welche Gründe hat es dafür gegeben?

.....

III. Zirkelarbeit

1. Wie oft werden/wurden die Zirkelsitzungen abgehalten?

- weniger als 1x im Monat
- 1x im Monat
- öfter als 1x im Monat

2. Werden/wurden die Sitzungen während der Arbeitszeit abgehalten?

- ja
- nein

3. Wie lange dauern/dauerten die Sitzungen?

- bis 1 Stunde
- zwischen 1 und 2 Stunden
- mehr als 2 Stunden

4. Wie funktioniert/e die Zusammenarbeit im Zirkel?

- sehr zufriedenstellend
- zufriedenstellend
- teils/teils
- unzufriedenstellend
- sehr unzufriedenstellend

5. Falls Sie unzufrieden sind/waren, was würden Sie ändern?

.....

IV. Analyse der Arbeitsbedingungen und Entwicklung von Verbesserungsvorschlägen

1. Können/Konnten im Zirkel wesentliche Arbeitsbelastungen aufgezeigt werden?

- ja nein

2. Wie würden Sie die Möglichkeit der Ausarbeitung von Verbesserungsvorschlägen beschreiben?

- sehr zufriedenstellend unzufriedenstellend
 zufriedenstellend sehr unzufriedenstellend
 teils/teils

3. Glauben Sie, dass Ihre Mitarbeit Positives bewirkt hat?

- ja eher nein
 eher ja nein
 teils/teils

V. Umsetzung der geforderten Maßnahmen

1. Wie zufrieden sind Sie mit der derzeitigen Umsetzung geforderter Maßnahmen?

- sehr zufrieden unzufrieden
 zufrieden sehr unzufrieden
 teils/teils

2. Glauben Sie, dass noch nicht umgesetzte Verbesserungsvorschläge in Zukunft durchgeführt werden?

- ja vielleicht nein

3. Können Sie bereits Verbesserungen wahrnehmen?

ja nein

VI. Moderation

1. Gibt/gab es in Ihrem Zirkel einen/eine Moderator/in?

ja nein

2. Ist/war der/die Moderator/in wichtig für eine konfliktfreie Gesprächsbasis?

ja nein

3. Sind/waren Sie mit der Moderation zufrieden?

ja nein

VII. Gesundheitszirkel und Unternehmensalltag

1. Ist/war es für Sie schwierig, im Zirkel über gesundheitliche Angelegenheiten zu sprechen?

ja nein

2. Hat Sie die Mitarbeit im Zirkel veranlasst, jetzt vermehrt Verbesserungsvorschläge zu äußern?

ja nein

3. Sehen Sie die Zirkelarbeit als eine positive MitarbeiterInnenbeteiligung an?

ja nein

4. Hat sich Ihre Arbeitsmotivation durch die Zirkelarbeit gesteigert?

- ja nein

5. Hat sich das Arbeitsklima durch das Projekt geändert?

- ja zum Positiven ist gleich geblieben
 ja zum Negativen

6. Was Sie abschließend noch anführen möchten

.....

VIII. Allgemeines zu Ihrer Person und zu ihrer beruflichen Tätigkeit

1. Ihr Geschlecht:

- weiblich männlich

2. Ihr Alter:

- bis 20 Jahre 20-39 Jahre 40 Jahre und älter

3. Ihre berufliche Tätigkeit:

- Arbeiter/in Angestellte/r Sonstige.....

4. Ihr Tätigkeitsgebiet im Unternehmen:

.....

Leitfaden der Tiefeninterviews

I. Zugang - Beginn

1. Welche Gründe waren für Sie ausschlaggebend dafür, ein Gesundheitsförderungsprojekt durchzuführen?
2. Hatten Sie vorweg bereits Näheres über betriebliche Gesundheitsförderung gewusst?
3. Wodurch sind Sie auf die Möglichkeit von Gesundheitsförderungsprojekten aufmerksam geworden?
4. Wer gilt als Initiator Ihres Projektes?
5. Wer unterstützte Sie bei der Durchführung Ihres Projektes (extern und intern)?
6. Gab es auch Gegner (extern und intern), die einer Kooperation negativ eingestellt waren?
7. In welchen betrieblichen Bereichen wurde Ihr Projekt verwirklicht?
8. Welche Zielsetzungen haben Sie sich für den Verlauf des Projektes gesetzt?
9. Wer soll durch das Projekt angesprochen werden und was soll erreicht werden?

II. Projektleitung/Steuerung

1. Nach welchen Methoden haben Sie das Projekt aufgebaut?
2. Wurde beim Projekt eine Steuerungsgruppe eingerichtet?
3. Wer gehörte dieser an?
4. Welche Funktionen und welche Aufgaben hatte die Steuerungsgruppe als Gesamtheit und die Mitglieder im einzelnen?
5. In welcher Art und Weise wurden die Sitzungen der Projektleitung abgehalten?
6. Wurde die Steuerungsgruppe durch einen externen Moderator geleitet?
7. Wie könnten Sie die Zusammenarbeit bzw. das Arbeitsklima in dieser Steuerungsgruppe beschreiben?
8. Konnte durch diese Form der Zusammenarbeit Positives für das Unternehmen erzielt werden?

III. Gesundheitszirkel

1. Gab es sogenannte Gesundheitszirkel, die sich näher mit ihren Arbeitsbereichen auseinander gesetzt haben?
2. Wie wurden diese Zirkel gebildet?
3. Welche Personen haben an der Zirkelarbeit mitgewirkt?
4. War es schwierig, Interesse für eine gemeinsame Bearbeitung von Problembereichen bei den MitarbeiterInnen im Gesundheitszirkel zu wecken?
5. Welchen Eindruck hatten Sie von der Zusammenarbeit in den einzelnen Zirkel?
6. Glauben Sie, können Gesundheitszirkel den Unternehmensalltag verändern?
7. Wurde der Gesundheitszirkel von einem Moderator geleitet?

III. Stuserhebung

1. Welche Arten von Analysen haben Sie am Beginn des Projektes durchgeführt?
2. Bei welchen Institutionen haben Sie Daten erhalten?
3. Welches Ergebnis brachte die Stuserhebung und wie beeinflusste diese den Verlauf des Projektes?

IV. Belegschaft

1. Wie wurde das Projekt den MitarbeiterInnen vorgestellt?
2. Mit welchen Reaktionen seitens der Belegschaft wurden Sie konfrontiert?

V. Verbesserungsvorschläge und Maßnahmen

1. Welche Probleme haben die MitarbeiterInnen in den Gesundheitszirkeln bzw. ähnlichen Gruppierungen aufgegriffen?
2. Wurden gleichzeitig mit den Problemen auch Verbesserungsvorschläge erarbeitet und wurden diese auch dokumentiert?
3. Wie wurden in der Steuerungsgruppe diese Vorschläge seitens der MitarbeiterInnen bewertet?
4. Aus Ihrer Sicht gesehen, waren es realitätsnahe Vorschläge?

5. Welche Maßnahmen wurden im Konkreten bereits umgesetzt und auch dokumentiert?
6. Was planen Sie in Zukunft noch an Veränderungen?
7. Wie schätzen Sie die Zufriedenheit der MitarbeiterInnen mit der Umsetzung ein?

VI. PR-Maßnahmen

1. Was unternahmen/unternahmen Sie, um Ihre MitarbeiterInnen über den Fortgang des Projektes zu informieren?
2. Wurden beim Aufbau bzw. beim Ablauf des Projektes neue PR-Maßnahmen gesetzt (Internet, MitarbeiterInnenzeitung,...)?
3. Wie sehen ihre externen Ambitionen aus, Ihr Projekt bekannt zu machen?
4. Wie wichtig erscheint Ihnen PR für Ihr Projekt?

VII. Evaluierung

1. Gab es bereits Evaluierungen während der Durchführung des Projektes?
2. Wer wurde damit betraut (extern oder intern)?
3. Welche Schlüsse konnten Sie für den weiteren Verlauf des Projekte daraus ziehen?

VIII. Gesetzliche Vorschriften in der BGF

1. Waren Sie vor Beginn des Projektes mit den Forderungen der Luxemburger Deklaration in Bezug auf die Betriebliche Gesundheitsförderung vertraut?

IX. Finanzierung

1. Welchen finanziellen Rahmen haben Sie für das Projekt zu Beginn gesetzt?
2. Gab es auch Unterstützung (finanziell, Räume, Sachmittel und dergleichen) von externen Partnern?
3. Mussten zusätzliche Fachkräfte eingestellt werden?
4. In welchem Ausmaß stehen diese dem Unternehmen zur Verfügung?

5. Glauben Sie, dass sich der finanzielle und auch persönliche Einsatz eines jeden Beteiligten für das Projekt bezahlt macht?

X. Nachhaltige Beurteilung des Projektes

1. Wie zufrieden bzw. unzufrieden sind Sie mit dem Projekt?
2. Glauben Sie, dass es in die Geschichte des Unternehmens eingegangen ist?
3. Wurde dadurch die Betriebskultur bzw. der Betriebsalltag verändert?
4. Was hat sich seit Beginn des Projektes in Ihrem Unternehmen in Bezug auf eine gesunde Arbeitsweise und gesunde Arbeitsstrukturen getan?
5. Wie empfinden Sie jetzt das Verhältnis zwischen Belegschaft und Geschäftsleitung?
6. Gab es gravierende Veränderungen?
7. Wie schätzen Sie die Bereitschaft der MitarbeiterInnen für zukünftige betriebliche Gesundheitsförderungsprojekte ein?
8. Was verstehen Sie persönlich unter Nachhaltigkeit eines solchen Projektes?
9. Konnten Sie Ihre anfangs festgelegten Ziele bereits erreichen?
10. Aufgrund Ihrer Erfahrungen, die Sie mit der BGF gemacht haben, würden Sie solche Projekte weiterempfehlen?
11. Was wird in Zukunft im Bereich der BGF im Betrieb weitergemacht?
12. Wer ist für die Fortführung verantwortlich?
13. Abschließend betrachtet, glauben Sie, dass die MitarbeiterInnen jetzt bereits einen gesünderen Arbeitsplatz vorfinden bzw. selbst auch eine gesündere Lebensweise durch dieses Projekt gewählt haben?