

papers

Gesundheitswissenschaften

Betriebliche Gesundheitsförderung- Das Modell und seine praktische Umsetzung

von **Andreas Wallner**

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. DDr. Oskar Meggeneder
Kontaktadresse:
OÖ Gebietskrankenkasse,
Frau Martina Blutsch,
Gruberstraße 77,
A - 4021 Linz,
Tel.: 0732/7807-2851,
Fax: 0732/7807-2680,
E-mail: martina.blutsch@oogkk.at
Hersteller: OÖGKK-Hausdruckerei

Linz, 2001

INHALT	SEITE
Vorwort	3
1 EINLEITUNG	5
2 BEGRIFFE	7
2.1 Was ist Gesundheit?	7
2.2 „Gesundheit“ und „Krankheit“ aus soziologischer Sicht	7
2.3 Gesundheit als Zieldimension der Sozialpolitik	10
2.4 Warum Gesundheit fördern?	14
2.5 Warum Gesundheit in der Arbeitswelt fördern?	16
2.6 Gesundheitsförderung im Betrieb	16
2.7 Betriebliche Gesundheitsförderung	17
2.8 Das Europäische Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung	18
2.9 Gesundheitsförderung durch die OÖGKK	19
2.10 Welche Fähigkeiten braucht ein Gesundheitsförderer?	21
3 BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG	22
3.1 Charakteristika „guter“ betrieblicher Gesundheitsförderung	22
3.2 Modellhafter Verlauf eines betrieblichen Gesundheitsförderungsprojektes	24
3.2.1 Zielvereinbarung	26
3.2.2 Ist-Analyse	26
3.2.3 Mitarbeiterbefragung	29
3.2.4 Gesundheitsbericht	29
3.2.5 Zielsetzung und Kompetenzabklärung	30
3.2.6 Die Steuerungsgruppe	30
3.2.7 Der Gesundheitszirkel	31
3.2.8 Umsetzung	32
3.2.9 Kosten-Controlling	32
3.2.10 Evaluation	33
3.2.11 Interne Kommunikation	34
3.2.12 Externe Kommunikation (Medienarbeit)	34

3.3	Qualitätskriterien für betriebliche Gesundheitsförderung	36
3.3.1	Betriebliche Gesundheitsförderung und Unternehmenspolitik	36
3.3.2	Personalwesen und Arbeitsorganisation	36
3.3.3	Planung betrieblicher Gesundheitsförderung	37
3.3.4	Soziale Verantwortung	37
3.3.5	Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung	37
3.3.6	Ergebnisse betrieblicher Gesundheitsförderung	37
4	BEISPIELE GUTER PRAXIS	39
4.1	Landesverlag Linz	39
4.2	Luzenac Naintsch – Pro Fit	41
4.3	Sommerhuber – Von uns für uns	42
4.4	VÖEST-Alpine Stahl GmbH	44
5	THEORIE VERSUS PRAXIS BETRIEBLICHER GESUNDHEITSFÖRDERUNG	50
5.1	Öffentlichkeitsarbeit in der betrieblichen Gesundheitsförderung	51
5.2	Verhaltens- versus Verhältnisprävention	54
5.3	Die Qualitätskriterien der betrieblichen Gesundheitsförderung	57
5.3.1	Qualitätskriterien für den Ablauf betrieblicher Gesundheitsförderung	57
5.3.2	Organisatorische Qualitätskriterien	62
5.3.3	Bewertungskriterien	66
5.3.4	Kritische Meinungen zum Modell betrieblicher Gesundheitsförderung und ihrer praktischen Umsetzung	67
5.4	Der Moderator	69
5.5	Ausbildung zum Gesundheitsförderer – Was muss ein Gesundheitsförderer können?	73
5.6	Gründe für das Scheitern betrieblicher Gesundheitsförderung	76
5.6.1	Ein Beispiel aus der Praxis	80
6	BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG IM JAHR 2000 – AM BEISPIEL DER FA. KEBA LINZ	82
7	SCHLUSSBEMERKUNG	85
8	LITERATURVERZEICHNIS	87

Vorwort

In Österreich sind 3,7 Millionen Menschen berufstätig. Der Arbeitsplatz ist dabei nicht nur zeitlich einer der wichtigsten Lebensbereiche des Menschen, sondern er beeinflusst auch das physische und psychische Befinden. Der österreichische soziale Survey 1993 hat gezeigt, dass Berufsbelastungen die subjektive Gesundheit und das Wohlbefinden wesentlich stärker bestimmen als etwa Fehlverhalten im persönlichen Lebensstil (Rauchen, Bewegungsarmut, ungesunde Ernährung). Der technische Fortschritt hat bewirkt, dass sich die Anforderungen und Belastungen der Arbeitswelt entscheidend verändert haben. Bestimmte körperliche Belastungen, wie einseitige Beanspruchungen des Bewegungs- und Stützapparates sind zunehmend durch psychische Belastungen ersetzt worden. Gerade angesichts des gegenwärtigen enormen Tempos des wirtschaftlichen Wandels wird eine weitere Zunahme des physischen und psychosozialen Krankheitspotentials in der Arbeitswelt zu erwarten sein, wenn keine präventiven Maßnahmen gesetzt werden. Die Erfahrung zeigt allerdings, dass gesetzlichen Regelungen doch deutliche Grenzen gesetzt sind. Ein verhältnismäßig neuer Ansatz, der modernen innovativen Betrieben völlig neue Chancen eröffnet, ist die betriebliche Gesundheitsförderung. Betriebliche Gesundheitsförderung im Sinne der Konzeption der Weltgesundheitsorganisation geht von einem umfassenden Gesundheitsbegriff aus. Interventionen sollen dabei sowohl bei den Lebensweisen der ArbeitnehmerInnen ansetzen, vor allem aber bei den Arbeitsbedingungen. Ganzheitliche Gesundheitsförderungsprogramme verbinden die Verhaltensförderung (z.B. Bewegungskurse) mit der Verhältnisförderung (z.B. die gesundheitsgerechte Gestaltung des Arbeitsumfeldes und der Arbeitsprozesse). Diese Vorgangsweise hat sich als wirksam erwiesen, da sich die Änderungen des Gesundheitsverhaltens in der Regel nicht allein über Aufklärungskampagnen durchsetzen lassen, sondern starker sozialer Unterstützung bedürfen. Von dem vor mehr als fünf Jahren im Auftrag der Europäischen Kommission gegründeten „Europäischen Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung“ wurde von Beginn an ein verhältnisfördernder Ansatz verfolgt. Die Österreichische Kontaktstelle für Betriebliche Gesundheitsförderung und ihre Regionalstellen als Teil des europäischen Netzwerkes haben in allen von ihnen initiierten und/oder unterstützten betrieblichen Gesundheitsförderungsprojekten größten Wert auf eine Beteiligung der Betroffenen gelegt. Eine Beteiligung die sich nicht nur auf die Erhebung von Schwachstellen in den Arbeitsabläufen und im Arbeitsumfeld bezog, sondern den MitarbeiterInnen die Möglichkeit bot, Problemlösungen zu erarbeiten und sie auch in die Umsetzung der von ihnen vorgeschlagenen Maßnahmen mit einbezog.

Zwar gibt es in Österreich mittlerweile viele Veröffentlichungen zum Thema Betriebliche Gesundheitsförderung, aber meines Wissens ist die von Wallner vorgelegte Arbeit, die erste, die mit Methoden der empirischen Sozialforschung eine Evaluation der Ergebnisse auf dem Gebiet der Betriebliche Gesundheitsförderung vornimmt. 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. Der Autor hat im Zuge seiner Arbeit auch Experten befragt, deren Meinungen gleichfalls zu einer Weiterentwicklung der Betriebliche Gesundheitsförderung beitragen können. Da nicht davon ausgegangen werden kann, dass der Leser und die Leserin den von der Österreichischen Kontaktstelle vertretenen Ansatz in seinen Details kennen, müssen einige wenige der Expertenaussagen richtiggestellt werden. „Ein Experte kritisiert den Österreichischen Weg der Betrieblichen Gesundheitsförderung im Vergleich zur Praxis in Deutschland, wo man sich eher an den Prinzipien der Organisationsentwicklung als an jenen des Projektmanagements orientiert.“ (S. 64) Dazu ist zu bemerken, dass in Österreich genauso wie in Deutschland bei betrieblichen Gesundheitsförderungsvorhaben im Regelfall ein Beitrag zur Organisationsentwicklung geleistet wird, da durch die Einführung von Gesundheitszirkeln in den meisten Betrieben zum ersten Mal die Managementmethode autonomer Gruppenarbeit erprobt wird. Projektmanagement ist lediglich ein Instrument, um die Gesundheitsförderungsvorhaben effizient durchzuführen. Sollte im Zuge eine Gesundheitsförderungsprojektes Projektmanagement zum ersten Mal im Betrieb zur Anwendung kommen, so ist auch die Einführung von Projektmanagement ein Beitrag zur Organisationsentwicklung. In einer weiteren Expertenmeinung wird durch die Aussage, dass in Deutschland Gesundheitsförderungsprojekte von „Profis“ begleitet werden, indirekt ausgedrückt, dass in Österreich die Betrieb ohne jegliche Unterstützung agieren. Tatsächlich wird aber von der Nationalen Kontaktstelle und den Regionalstellen Hilfe bei der Projektentwicklung und der Durchführung angeboten. Es ist geradezu ein Prinzip, die betrieblichen Akteure auf ihrem Weg nur zu begleiten, um das vorrangige Ziel, dass sie in Zukunft in der Lage sind, eigenständig Betriebliche Gesundheitsförderung zu einem Bestandteil ihrer betrieblichen Praxis des Arbeitnehmerschutzes zu machen.

Oskar Meggeneder
Österreichische Kontaktstelle
Europäisches Netzwerk
Betriebliche Gesundheitsförderung

1. Einleitung

Während meines Studiums habe ich mich nicht nur mit betriebs- und volkswirtschaftlichen Denkweisen befasst, gerade auch Arbeitsrecht und besonders ArbeitnehmerInnenschutz haben mich immer sehr interessiert. Als ich hörte, dass die oberösterreichische Gebietskrankenkasse an einer wissenschaftlichen Arbeit über betriebliche Gesundheitsförderung interessiert war, schien mir dies eine ausgezeichnete Möglichkeit, meinen Interessen nachzugehen und auch meine Fähigkeiten auf unterschiedlichen Fachgebieten in die Arbeit einbringen zu können. Aus eigenen Erfahrungen und aus meinem persönlichen Umfeld wusste ich, dass die Gesundheit der arbeitenden Menschen nicht immer zu hundert Prozent jene Beachtung erfährt, die eigentlich wünschenswert wäre. Ich hoffe, dass diese Arbeit einen bescheidenen Betrag zur Verbesserung der Situation leisten kann. Ziel der nun folgenden Arbeit war zunächst die Sammlung von theoretischen Modellen zur Durchführung betrieblicher Gesundheitsförderung. In weiterer Folge sollte die praktische Umsetzung dieser theoretischen Modelle anhand von Experteninterviews näher untersucht werden. Bevor ich mich nun also der betrieblichen Gesundheitsförderung widme, möchte ich zunächst einen kleinen Überblick über den Inhalt dieser Arbeit geben:

- Als erstes soll der Begriff „Gesundheit“ erläutert und aus verschiedensten Sichtweisen heraus definiert werden. Es soll erklärt werden, was „betriebliche Gesundheitsförderung“ ist und
- warum ihre Durchführung sinnvoll, ja geradezu notwendig ist.
- Daran anschließend werden die Charakteristika „guter betrieblicher Gesundheitsförderung“, der Verlauf eines Gesundheitsförderungsprojektes nach dem Modell, sowie die Qualitätskriterien der betrieblichen Gesundheitsförderung genauer vorgestellt.
- Schließlich werde ich anhand von vier Projekten aus dem „Best-Practice“-Katalog des Europäischen Netzwerks für betriebliche Gesundheitsförderung einen Einblick in die Praxis zu vermitteln suchen.

Ebenfalls von ihren Erfahrungen aus dem praktischen Umgang mit betrieblicher Gesundheitsförderung haben neun von mir befragte Experten berichtet. Ich möchte mich nochmals bei Claudia Peilowich-Pichler, Elisabeth Zeisberger, Marie Luise Stöttinger, Gerhard Elsigan, Thomas Diller, Peter Nowak, Herbert Baier, Michael Kohlbacher und Christian Scharinger bedanken, dass sie mir ihre kostbare Zeit geopfert haben. Aus Gründen

der Anonymisierung habe ich darauf verzichtet, die Befragten namentlich zu zitieren. Den Abschluss bildet ein zur Zeit anlaufendes Gesundheitsförderungsprojekt – der Dank geht in diesem Zusammenhang an Peter Weissengruber.

2. Begriffe

2.1 Was ist Gesundheit?

Die World Health Organization veranstaltete am 21. November 1986 die erste internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung. Bis heute bezieht sich ein Grossteil der Gesundheitsförderungsprojekte auf die dort verabschiedete Charta (gemeinhin als Ottawa-Charta bekannt). Ich möchte mich deshalb auch an die von der WHO vertretene positive Definition von „Gesundheit“ halten. „Gesund“ zu sein bedeutet mehr als nur nicht krank zu sein, es bedeutet vielmehr „umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden“¹

2.2 „Gesundheit“ und „Krankheit“ aus soziologischer Sicht

Gesundheit ist nicht nur für den einzelnen Menschen, sondern auch gesamtgesellschaftlich betrachtet, von großer Bedeutung. Dem entsprechend hat auch die Soziologie, als Gesellschaftswissenschaft, dieses Thema näher zu untersuchen. Die Medizinsoziologie beschäftigt sich, vor allem seit dem Zweiten Weltkrieg, mit der Rolle der Gesellschaft und im speziellen jener der Ärzteschaft in Bezug auf Krankheit.² Gesundheitsförderung bewegt sich im Schnittpunkt zwischen ärztlicher Kompetenz und Verantwortung auf der einen Seite, und der Verantwortung und dem Wissen des Einzelnen auf der anderen Seite. Im speziellen gibt es vier verschiedene medizinsoziologische Sichtweisen zur Entstehung und Behandlung von Krankheiten:

- Der **Strukturfunktionalismus**³, von Howard Becker Parsons entwickelt, enthält ein Aktivitäts- und ein Devianzmodell. Das *Aktivitätsmodell* geht vom gesunden Menschen aus, dessen soziales Leben vom Erfüllen seiner „Rollen“ (als Arbeitnehmer, Ehegatte, Elternteil, etc.) gekennzeichnet ist. Aus Frustration durch den Alltag oder aus speziellen Notsituationen heraus sieht er/sie sich plötzlich nicht mehr in der Lage, diese Rollen auszufüllen. Die Erkrankung stellt nun einen Rückzug aus den sozialen Rollen in eine Unselbständigkeit dar. Die Behandlung der

¹ vgl. Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, 1986

² vgl. Gerhardt, 1999, S. 402f

³ vgl. Gerhardt, 1999, S. 407f

Krankheit muss nun auf den „Wiedereinstieg“ ins gesellschaftliche Leben vorbereiten. Da der/die Kranke von seinen/ihren Alltagsrollen „befreit“ ist, kann er/sie sich auf die Wiederherstellung der „Rollenfähigkeit“ konzentrieren.

Das *Devianzmodell* geht von der Psychoanalyse aus: Ein gesunder Mensch lebt im Gleichgewicht zwischen Lusttendenz und Selbstkontrolle. Stressvorgänge führen zum Zusammenbruch der Kontrolle über die Lustmaximierungstendenz, der schlummernde Kindheitswunsch des Versorgtwerdens nimmt überhand. Der/die Kranke wird, aufgrund der Krankheit, von seiner/ihrer Umwelt versorgt. Die Therapie hat die Aufgabe, die Selbstkontrolle des Patienten / der Patientin in Kooperation zwischen Arzt und PatientIn wiederherzustellen.

- Die **interaktionistische**⁴ Betrachtungsweise sieht Krankheit durch gesellschaftliche Vorgänge bestimmt und im Verlauf von Interaktion festgestellt. Der Interaktionismus umfasst dabei sowohl die Labelingtheorie als auch die Grounded-Theory, beide auf der Arbeit G. H. Meads‘ beruhend. Es werden wiederum zwei Modelle unterschieden: Das *Krisenmodell* beschreibt den Normalzustand als Leben ohne Stigma. Eine Krise ist nun dadurch gekennzeichnet, dass der/die Einzelne gegen die Stereotypen und somit die Regeln der „normalen Unauffälligkeit“ verstößt. Darauf erfolgt nun die Stigmatisierung durch die Ärzteschaft, der/die Kranke wird zum gesellschaftlichen Außenseiter, obwohl er/sie vom normalen (gesunden) Menschen kaum zu unterscheiden ist. Das *Aushandlungsmodell* widmet sich mehr chronischen Erkrankungen: Arzt als auch PatientIn haben Krankheitsvorstellungen, die als Grundlage für ihr Handeln – im Fall einer Erkrankung – dienen. Diese unterschiedlichen Vorstellung müssen nun „ausgehandelt“ werden, Krankheit ist somit „Anlass für Managementstrategien und Identitätserhaltung im Alltag“⁵. Auch die Behandlung in einem Krankenhaus kann durchaus als „Verhandlung“ zwischen Arzt und PatientIn betrachtet werden.
- Die **Ethnomethodologie**⁶ wurde vor allem von Harold Garfinkel und Aaron Cicourel geprägt. Als Normalität wird die als selbstverständlich akzeptierte Wechselseitigkeit der „Perspektiven der Handelnden“⁷ betrachtet. Wird diese Wechselseitigkeit gestört, kann eine Krankheitsdiagnose gestellt werden. Der/die Kranke wird isoliert, damit die sozialen Beziehungen der „normalen“ Menschen nicht gestört werden. Eine andere Möglichkeit ist,

⁴ vgl. Gerhardt, 1999, S. 408f

⁵ Gerhardt, 1999, S. 408

⁶ vgl. Gerhardt, 1999, S. 409

⁷ Gerhardt, 1999, S. 409

die krankheitsbedingte Störung des Beziehungsnetzes durch „Darstellungen“ zu beheben. Der/die Kranke ist dann zwar stigmatisiert, aber dennoch als vollwertiges Mitglied in die Gesellschaft wieder eingliedert. Das Schlüsselwort ist „*Normalisierung*“. Im medizinischen Gespräch soll dem/der Kranken erklärt werden, wie die Genesung verläuft, aber auch wie es um potentiell bleibende Behinderungen steht.

- Die **Konflikttheorie**⁸ umfasst zwei Krankheitskonzepte. Beiden liegt die Annahme zugrunde, dass Menschen auf Veränderungen in ihrer gewohnten Umwelt, das heißt auf konflikthaft gegenüberstehende Aspekte ihres Alltags, mit Erkrankung reagieren. Dies stellt eine Fortführung der Arbeiten Randall Collins‘ und Michel Foucaults dar. Das *Verlustmodell* sieht als Ausgangspunkt das Risikoprofil jedes gesunden Menschen zu erkranken., unter Beachtung von sozialem Status, Biographie, etc. Eine Erkrankung entsteht, wenn hohe Belastungen des Individuums nicht durch Unterstützung seitens der Umwelt abgefangen werden. Die Erkrankung wird dann durch eine tiefgreifende Veränderung in der sozialen Umwelt des/der Betroffenen ausgelöst. Das Copingpotential, also die Fähigkeit zum Umgang mit Problemen, oder auch dem Leben an sich, bricht dann zusammen. Die Behandlung hat nun die Selbstschutzpotentiale wiederherzustellen. Die professionelle Medizin wird eher kritisch beurteilt, die Politik hingegen als der Gleichbehandlung der PatientInnen zuträglich. Das *Dominations-Deprivations-Modell* sieht eher gesamtgesellschaftliche Zusammenhänge als für Erkrankung ausschlaggebend: Die Herrschaftsstrukturen der Industriegesellschaft sind Ursachen von „Krankmachern“ wie Arbeitsbelastung, Umweltverschmutzung, etc. Eine Gesellschaft mit „ungesunder“ Sozialstruktur wird als „kranke Gesellschaft“ bezeichnet. In einer kranken Gesellschaft ist Krankheit ein „Zeichen ohnmächtigen Protests gegen unverantwortbare Verhältnisse“. Eine Abwendung von der professionellen Medizin, Demedikalisierung, „ökologische Medizin“ wird gefordert.⁹

In der Theorie der Gesundheitsförderung sind nun Spuren der verschiedenen medizinsoziologischen Modelle wiederzufinden: Überbelastung kann zu Erkrankung führen (Strukturfunktionalismus). Man sollte nun versuchen, diese Überbelastung entweder gar nicht erst zuzulassen, oder dem in Folge von Überbelastung erkrankten Individuum wenigsten zu helfen, Strategien zur Bewältigung der Belastung zu entwickeln.

⁸ vgl. Gerhardt, 1999, S. 409f

⁹ Gerhardt, 1999, S. 410

Die Zusammenarbeit zwischen Fachleuten und betroffenen „Laien“ im Rahmen der Gesundheitsförderung kann mit dem Aushandlungsmodell des Interaktionismus in Verbindung gebracht werden. Auch das Dominations-Deprivationsmodell der Konflikttheorie wendet sich gegen rein professionell-medizinische Behandlung, wie auch die Gesundheitsförderung die Einbindung der Betroffenen, ihres Wissens und ihrer Erfahrung verlangt.

2.3 Gesundheit als Zieldimension der Sozialpolitik

Da Gesundheit, wie schon erwähnt, auch in der Verantwortung der Gesellschaft liegt, hat sich auch die Gesellschaftspolitik der Gesundheit, und im speziellen der Medizin, anzunehmen. Der österreichische Gesetzgeber hat – etwa im Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (§ 133 ASVG) die Aufgaben des Gesundheitswesens stark an Erhaltung oder Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit und Fähigkeit zur Alltagsbewältigung gebunden. In der konkreten Leistungserbringung wirkt sich die Erwerbsorientierung des Gesundheitssystems aber relativ wenig aus. Das Versicherungsprinzip und das Leistungs-Gegenleistungsprinzip sind soweit eingeschränkt, dass die medizinische Versorgung fast der gesamten österreichischen Bevölkerung auf sehr hohem Niveau garantiert ist:¹⁰ 1996 waren 99 Prozent aller ÖsterreicherInnen durch die soziale Krankenversicherung geschützt, 62,5 Prozent davon als beitragszahlende Versicherte.¹¹ Die Gesamtausgaben für das österreichische Gesundheitswesen stammen zu etwa drei Viertel aus der öffentlichen Hand, die Hälfte aller Gesundheitsausgaben trägt die Sozialversicherung, ein weiteres Viertel steuern die Körperschaften bei. Privatversicherungen kommen auf einen Anteil von nur rund 4 Prozent, den Rest (um die 20 Prozent) bezahlen die privaten Haushalte.¹²

Tabelle 1 zeigt einen internationalen Vergleich von Gesundheitsindikatoren. Das österreichische System arbeitet, soweit man nun von der Lebenserwartung darauf schließen kann, auf sehr hohem Niveau, die Ausgaben sind im oberen Mittelfeld angesiedelt. Interessant ist, dass die USA mit ihrem eher privatwirtschaftlich orientiertem System weitaus höhere Ausgaben aufweisen als Österreich – sowohl pro Kopf gerechnet als auch in Prozent des Bruttoinlandsprodukts ausgedrückt. Das österreichische (staatliche) System, dem immer

¹⁰ vgl. Badelt / Österle, 1998, S. 30

¹¹ vgl. Badelt / Österle, 1998, S. 38

¹² vgl. Badelt / Österle, 1998, S. 36

wieder ein Mangel an Effizienz und zu starker Zentralismus vorgeworfen wird, kann aber auf eine höhere Lebenserwartung seiner BürgerInnen verweisen.¹³

Table 1: Ausgewählte Indikatoren des Gesundheitswesens im internationalen Vergleich:

	Ausgaben für Gesundheit pro Kopf kaufkraftbereinigte Ausgaben in US\$		Ausgaben für Gesundheit in % des BIP		Lebenserwartung bei der Geburt in Jahren			
	1980	1995	1980	1995	1980		1995	
					m	w	m	w
Ö	697	1.634	7,9	7,9	69,0	76,1	73,5	80,1
CH	850	2.412	7,3	9,8	72,3	78,8	75,3	81,7
D	860	2.134	8,1	10,4	69,9	76,6	73,0	79,5
DK	595	1.368	6,8	6,4	71,4	77,6	72,5	77,8
E	332	1.075	5,7	7,6	72,5	78,6	73,2	81,2
F	716	1.972	7,6	9,9	70,2	78,4	73,9	81,9
NL	693	1.728	7,9	8,8	72,4	79,2	74,6	80,4
S	867	1.360	9,4	7,2	72,8	78,8	76,2	81,5
UK	453	1.246	5,6	6,9	70,2	75,9	74,3	79,7
USA	1.051	3.644	9,1	14,2	70,0	77,4	72,5	79,2

Quelle: OECD-Health Data (CD-ROM), Paris, aus: Badelt / Österle, 1998, S. 35

Das Gut Gesundheit wird sowohl im subjektiven Befinden, als auch in der Gesellschaft allgemein als sehr wertvoll eingeschätzt. Dennoch wird die Regelung des Gesundheitswesens ausschließlich über einen freien Markt nicht zu den (in einem modernen Sozialstaat) erwünschten Ergebnissen führen: aus verschiedenen Gründen wird es immer wieder zu Marktversagen kommen. Einer dieser Gründe sind die externen Effekte im

¹³ vgl. Badelt / Österle, 1998, S. 35f

Gesundheitsbereich. Ein externer Effekt ist dann gegeben, wenn die eigene Handlung auch einen Effekt auf andere hat. Ein passendes Beispiel dazu wären Schutzimpfungen: Die Impfung schützt nicht nur den Geimpften selbst, sondern auch alle die mit ihm in Kontakt kommen, da sie von ihm nicht angesteckt werden können. Ein hoher Impfgrad führt dann für den einzelnen dazu, dass er sich eigentlich nicht mehr Impfen lassen muss, da er ohnehin nicht mehr angesteckt werden kann.¹⁴ Die Verhinderung nachteiliger Effekte von Marktversagen ist aber nicht der einzige Grund für aktive Gesundheitspolitik: Auch der Anspruch, einem möglichst großen Teil der Bevölkerung Zugang zum Gesundheitssystem zu bieten, ungeachtet vom ökonomischen Status der einzelnen BürgerInnen, zwingt die Politik, regulierend einzugreifen.¹⁵

Das Gesundheitswesen ist nach dem Pensionssystem der finanziell gesehen zweitgrößte Bereich der Sozialpolitik. Der Grossteil dieser Mittel wiederum fällt dem Bereich der kurativen Medizin zu.¹⁶ Der *kurative* Bereich umfasst Krankenhäuser, Ambulatorien, aber auch niedergelassene Ärzte. Dort werden Schädigungen, die als Folge von Krankheit oder Unfall entstanden sind, behandelt.¹⁷ Neben der *Kuration* unterscheidet man im Gesundheitswesen noch die Bereiche der Prävention und der Rehabilitation. In der *Prävention*¹⁸ geht es darum, Krankheiten und Gesundheitsschäden gar nicht erst zuzulassen, in der *Rehabilitation*¹⁹ wiederum wird versucht, bereits entstandene Schäden so weit als möglich zu lindern. Bei Prävention geht es zwar um Gesundheit, sie umfasst aber weitaus mehr als rein medizinische Maßnahmen, sie wirkt in allen Lebensbereichen. Die Frage der Verantwortlichkeit ist daher sehr schwer zu beantworten: Ist Gesundheitsvorsorge nun private oder gesellschaftliche Aufgabe?²⁰ Tatsache ist, dass in den letzten Jahren im Gesundheitsbereich eine Kostenexpansion stattgefunden hat. Dies wird zunächst auf die demographische Entwicklung zurückgeführt: Immer mehr Menschen werden immer älter. Die steigenden Kosten sind aber weniger Resultat der steigenden Lebenserwartung, sondern vielmehr von der steigenden Zahl älterer Menschen abhängig. Der größte Teil der Gesundheitsausgaben fallen – statistisch gesehen – im letzten Lebensjahr an, unabhängig vom Alter. Dazu kommt, dass der medizinische Fortschritt die Behandlung von Krankheiten möglich macht, die früher nicht zu behandeln waren. Dies ist natürlich

¹⁴ vgl. Badelt / Österle, 1998, S. 36f

¹⁵ vgl. Badelt / Österle, 1998, S. 37

¹⁶ vgl. Badelt / Österle, 1998, S. 38

¹⁷ vgl. Badelt / Österle, 1998, S. 33

¹⁸ vgl. Badelt / Österle, 1998, S. 32

¹⁹ vgl. Badelt / Österle, 1998, S. 33f

²⁰ vgl. Badelt / Österle, 1998, S. 32

grundsätzlich zu begrüßen und kann sich auch positiv auf die Kosten auswirken: wenn dadurch Rehabilitation oder Pflegebedürftigkeit vermieden werden kann.²¹

Um die Finanzierung des Gesundheitssystem auch für die Zukunft zu sichern, sind daher ständig Anpassungen notwendig. Wenn nun der Zugang zu medizinischer Leistung erschwert wird oder finanzielle Barrieren aufgebaut werden, so kann die Nachfrage damit gesenkt werden. Das bedeutet aber nicht, dass die Bevölkerung dadurch gesünder ist.²² Trotzdem werden Reformen im Gesundheitsbereich in den letzten Jahren fast ausschließlich im Hinblick auf Kostenersparnis durchgeführt.²³ Wie schon weiter oben erwähnt, stammt die Hälfte der Ausgaben für Gesundheit von der sozialen Krankenversicherung. Knapp mehr als 88 Prozent dieser Mittel stammt aus den Beitragsleistungen der ArbeitnehmerInnen und ArbeitgeberInnen.²⁴ Die soziale Krankenversicherung ist einerseits nach Berufsgruppen (Arbeiter, Angestellte, Beamte, Bauern, selbständig Erwerbstätige, usw.) aufgliedert, aber auch nach regionalen Gesichtspunkten: jedes Bundesland verfügt über eine Gebietskrankenkasse. Darüber hinaus gibt es in Österreich zehn Betriebskrankenkassen.²⁵ Bei den Krankenversicherungen der Beamten, der selbständig Erwerbstätigen, der Eisenbahner und der Bauern gibt es außerdem noch einen generellen Selbstbehalt für medizinische Leistungen (in der Regel 20 Prozent).²⁶ Mitte 1996 wurde ein Selbstbehalt auf Rehabilitations- (ÖS 73,- pro Tag) und Kuraufenthalte (zwischen ÖS 73,- und 187,- pro Tag, abhängig vom Einkommen) eingeführt. Während die Einführung der Rezeptgebühren keine Auswirkung auf den Umfang der Heilmittelverordnung hatte, haben die Selbstbehalte bei Rehabilitations- und Kuraufhalten sehr wohl zu einem Rückgang geführt.

Für alle Versicherten gelten auch Selbstbehalte für Heilbehelfe, Hilfsmittel, Zahnersatz und Pflege im Spital. Seit 1997 wird für die Ausstellung eines Krankenscheins eine Gebühr von ÖS 50,- eingehoben. Diese Gebühren und Selbstbehalte dienen dazu, die steigenden Kosten decken zu können. Die Bezieher von Niedrigsteinkommen sind zwar vielfach von der Gebührenpflicht befreit, das ändert aber nichts daran, dass der einzelne Kranke stärker selbst Kosten zu tragen hat, die früher die Allgemeinheit (über das Beitragssystem) übernommen hatte.²⁷ Diese Beteiligung der Konsumenten an den Kosten der Gesundheitsleistungen soll ein

²¹ vgl. Badelt / Österle, 1998, S. 59f

²² vgl. Badelt / Österle, 1998, S. 31

²³ vgl. Badelt / Österle, 1998, S. 59

²⁴ vgl. Badelt / Österle, 1998, S. 39

²⁵ vgl. Badelt / Österle, 1998, S. 38

²⁶ vgl. Badelt / Österle, 1998, S. 40

²⁷ vgl. Badelt / Österle, 1998, S. 41

verstärktes Kostenbewusstsein schaffen. Vielfach ist es so, dass bei von der Allgemeinheit bereitgestellten Gütern der Eindruck entsteht, diese würden nichts kosten. Der Nachteil ist aber, dass kleine Rezeptgebühren kein Verhältnis zu den tatsächlichen Kosten herstellen lassen: der Betrag (etwa die ÖS 50.- für einen Krankenschein) ist zu klein, um wirklich eine Steuerungswirkung zu entfalten. Höher angesetzte Selbstbehalte beschränken wiederum den Zugang zu Gesundheitsleistungen nach finanziellen anstelle medizinischer Kriterien: nicht der, der die Leistung braucht, sondern der, der sie sich leisten kann, konsumiert. Werden Ausnahmeregelungen zur Vermeidung von Härtefällen eingeführt, so bedeutet dies zusätzlichen Verwaltungsaufwand und damit zusätzliche Kosten. Die Sozialpolitik sollte also nicht nur auf finanzielle Steuerung setzen, sondern auch gezielt Information zur Bewusstseinsbildung einsetzen.²⁸ In der folgenden Arbeit wird nun eine Möglichkeit vorgestellt, die Entstehung von Gesundheitsschäden schon im vorhinein zu verhindern, wodurch dem kurativen Bereich auf lange Sicht weniger Kosten entstehen.

2.4 Warum Gesundheit fördern?

Gesundheitspolitik sollte danach streben, den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu verbessern. In modernen Industriegesellschaften ist dies mit herkömmlicher, kurativer Medizin kaum mehr möglich. Verbesserte Hygiene und nicht zuletzt Impfungen haben vielen, jahrhundertlang gefürchteten Krankheiten den Schrecken genommen. Chronische und degenerative Erkrankungen stellen heute ebenso wie sogenannte Zivilisationskrankheiten weitaus größere Gesundheitsprobleme dar als durch Viren oder andere Erreger ausgelöste Krankheiten.

Tabelle 2 zeigt dies eindrucksvoll: 1991 verursachten infektiöse Krankheiten in Österreich weniger als fünf Prozent aller Krankenstandstage, während Krankheiten des Bewegungs- und Stützapparates, also klassische degenerative Erkrankungen, mehr als das vierfache ausmachten und somit die Rangliste anführten.²⁹

²⁸ vgl. Badelt / Österle, 1998, S. 61f

²⁹ vgl. Probst / Tinhofer, 1993, S. 8

Tabelle 2: Krankheitsgruppen als Verursacher von Krankenstandstagen – Österreich 1991³⁰

Rang	Krankheitsgruppen	Prozent
1	Krankheiten des Bewegungs- u. Stützapparates	21,0
2	Krankheiten der Atmungsorgane	20,8
3	Arbeits- und Wegunfälle	11,1
4	Nicht-Arbeitsunfälle und Sportunfälle	10,3
5	Krankheiten der Verdauungsorgane	6,0
6	Herz- Kreislauferkrankungen	4,7
7	Infektiöse Krankheiten	4,1
8	Krankheiten der Urogenitalorgane	3,4
9	Krankheiten des Nervensystems u. der Sinnesorgane	2,9
10	Krebserkrankungen	2,2
11	Psychiatrische Krankheiten	2,1
	sonstige	11,4

Krankenstände sind nur ein einzelner Indikator für den Gesundheitszustand. Die Senkung der Krankenstandsquote gilt aber als eines der Hauptmotive zur Durchführung von betrieblicher Gesundheitsförderung. Die Frage, welche Krankheitsgruppen welchen Anteil an den Krankenstandstagen haben, ist also sicher von zentraler Bedeutung.

Bei chronischen oder degenerativer Krankheiten sind die Ursachen – ganz im Gegensatz zu einer durch Virus hervorgerufenen Erkrankung – aber nicht eindeutig zu identifizieren. Neben der persönlichen Veranlagung sind hier Umwelteinflüsse, aber auch das eigene Verhalten genauso wie soziale Faktoren zu berücksichtigen. Es ist daher wichtig, so früh als möglich alle potentiell die Gesundheit schädigenden Einflüsse auszuschalten, noch bevor sich erste Symptome zeigen oder gar irreversible Schäden eingetreten sind.³¹

Dies ist aber nicht ganz einfach: selbst in Gesellschaften mit freiem Zugang zu medizinischer Versorgung auf höchstem Niveau haben Faktoren wie sozialer Status, Einkommen und Ausbildung – statistisch – Auswirkungen auf die Lebenserwartung. Der Umgang mit der eigenen Gesundheit wird im Rahmen der Sozialisation von Geburt an anerzogen, darum ist es sehr schwer, grundlegende Veränderungen herbeizuführen.³² Genau dies ist aber nun die Aufgabe der Gesundheitsförderung: gesundheitsschädliche Einflüsse, egal ob diese im Verhalten des einzelnen oder von der Umwelt herrühren, zu identifizieren und in der Folge zu eliminieren.

³⁰ vgl. Probst / Tinhofer, 1993, S. 12

³¹ vgl. Probst / Tinhofer, 1993, S. 8

³² vgl. Badelt / Österle, 1998, S. 55

2.5 Warum Gesundheit in der Arbeitswelt fördern?

Die WHO vertritt in ihrer Ottawa-Charta den sogenannten Setting-Ansatz zur Gesundheitsförderung. Unter einem Setting versteht man „einen Ort oder sozialen Raum, in dem Menschen ihren Lebensalltag verbringen“.³³ Der Mensch verbringt einen Grossteil seiner Zeit am Arbeitsplatz. Sein Leben wird bis weit in die Freizeit hinein von der Arbeit beeinflusst, etwa durch die soziale Stellung, die mit seinem Beruf verbunden ist, bei SchichtarbeiterInnen wird sogar der gesamte Tagesrhythmus von der Arbeit bestimmt. Es ist daher nur logisch, gesundheitsfördernde Maßnahmen in diesem prägenden Umfeld anzusiedeln. Arbeit kann aber auch direkt krank machen: durch gesundheitsschädigende Einflüsse am Arbeitsplatz, aber auch wenn Qualifikation und Anforderung nicht übereinstimmen (dazu mehr in Kapitel 3.3.2) oder wenn ArbeitnehmerInnen von den KollegInnen nicht ausreichend unterstützt werden. Gleichzeitig können aber die beiden letztgenannten Faktoren durchaus zu einem gesteigerten Wohlbefinden beitragen. Betriebliche Gesundheitsförderung soll nun in diese Richtung wirken.³⁴ Es sind aber nicht nur ethisch-moralische Gründe, die für Gesundheitsschutz und –förderung in der Arbeitswelt sprechen. Ordentlich durchgeführt kann ein Gesundheitsförderungsprojekt durchaus seinen wirtschaftlichen Nutzen haben:

Die unmittelbarste positive Auswirkung und somit einer der häufigsten Gründe für ein Unternehmen betriebliche Gesundheitsförderung durchzuführen ist sicher die Reduktion von Arbeitsunfällen und Krankenstandstagen. Genauere Information dazu liefert das Kapitel 4 – Beispiele guter Praxis. Darüber hinaus werden ArbeitnehmerInnen, die sich in ihren Anliegen ernstgenommen fühlen, die sich gesünder fühlen, auch mit mehr Motivation an die Arbeit gehen und mehr Loyalität zum Unternehmen zeigen. Im Rahmen eines Gesundheitsförderungsprojektes kommt es vielfach auch zu Optimierungen der Arbeitsabläufe. All das führt dann zu messbaren Produktivitätssteigerungen.³⁵

2.6 Gesundheitsförderung im Betrieb

Die Menschen setzen sich (teilweise bewusst) verschiedensten Risikofaktoren aus: Sie rauchen, essen zu fett, und betreiben zu wenig Sport. Alle von Unternehmen veranlassten Aktivitäten, die dieses Verhalten verändern wollen, sind unter dem Begriff

³³ Noack (a)

³⁴ vgl. Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der EU, 1997

Gesundheitsförderung im Betrieb oder verhaltensorientierte Gesundheitsförderung zusammengefasst. Dies kann von einfacher Information (etwa über den Zusammenhang von Rauchen und Herz-Kreislaufkrankungen) bis zu einem Angebot von Raucherentwöhnungskursen, Bewegungstherapie oder Rückenschulen für gesündere Körperhaltung gehen.³⁶ Dieser Ansatz ist vor allem in den USA sehr oft anzutreffen. Den Unternehmen geht es dabei vor allem um eine Verringerung der Kosten für Krankenversicherung, die sie für die Belegschaft zu tragen haben. Dem statistischen Zusammenhang zwischen den oben erwähnten Risikofaktoren und Erkrankungen folgend, erhoffen sich die Unternehmen eine deutliche Reduktion der Kosten.³⁷ Interessant ist, dass der messbare Erfolg solcher Projekte in amerikanischen Unternehmen weitaus öfter und genauer untersucht wird als in europäischen.³⁸ Es ist natürlich sinnvoll, nicht wie üblich den Endpunkt – nämlich die Krankheit selbst – zu behandeln, sondern deren Ursachen zu bekämpfen. Fraglich ist nur, in wieweit dies mit verhaltensorientierter Gesundheitsförderung überhaupt möglich ist.

2.7 Betriebliche Gesundheitsförderung

Ziel der betrieblichen Gesundheitsförderung ist, Strukturen zu schaffen, die es den Arbeitenden erlauben, auf die Gestaltung ihrer Arbeitsplätze und der Arbeitsorganisation Einfluss zu nehmen. Es wird dabei ein an der Organisationsentwicklung orientierter Ansatz gewählt.³⁹ Das Unternehmen greift in vielfältigster Weise in das Leben und gerade auch in die Gesundheitssituation ihrer Beschäftigten ein: über erhöhte Unfallgefahr am Arbeitsplatz, über Gesundheitsbelastungen, denen die Beschäftigten während des Arbeitsprozesses ausgesetzt sind, aber auch etwa über Stress, der etwa durch schlechte Arbeitsorganisation verursacht wird. Es können nun durchaus auch – wie im Rahmen der Gesundheitsförderung im Betrieb – verhaltensorientierte Maßnahmen gesetzt werden. Im Rahmen einer umfassenden Betrachtung wird dies sogar wünschenswert erscheinen, es sollte aber keineswegs dabei bleiben. Es muss sich auch im Unternehmen, im Arbeitsablauf, am einzelnen Arbeitsplatz etwas ändern. Gesundheitsgefährdende Faktoren müssen eliminiert werden, egal in welchem Bereich sie liegen, und das Unternehmen muss den/die ArbeitnehmerIn dabei unterstützen.

³⁵ vgl. Griessler, 1998

³⁶ vgl. Meggeneder, 1997 (a), S. 58

³⁷ vgl. Meggeneder, 1997 (a), S. 58

³⁸ vgl. Hartmann / Hrabal / Traue, 1995, S. 292

³⁹ vgl. Meggeneder, 1997 (a), S. 62

Der österreichische soziale Survey von 1993 hat gezeigt, dass das persönliche Gesundheitsempfinden und das Wohlbefinden von Arbeitsbelastungen weitaus stärker beeinflusst werden als vom Risikoverhalten.⁴⁰ Ein zentrales Instrument der betrieblichen Gesundheitsförderung zum Identifizieren von Gesundheitsbelastungen ist der Gesundheitszirkel: ArbeitnehmerInnen können dabei ihr praktisches Wissen über die eigenen Arbeitsplätze einbringen, sich mit Experten (ArbeitsmedizinerIn, Sicherheitsexperten) beraten und zusammen mit dem/der ArbeitgeberIn konkrete Lösungen erarbeiten.⁴¹ Erwähnenswert ist, dass neben den eigentlichen Zielen eines Gesundheitszirkels (z. B. der Arbeitsplatz wird an den Menschen angepasst, nicht umgekehrt) oft noch ein positiver Nebeneffekt zu Tage tritt: Die betriebliche Kommunikation wird erheblich verbessert.⁴² Betriebliche Gesundheitsförderung bewirkt also – wenn sie qualitativ durchgeföhrt wird – Verbesserungen auf zwei Ebenen: einerseits auf der Ebene der Arbeitsumwelt, aber auch im Hinblick auf soziale Faktoren. Auf diese Weise sollen Fehlzeiten auf ein Minimum reduziert werden. Die Bedeutung von Fehlzeiten für eine Volkswirtschaft lässt sich sehr gut an einem Beispiel aufzeigen: Im Jahr 1994 lag die Fehlzeitenquote in Großbritannien bei harmlos klingenden 3,6 Prozent, was einem Verlust von 177 Millionen Arbeitstagen und damit verbunden einem Leistungsausfall von mehr als 180 Milliarden Schilling entspricht.⁴³ Dies entsprach immerhin knapp 1,2 Prozent des britischen BIP im Jahr 1994.

2.8 Das Europäische Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung:

Die Organe der Europäischen Union erhielten im Rahmen des Maastrichter Vertrages die Kompetenz, in Gesundheitsfragen aktiv zu werden.⁴⁴ In der Folge forcierte die Europäische Kommission die Etablierung eines „Europäischen Netzwerkes zur betrieblichen Gesundheitsförderung“. Ziel des seit 1996⁴⁵ existierenden Netzwerkes ist es, die in den einzelnen EU-Staaten vorhandenen Informationen, Konzepte und Erfahrungen zu sammeln und allen Interessierten zugänglich zu machen. Mit der Administration wurde die Bundesanstalt für Arbeitsschutz in Dortmund beauftragt. In den Mitgliedstaaten wurde jeweils eine nationale Kontaktstelle benannt, die das Sammeln der Daten, die Koordination

⁴⁰ vgl. BM für Arbeit, Gesundheit und Soziales, 1998

⁴¹ vgl. Der Gewerkschafter, 1991, S. 55

⁴² vgl. Probst / Tinhofer, 1993, S. 20

⁴³ vgl. Gründemann, 1998, S. 13

⁴⁴ vgl. Maastricht-Vertrag, Artikel 129

⁴⁵ vgl. BKK BV, 1999 (a), S. 2

der Forschung und Projekte im eigenen Land übernehmen sollte. Im Falle Österreichs ist dies die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse.⁴⁶

Zu den **Aufgaben des Netzwerkes** zählt:⁴⁷

- im öffentlichen Bewusstsein allgemein und im speziellen bei den Schlüsselpersonen (in den Betrieben, Institutionen, aber auch in der Politik) ein Bewusstsein für Gesundheit und betriebliche Gesundheitsförderung zu schaffen,
- das Ermitteln und Verbreiten von Beispielen vorbildlicher Praxis,
- Leitfäden zu entwickeln, sowie
- die besonderen Anforderung der Klein- und Mittelunternehmen zu berücksichtigen.

2.9 Gesundheitsförderung durch die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse

Mit der 50. Novellierung des ASVG wurden die Sozialversicherungsträger 1992 gesetzlich zu betrieblicher Gesundheitsförderung verpflichtet.⁴⁸ Erste sichtbare Auswirkung dieser Verpflichtung war das weiter unten beschriebene Pilotprojekt bei der Firma Landesverlag-Linz, welches bereits im Jahr 1993 unter Führung der OÖGKK gestartet wurde.⁴⁹

Es gibt **drei Arten von Prävention**.⁵⁰

- *Tertiärprävention* setzt bei einer fortgeschrittenen Krankheit oder Verletzung ein und soll ein Fortschreiten der Krankheit oder das Einsetzen von Spätkomplikationen vermeiden. Gezielte Rehabilitation soll dem Patienten helfen, die entstandenen Schäden so gut als möglich bewältigen zu können.
- *Sekundärprävention* meint die Früherkennung von Erkrankungen. Sogenannte Screening-Untersuchungen sollen den Medizinern Hinweise auf entstehende Krankheiten geben, noch bevor sich für den Patienten erste Symptome zeigen. Dies ist natürlich dann sinnvoll, wenn die Behandlung im Frühstadium leichter oder erfolgversprechender ist. Beispiele dafür wären etwa degenerative Krankheiten.

⁴⁶ vgl. Meggeneder, 1997 (b), S. 67ff

⁴⁷ vgl. Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der EU, 1997

⁴⁸ vgl. Oberchristl, 1997, S. 11

⁴⁹ vgl. Mayer, 1997, S. 186

⁵⁰ vgl. Elsigan / Meggeneder, 1999, S. 32

- *Primärprävention* betrifft gesunde Menschen. Dabei soll vermieden werden, dass sie erkranken, und wenn möglich soll ihre Gesundheit weiter gestärkt werden. Dies kann nun spezifisch in Form etwa von Schutzimpfungen erfolgen, oder unspezifisch durch gesunde Ernährung oder das Ausschalten von gesundheitsschädigenden Umwelteinflüssen. Gesundheitsförderung ist also eine Form der Primärprävention.

Die OÖGKK starteten ihre Tätigkeit im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung – wie schon erwähnt – 1993 mit dem Pilotprojekt beim Landesverlag-Linz. Dabei orientierte sie sich an den Erfahrungen der deutschen Betriebskrankenkassen, welche in zahlreichen Publikationen des Dachverbandes der BKKs gut dokumentiert sind. In Zusammenarbeit mit dem Arbeitskreis „Arbeitsbelastungen und Gesundheitsverschleiß“ der Landesexekutive Oberösterreich, in dem BetriebsrätInnen, GewerkschaftssekretärInnen und ArbeiterkammerreferentInnen tätig sind, wurde das Unternehmen ausgewählt. Es wurde darauf Wert gelegt, dass das Thema „Gesundheit am Arbeitsplatz“ im Unternehmen schon vor Beginn des Projektes aktuell war, das heißt, dass auch schon vorher Aktivitäten in diesem Bereich gesetzt worden sind. Die Finanzierung übernahm zu einem Grossteil die OÖGKK, auch das Bundesministerium für Gesundheit und Konsumentenschutz und der Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger beteiligten sich an den Kosten. Das Unternehmen selbst hatte nur einen relativ bescheidenen Beitrag zur Organisation des Projektes zu leisten. Nicht mitgerechnet sind dabei aber Kosten für Arbeitszeit der MitarbeiterInnen im Gesundheitszirkel sowie für die Umsetzung der Maßnahmen, welche natürlich das Unternehmen zu tragen hatte.

Nach Abschluss des Pilotprojektes wurde versucht, aus den gewonnenen Erfahrungen möglichst allgemeingültige Schlüsse zu ziehen. Obwohl etwa in Deutschland die Betriebskrankenkassen über reichhaltige Erfahrungen mit der Durchführung von betrieblicher Gesundheitsförderung haben, ist in Österreich auf Grund der überwiegend klein- und mittelbetrieblichen Struktur der Wirtschaft eine etwas andere Vorgehensweise gefragt.⁵¹ Diesem Umstand wurde bei der Auswahl des Unternehmens für das Pilotprojekt auch insofern Rechnung getragen, als die Firma Landesverlag-Linz mit 80 Beschäftigten zum Zeitpunkt des Projektes zwar kein Kleinbetrieb, aber auch alles andere als ein Grossbetrieb war.⁵² Erwähnenswert wäre schließlich noch, dass dieses Projekt in der Folge als „Beispiel guter

⁵¹ vgl. Elsigan / Meggeneder, 1999, S. 33f

⁵² vgl. BKK BV 1999 (b), S. 52

Praxis“ in einschlägigen Publikationen des Europäischen Netzwerks zur betrieblichen Gesundheitsförderung erwähnt wurde.

2.10 Welche Fähigkeiten braucht ein/e Gesundheitsförderer/in?

Es gibt nach Lobnig⁵³ **drei zentrale Kompetenzfelder**, die für Gesundheitsförderung entscheidend sind:

- die *medizinische Kompetenz*, um gesund- und krankmachende Faktoren im jeweiligen Setting (z. B. Betrieb) identifizieren und analysieren zu können,
- *Interventionskompetenz* im Hinblick auf Organisations- oder auch Netzwerkentwicklung und
- *Projektkompetenz*: Planung, Budgetierung, Controlling, Evaluation von Projekten durchführen zu können.

Die Entwicklung und Vermittlung solcher Kompetenzen kann über Newsletter, Projektdatenbanken, Leitfäden, aber auch über Workshops und Konferenzen erfolgen. In diesem Zusammenhang wird – wie schon weiter oben erwähnt – das „Europäische Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung“ tätig. Neben den Fähigkeiten der handelnden Personen gibt es aber auch formale Kriterien und Abläufe, die über Erfolg oder Misserfolg betrieblicher Gesundheitsförderung entscheiden. Im folgenden Kapitel soll nun zuerst auf die Charakteristika „guter“ betrieblicher Gesundheitsförderung hingewiesen werden, später werden der optimale Verlauf eines Projektes und schließlich die Qualitätskriterien dargestellt. Wie es um die praktische Anwendbarkeit und Bedeutung dieser Kriterien und Abläufe steht, soll dann im Kapitel 5 analysiert werden.

⁵³ vgl. Lobnig, 1999, S. 65

3. Betriebliche Gesundheitsförderung

3.1 Charakteristika „guter“ betrieblicher Gesundheitsförderung

Die deutschen Betriebskrankenkassen waren – zumindest in Europa – Pioniere im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung. Die von ihnen entwickelten Qualitätskriterien gelten auch in Österreich immer noch als Leitlinie für Gesundheitsförderungsprojekte⁵⁴ und wurden auch in der „Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der EU“ erneut herausgestrichen. Ob alle diese Kriterien gleich bedeutend sind oder ob einzelnen weniger Gewicht zukommt als anderen, darauf soll im Kapitel 5 Bedacht genommen werden. Die folgende Aufzählung erfolgt jedenfalls ohne Rangfolge und Gewichtung:

- Gesundheitsförderung kann nur dann wirklich funktionieren, wenn sie sich an die betrieblichen Strukturen und Abläufe anpasst. Auch darf Gesundheitsförderung nicht als Alibihandlung betrieben werden, sollen die gewünschte Effekte erzielt werden. Die Idee, die hinter Gesundheitsförderung steckt, muss Teil der „**corporate identity**“ werden. **Kontinuität** ist für den langfristigen Erfolg unverzichtbar.
- Gesundheitsförderungsprojekte sind in streng hierarchisch aufgebauten Betrieben schwerer durchzuführen, als in solchen, wo viel in Gruppen gearbeitet wird. Wirklich erfolgreich wird ein Projekt nur dann sein können, wenn es gelingt, über **Fachrichtungen** (Arbeitsmedizin, Sicherheitstechnik, Sportpädagogik, Ernährungswissenschaft, ...) und **Hierarchien** hinweg **zusammenzuarbeiten**. Es hat sich als sinnvoll erwiesen, die gesetzlich ohnehin verpflichtenden Arbeitsplatzevaluierungen mit den Grundsätzen von Gesundheitsförderung zu verbinden. Das Miteinbeziehen von Betroffenenkompetenz und die breite Zusammenarbeit zwischen Geschäftsleitung, ArbeitnehmerInnen, Arbeitsmedizin und Sicherheitstechnik führt zu weitaus besseren und tiefgreifenderen Veränderungen, als dies bei stur nach Vorschrift durchgeführter Evaluierung der Fall wäre. Auch können Probleme, die sich im Zusammenhang mehrerer Arbeitsplätze ergeben, leichter bewältigt werden, als wenn jeder Arbeitsplatz isoliert betrachtet wird.⁵⁵
- Unumgänglich ist auch eine ausführliche **Ist-Analyse**. Nur, wenn die anstehenden Probleme wirklich bekannt sind, können Lösungen gesucht werden.

⁵⁴ vgl. Meggeneder, 1999, S. 29ff

⁵⁵ vgl. Elsigan / Rödhammer, 1999, S. 175

- Gesundheitsförderung verursacht Kosten, die zu rechtfertigen sind. Dies ist nur möglich, wenn schon zu Beginn **klare Ziele** festgesetzt werden, die es dann zu erreichen gilt. Es zählen nur harte Fakten: Die Verbesserung des Gesundheitszustandes der Belegschaft ist nur schwer zu bewerten. Eine Senkung der Fehlzeiten um 2 Prozentpunkte etwa lässt sich hingegen eindeutig überprüfen.⁵⁶
- Wie schon erwähnt, hängt die Gesundheit eines Menschen von vielen verschiedenen Einflüssen ab. Sie können physischer, psychischer oder sozialer Natur sein. Nur ein **ganzheitlicher**, das heißt alle drei Ebenen berücksichtigender Ansatz, wird den größtmöglichen Erfolg bringen.
- Entscheidend für den Erfolg ist auch, in wieweit es gelingt, die Belegschaft für die Mitarbeit im Projekt zu begeistern (**Partizipation**). Am besten kann dies erreicht werden, wenn die Belegschaft, und / oder ihre VertreterInnen, von Anfang an in die Planung eingebunden werden und alle Ebenen des Betriebs ausreichend über Sinn und Zweck sowie Verlauf des Projektes informiert werden.
- Partizipation ist deshalb so wichtig, weil das Nutzen und Stärken der **Betroffenenkompetenz** ein Pfeiler der betrieblichen Gesundheitsförderung ist. Jeder kennt seinen Arbeitsplatz selbst am besten und weiß in der Regel genau, wo die Probleme liegen. Die Aufgabe ist es nun, gemeinsam mit Experten sinnvolle Lösungen zu finden. In unserer Gesellschaft werden die Begriffe Gesundheit / Krankheit sehr stark von der Medizin dominiert, die Ärzte sind in der Regel die Entscheidungsträger, sie werden auch als „gate-keeper“ bezeichnet.⁵⁷ Bei körperlichen Beschwerden wird – in der Regel – ein Arzt konsultiert. Er entscheidet über die weitere Vorgangsweise, und hat damit nicht nur Einfluss auf die Gesundheit des Patienten / der Patientin, sondern auch über die Verwendung der vom Gesundheitssystem zur Verfügung gestellten Ressourcen.⁵⁸ In der betrieblichen Gesundheitsförderung wird ein etwas anderer Weg beschritten: Es soll die fachliche Kompetenz eines Mediziners mit der arbeitsplatzspezifischen Betroffenenkompetenz vernetzt werden, um Gesundheitsprobleme oder –gefährdungen möglichst umfassend analysieren und beseitigen zu können.
- Als Ergebnis sollte dann eine **gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung** verwirklicht sein.

⁵⁶ vgl. Lobnig, 1999, S. 55

⁵⁷ vgl. Badelt / Österle, 1998, S. 30f

⁵⁸ vgl. Badelt / Österle, 1998, S. 42

- In den einzelnen Gremien (z. B. Gesundheitszirkel) ist für eine **offene Gesprächsatmosphäre** zu sorgen. Die **Moderation** ist in diesem Zusammenhang von immenser Bedeutung und sollte daher nur jemandem mit geeigneter Qualifizierung übertragen werden. Gesundheitsförderung wird in den meisten Fällen ohnehin mit außerbetrieblichen Partnern durchgeführt (z. B. Gebietskrankenkasse), die in der Regel eine/n qualifizierte/n ModeratorIn stellen können.
- Gerade bei größeren Betrieben mit mehreren Abteilungen und unterschiedlichen Tätigkeitsgruppen sollte bereits in der Planung unterschieden werden. Es kann nicht sinnvoll sein, etwa ArbeiterInnen aus der Produktion und Angestellte aus der Planung über einen gemeinsamen Kamm zu scheren. **Zielgruppenorientierung** ist hier ein absolutes Muss.
- **Öffentlichkeitsarbeit** ist etwas, das zwar von immenser Wichtigkeit ist, von vielen Betrieben aber vernachlässigt wird. Alleine der Prestigegewinn, der mit erfolgreicher Gesundheitsförderung zu erzielen ist, ist nicht zu unterschätzen.
- Auch der **Evaluation** der Gesundheitsförderungsprojekte schenken die meisten Unternehmen zu wenig Beachtung. Ohne Effizienzbeurteilung haben es die Entscheidungsträger aber sehr schwer, eine Kosten-Nutzen-Rechnung aufzustellen. Auch die Weiterentwicklung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen ist schwer, wenn bestehende Schwächen nicht bekannt sind.

3.2 Modellhafter Verlauf eines betrieblichen Gesundheitsförderungsprojektes:⁵⁹

Das in der deutschsprachigen Literatur vorherrschende Modell der betrieblichen Gesundheitsförderung wird nun folgend vorgestellt. In **Übersicht 1** werden die Stationen des Verlaufs aufgelistet, daran anschließend werden einzelne Punkte näher beleuchtet:

Übersicht 1: Modellhafter Verlauf eines BGF-Projektes:⁶⁰

1. *Vertrag* zwischen Geschäftsleitung, Betriebsrat und externen Partnern über Laufzeit, Aufgabenverteilung, Ziele, ... des Projektes;
Einrichtung eines Gesundheitsausschusses (*Steuerungsgruppe*)

⁵⁹ vgl. Meggeneder, 1998, S. 63

⁶⁰ vgl. HV SozVersT, 1996, S. 50

2. *Ist-Zustandsanalyse:*

- aktivierende Befragung (vor Beginn der Hauptphase vom BR durchzuführen)
- Fehlzeitenanalyse, Analyse der Unfallerehebungsprotokolle und der Berichte des Sicherheitsausschusses
- Arbeitsplatzbeschreibungen, Betriebsbegehungen
- chemische und physikalische Messungen an Arbeitsplätzen, arbeitsmedizinische Untersuchungen der Beschäftigten
- Bestandsaufnahme chemischer Arbeitsstoffe

3. *Verwertung der Analyseergebnisse:*

- Veröffentlichung im Gesundheitsbericht
- Dokumentation sämtlicher im Betrieb verwendeter Arbeitsstoffe, Erstellen von Informationsmaterial für den richtigen Umgang mit gesundheitsgefährdenden Stoffen
- Beschluss über weitere Vorgehensweise (noch mehr Information sammeln oder bereits erste Verbesserungsmaßnahmen setzen)

4. *Gesundheitszirkel*

5. *Umsetzung der erarbeiteten Verbesserungsvorschläge, Erarbeiten eines Maßnahmenkatalogs bestehend aus verhaltens- und verhältnisorientierten Maßnahmen:*

- technische Maßnahmen: z.B. neue Filteranlage, neue Maschinen
- Einsatz von Ersatzstoffen: z. B. biologische Reinigungsmittel
- Kantinenprogramm zur gesünderen Ernährung
- Einführung eines „Kurzpausen-Bewegungsprogramms“
- Ausbildung von Moderatoren für das Kurzpausenprogramm

6. *Evaluierung der Arbeit in den Zirkeln sowie der Umsetzung*

7. *Neuerliche Erhebung arbeitsumwelt- und gesundheitsrelevanter Daten*

8. *Veröffentlichung im zweiten Gesundheitsbericht*

3.2.1 Zielvereinbarung

Am Beginn jedes betrieblichen Gesundheitsförderungsprojektes sollte eine Vereinbarung zwischen Geschäftsleitung, Betriebsrat und – soweit von den beiden unterschiedlich – Projektträgern abgeschlossen werden.⁶¹ Es geht dabei um eine erste Kompetenzfestlegung und um die angestrebten Ziele. Damit soll vermieden werden, dass von Beginn an Missverständnisse über Zweck und Ziel des Projektes bestehen, die vielleicht lange Zeit latent „dahinschlummern“, um dann für umso größere Verwirrung und Unmut unter den Beteiligten zu sorgen. Vor allem, wenn sich der Betrieb die Kosten mit externen Partnern (KV-Träger) teilt ist es ratsam, zu Beginn einen Vertrag aufzusetzen, der genaue Vereinbarungen über die Projektdauer, die Organisationsstruktur des Projekts, die Inhalte, die zu verwendenden Instrumente und natürlich über die zu Verfügung stehenden Ressourcen (insbesondere finanzieller Natur) enthält.⁶²

3.2.2 Ist-Analyse

Übersicht 2 zeigt im Anschluss an dieses Unterkapitel die einzelnen Instrumente der Ist-Analyse. Nun sollen einzelne Stationen auf dem Weg zu einer umfassenden Bestandsaufnahme der gesundheitsrelevanten Einflussfaktoren näher erläutert werden:⁶³ Die Analyse beginnt mit „einfachen“ Statistiken: krankheitsbedingte Fehlzeiten, auf Abteilungen aufgeschlüsselt, Krankenstandsdaten, Gesundheitszustand der Beschäftigten (soweit betriebsärztliche Aufzeichnungen verfügbar sind). Viele in diesem Zusammenhang wichtige Daten sind auf Anfrage bei der Gebietskrankenkasse oder der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) erhältlich.⁶⁴ Die Auswertung ist allerdings mit einigen Problemen behaftet: Für die Auswertung ist nicht nur Erfahrung in empirischer Sozialforschung und statistischer Methodenlehre erforderlich, in Deutschland hat man außerdem die Erfahrung gemacht, dass Krankenstandsanalysen erst ab einer Betriebsgröße von 200 Beschäftigten statistisch sinnvoll durchzuführen sind. Bei kleineren Betrieben wird man auch was die Anonymisierung betrifft auf Grenzen stoßen. Für Österreich mit seiner klein- und mittelbetrieblichen Struktur sind das keine besonders guten Voraussetzungen. Es ist also abzuklären, ob nicht eine Befragung (siehe „Mitarbeiterbefragung“, Kapitel 3.2.3) besser geeignet ist, um gesundheitsbezogene Probleme aufzuspüren.⁶⁵ Neben den Daten für

⁶¹ vgl. HV SozVersT, 1996, S. 50

⁶² vgl. HV SozVersT, 1996, S. 51f

⁶³ vgl. Meggeneder, 1997 (c), S. 188

⁶⁴ vgl. Mair / Leodolter, 1998, S. 52ff

⁶⁵ vgl. HV SozVersT, 1996, S. 71

den eigenen Betrieb können auch jene der ganzen Branche oder des ganzen Landes angefordert werden, um einen besseren Überblick zu erhalten, wo man eigentlich steht. So wird dann also etwa die Krankenstandsquote des eigenen Unternehmens mit dem Durchschnitt der Branche oder dem Landesdurchschnitt verglichen. Dieser Vorgang des Vergleichs einzelner oder mehrerer Indikatoren wird in der Literatur als „Benchmarking“ bezeichnet.⁶⁶ Alle diese Daten sind natürlich – in Absprache mit dem Betriebsrat – vor der Analyse zu anonymisieren. Sie dürfen nur für die betriebliche Gesundheitsförderung verwendet werden. Es ist also sicherzustellen, dass sie nicht zu anderen Zwecken missbraucht werden.⁶⁷

In der Folge sollten dann einzelne Problembereiche, die sich bereits herauskristallisiert haben, genauer untersucht werden. Dies kann in Form einer Begehung (Lokalaugenschein) etwa durch Befragung der MitarbeiterInnen erfolgen. Um wirklich gezielt und effizient arbeiten zu können, müssen die Problembereiche schon zu Beginn ganz klar erfasst und die Adressaten der Maßnahmen klar definiert werden. Die Ressourcen werden in der Regel ziemlich knapp bemessen sein, sowohl in Bezug auf Arbeitszeit als auch auf finanzielle Mittel, man sollte also vorrangig jene Maßnahmen setzen, die jene Beschäftigte mit dem größten Interventionsbedarf beziehungsweise jene mit dem größten präventiven Potential betreffen.⁶⁸ Dabei ist es natürlich sinnvoll, auf bereits im Betrieb bestehendes (sei es nun gesundheitsbezogenes oder „nur“ Kommunikationsstrukturen) zurückzugreifen und in das Projekt zu integrieren.⁶⁹ Sobald in dieser Phase die ersten Zielgruppen und die angestrebten Verbesserungen festgelegt werden, kann damit begonnen werden, entsprechende Bewertungsmaßstäbe zu erarbeiten.⁷⁰

⁶⁶ vgl. Noack, 1998, S. 34

⁶⁷ vgl. HV SozVersT, 1996, S. 68

⁶⁸ vgl. HV SozVersT, 1996, S. 67

⁶⁹ vgl. HV SozVersT, 1996, S. 67

⁷⁰ vgl. HV SozVersT, 1996, S. 67

Übersicht 2: Diagnoseinstrumente zur Erhebung des Ist-Zustands:⁷¹

<ul style="list-style-type: none">• <i>Statistische Auswertung</i> gesundheitsbezogener Daten aus dem Betrieb und/oder vom Krankenversicherungsträger: Fehlzeitenanalyse, Analyse der anonymisierten medizinische Daten in Bezug auf Arbeitsunfähigkeitsfälle, ...
<ul style="list-style-type: none">• <i>Analyse</i> von technischen, organisatorischen, gesundheitsbezogenen, ... Arbeitsplatzbeschreibungen
<ul style="list-style-type: none">• <i>Arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Betriebsbegehungen:</i> Schwachstellenanalyse der Arbeitsplätze, des Beschäftigtenverhaltens, der Arbeitsorganisation, ...
<ul style="list-style-type: none">• <i>Aktivierende Befragung:</i> Interviews/schriftlich, nicht-repräsentativ/mit standardisiertem Fragebogen, anonym/Einzelinterviews
<ul style="list-style-type: none">• <i>Arbeitsmedizinische Untersuchungen</i>
<ul style="list-style-type: none">• <i>Physikalische und chemische Messungen</i> durch Organe der AUVA: Lärm-, Staub-, Schadstoffmessungen, ...
<ul style="list-style-type: none">• <i>Auswertung weiterer Unterlagen, Gespräche, Daten des Arbeits- und Unfallschutzes:</i> Unfallerhebungsprotokolle, Protokolle des Arbeitsschutzausschusses, betrieblicher Gesundheitsbericht, Bestandsaufnahme chemischer Arbeitsstoffe, Expertengespräche bzw. –hearings, ...
<ul style="list-style-type: none">• <i>Einsatz spezieller Instrumente:</i> Arbeitsbewältigungsindex (mit Fragebogen), zur Erhebung der Arbeitsbewältigungsunfähigkeiten (auf individueller, Abteilungs-, Unternehmens- und eventuell auch Branchenebene)

⁷¹ vgl. HV SozVersT, 1996, S. 69

3.2.3 Mitarbeiterbefragung

Die Durchführung einer Befragung soll nicht nur dazu beitragen, den Gesundheitszustand der Belegschaft sowie bekannte Problemstellen aufzuzeigen, weiters werden die MitarbeiterInnen durch die Befragung veranlasst, über ihre Gesundheit im allgemeinen, aber auch über besondere Gesundheitsrisiken in ihrer Arbeitsumwelt nachzudenken. Die Belegschaft sollte im Zuge der Befragung über das Projekt informiert werden, durch die Befragung soll deutlich gemacht werden, dass dies keine rein „von oben“ ausgedachte Aktion sein wird, sondern dass es wirklich um die ArbeitnehmerInnen und ihre Gesundheit geht. Die MitarbeiterInnen müssen über die Grundsätze der betrieblichen Gesundheitsförderung informiert werden, also etwa, dass ihre Kritik an gesundheitsgefährdenden Zuständen nicht nur erlaubt, sondern sogar ausdrücklich erwünscht ist. In der Folge müssen die Ergebnisse natürlich umgesetzt werden, den Beschäftigten muss klar gemacht werden, dass ihre Meinung zählt und auch danach gehandelt wird, sonst wird der weiteren Arbeit der Gesundheitsförderungsgruppe wohl wenig Unterstützung seitens der Belegschaft zuteil werden. Bei schriftlichen Befragungen muss bei Gestaltung der Fragebögen und insbesondere bei der Formulierung der einzelnen Fragen auf die Eigenschaften und die Fähigkeiten auf die Befragten Rücksicht genommen werden. Da aber der zeitliche Aufwand (sowohl was die Durchführung, als auch was die Auswertung anbelangt) weitaus geringer ist, wird man sich, vor allem bei größerem Umfang der Befragung, für die schriftliche Variante entscheiden. Interviews lassen mehr Spielraum für individuelle Kommunikation, hier ist die Qualität aber stark vom / von der InterviewerIn abhängig. Diese/r sollte das volle Vertrauen der Befragten genießen, ansonsten wird er/sie keine „ergiebigen“ Auskünfte bekommen.⁷²

3.2.4 Gesundheitsbericht

Damit aus den gesammelten Daten auch wirklich ein Gesundheitsbericht entstehen kann, und es nicht bei einem „Krankheitsbericht“ bleibt, hat die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse gemeinsam mit dem oberösterreichischen Landesverlag ein Modell entwickelt: inner- und überbetriebliche Fachleute entwerfen auf Basis der gesammelten Daten eine „Belastungslandkarte“ für den untersuchten Betrieb – im Hinblick auf physikalische, chemische, körperliche, psychosoziale und organisatorische Belastungen. Es wurde also auf einem Plan der Räumlichkeiten der Druckerei die unterschiedlichen Belastungen

⁷² vgl. HV SozVersT, 1996, S. 80f

eingezeichnet. Der Gesundheitszirkel nimmt dies als Grundlage für seine Aufgabe, für die einzelnen Belastungen nun gezielt Lösungsvorschläge zu erarbeiten, welche dann in Form weiterer Gesundheitsberichte allen MitarbeiterInnen zugänglich gemacht werden sollen.⁷³

3.2.5 Zielsetzung und Kompetenzabklärung

Noch bevor die Arbeit in den Zirkeln beginnt, sollten konkrete Ziele festgelegt werden. Über diese Ziele sollte ein Grundkonsens zwischen ArbeitgeberInnen(vertreterInnen) und ArbeitnehmerInnen(vertreterInnen) herrschen, andernfalls wird die Umsetzung der Gesundheitsförderungsmassnahmen erschwert oder nicht zu den gewünschten Erfolgen führen⁷⁴ Nur so kann wirklich effizient gearbeitet und der Erfolg später kritisch hinterfragt werden. Wenn betriebliche Gesundheitsförderung mit anderen Institutionen gemeinsam durchgeführt wird, so sollte in sowohl in den einzelnen Institutionen als auch in den gemeinsamen Gremien von Anfang an klar definiert sein, wer welche Kompetenzen hat.⁷⁵ Dies kann Missverständnisse, Verzögerungen und Ärger für alle Beteiligten ersparen helfen.

3.2.6 Die Steuerungsgruppe

Im ursprünglichen Modell der Gesundheitsförderung war keine Steuerungsgruppe vorgesehen. Die Umsetzung sollte bereits im Gesundheitszirkel erledigt werden. Dies hat sich aus verschiedenen Gründen nicht immer bewährt, spätestens aber bei homogen aus der Belegschaft gebildeten Gesundheitszirkeln war aber alleine von den Umsetzungskompetenzen her die Grenze. Auf jeden Fall in der Steuerungsgruppe vertreten sein sollten von der Arbeitgeberseite die Geschäftsleitung und bei größeren Unternehmen die betroffene Betriebsleitung sowie die Personalabteilung, von der Arbeitnehmerseite der/die Betriebsrat(svorsitzende), weiters die innerbetrieblichen Präventivdienste (ArbeitsmedizinerIn, Sicherheitsfachkraft, Umweltbeauftragte/r) sowie VertreterInnen der KV-Träger, die eventuell die Moderation übernehmen könnten. Die Steuerungsgruppe fungiert also als Kopf der Organisation „Gesundheitsförderung“, dementsprechend sind auch hier alle weiter oben aufgeworfenen Fragen der Festlegung des Arbeitsfelder, der Zielsetzung und der Kompetenzabklärung zu treffen.⁷⁶

⁷³ vgl. Geissler / Niedl, 1997 (a), S. 113

⁷⁴ vgl. Kuhn, 1997, S. 32

⁷⁵ vgl. Der Gewerkschafter 1991, S. 56

⁷⁶ vgl. Atzler / Kiesewetter / Kohlbacher, 1998, S. 67f

Übersicht 3: Vorgangsweise der Steuerungsgruppe⁷⁷

1. Einigung auf Grundkonsens bezüglich *Ziele und Zielgruppen*
2. Analyse der *Rahmenbedingung* und Aufbau von *Kooperationen* im betrieblichen Umfeld
3. Festlegung der *ersten konkreten Schritte* (z. B. welche Abteilung beginnt mit dem Projekt)
4. *Ist-Zustandsanalyse*: Ermittlung der Instrumente, Verfahren und der mit der Durchführung betrauten Personen
5. *Auswahl der weiteren Prioritäten und Zielvorgaben* anhand der Ist-Analyse, bis hin zur *Entwicklung konkreter Vorschläge* und – im Idealfall – eines *integrierten Maßnahmenpakets*
6. *Umsetzung* der geplanten Maßnahmen (mit kurz-, mittel- und langfristigen Zielen) veranlassen
7. *Beratende Funktion* bei der Maßnahmenumsetzung
8. *Beobachtung und Bewertung* der Wirksamkeit der beschlossenen Maßnahmen, sowie Umsetzung dieser Erfahrungen bei der weiteren Arbeit am Projekt

3.2.7 Der Gesundheitszirkel

Ein Gesundheitszirkel wird typischerweise für bestimmte Abteilungen oder Beschäftigtengruppen eingerichtet. Die Teilnahme sollte allen betroffenen Beschäftigten möglich sein, in der Praxis wählen entweder der Betriebsrat oder auch die Belegschaftsversammlung die Teilnehmer aus.⁷⁸ Die Sitzungen finden während der Arbeitszeit im Ein- oder Zwei-Wochenrhythmus statt und dauern ungefähr zwei Stunden. Neben zeitlicher ist auch personelle Kontinuität von ausgesprochener Wichtigkeit. Dies sollte bei der Erstellung von Urlaubs- und Dienstplänen berücksichtigt werden. Der/die ModeratorIn hat für eine offene aber doch zielgerichtete Gesprächsatmosphäre zu sorgen.⁷⁹ Der Zirkel kann, je nach Art der anstehenden Probleme, durch überbetriebliche Experten, etwa für Arbeitssicherheit oder Arbeitsmedizin, ergänzt werden. Dies kann aber auch dazu führen, dass die eigentlich zu fördernde „Betroffenenkompetenz“ etwas in den Hintergrund gedrängt wird.⁸⁰ Ob homogene Gruppen oder Gruppen mit Vertretern aller

⁷⁷ vgl. HV SozVersT, 1996, S. 63

⁷⁸ vgl. Atzler / Kiesewetter / Kohlbacher, 1998, S. 59

⁷⁹ vgl. Atzler / Kiesewetter / Kohlbacher, 1998, S. 59

⁸⁰ vgl. Atzler / Kiesewetter / Kohlbacher, 1998, S. 58

Betriebshierarchien besser sind, hängt von der jeweiligen Betriebssituation ab.⁸¹ Auf jeden Fall muss der Zirkel irgendwie in die Entscheidungsstruktur des Unternehmens integriert werden.⁸² Der Gesundheitszirkel legt Verbesserungsvorschläge vor, die dann entweder die Steuerungsgruppe oder, was aber gegen das Gebot der Mitarbeiterbeteiligung steht, die Unternehmensleitung selbst umzusetzen hat.⁸³

3.2.8 Umsetzung

Hier kommt nun wieder die Steuerungsgruppe zum Zug. Es ist wichtig, dass ein für alle tragfähiger Konsens gesucht wird. Die Moderation hat die Aufgabe, sozusagen als „Geburtshelfer“ zu agieren.⁸⁴ Die Steuerungsgruppe hat zu begründen, warum sie einzelne, vom Gesundheitszirkel vorgeschlagene Maßnahmen nicht umsetzt.⁸⁵ Dadurch soll vermieden werden, dass einzelne Vorschläge einfach „unter den Tisch fallen“. Es ist sinnvoll, die Belegschaft auch in diese Phase der Gesundheitsförderung aktiv einzubeziehen. Erstens sehen sie dann die Schwierigkeiten (technischer oder betriebsorganisatorischer Art etwa) selbst, die möglicherweise bei der Umsetzung auftauchen können. Andernfalls würde in vielen Fällen sofort ein Misstrauen gegenüber den Verantwortlichen einsetzen, dass diesen der Wille zur Umsetzung fehle.⁸⁶ Ein zweiter Vorteil der Partizipation der Belegschaft ist, dass auch hier die Betroffenenkompetenz, also die genauen Kenntnisse des eigenen Arbeitsplatzes, nicht zu unterschätzen sind.

3.2.9 Kosten-Controlling

Neben den Zielvorgaben sollte auch relativ früh im Projektablauf ein verbindliches Budget aufgestellt werden. Wie dieses Budget nun endgültig verwendet wird, ist Sache der Steuerungsgruppe, unterliegt also – in der Regel – nicht der alleinigen Macht der Unternehmensleitung, die ja zumindest einen großen Teil des Budgets beisteuern wird. Wie bei jedem betrieblichen Projekt sind auch hier betriebswirtschaftliche Grundsätze einzuhalten, es empfiehlt sich also ständiges Vergleichen zwischen vorveranschlagten und tatsächlichen Kosten.⁸⁷ Dies sollte eigentlich eine Selbstverständlichkeit sein, Beispiele aus der Praxis belegen aber, dass man gar nicht oft genug auf die Notwendigkeit hinweisen kann. Einen

⁸¹ vgl. Atzler / Kiesewetter / Kohlbacher, 1998, S. 70f

⁸² vgl. Grossmann, 1998, S. 26ff

⁸³ vgl. Jungwirth, 1999, S. 104

⁸⁴ vgl. Der Gewerkschafter 1991, S. 60

⁸⁵ vgl. Meggeneder, 1998, S. 66

⁸⁶ vgl. Der Gewerkschafter 1991, S. 63

⁸⁷ vgl. HV SozVersT, 1996, S. 44

Grossteil der Kosten bei Gesundheitsförderungsprojekten verursacht normalerweise das Personal, da die Gremien (Steuerungsgruppe, Gesundheitszirkel) in der Regel während der Arbeitszeit zusammentreffen. Dazu kommt dann noch eventuell ein/e externe/r ModeratorIn für den Gesundheitszirkel. Die Umsetzung der Verbesserungsvorschläge ist oft (wenn nicht teure Maschinen angeschafft werden müssen) weitaus weniger kostenintensiv als im Vorfeld erwartet wird, da die Belegschaft in der Regel schon davon ausgeht, dass nicht allzu viel Geld zur Verfügung steht. Deshalb suchen sie meist nach besonders günstigen und einfachen Verbesserungsmöglichkeiten. Nicht gespart werden sollte aber auch bei den Begleitmaßnahmen, wie Publikationen oder Veranstaltungen. Genauere Ausführungen dazu finden sich in den Kapitel 3.2.11 bzw. 3.2.12.⁸⁸

3.2.10 Evaluation

Evaluation ist die Bewertung der geleisteten Arbeit genauso wie der Ergebnisse. Sie ist notwendig, um noch im Prozessverlauf eventuell notwendige Optimierungen anbringen zu können. Nach Ablauf des Projektes muss kontrolliert werden, ob die angestrebten Ziele erreicht werden konnten. Dies dient der Erklärung der entstandenen Kosten: Es muss in einem Betrieb für alle anfallenden Kosten entsprechende Erträge gäben, sonst werden die Kosten in Hinkunft zu streichen sein.⁸⁹ In der Praxis gibt es bereits einige gut dokumentierte Beispiele gut durchgeführter und auch wirtschaftlich erfolgreicher Gesundheitsförderungsprojekte: Die Pinneberger Verkehrsgesellschaft mit rund 500 Beschäftigten führte eine umfassende Strukturreform durch. Im Zuge dieser Reform wurde etwa die „Vereinzelung im Fahrdienst durch Gruppenmodelle aufgehoben“, alle FahrerInnen wurden in Projektmanagement ausgebildet, wodurch sie an der Umgestaltung der Arbeitsorganisation mitarbeiten konnten. Teile des Personalwesens (v. a. Neuaufnahmen) wurden an besonders qualifizierte FahrerInnen weitergegeben, wodurch die Verwaltung verkleinert werden konnte. Wenn man nun sämtliche Kosten, für Organisation, für ergonomische Verbesserungen am Arbeitsplatz und für den Ausbau individueller Gesundheitskompetenzen zusammenzählt, erhält man eine Summe von rund DM 350.000.- Die Erträge aus Ersparnis von Fehlzeiten, von Sozialversicherung, aus Personalabbau (im Personalwesen), Hierarchieabbau und Fluktuationsminderung machen zusammen rund DM 1.750.000,- Das ergibt einen Überschuss von 1,4 Millionen DM pro Jahr.⁹⁰ Für die Gesundheitsförderung selbst ist eine Bewertung der bisherigen Arbeit ebenfalls von äußerster Wichtigkeit. Man sollte stets versuchen, aus seinen

⁸⁸ vgl. HV SozVersT, 1996, S. 56f

⁸⁹ vgl. Kuhn, 1997, S. 30

Fehlern zu lernen – dazu muss man sie aber zuerst kennen.⁹¹ Neben den harten, ökonomischen Erfolgsindikatoren sollte man aber die sogenannten weichen Faktoren, wie etwa „individuelles Wohlbefinden“ oder „Zufriedenheit mit den gesetzten Maßnahmen“ nicht vernachlässigen. Immerhin dreht sich die Gesundheitsförderung ja um den Menschen, also sollte man ihn auch bei der Endbewertung nicht ausklammern. Es empfiehlt sich in diesem Zusammenhang eine Befragung der betroffenen MitarbeiterInnen durchzuführen. Nur wenn sie der Gesundheitsförderung ein gutes Zeugnis ausstellen, hat das Projekt sein Ziel erreicht.⁹²

3.2.11 Interne Kommunikation

Es ist unbedingt notwendig, sämtliche Schritte des Projektes gut zu dokumentieren und den üblichen Informations- und Kommunikationskanälen des Unternehmens zuzuführen. Dadurch kann Druck auf die Verantwortlichen ausgeübt werden, die Umsetzung nicht zu verschleppen.⁹³ „Projekte, die nicht systematisch dokumentiert und ausgewertet werden, haben aus der Sicht der Organisation so gut wie nicht stattgefunden, auch wenn sie als Projekt selbst sehr erfolgreich waren.“⁹⁴ Die Beschäftigten im Betrieb sollten über den Fortgang des Projektes stets informiert werden. So kann sichergestellt werden, dass sie die Sinnhaftigkeit ihrer Mitarbeit erkennen und nicht durch Gerüchte verunsichert werden. Gibt es eine Betriebszeitung oder ähnliches, so ist dieses Medium natürlich ideal für die Information der Belegschaft, ansonsten könnte man eine eigene Projektzeitung herausgeben, oder zumindest Infoblätter verteilen oder Anschläge an der schwarzen Tafel aushängen.⁹⁵

3.2.12 Externe Kommunikation (Medienarbeit)

Erfolgreiche Gesundheitsförderung kann für ein Unternehmen durchaus ein werbewirksames Aushängeschild sein, nicht zuletzt durch die Nähe der Gesundheitsförderung zum Qualitätsmanagement. Erfolge, wie der weiter oben beschriebene der Pinneberger Verkehrsgesellschaft, werden sicher auch ein gewisses Medieninteresse hervorrufen, so dass es nicht allzu schwierig sein sollte, das öffentliche Interesse zu wecken.

⁹⁰ vgl. Geissler / Niedl, 1997 (b), S. 114f

⁹¹ vgl. Kuhn, 1997, S. 30

⁹² vgl. Rumpf, 1998, S. 51

⁹³ vgl. Der Gewerkschafter 1991, S. 63

⁹⁴ Grossmann, 1998, S. 31

⁹⁵ HV SozVersT, 1996, S. 75

Übersicht 4: Kommunikation muss gezielt gefördert werden:⁹⁶

- *Persönliche Kommunikation* ist für spontanes Feedback unerlässlich. So können Missverständnisse vermieden werden, und es kann von Anfang an glaubhaft gemacht werden, dass es beim BGF-Projekt nicht um die Durchsetzung einseitiger Interessen geht.
- Offenes Feedback verlangt ein Klima der *gegenseitigen Wertschätzung* und des *Vertrauens* zwischen den MitarbeiterInnen und den Vorgesetzten. Datenschutz für die Beschäftigten und Vertrauensschutz für die ArbeitgeberInnen müssen stets außer Frage gestellt sein.
- Möglichst frühe und umfassende *Information* der (betroffenen) Belegschaft über das Projekt, seine Ziele und mögliche Schwierigkeiten bei ihrer Umsetzung ist sehr hilfreich, wenn die aktive Mitarbeit der Belegschaft erwünscht wird. Gleichzeitig kann so die Verbreitung von Gerüchten weitgehend unterbunden werden.
- Die Beschäftigten müssen über den Fortgang des Projektes, vor allem über erste Teilerfolge informiert werden. Dies sichert anhaltendes Engagement am Projekt seitens der Beschäftigten.
- Es müssen *formelle Kommunikationskanäle* für das Gesundheitsförderungsprojekt geschaffen werden, wenn es in den Betriebsalltag integriert werden soll.
- Es muss immer klar gemacht werden, in wie weit Unternehmensleitung und die unmittelbaren Vorgesetzten hinter dem Projekt oder einzelnen Aktionen stehen.
- *Meinungsmacher* und Multiplikatoren sind zu *identifizieren* und als Motivationshelfer in das Projekt zu *integrieren*. Dies setzt im Kreis der Verantwortlichen (Steuerungsgruppe) Mitwirkende voraus, die über einen guten Einblick in die formellen und auch die informellen Kommunikationsprozesse des Betriebs verfügen.

⁹⁶ vgl. HV SozVersT, 1996, S. 74

3.3 Qualitätskriterien für betriebliche Gesundheitsförderung⁹⁷

Das Europäische Netzwerk zur betrieblichen Gesundheitsförderung hat auf den Grundlagen der Luxemburger Deklaration im Rahmen eines mehrjährigen Projektes sechs Qualitätskriterien formuliert. Dabei ist zu bedenken, dass diese Kriterien ein Idealmodell darstellen, welches in der Realität kaum zu erreichen sein wird. Es soll aber als Leitlinie für die Durchführung von Gesundheitsförderungsprojekten gelten, und durch ständiges Verbessern sollte eine Annäherung an das Modell erfolgen.

3.3.1 Betriebliche Gesundheitsförderung und Unternehmenspolitik

Betriebliche Gesundheitsförderung muss in die Prinzipien der Unternehmensführung einfließen und sich in den Entscheidungs- und Kommunikationsstrukturen manifestieren, um erfolgreich sein zu können. Dazu gehört, dass genügend Ressourcen (Budget, Personal, Räumlichkeiten, ...) zur Verfügung gestellt werden, dass vor allem die Unternehmensführung den Verlauf des Projektes be(ob)achtet, und dass die Weiterbildungsangebote auf die Gesundheitsförderung abgestimmt werden.

3.3.2 Personalwesen und Arbeitsorganisation

Das Übereinstimmen von Kompetenzen eines/einer Arbeitnehmers/in und Anforderungen, die sein/ihr Arbeitsplatz an ihn/sie stellt, ist ein wesentlicher Gesundheitsfaktor. Überforderung führt zu Stress, Unterforderung hemmt die Motivation, beides kann auch somatische Erkrankungen nach sich führen. Bei Übereinstimmung von Kompetenzen und Anforderungen stellt sich aber auch besonderes Wohlbefinden ein.⁹⁸ Es ist also auch Teil der betrieblichen Gesundheitsförderung dafür zu sorgen, dass alle MitarbeiterInnen soweit als möglich ihren Fähigkeiten entsprechend eingesetzt werden. Dies gilt nicht nur für die „alltägliche Arbeit“, sondern gerade auch im Rahmen der Gesundheitsförderung selbst, wo jede/r MitarbeiterIn sein/ihr Wissen und seine/ihre Fähigkeiten einbringen können sollte. Den Vorgesetzten kommt die Aufgabe zu, einerseits ihre MitarbeiterInnen zu unterstützen und auch (soweit dies möglich ist), für ein gutes Arbeitsklima zu sorgen. Die Arbeitsorganisation sollte flexibel genug sein, um die Doppelbelastung von Familie und Arbeit so gering als möglich zu halten. Nach längerer Arbeitsunfähigkeit sollte die Rückkehr an den Arbeitsplatz und die

⁹⁷ vgl. BKK BV, 1999 (a), S. 2

⁹⁸ vgl. Noack, 1998, S. 32

Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess vereinfacht werden. In diesem Zusammenhang werden oft „Rückkehrgespräche“⁹⁹ erwähnt. Diese sind aber ein heikles Thema, da es sehr auf die soziale Kompetenz des Vorgesetzten und auf das allgemeine Klima im Betrieb ankommt, ob solche Gespräche wirklich als „Hilfe zur Rückkehr“ oder doch eher als Kontrolle der Fehlzeit interpretiert werden. Jedenfalls sind solche Rückkehrgespräche, sollen sie ihren Zweck erfüllen und nicht nur zur Abschreckung dienen, mit einem erheblichen Schulungsaufwand verbunden.

3.3.3 Planung betrieblicher Gesundheitsförderung

Ein klares Konzept und ordentliche Information der gesamten Belegschaft sind für erfolgreiche betriebliche Gesundheitsförderung unumgänglich. Auch in diesem Zusammenhang wird wieder die Bedeutung einer „sorgfältigen und regelmäßig aktualisierten Ist-Analyse“ betont.

3.3.4 Soziale Verantwortung

Ein Unternehmen muss Verantwortung im Umgang mit natürlichen Ressourcen zeigen: schädliche Auswirkungen auf die Umwelt sind tunlichst zu vermeiden. Gleichzeitig kann sich das Unternehmen aktiv an gesundheitsbezogenen, sozialen oder kulturellen Initiativen beteiligen.

3.3.5 Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung

In dieses Kriterium fallen die schon weiter oben besprochenen Aufgaben der Steuerungsgruppe: Alle wesentlichen Informationen werden gesammelt und systematisch ausgewertet, es werden Zielgruppen definiert und quantifizierbare Ziele formuliert. Darüber hinaus sollte aber auch darauf geachtet werden, dass es bei der Umsetzung der Maßnahmen nicht bei einer einmaligen Aktion bleibt, sondern, dass Strukturen zur ständigen systematischen Verbesserung geschaffen werden. Weiters sollte auf einen ausgewogenen Mix aus verhalten- und verhältnisorientierten Maßnahmen Wert gelegt werden.

4.3.6 Ergebnisse betrieblicher Gesundheitsförderung

Mit der Inangriffnahme von betrieblichen Gesundheitsförderungsprojekten werden bei ArbeitgeberInnen und ArbeitnehmerInnen gewisse **Erwartungen** erzeugt:

⁹⁹ Rumpf, 1998, S. 49

- die *Kundenzufriedenheit* soll gesteigert werden, genauso wie
- die *Zufriedenheit der Beschäftigten* mit Arbeitsorganisation, Arbeitsbedingungen, Arbeitsklima, Führungsstil, den Arbeits- und Gesundheitsschutzvorkehrungen,
- *krankheitsbedingte Fehlzeiten und Arbeitsunfälle* im speziellen sollen reduziert werden,
- *Personalfluktuations* soll minimiert, *Produktivität* maximiert werden.

All diese Erwartungen müssen vor Beginn des Projektes als Ziele explizit formuliert werden und nach Umsetzung der Verbesserungen systematisch kontrolliert werden. Aus dieser Auswertung sind dann wiederum notwendige Konsequenzen zu ziehen.

4. Beispiele guter Praxis¹⁰⁰

In diesem Kapitel sollen nun einige österreichische BGF-Projekte vorgestellt werden, bei denen die Umsetzung der zuvor erläuterten Abläufe und Kriterien sehr gut gelungen war. Das europäische Netzwerk sammelt die Aktivitäten im Bereich „betriebliche Gesundheitsförderung“ in den achtzehn Mitgliedsstaaten und präsentierte die besten Projekte in einer Broschüre. Österreich beweist wiederum seine Vorreiterrolle: Mit sechs Projekten ist man hier stärker als jedes andere Land vertreten. Vier davon werden nachfolgend in Kürze erläutert. Als erstes Projekt wird jenes der Firma Landesverlag Linz präsentiert, da es auch den Beginn der betrieblichen Gesundheitsförderung und Österreich darstellte.¹⁰¹ Daran anschließend werden mit Luzenac-Naintsch und Sommerhuber zwei größere Industriebetriebe präsentiert, den Abschluss bildet die VÖEST-Alpine Stahl GmbH. Die Darstellung der betrieblichen Gesundheitsförderung in der VÖEST enthält auch exemplarisch eine Liste aller von einem der beiden Gesundheitszirkel erarbeiteten Verbesserungsvorschläge.

4.1 Landesverlag Linz

Das Unternehmen, das hauptsächlich Printmedien erzeugt, beschäftigte 1993, zum Zeitpunkt des Projektes, etwa 80 ArbeitnehmerInnen. Die Hälfte davon arbeitete im Schichtbetrieb mit Nachtdienst, ein weiteres Viertel im Schichtbetrieb ohne Nachtdienst.¹⁰²

- In der Vorprojektphase wurde bereits mit dem Marketing begonnen. Das heißt, über die Firmenzeitung wurden alle MitarbeiterInnen vom Vorhaben informiert. Auch die Projektpartner – Interessensvertretungen und die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA) – wurden unterrichtet.
- Als erster Schritt wurden zwischen Unternehmensleitung, ArbeitnehmervertreterInnen und Projektträgern die **Projektziele** vereinbart. Gleichzeitig wurde ein „**Gesundheitsausschuss**“ ins Leben gerufen, der die Funktion der Steuerungsgruppe übernehmen sollte. Ihm gehörten je zwei VertreterInnen der Geschäftsleitung und des Betriebsrates an, weiters der Sicherheitstechniker, die Betriebsärztin, der von der OÖGKK gestellte Projektleiter und ein freier Mitarbeiter, der als Projektbearbeiter die Moderation des Gesundheitsausschusses übernehmen und die Umsetzung begleiten sollte.

¹⁰⁰ vgl. BKK BV, 1999 (b), S. 52ff

¹⁰¹ vgl. Elsigan / Meggeneder, 1999, S. 34ff

- Als nächstes wurde mit der Erhebung des **Ist-Zustandes** von Arbeitsumwelt und Arbeitsbedingungen begonnen: Es wurden Arbeitsplatzbeschreibungen angelegt und arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Betriebsbegehungen durchgeführt. Es folgte die Auswertung der Krankenstandsdaten, eine aktivierende Befragung der Beschäftigten und arbeitsmedizinische Untersuchungen. Die Unfallerhebungsprotokolle und die Berichte des Sicherheitsausschusses wurden ausgewertet. Den Abschluss bildete die Analyse der chemischen Arbeitsstoffe durch Experten der AUVA sowie physikalische Messungen an einzelnen Arbeitsplätzen.
- All diese Daten bildeten die Grundlage für den ersten **Gesundheitsbericht**. Essentielle Bestandteile dieses Berichts waren aber auch die Projektbeschreibung sowie Stellungnahmen von Unternehmensleitung und Betriebsrat zu den angestrebten Zielen. Weiters wurde eine Dokumentation über alle im Betrieb verwendeten chemischen Stoffe und Infoblätter über alle gesundheitsgefährdenden Arbeitsstoffe erstellt.
- Ein wesentlicher Bestandteil des Projektes war die Durchführung von **Gesundheitszirkeln** in drei Abteilungen. Pro homogen (also aus einer Hierarchieebene stammend) besetzten Zirkel nahmen sechs bis acht ArbeitnehmerInnen an den zweistündigen Sitzungen teil.
- Es konnte eine Reihe von **Maßnahmen umgesetzt** werden, darunter etwa der nachträgliche Einbau eines Fensters in einen Kopierraum. Das Durchbrechen der Mauer wurde als deutliches Signal von der Unternehmensleitung den Beschäftigten gegenüber bewertet, die Gesundheit der ArbeitnehmerInnen wirklich ernst zu nehmen. Das Projekt blieb also nicht auf Symbolhandlungen beschränkt – schon das Fenster ist deutlich mehr als „nur“ ein Symbol: In der Druckerei sorgt ein neues Absaugsystem für geringere Staubbelastung. Dafür wurde mit dem Betriebsrat und der Arbeitnehmerschaft vereinbart, dass bei Unterschreiten entsprechender Grenzwerte Zulagszahlungen entfallen. Einzelne Arbeitsplätze, an denen besondere physische Belastungen zu bewältigen waren, wurden mit neuem, ergonomischem Arbeitsgerät ausgestattet. Ein gesundheitsgefährdendes Reinigungsmittel wurde durch ein unschädliches ersetzt. Begleitend zu diesen verhältnisorientierten wurden auch verhaltensorientierte Maßnahmen gesetzt: So stellte ein Sportwissenschaftler den Beschäftigten einige Entspannungs- und Auflockerungsübungen vor, und das Angebot der Kantine ist nun den Regeln gesunder Ernährung entsprechend.

¹⁰² vgl. BKK BV, 1999, S. 52

- Den Abschluss des Projektes sollte ein **zweiter Gesundheitsbericht** sein, in welchem bereits eine erste Beurteilung der erfolgten Maßnahmen enthalten sein soll.

4.2 Luzenac Naintsch – „Pro Fit“¹⁰³

Luzenac Naintsch ist mit seinen rund 230 MitarbeiterInnen Teil des wohl größten Bergbaukonsortiums der Welt. An vier Standorten in Niederösterreich und der Steiermark wird Talk sowohl ober- als auch untertägig abgebaut. In Zusammenarbeit mit der Versicherungsanstalt des Österreichischen Bergbaues (VADÖB) sollte ein Pilotprojekt die Möglichkeiten von betrieblicher Gesundheitsförderung im Bergbau ausloten. Der bereits bestehende Gesundheitsausschuss wurde als Steuerungsgruppe für das Projekt eingesetzt. Ihm gehören an: der Geschäftsführer, die Betriebsleiter, der Zentralbetriebsratsvorsitzende, der Betriebsarzt, der Personalleiter und die Sicherheitsfachkräfte. Die VADÖB stellte noch einen Projektleiter, einen Moderator und den leitenden Arzt.

- Die **Vorprojektphase** dauerte ungefähr drei Monate. In dieser Zeit wurden Ziele, Organisation und Zeitplan festgesetzt.
- Die **Ist-Analyse** sollte fünf Monate dauern. Dabei wurden die betriebsinternen Arbeitsschutzmassnahmen überprüft, die (anonymisierten) Krankenstands- und Medikamentendaten ausgewertet, Vorsorgeuntersuchungen, eine Risikofaktorenanalyse und schließlich eine aktivierende Befragung durchgeführt.
- Nun konnten die **Gesundheitszirkel** ihre Arbeit aufnehmen: Acht homogen besetzte Gruppen aus verschiedenen Bereichen erarbeiteten unter der Leitung des von der VADÖB gestellten Moderators insgesamt 158 Verbesserungsvorschläge. Um eine fortlaufende Verbesserung der Gesundheitssituation zu gewährleisten, sollten die Zirkel zu einer ständigen Einrichtung werden. Die Leiter der bestehenden Sicherheitszirkel wurden von der VADÖB in der Moderation eines Gesundheitszirkels ausgebildet. Da diese Zirkel heterogen besetzt sind (Betriebsleiter, Betriebsrat, Betriebsarzt, Sicherheitsfachkraft plus die Mitglieder der ersten Gesundheitszirkel) haben sie auch die notwendige Kompetenz, Verbesserungsvorschläge selbst umzusetzen.

Neben den soeben beschriebenen Maßnahmen der Verhältnisprävention wurde auch Verhaltensprävention angepeilt. Der Belegschaft und ihren Angehörigen wurde – ohne

¹⁰³ Atzler, 1999, S. 119ff

jeglichen Zwang – die Teilnahme an „Lifestyle-Workshops“ angeboten: Das sind sechstägige Aufenthalte in einer Gesundheitsvorsorgeeinrichtung der VADÖB. Im Rahmen dieser Workshops konnten sich die Teilnehmer über Themen wie Bewegung, Entspannung und Ernährung informieren lassen. Der Betrieb gab jedem/r teilnehmenden MitarbeiterIn dafür zwei zusätzliche Urlaubstage und übernahm die Finanzierung etwaiger Kinderbetreuung.¹⁰⁴ Die 158 Verbesserungsvorschläge wurden fast zur Gänze umgesetzt, auch die „Lifestyle-Workshops“ wurden gut angenommen. Die Krankheitsfälle sanken um fast 12 Prozent, die Krankenstandstage sogar um 14,6 Prozent.¹⁰⁵ In der Literatur wird auch die Verarbeitung des Grubenunglücks von Lassing angesprochen: Der Gesundheitszirkel hätte sich als gute Gesprächsplattform für die Kollegen der verschütteten Bergleute erwiesen, um gemeinsam die vorhandenen Ängste und Unsicherheiten bewältigen zu können.¹⁰⁶

4.3 Sommerhuber – „Von uns für uns“¹⁰⁷

Die Firma Sommerhuber ist mit ihren 250 MitarbeiterInnen einer der größten Produzenten von Ofenkacheln, mit Erweiterungsbereichen in Industriekeramik und Wandheizungen, und handelt mit Artikeln aus dem Bereich Ofensetzerei und gewerbliche Kachelöfen. Der technische Leiter des Unternehmens, der auch für Personalbelange zuständig ist, möchte die Krankenstandsquote (6,12 Prozent im Jahr 1996) senken. Er vermutet, dass verschiedene mechanische Belastungen, denen die in der Produktion tätigen Beschäftigten ausgesetzt sind, an den häufigen Erkrankungen schuld sind. Auch die (für ihn) zu hohe Inanspruchnahme der Pflegefreistellung möchte er senken. Er nimmt Kontakt mit der AUVA und der OÖGKK auf und bittet um Unterstützung bei der Durchführung eines entsprechenden Projektes.

- **Zu Beginn** der Vorbereitungen werden die **Rollen vergeben**: *Auftraggeber* sind Betriebsleiter und Betriebsrat, die *Projektleitung* übernimmt die Sicherheitsfachkraft. Im *Steuerungsteam* sind Betriebsleiter, Betriebsrat, Sicherheitsfachkraft, zwei Mitarbeiterinnen aus der Produktion, der Arbeitsmediziner sowie ein je ein externer Berater der OÖGKK und der AUVA vertreten. Im *Projekterweiterungsteam* finden sich sechs MitarbeiterInnen aus verschiedenen Abteilungen sowie externe Berater des Arbeitsinspektorrates.

¹⁰⁴ vgl. BKK BV 1999 (b), S. 53

¹⁰⁵ vgl. BKK BV, 1999 (b), S. 53

¹⁰⁶ vgl. Leodolter, 1999, S. 127

¹⁰⁷ Meggeneder, 1998, S.55ff

Die **Mitarbeit des Arbeitsinspektorrates** ist in diesem Zusammenhang doch erwähnenswert. Normalerweise meiden Unternehmen die Arbeitsinspektoren. Die Firma Sommerhuber versuchte aber, von ihren reichhaltigen Erfahrungen zu profitieren. So wurden Änderungen an den Arbeitsplätzen oder Neuanschaffungen von Arbeitsgerät immer zuerst mit dem Arbeitsinspektorrat abgesprochen.

Es wurde auch versucht, die „**Projektumgebung**“ zu analysieren und so weit als möglich in die Planung mit einzubeziehen. Damit sind alle jenen Personen oder Institutionen gemeint, die vom Projekt in irgendeiner Form betroffen oder berührt sein könnten. Wenn sich dort Schwierigkeiten abzeichneten, so sollten diese schon im Vorfeld ausgeräumt werden können, während mögliche Synergien ausgenutzt werden sollten. Zu dieser Projektumgebung zählen neben den Medien etwa auch die Arbeiterkammer oder der ÖGB.

- Als **Projektziele** wurden formuliert: die Minimierung der Gesundheitsrisiken, die Förderung der Arbeitszufriedenheit (im Hinblick auf Arbeitszeitflexibilität und Arbeitsplatzgestaltung), die Imagepflege, die Bildung von Arbeitsgruppen und die Herausgabe eines betrieblichen Informationsblattes. Absichtlich nicht genannt wurde das eigentliche Ziel „Senkung der Krankenstandsquote“, um bei der Belegschaft nicht ein falsches Bild zu erzeugen. Die Verantwortlichen waren überzeugt, dass sich, bei Erreichen der anderen Ziele, dieses automatisch erfüllen würde.
- Die **Ist-Analyse** begann mit einer anonymen Mitarbeiterbefragung. Die Fragen waren in der Regel offen, bei der Auswertung wurde versucht, die Antworten in höchstens sechs Kategorien einzuordnen. Bei der Präsentation der Ergebnisse präsentierte ein Vertreter der Geschäftsleitung der betroffenen Arbeitnehmergruppe die Ziele und die weitere Vorgangsweise des Projektes. Es folgte die Auswertung der Krankenstandsdaten (durch die OÖGKK) und eine Musterevaluierung.
- Die so gesammelten Daten wurden in der Folge zu einem **Gesundheitsbericht** zusammengefasst. Geschäftsleitung und Betriebsrat verfassten Stellungnahmen zum Gesundheitsförderungsprojekt, die im Gesundheitsbericht veröffentlicht wurden.
- Ungefähr ein halbes Jahr nach Beginn des Projektes mit der Ist-Analyse nahm nun die Arbeit der **Gesundheitszirkel** ihren Anfang. In drei Abteilungen wurden Zirkelgruppen eingerichtet (Gießerei, Malerei und Verwaltung), die ungefähr ein Jahr lang verschiedene Verbesserungsvorschläge erarbeiteten. Pro Zirkel nahmen sechs MitarbeiterInnen einer

Hierarchieebene und ein (von der Arbeiterkammer gestellter) Moderator teil. Die Sitzungen fanden in zweiwöchigem Rhythmus während der Arbeitszeit im Betrieb statt.

- Die **Umsetzung** der vom Zirkel erarbeiteten Vorschläge war Sache der **Steuerungsgruppe**. Erste Entscheidungen und Umsetzungen erfolgten bereits parallel zur Zirkelarbeit, was sicher der Motivation der ZirkelteilnehmerInnen sehr zuträglich war, da sie erkennen konnten, dass ihre Arbeit wirklich reale Auswirkungen hatte. So wurden etliche kleinere und größere Anschaffungen getätigt, um den Beschäftigten die Arbeit zu erleichtern oder um die Qualität der Produkte steigern zu können. Weiters wurden Maßnahmen gesetzt, um MitarbeiterInnen, die nach längerer Arbeitsunfähigkeit in den Betrieb zurückkehren, den Wiedereinstieg zu erleichtern: leichtere Arbeiten, häufigere Pausen. Eine großzügige Gleitzeitregelung soll das Familienleben erleichtern, und mit öffentlichen Verkehrsbetrieben wurden Verhandlungen begonnen, die Fahrzeiten besser auf die Arbeitszeit abzustimmen. Ein Grossteil der geforderten Maßnahmen konnte umgesetzt werden, Arbeitszufriedenheit und –motivation sind gestiegen, die Ausschussrate bei der Kachelherstellung konnte gesenkt werden, das heimliche Hauptziel der Verringerung der Krankenstandsrate ist ebenfalls erreicht worden: Sie ist von 6,12 auf 5,7 Prozent gesunken.

4.4 VÖEST-Alpine Stahl Linz GmbH¹⁰⁸

Die VA Stahl erzeugt Qualitätsstahl und –bleche. Mit 8.168 Beschäftigten¹⁰⁹ ist sie der größte Arbeitgeber in Linz. Auf Initiative des Betriebsrates wurde in den Jahren 1996 und 1997 mit den betrieblichen Präventivdiensten und in Zusammenarbeit mit der OÖGKK in zwei Abteilungen (Betrieben) der VÖEST ein Gesundheitsförderungsprojekt durchgeführt: in Betriebsküche sowie in der Hauptwerkstätte der mechanischen Instandhaltung.

Das Projekt umfasste insgesamt 569 Beschäftigte¹¹⁰, kann also von der Größe durchaus mit einem Mittelbetrieb verglichen werden.

- Die **Projektsteuerung** übernahm ein Arbeitskreis, dem neben den Chefs der beiden Betriebe und VertreterInnen der betroffenen Betriebsräte auch die Chefs der Sicherheitstechnik und der Arbeitsmedizin, sowie Vertreter der OÖGKK und einem externen Moderator angehörten.

¹⁰⁸ vgl. Elsigan / Rödhammer, 1999, S. 173ff

¹⁰⁹ Stand zu Beginn des Projektes

¹¹⁰ vgl. BKK BV, 1999 (b), S. 57

- Es wurde eine **Fragebogenerhebung** unter allen MitarbeiterInnen der beiden Abteilungen durchgeführt. Die Ergebnisse der Befragung wurden in der Steuerungsgruppe analysiert.
- In der Betriebsküche wurde ein, in der mechanischen Hauptwerkstätte wurden zwei **Gesundheitszirkel** eingerichtet. Die Ergebnisse der Zirkelarbeit wurde sowohl der Steuerungsgruppe als auch in den entsprechenden Arbeitsschutzgremien präsentiert.
- Der Steuerungsgruppe gelang es, 94 Prozent der Vorschläge in die Tat **umzusetzen**.

Die Mitarbeiterzufriedenheit ist gestiegen, die gesundheitlichen Belastungen konnten ebenso wie die Krankenstandsquote (von 7,9 auf 7,2 Prozent) und die Unfallquote (von 0,9 auf 0,8 Prozent) reduziert werden.¹¹¹ Exemplarisch wird nun der Verlauf der betrieblichen Gesundheitsförderung in der Betriebsküche genauer vorgestellt, darin enthalten ist auch eine vollständige Liste aller vom Gesundheitszirkel erarbeiteten Verbesserungsvorschläge. Besonders in der **Küche** erfolgte der Gesundheitszirkel zu einem sehr günstigen Zeitpunkt: Die „Küche Verwaltungszentrum“ stand gerade zum völligen Umbau an. Es war also nur sinnvoll zu überlegen, was beim Umbau besser zu machen sei, und was unbedingt erhalten bleiben sollte. Weiters entstanden sozusagen kaum zusätzliche Kosten aus den verhältnispräventiven Maßnahmen, da die meisten Verbesserungsvorschläge in die Neugestaltung der Arbeitsplätze integriert werden konnte. Es wurde also nicht, wie dies oft der Fall ist, zunächst gebaut, um dann im Arbeitsalltag festzustellen, was man hätte besser machen können. Vielmehr wurde versucht, die ArbeitnehmerInnen in die Gestaltung ihrer neuen Arbeitsplätze mit einzubeziehen.

Um sich ein besseres Bild über die Möglichkeiten in einer modernen Großküche machen zu können, wurde eine **Exkursion** in die Küche des Krankenhauses Wels unternommen. Eine gezielte **Ist-Standanalyse** der Arbeitsplätze musste, da sie ja zum Zeitpunkt des Projektbeginns noch nicht bestanden, entgegen üblicher Gepflogenheiten **entfallen**. Von den folgenden 27 im Gesundheitszirkel „Küche“ erarbeiteten und in folgender Übersicht 5 dargestellten Ideen wurden 19 vollständig, eine teilweise und zwei alternativ umgesetzt. Fünf Ideen mussten verworfen werden. Das ergibt eine Umsetzungsquote von 81,5 Prozent für die Abteilung „Küche“.¹¹²

¹¹¹ vgl. BKK BV, 1999, S. 57

¹¹² vgl. Baier, 1997, S. 1

Übersicht 5: Ergebnisse des Gesundheitszirkels der Abteilung Küche – VÖEST-Alpine¹¹³

PROBLEM	LÖSUNGSVORSCHLAG
Produktion	
Unfallgefahren und Behinderungen bei der Arbeit durch schadhafte Räder / Rollen (Brückenwaagen; Mischwannen; Alexander)	Räder reparieren, erneuern, Wartung regeln
Kreuzweh und Unfallgefahr durch / beim Tragen voller Behälter	Zusätzliche Kasserollen mit Rädern; fahrbare Chassis wie bei den Mehlspeisboxen <i>Wegen Unfallgefahr nicht gemacht – statt dessen: Wagen für Transport besorgt</i>
schwere Lasten sind zwischen Lager und Küche zu bewegen	elektrische Hubwagen anschaffen
Stress und Ärger durch Engpässe, wenn KöchInnen, FleischerInnen, KonditorInnen andere Aufgaben (z. B. Fahren) übernehmen müssen	andere Organisation – nach Möglichkeit wird darauf geachtet
Arbeitserschwerung durch ungünstige Position der Ablaufgitter bei den Kippbratpfannen	Kippbratpfannen / Ablaufgitter versetzen
Kreuzweh	Kippbratpfannen mit einem Sockel auf optimale Arbeitshöhe bringen
Abwasch	
Lärm beim Abwaschen	Gummi / Kunststoffbeschichtung auf den Gittern in Abwaschbereich
Hautreizungen beim Abwaschen; es gibt derzeit nur eine Sorte Gummihandschuhe, die für manche Arbeiten und manche Personen nicht geeignet sind	verschiedene Gummihandschuhe zu Auswahl Information über richtigen Hautschutz Hautschutzcreme bereitstellen, z. B. über einen Spender mit Dosiereinrichtung

¹¹³ Baier, 1997, S. 2ff

Gemüsevorbereitung	
Kreuzweh durch einheitliche, nicht für alle MitarbeiterInnen optimale Arbeitshöhe der Mischwannen	Rampe mit 1-2 erhöhten Plätzen errichten, damit die größeren MitarbeiterInnen die sowieso fahrbaren Mischwannen einige cm höher aufstellen können. Für eine Testphase könnten anstelle betonierter / gefliester Rampen solche aus Stahl verwendet werden; <i>Unfallgefahr (stolpern); höhenverstellbare Mischpfannen nicht am Markt → bei Messen wird nachgefragt</i>
Gemüsevorbereitung und Abwasch	
Kreuzweh / Fußschmerzen	Auswahlmöglichkeit beim Schuhwerk (mit / ohne Absätze)
für manche Arbeiten sind die vorhandenen Gummischürzen zu schwer und behindern	leichtere Schürzen nach Bedarf beschaffen und ausgeben
Metzgerei	
Lärm	Kutter räumlich abtrennen; extra Lärmdämmung / schallschluckende Elemente bei Kutter
Handverletzungsgefahr	Kettenhandschuhe / fingerfreie Ausführung a) Probeexemplare beschaffen b) Information über richtige Anwendung c) ausprobieren lassen <i>Handschuhe von Fischindustrie besorgt, Schutz gegen Kälte, Hitze und Schnittverletzungen</i>
Zugluft und Unfallgefahr / Durchgang Rampe – Küche	automatische Tür
Augen schmerzen nach einiger Zeit	Beleuchtung optimieren (die Beleuchtung scheint ausreichend, aber die Lichtqualität möge geprüft werden) <i>neue Küche: Lichtqualität erledigt</i>

Ausgabestellen	
Qualität der Speisen leidet, wenn die Speisen abkühlen	Wärmelampen für die Speisen in den Ausgabestellen <i>Wärmelampen nicht machbar – besserer Ablauf, Warmhaltecontainer für Transport</i>
Ärger und Stress durch Konflikte mit den Gästen wegen unterschiedlicher Preise einzelner Ausgabestellen bei einzelnen Artikeln	Preise festsetzen und aushängen
Geschirrtücher fehlen in den Ausgabestellen	bereitstellen
Allgemein	
Erste-Hilfe-Kästen fehlen	einrichten
Ersthelfer sind nicht bekannt	nennen bzw. neu ausbilden <i>durch Unfallmedizin abgedeckt</i>
Übersicht	Dienstpläne mit Steckkarte erstellen, aushängen
Sicherheitsvertrauenspersonen sind nicht bekannt	nennen, bei Bedarf neu ausbilden
Es bestehen derzeit viele Unklarheiten über die künftige Organisation, daraus entsteht Unsicherheit und Unruhe unter den MitarbeiterInnen	Soweit die zukünftige Organisation bereits steht, soll sie den Betroffenen möglichst bald vorgestellt und erläutert werden
Dasselbe gilt für die Umbaupläne in der derzeit im Umbau befindlichen Küche; wobei auch festzustellen ist, dass zwar die Grundrisspläne eingesehen werden können, aber nicht alle MitarbeiterInnen sich mit Plänen zurechtfinden und überdies die Grundrisse noch nicht viel über die zukünftige Ablauforganisation aussagen	Die zukünftige Gestaltung sollte den einzelnen Arbeitsgruppen von Herrn Stifter oder jemand anderem aus dem Führungsteam erklärt werden.

<p>Zum jetzigen Zeitpunkt weiß man noch nicht, wie die neue Küche endgültig aussehen und organisiert sein wird. Befürchtet werden Reibungen in der Phase der Inbetriebnahme</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ca. 2 Wochen vor Inbetriebnahme eine ausführliche Begehung mit Leuten aus allen Arbeitsbereichen, um die neuen Abläufe kennenzulernen und noch Vorschläge einbringen zu können 2. 1-2 Monate nach Inbetriebnahme nochmals 1-2 Sitzungen des Gesundheitszirkels, mit dem Ziel, die neuen Abläufe auf Gesundheit/Sicherheit und Produktivität zu überprüfen, sobald Routine eingetreten ist
<p>Befürchtungen, dass ein schlagartiger Übergang von einem auf den anderen Tag zu Engpässen und Problemen sowie zu Konflikten mit den Gästen führen könnte</p>	<p>Stufenweiser Übergang auf die neue Küche innerhalb mehrerer Tage</p>

Nachdem bereits die formalen Richtlinien und vier gelungene Projekte aus der Praxis vorgestellt wurden, soll im nun folgenden Kapitel die Verbindung zwischen Theorie und Praxis untersucht werden: Es soll gezeigt werden, wo die Zusammenhänge zwischen Einhaltung bzw. Nichteinhaltung der geforderten Abläufe und Kriterien und Erfolg oder Misserfolg des Projektes tatsächlich liegen.

5. Theorie versus Praxis der betrieblichen Gesundheitsförderung

Um die Zusammenhänge zwischen Theorie und Praxis zu untersuchen habe ich mich, in Absprache mit der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse, für die Durchführung von Experteninterviews entschieden. Unter einem Experteninterview versteht man ein Gespräch mit Personen, „die über [den] Forschungsgegenstand besondere oder neufassende Erfahrungen haben.“¹¹⁴

Weiters entschied ich mich für eine teilstrukturierte Form der Befragung – also mit Interviewleitfaden anstellen eines Fragebogens¹¹⁵ – da ich den persönlichen Erfahrungen der einzelnen Befragten möglichst viel Raum lassen wollte. Bei der Auswahl der zu befragenden Experten wurde darauf Wert gelegt, dass sie über möglichst unterschiedliche Zugänge zur betrieblichen Gesundheitsförderung verfügen:

- Ich habe mit einem Vertreter der österreichischen **Kontaktstelle des europäischen Netzwerks für betriebliche Gesundheitsförderung** (OÖGKK), mit der Leiterin der regionalen Kontaktstelle für Salzburg (SGKK) und dem Leiter der regionalen Kontaktstelle für die Steiermark (VADÖB) Interviews durchgeführt.
- Eine der befragten ExpertInnen ist bei der **Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt** (AUVA) für betriebliche Gesundheitsförderung verantwortlich.
- Neben den gesetzlichen Unfall- und Krankenversicherungen wurde auch der kaufmännische Geschäftsführer eines **privaten Anbieters** in Salzburg interviewt.
- Ein erfahrener **Moderator** von Gesundheitszirkeln gewährte Einblick in die Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung.
- Die **Projektleiterin** eines in den „Best-Practice“-Katalog aufgenommenen Projektes berichtete ebenfalls über ihre praktischen Erfahrungen.
- Darüber hinaus wollte ich auch noch betroffene ArbeitnehmerInnen zu Wort kommen lassen, und befragte daher exemplarisch zwei **Arbeitnehmervertreter** eines großen Industriebetriebs, dessen BGF-Projekt ebenfalls in den europäischen „Best-Practice“-Katalog aufgenommen worden war.

¹¹⁴ Atteslander, 1995, S. 173

¹¹⁵ vgl. Atteslander, 1995, S. 162

Bei den Interviews ging es um sechs zentrale Aspekte der betrieblichen Gesundheitsförderung:

- die **Öffentlichkeitsarbeit**: sowohl in Bezug auf „betriebliche Gesundheitsförderung“ ganz allgemein, seitens des europäischen Netzwerks, als auch in Bezug auf einzelne Projekte seitens des Unternehmens / der Projektleitung
- **Verhaltens-** versus **Verhältnisprävention**: die Literatur drängt auf eine ausgewogene Mischung – wie verhält sich dies in der Praxis?
- die **Qualitätskriterien**: Wie steht es um die Umsetzbarkeit und auch um die tatsächliche Umsetzung der weiter oben in dieser Arbeit erläuterten Kriterien?
- den **Moderator**, dessen Tätigkeit sehr große Bedeutung für den Verlauf von betrieblicher Gesundheitsförderung hat
- die Möglichkeit einer **Ausbildung** zum Gesundheitsförderer bzw. was ein Gesundheitsförderer können muss
- die häufigsten **Gründe für das Scheitern** von betrieblicher Gesundheitsförderung

5.1 Öffentlichkeitsarbeit in der betrieblichen Gesundheitsförderung

Ziemlich einig waren sich alle Befragten zum Thema Information der allgemeinen Öffentlichkeit. Wer über betriebliche Gesundheitsförderung Bescheid weiß, hält dies für eine sehr sinnvolle Sache. Leider umschließt dies aber nur einen sehr bescheidenen Kreis in der Bevölkerung. Es gibt nun Bemühungen seitens des Netzwerks für betriebliche Gesundheitsförderung, einen **Informationsfolder** zusammenzustellen, der die wichtigsten **Kernpunkte** umfassen soll:

- *Was ist betriebliche Gesundheitsförderung?*
- *Wo sind ihre Vorteile sowohl für ArbeitnehmerInnen als auch für Arbeitgeber?*
- *Über welche Instrumente arbeitet betriebliche Gesundheitsförderung?*
- *Was ist ein Gesundheitszirkel? Wieso ist er so wichtig?*

Es gibt bereits seit längerem ein **Handbuch zur betrieblichen Gesundheitsförderung**, herausgeben vom Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger. Dieses ist aber als Nachschlagewerk für ExpertInnen konzipiert. Als Informationsgrundlage für interessierte Unternehmen oder ArbeitnehmerInnen(vertreterInnen) ist es schon alleine wegen des beträchtlichen Umfangs kaum zu gebrauchen. Außerdem wird wohl zu viel Vorwissen

vorausgesetzt, welches bei einem Laien, der sich nur grundsätzlich über die Möglichkeiten der betrieblichen Gesundheitsförderung informieren möchte, nicht vorhanden sein wird.

Die **50. Novelle zum Allgemeinen Sozialversicherungsgesetz (ASVG)** mit der Verpflichtung der Krankenversicherungsträger zur (betrieblichen) Gesundheitsförderung hat sicher – das lässt sich heute, acht Jahre nach Inkrafttreten des Gesetzes, schon sagen – großen Anteil an der ständig steigenden Verbreitung von betrieblicher Gesundheitsförderung. Sämtliche VertreterInnen von Krankenversicherungsträgern, mit denen ich Experteninterviews durchführte, begannen ihre Ausführungen meist mit „Seit im ASVG die gesetzliche Verpflichtung besteht ...“. Ohne den gesetzlichen Zwang wäre die Situation sicher um ein vielfaches schlechter, als sie es heute tatsächlich ist. Im Jahr 2000 wurde von der österreichischen Kontaktstelle des europäischen Netzwerks für betriebliche Gesundheitsförderung in Zusammenarbeit mit dem Fonds Gesundes Österreich zum ersten Mal ein „**Österreichischer Preis für betriebliche Gesundheitsförderung**“ ausgelobt. Die Auszeichnung der Preisträger – es wurde je ein Preis für Klein- und Mittelbetriebe (unter 200 MitarbeiterInnen) sowie für Grossbetriebe (über 200 MitarbeiterInnen) verliehen – fand im Rahmen des 5. Informationstages zur betrieblichen Gesundheitsförderung am 12. Oktober 2000 in Salzburg statt.¹¹⁶ Neben einer Statue wurde den Gewinnern auch ein Geldpreis in der Höhe von ATS 10.000,- verliehen.¹¹⁷ Es sollten dadurch die vielfältig Aktivitäten österreichischer Unternehmungen in Bezug auf betriebliche Gesundheitsförderung einer breiteren Öffentlichkeit sichtbar gemacht werden, und darüber hinaus sollten weniger aktive Betriebe angeregt werden, sich stärker im Bereich der Gesundheitsförderung zu engagieren.¹¹⁸ Es beteiligten sich insgesamt 25 Betriebe an dem Wettbewerb, eine unabhängige Expertenjury wählte dann, den Qualitätskriterien für betriebliche Gesundheitsförderung folgend, die beiden Preisträger aus:¹¹⁹

- **HABAU – sicher und gesund:** Gesundheitsbelastende Außenfaktoren am Arbeitsplatz wie Zeitdruck, Hitze oder Lärm wurden zunächst im Zuge einer Ist-Analyse identifiziert um im Anschluss in Gesundheitszirkeln gezielt Lösungen erarbeiten zu können. Darüber hinaus führte auch die Optimierung von Arbeitsprozessen zu höherer Mitarbeiterzufriedenheit und einer Verbesserung der innerbetrieblichen Kommunikation.

¹¹⁶ vgl. OÖGKK, 2000 (b)

¹¹⁷ vgl. OÖGKK, 2000 (c)

¹¹⁸ vgl. OÖGKK, 2000 (b)

¹¹⁹ vgl. OÖGKK, 2000 (c)

- **Polyfelt – vollkontinuierliche Arbeitszeit:** Am alten Schichtsystem wurden vor allem die kurzen Erholungspausen, die fehlenden Möglichkeiten zu Weiterbildung und die vielen Wochenenddienste kritisiert. Die Änderung des Schichtsystems brachte den ArbeitnehmerInnen ein mehr an Freizeit von 33 Tagen pro Jahr sowie einen besseren Arbeitsrhythmus. Außerdem werden den ArbeitnehmerInnen nun Kurse zur Bewältigung von Stresssituationen und eine Wellness-Woche angeboten.

Trotz der Bemühungen der neu geschaffenen regionalen Kontaktstellen des europäischen Netzwerks für betriebliche Gesundheitsförderung gibt es teilweise große **Schwierigkeiten, bereitwillige Betriebe zu finden**. Vor allem am Anfang scheint hier besonders große Skepsis vorzuherrschen, wenn aber erst einige Modellprojekte abgewickelt werden konnten, so legt sich die Skepsis und das Interesse andere Unternehmen scheint rapide anzusteigen. In Salzburg gab es in vier Jahren „betriebliche Gesundheitsförderung“ nur ein einziges Projekt. Die Salzburger Gebietskrankenkasse (als hiesige regionale Kontaktstelle) hat in Zusammenarbeit mit der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) und dem Land Salzburg dieses Modellprojekt initiiert. Es wurde eine Ergonomieanalyse von körperlichen Belastungen durchgeführt, und in der Folge wurden zwei Gesundheitszirkel installiert.¹²⁰ Was die Salzburger Gebietskrankenkasse nun als ersten Erfolg verkaufen möchte, ist manchem Kritiker aber zu wenig: das Resultat des Projektes würde nun eine „Wirbelsäulenschule“ darstellen. Man würde aber kein aufwendiges Projekt brauchen, um herauszufinden, dass die betroffenen Beschäftigten vor allem im Rückenbereich erheblichen Belastungen ausgesetzt sind. Es sollte eigentlich möglich sein, dass der Arbeitsmediziner von sich aus darauf reagiert und geeignete Gegenmaßnahmen einleitet. Man scheint aber aus den anfänglichen Problemen gelernt zu haben: Als jüngstes Projekt wird in Salzburg nun an „Mentalfit“ gearbeitet. Hier werden die Betriebsärzte als Ausgangspunkt genommen, und so konnten binnen kurzer Zeit die angestrebten zehn bis fünfzehn Betriebe für das Projekt gewonnen werden.¹²¹ Es geht dabei um die psychische Belastung am Arbeitsplatz. Der Betriebsarzt befragt – natürlich auf freiwilliger Basis – eine bestimmte Zahl von Beschäftigten (bei der Salzburger Gebietskrankenkasse waren es 35).¹²²

Auch in der Steiermark war es so, dass sich nach Abwicklung des Modellprojektes (bei Luzenac-Naintsch, siehe Kapitel 4.2) und der Präsentation der Ergebnisse mehrere

¹²⁰ vgl. E8, Interview, 2000

¹²¹ vgl. E1, Interview, 2000

¹²² vgl. E8, Interview, 2000

Unternehmen (unter anderem die OMV) für betriebliche Gesundheitsförderung zu interessieren begannen. Die steirische regionale Kontaktstelle – die Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaus (VADÖB) – hatte allerdings auch großen Wert auf Öffentlichkeitsarbeit gelegt. Man wollte den Erfolg des Modellprojektes möglichst gut auch über die Medien präsentieren, was offensichtlich auch gelungen ist.¹²³ Wie bereits erwähnt, haben die betriebliche Gesundheitsförderung ganz allgemein und natürlich die Qualitätskriterien im speziellen ein erhebliches **Bekanntheitsproblem**. Es wird angezweifelt, ob hier der weiter oben erwähnte Folder wirklich geeignet ist, Abhilfe zu schaffen. Es ist dies sicher ein Schritt in die richtige Richtung, es wurde aber die Frage aufgeworfen, ob es nicht eben zielführender wäre, betriebliche Gesundheitsförderung und ihre Kernelemente in die Ausbildung von Arbeitsmedizinern einzubauen. Auf diese Weise würde es in jedem Unternehmen zumindest eine Person geben, die über betriebliche Gesundheitsförderung Bescheid weiß und, bei Bedarf, ein solches Projekt anregen könnte. Es ist leider immer noch so, dass ein Unternehmen zu erst Probleme haben muss, etwa zu hohe Krankenstandsquote oder zu viele Arbeitsunfälle, bevor an eine Verbesserung der Arbeitssituation gedacht wird. Selbst dann ist es vielfach mehr Zufall als System, wenn ein BGF-Projekt zustande kommt.¹²⁴

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass der Bekanntheitsgrad der betriebliche Gesundheitsförderung in der Öffentlichkeit zu erhöhen sei. Wie dies im speziellen zu geschehen hat, darüber gibt es geteilte Ansichten. Einig ist man sich aber, dass gelungene Projekte eine sehr gute Werbung darstellen.

5.2 Verhaltens- versus Verhältnisprävention

In der Literatur wird meist eine ausgewogene Mischung zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention gefordert. Beim Studium bisher durchgeführter BGF-Projekte drängt sich aber die Vermutung auf, dass diese optimale Mischung in der Praxis wohl nicht immer zu erreichen wäre. Interessant ist, dass sich auch die Experten der verschiedensten „Lager“ einig sind, dass Ausgewogenheit immer angestrebt werden sollte. Warum dies in der Praxis aber nicht immer umgesetzt wird, dazu gibt es seitens der Befragten unterschiedliche Erklärungen: Einer der befragten Experten argumentiert, dass es leichter sei, an einzelne Betroffene – etwa mittels Kursen – heranzukommen und so zu einer Änderung ihres persönlichen Verhaltens zu

¹²³ vgl. E3, Interview, 2000

¹²⁴ vgl. E4, Interview, 2000

bewegen als eine Organisation (den Betrieb) von außen zu verändern. Man kann, nach dieser Definition, Verhältnisprävention als Verhaltensprävention des Betriebs bezeichnen.

Gerade in diesem Bereich gebe es aber in Österreich große Defizite: Es gibt kaum Fachleute, die sich mit Organisationen im allgemeinen, und mit **Organisationsentwicklung** im speziellen befassen und die dann auch für betriebliche Gesundheitsförderung zur Verfügung stehen. Aus diesem Grund wird entweder im Vorhinein darauf verzichtet, in die Organisationsstruktur einzugreifen, wodurch keine dauerhaften Veränderungen möglich sind, oder es wird zwar eingegriffen – aber unsachgemäß, wodurch mehr Schaden als Nutzen entstehen kann. Gerade der Bildungsbereich, die Universitäten, sind aufgerufen, in diesem Bereich aktiv zu werden. Es bestehe sicher Nachfrage nach Fachleuten, die sowohl Projektarbeit als auch Organisationsentwicklung beherrschen, und vielleicht auch noch mit den Grundsätzen der betrieblichen Gesundheitsförderung vertraut sind, man müsste also nur die Lehre danach ausrichten.¹²⁵ Auf der anderen Seite erscheint auch das Gegenargument irgendwie plausibel: Es ist weniger aufwendig, einem (willigen) Betrieb zu helfen, Strukturen aufzubauen um die Arbeitsverhältnisse zu verbessern als jeden einzelnen Mitarbeiter (teilweise in Einzelgesprächen) zu einer gesünderen Lebensweise zu bewegen. „Wenn es so einfach wäre, gesundes Verhalten zu erlernen, dann würde sich der Grossteil der Bevölkerung ohnehin richtig verhalten.“¹²⁶ Da die Ressourcen der durchführenden Personen und Organisationen aber streng limitiert sind, kommt Verhaltensprävention oft zu kurz.

Ein Experte aus dem Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung geht soweit, bei der Beantwortung der Frage zwischen privater und beruflicher Ansicht zu unterscheiden: Wenn er über unbegrenzte Ressourcen verfügen könnte, würde er auf jeden Fall für eine ausgewogene Mischung sorgen, da die berufliche Realität aber weit davon entfernt ist, gibt es bei der Versicherungsanstalt Österreichischer Bergbau wohl einen leichten Überhang der Verhältnisprävention, da hier mit den begrenzten Ressourcen eben mehr zu bewegen sei.¹²⁷ Dieser Widerspruch ist aber nur ein scheinbarer: Während der erste Befragte davon ausgeht, dass ein Unternehmen für Verhältnisprävention seine Organisationsstruktur verändern muss, sieht der zweite dies weniger problematisch. Für ihn sind die Bedingungen der Verhältnisprävention erfüllt, sobald sich an den Arbeitsverhältnissen etwas verbessert hat, der erste Befragte hingegen erwartet grundlegende Veränderungen im Betrieb (Verhältnisprävention als Verhaltensprävention des Unternehmens). Selbst die Vertreterin der

¹²⁵ vgl. E1, Interview, 2000

¹²⁶ E3, Interview, 2000

Allgemeine Unfallversicherungsanstalt, die naturgemäß eher zur Verhältnisprävention tendiert, bestätigt die Notwendigkeit einer ganzheitlichen Vorgangsweise. Als Beispiel wird etwa ein Projekt zur Verringerung von allergischen Asthmaerkrankungen unter Bäckern angeführt: Nur im Verbund von technischen Neuerungen (neue Staubabsaugung) und Änderung der persönlichen Arbeitsweise (beim „Einstauben“ der Arbeitsfläche mit Mehl) konnte der gewünschte Effekt erzielt werden. Bisher war es so, dass die sehr kleine Gruppe der Bäcker immerhin 1/3 aller Fälle von allergischem Asthma in der Berufskrankheitenstatistik gestellt hatten. Nun stellt sich die Situation deutlich besser dar.¹²⁸

Interessant ist auch die **Einstellung der Betriebe** zu diesem Thema. In der Literatur wird immer wieder auf das „amerikanische Modell“ verwiesen, wo Verhaltensprävention im Vordergrund steht. Die Unternehmen gehen davon aus, dass die ArbeitnehmerInnen durch ungesunde Lebensweise Fehlzeiten geradezu provozieren, was dem Unternehmen beträchtliche Kosten verursacht. Wenn die ArbeitnehmerInnen nun durch gesündere Ernährung und mehr Bewegung weniger Krankenstände aufweisen, so erspart dies dem Betrieb beträchtliche Kosten. Sicher profitieren wird der Betrieb von mentaler Schulung seiner Mitarbeiter: Kommunikation untereinander und mit Kunden oder Klienten oder auch Methoden zur Stressbewältigung und Stressvermeidung werden nicht nur das Betriebs- und Arbeitsklima verbessern, sondern können auch eine Steigerung der Produktivität nach sich ziehen. Vielfach ist es aber so, dass die UnternehmensvertreterInnen der Meinung sind, die jeweilige Lebensweise der ArbeitnehmerInnen sei deren Privatsache, warum sollte man hier also Investitionen vornehmen. Auch bei Betrieben, die betrieblicher Gesundheitsförderung sehr offen gegenüberstehen, wird Verhaltensprävention dann oft nur widerwillig durchgeführt.¹²⁹

Ein für den Erfolg oder Misserfolg von betrieblicher Gesundheitsförderung sehr entscheidender Faktor ist, ob Geschäftsleitung, Betriebsrat und Betriebsarzt/ärztin an einem gemeinsamen Strang ziehen, oder nicht (dazu später mehr). Wenn dies der Fall ist, so ergibt sich – da die unterschiedlichen Interessen mehr oder weniger gleichgewichtig berücksichtigt werden – fast automatisch Ausgewogenheit zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention.¹³⁰ Die Experten stimmen also mit der Literatur überein und fordern eine

¹²⁷ vgl. E3, Interview, 2000

¹²⁸ vgl. E4, Interview, 2000

¹²⁹ vgl. E5, Interview, 2000

¹³⁰ vgl. E8, Interview, 2000

ausgewogene Mischung zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention. Gleichzeitig ist man sich aber auch bewusst, dass dies in der Praxis oft nicht möglich ist.

5.3 Die Qualitätskriterien der betrieblichen Gesundheitsförderung

In Kapitel 3 wurden der planmäßige Verlauf ebenso wie die Qualitätskriterien der betrieblichen Gesundheitsförderung bereits ausführlich dargestellt. Die befragten Experten sollten sowohl in Bezug auf die grundsätzliche Anwendbarkeit der Kriterien als auch in Bezug auf die Umsetzung in der Praxis von ihren Erfahrungen berichten.

5.3.1 Qualitätskriterien für den Ablauf betrieblicher Gesundheitsförderung

Es ist natürlich zu bedenken – und das wurde auch von allen Befragten als allererste Antwort gegeben – dass es sich bei den Kriterien um ein Modell handelt. Ein **Modell, dem ideale Voraussetzungen zugrunde liegen**: unbegrenzte Ressourcen, optimales Zusammenspiel aller beteiligten Personen und Organisationen, etc. Dies ist in der Realität natürlich kaum gegeben, dennoch sollte immer nach Perfektion gestrebt werden. Die Kriterien sind also nicht also Mindestmass, sondern viel eher als anzustrebendes Ideal zu verstehen. Vor allem im oberösterreichischen Raum genießt die Gebietskrankenkasse einen sehr guten Ruf, speziell im Bezug auf betriebliche Gesundheitsförderung. Von allen Seiten (unabhängige „externe“ Gesundheitsförderer, Unternehmer, ArbeitnehmervertreterInnen) wird bescheinigt, dass bei Beteiligung der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse das Vertrauen in die tadellose Umsetzung der Ziele sprunghaft ansteigt.¹³¹ Da man bei der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse mittlerweile über einige Erfahrung mit betrieblicher Gesundheitsförderung verfügt (die OÖGKK wurde nicht zufällig als nationale Kontaktstelle des europäischen Netzwerks für betriebliche Gesundheitsförderung ausgewählt) gibt es eine standardisierte Vorgangsweise, die in der Regel für die Einhaltung der Qualitätskriterien sorgt.¹³²

Bei der Firma der befragten Projektleiterin wurde ein etwas eigener Weg gewählt: Man wollte sich nicht an wissenschaftlichen Schemata orientieren und handelte – mehr oder weniger – aus der Situation heraus. Die Projektleiterin, die eher aus der Betriebswirtschaft denn aus der Gesundheitsförderung stammt, verließ sich eher auf ihren Instinkt, und auf die wertvollen

¹³¹ vgl. E2, Interview, 2000 oder E5, Interview, 2000

¹³² vgl. E4, Interview, 2000

Inputs einer Mitarbeiterin der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse, die ebenfalls in der Steuerungsgruppe vertreten war. Erst im nachhinein stellte sich dann heraus, dass man trotzdem den empfohlenen Kriterien entsprochen hatte und dass die vorgeschlagenen Abläufe eingehalten worden waren.¹³³ Selbst solche Unternehmen, die ein „maßgefertigtes“ Projekt einem nach „Schema F“ durchgezogenem vorziehen, sind über den qualifizierten Input seitens der VertreterInnen der GKK sehr froh. Außerdem lässt sich aus diesem Beispiel noch der positive Schluss ziehen, dass die „akademischen“ Vorgaben in der Praxis nicht nur umsetzbar sind, sondern sich vielfach „von selbst“ ergeben. Es waren sich grundsätzlich alle einig, dass die **Kriterien** aus einem **gut durchdachtem**, der Praxiserfahrung entnommenem Modell abgeleitet wurden. Es werden aber sozusagen „Kriterien erster Klasse“ und „Kriterien zweiter Klasse“ unterschieden: Auf manches kann – wenn gar nicht anders möglich – verzichtet werden, auf Elemente wie „**Partizipation der ArbeitnehmerInnen**“ oder „**umfassende Information aller Beteiligten**“ eben nicht, solange das Projekt immer noch als betriebliche Gesundheitsförderung bezeichnet werden soll.¹³⁴

Gerade in Bezug auf die **Information** gibt es aber teilweise schwere Mängel: Bei der betrieblichen Gesundheitsförderung eines großen Industriebetriebs – immerhin im „Best-practice“-Katalog des europäischen Netzwerkes enthalten – wurden die TeilnehmerInnen vom Vorgesetzten einfach zum Gesundheitszirkel „abkommandiert“ wurden, ohne zu wissen, worum es dabei geht. Dem Betriebsleiter war die betriebliche Gesundheitsförderung gegen seinen Willen vom Betriebsrat und von „höheren Stellen“ im Unternehmen „aufs Aug gedrückt worden“¹³⁵. Da er selbst der Überzeugung war, dass die Krankenstandsquote zu senken sei, erklärte er sich schließlich bereit, das Projekt zuzulassen – „Hilft’s nichts, so schadet’s nicht“¹³⁶. An Unterstützung oder gar aktive Mitarbeit war hier natürlich nicht zu denken. Dies könnte als eine der Ursachen dafür gelten, warum die Umsetzung der erarbeiteten Lösungsvorschläge nur sehr mangelhaft geschah. Der Moderator des Zirkels hatte dann aber die schwierige Aufgabe, nicht nur die – wahrscheinlich auf jahrelange schlechte Erfahrung basierende – Skepsis der betroffenen ArbeitnehmerInnen abzubauen, sondern auch noch Sinn und Zweck der Zirkelarbeit und von betrieblicher Gesundheitsförderung ganz allgemein zu erklären.¹³⁷ Hier wurde auch noch das Prinzip der Freiwilligkeit verletzt, welches normalerweise völlig außer Diskussion gestellt wird. Umso verwunderlicher

¹³³ vgl. E5, Interview, 2000

¹³⁴ vgl. E8, Interview, 2000

¹³⁵ E2, Interview, 2000

¹³⁶ E2, Interview, 2000

¹³⁷ vgl. E2, Interview, 2000

erscheint, dass dieses Projekt dennoch Einzug in den „Best-Practice“-Katalog des europäischen Netzwerks finden konnte. Die Teilnahme an einem Gesundheitszirkel sollte für die ArbeitnehmerInnen nicht nur freiwillig sein, sie sollte auch während der Arbeitszeit erfolgen, oder – wenn dies nicht möglich ist – als Überstunden deklariert werden.¹³⁸ Die Verletzung der elementarsten Bedingungen für betriebliche Gesundheitsförderung ist aber nicht als Zeichen der Bösartigkeit der Vorgesetzten zu deuten, sondern vielmehr Resultat der vielfach noch stark hierarchischen, beinahe patriarchalischen Struktur vieler Betriebe.¹³⁹ Im großen und ganzen muss aber gesagt werden, dass es ohnehin meist sehr „modern“ geführte Unternehmen sind, die betriebliche Gesundheitsförderung durchführen. Leider ist es aber so, dass eben jene streng autoritär geführten, stark hierarchisch gegliederten Unternehmen betriebliche Gesundheitsförderung in der Regel am dringendsten notwendig hätten, während jene Unternehmen, die sich entschließen, BGF durchzuführen, ohnehin über ein gewisses Maß an „Gesundheitsbewusstsein“ verfügen.¹⁴⁰

Selbst wenn bei der Information der Belegschaft scheinbar alles richtig gemacht wird, kann es sein, dass die Adressaten nicht erreicht werden: Oft sind ArbeitnehmerInnen einfach nicht willens, die Information aufzunehmen. Gerade, wenn die ArbeitnehmerInnen ihren Vorgesetzten und deren Handeln relativ kritisch gegenüberstehen, dann sollte die Information von anderer Seite erfolgen,¹⁴¹ also etwa durch den Betriebsrat, den Arbeitsmediziner, der Sicherheitsfachkraft, mit dem Projekt befasste Externe, oder im Zuge einer gemeinsamen Veranstaltung. Auf jeden Fall ist rein schriftliche Information, etwa in Form eines Rundschreibens, zu wenig. Es sollte immer das persönliche Gespräch¹⁴² mit der Belegschaft gesucht werden, um Missverständnisse möglichst zu vermeiden oder früh erkennen und ausräumen zu können. Es ist aber auch zu akzeptieren, dass einzelne Mitarbeiter erst im Zuge des Projektes, wenn erste Verbesserungen sichtbar werden, ihre Skepsis verlieren und Interesse an der Mitarbeit entwickeln werden. Hierbei ist es wichtig, den Informationsfluss vom Gesundheitszirkel (und der Steuerungsgruppe) zum Rest des Unternehmens in Gang zu halten, damit das Projekt und sein Verlauf für alle transparent und nachvollziehbar bleiben. Besonders die Mitglieder des Gesundheitszirkels sind gefordert, „im Betrieb“ Stimmung für die betriebliche Gesundheitsförderung zu machen. In den meisten Betrieben gibt es über die Jahre viele gutgemeinte Ansätze, etwas an den Arbeitsbedingungen zu verbessern, in den

¹³⁸ vgl. E5, Interview, 2000; E2, Interview, 2000

¹³⁹ vgl. E2, Interview, 2000

¹⁴⁰ vgl. E8, Interview, 2000

¹⁴¹ vgl. E8, Interview, 2000

wenigsten Fällen werden diese Ansätze aber „voll durchgezogen“¹⁴³. Es ist daher wichtig, von Anfang an zu zeigen, dass bei betrieblicher Gesundheitsförderung nicht nur der gute Wille, sondern dass auch die notwendigen Instrumente und Strukturen im Betrieb vorhanden sind, um wirklich etwas zu bewegen. In der Folge muss dann auch über den Verlauf ständig berichtet werden, Fortschritte sollten gut präsentiert werden, sodass die anfängliche Skepsis abgebaut werden kann.¹⁴⁴

Dies geschieht natürlich eher auf informeller Ebene, die aber genauso wichtig ist, wie etwa die Information durch die **Betriebszeitung**. In dem Unternehmen der befragten Projektleiterin etwa wurde anlässlich des BGF-Projektes eine Betriebszeitung ins Leben gerufen, deren Berichterstattung natürlich nicht nur auf den Verlauf der betrieblichen Gesundheitsförderung beschränkt blieb, sondern die auch über andere Vorgänge im Unternehmen sowie über „Halbprivates“ der ArbeitnehmerInnen (z. B. Jubiläen, Geburtstage, etc.) berichtet.¹⁴⁵

Eine **Befragung** aller ArbeitnehmerInnen im Zuge der Ist-Analyse steht oft am Beginn betrieblicher Gesundheitsförderung. Gerade diese Befragung ist aber für viele Unternehmen schon Abschreckung genug, gar nicht erst ein Projekt zu beginnen.¹⁴⁶ Es sollte also gleich zu Beginn klargestellt werden, dass es natürlich grundsätzlich egal ist, wie nun die Daten gewonnen werden. Gerade bei kleineren und mittleren Betrieben, die eine Befragung selbst nicht durchführen könnten (weil niemand im Unternehmen über die erforderlichen statistischen und sozial-empirischen Kenntnisse verfügt) stellt sich die Frage, ob eine schriftliche Befragung überhaupt zielführend wäre – alleine wenn man die steigende statistische Unschärfe bei sinkender Befragtenzahl bedenkt.

In den „Best-Practice“-Beispielen steht aber meist eine schriftliche Befragung am Anfang des Projekts. Da es sich bei diesen Unternehmen in der Regel aber um Grossunternehmen handelt, gibt es dort kaum andere Möglichkeiten, um an die Mehrheit der Beschäftigten heranzukommen. In kleineren Unternehmen sollte man die Chance nützen, mit den Beschäftigten ein persönliches Gespräch zu führen.¹⁴⁷ Diese Aufgabe könnte, von Arbeitsmediziner und/oder Sicherheitstechniker durchgeführt, mit einer Arbeitsplatzbegehung verbunden werden, wobei eine Vielzahl der Daten zur Ist-Analyse mit einem Schlag

¹⁴² vgl. E3, Interview, 2000

¹⁴³ I8, Interview, 2000

¹⁴⁴ vgl. E8, Interview, 2000

¹⁴⁵ vgl. E5, Interview, 2000

¹⁴⁶ vgl. E4, Interview, 2000

gesammelt werden könnte, gleichzeitig wird der Kontakt zwischen Arbeitnehmern, Betriebsarzt, Sicherheitstechniker und (eventuell) Vorgesetzten intensiviert – und genau das wird von einem Befragten vehement eingefordert¹⁴⁸. Auch der mit der Moderation der Zirkel betreuter externe Fachmann könnte sich – vor Beginn der Zirkelarbeit – über persönliche Gespräch ein Bild über die Situation im Betrieb, auf den Arbeitsplätzen machen.¹⁴⁹ Es ist auf jeden Fall wichtig, darüber sind sich alle einig, die Beschäftigten gleich zu Beginn die Richtung des Projektes vorgeben zu lassen¹⁵⁰ – auf welche Weise, das hängt von der Größe des Unternehmens, von den zur Verfügung stehenden Ressourcen und schlussendlich von der Kreativität der handelnden Personen ab. Wenn nun eine Mitarbeiterbefragung gemacht werden soll, so können Durchführung und Auswertung sicher von einer der am Projekt beteiligten Organisationen (also etwa der Gebietskrankenkasse) durchgeführt werden.¹⁵¹ Die Arbeiterkammer-Wien bietet für Gesundheitsförderungsprojekte sogar kostenlos Fragebögen plus Auswertung an.¹⁵²

Auch als Abschluss des Projektes kann eine Mitarbeiterbefragung wertvolle Daten liefern. Gerade die Evaluation des Projektes allgemein und der einzelnen Maßnahmen im speziellen bleibt in der Praxis häufig auf der Strecke. Wenn nun nach Abschluss des Projektes der gleiche Fragebogen wie am Beginn, eventuell um einige Fragen bezüglich des Projektes erweitert, noch einmal abgefragt wird, so kann der Vergleich der beiden Ergebnisse sicher über die Qualität des Projektes Aufschluss geben. Neben der Bewertung der bisher geleisteten Arbeit kann so auch die Implementierung von gesundheitsfördernden Strukturen (z. B. ein permanenter Gesundheits- und Umweltzirkel) in den betrieblichen Alltag erleichtert werden.¹⁵³ Ebenfalls wichtiger Teil der Ist-Analyse ist die Analyse der **Krankenstandsstatistik**. Sie sollte sehr früh in der Vorprojektphase durchgeführt werden und so die weitere Vorgangsweise und vor allem die Zielrichtung vorgeben. Eine kritische Auseinandersetzung mit den praktischen Möglichkeiten der Durchführung einer Krankenstandsauswertung ist in Kapitel 5.3.4 enthalten.

Der in der Literatur vorgeschlagene planmäßige Verlauf eines Gesundheitsförderungsprojektes wird von den Experten als gut durchdacht und zweckmäßig

¹⁴⁷ vgl. E3, Interview, 2000

¹⁴⁸ vgl. E1, Interview, 2000

¹⁴⁹ vgl. E8, Interview, 2000

¹⁵⁰ vgl. E8, Interview, 2000

¹⁵¹ vgl. E5, Interview, 2000

¹⁵² vgl. E8, Interview, 2000

¹⁵³ vgl. E5, Interview, 2000

beschrieben. Gleichzeitig wird aber zu bedacht gegeben, dass es sich um ein Modell handelt, dem in der Realität kaum zu hundert Prozent entsprechen werden kann. Dennoch sollte versucht werden, dem Ideal so gut als möglich zu entsprechen, einzelne Kriterien und Stationen des Modells sind für den Erfolg des Projektes unverzichtbar.

5.3.2 Organisatorische Qualitätskriterien

Die Einbeziehung der ArbeitnehmerInnen ist ein Kernstück der betrieblichen Gesundheitsförderung, und so ist man sich einig, dass die Nutzung der „Betroffenenkompetenz“ unverzichtbar ist. Daraus ergeben sich dann in der Folge – wie schon weiter oben beschrieben – die besonderen Effekte der betrieblichen Gesundheitsförderung, wie eben verbessertes Arbeitsklima, höheres Selbstwertgefühl der ArbeitnehmerInnen und gesteigerte Loyalität zum Unternehmen. Dabei ist zu bedenken, dass dies eigentlich nur Nebeneffekte sind, der eigentliche Zweck der betrieblichen Gesundheitsförderung ist ja die Verbesserung der Gesundheitssituation im Arbeitsprozess. Dennoch sollten diese Nebenprodukte alleine schon Grund genug für die Durchführung eines BGF-Projektes sein. Vielfach besteht immer noch das Missverständnis, der/die Betriebsarzt/ärztin sei für alle gesundheitsrelevanten Fragen zuständig. Gerade wenn es aber um die Arbeitsplätze geht, kann der Mediziner gar keine Lösungen anbieten, weil ihm einfach das fachliche Wissen in Bezug auf den Arbeitsablauf fehlt. Es sollte also zwischen Experten- und Betroffenenwissen unterschieden werden und nur wenn man beides bündelt, können umfassende Problemlösungen entstehen.¹⁵⁴ Die einzelnen, im Gesundheitszirkel erarbeiteten Probleme können schon jahrelang „latent“ und möglicherweise sogar schon mehrmals den Vorgesetzten gemeldet worden sein, erst im Zuge der betrieblichen Gesundheitsförderung wird formal darüber gesprochen, jeder Input muss behandelt werden,¹⁵⁵ es gibt erstmals offizielle „Informationskanäle“¹⁵⁶. Ein weiterer Vorteil ist, dass die Betroffenen selbst Lösungen erarbeiten dürfen, ja sogar müssen. Sie kennen den Arbeitsplatz, die Maschinen, die Arbeitssituation selbst am Besten und können daher häufig einfache, auf jeden Fall aber wirkungsvolle Problemlösungen anbieten. Gerade dieser Punkt ist für die Geschäftsleitung meist die größte positive Überraschung an einem BGF-Projekt.¹⁵⁷

¹⁵⁴ vgl. E8, Interview, 2000

¹⁵⁵ vgl. E3, Interview, 2000

¹⁵⁶ vgl. E8, Interview, 2000

¹⁵⁷ vgl. E5, Interview, 2000

Die ArbeitnehmerInnen werden in der Regel von allen Seiten unterschätzt: Sowohl von ihren Vorgesetzten, die meist von Fülle und Qualität der Problemlösungsvorschläge äußerst positiv überrascht werden, aber auch von ihren InteressensvertreterInnen, und auch von ihnen selbst. Interessant ist, dass neben Verbesserungen für die Gesundheit am Arbeitsplatz sehr oft auch Vereinfachungen der Arbeitsabläufe, Verringerung von Verschleiß oder Ausschuss oder sogar Qualitätsverbesserungen als „Nebenprodukt“ entstehen.¹⁵⁸ Auch das Arbeiten in Gruppen bringt viele Vorteile mit sich – verglichen mit dem betrieblichen Vorschlagswesen: da „Hackler keine Aufsätze schreiben oder Zeichnungen anfertigen“¹⁵⁹. Bei arbeitsplatzübergreifenden Problemen können umfassende Lösungen ohnehin nur im vereinten Bemühen aller Betroffenen entstehen, aber auch bei Einzelproblemen kann durch Zusammenarbeit vielfach eine bessere Lösung – etwa in Folge von Brainstorming – erarbeitet werden. Ist ein Unternehmen zu klein, um einen Gesundheitszirkel einführen zu können, so wird man sich andere Arten der Gruppenarbeit überlegen müssen. Auf die Einbeziehung der Belegschaft in der einen oder anderen Form kann aber eben nicht verzichtet werden.¹⁶⁰

Größtes Problem bei der Umsetzung der empfohlenen Qualitätskriterien ist – nach einhelliger Meinung – die **klein- und mittelbetriebliche Struktur** der österreichischen Wirtschaft. Für einen einzelnen Betrieb ist es daher kaum möglich, ein den Anforderungen entsprechendes Projekt durchzuführen. Dieses Problem könnte einerseits durch eine abgespeckte Version, also quasi „BGF-Light“, gelöst werden,¹⁶¹ oder dadurch, dass man überhaupt nur die notwendigen Maßnahmen setzt, die etwa durch Befragung ermittelt werden, und vom Projektaufbau überhaupt Abstand nimmt.¹⁶²

Der befragte private Anbieter¹⁶³ kritisiert den zu stark am **Projektmanagement** orientierten Zugang der „österreichischen Gesundheitsförderung“. Er fordert, als gelernter Betriebswirt, die stärkere Betonung der **Organisationsentwicklung**, um den komplizierten Strukturen und Vorgängen im sozialen Gefüge eines Betriebes gerecht zu werden. Ein „von außen“ an das Unternehmen herangetragen Projekt wird keine dauerhaften Veränderungen bewirken können. Es muss versucht werden, die Kommunikation im Betrieb so zu beeinflussen, dass gesundheitsrelevante Informationen durch formale Kanäle an die richtige Stelle geleitet

¹⁵⁸ vgl. E2, Interview, 2000

¹⁵⁹ vgl. E2, Interview, 2000

¹⁶⁰ vgl. E3, Interview, 2000

¹⁶¹ vgl. E4, Interview, 2000

¹⁶² vgl. E1, Interview, 2000

¹⁶³ vgl. E1, Interview, 2000

werden. Es muss im Unternehmen „Bewusstsein für Gesundheit“ vorhanden sein. Da dies aber sehr oft nicht der Fall ist, wird in Österreich „viel zu viel Aktionismus“¹⁶⁴ betrieben. Es ist den Betrieben – wegen ihrer zu kleinen Größe oder wegen des Mangels an Fachleuten im Bereich Organisationsentwicklung – sehr oft gar nicht möglich, den Qualitätskriterien entsprechende betriebliche Gesundheitsförderung zu betreiben. Auch andere Experten¹⁶⁵ sind der Meinung, dass es keinen Sinn hat, einem Unternehmen „von außen“ betriebliche Gesundheitsförderung zu verordnen, selbst wenn dies durch den Betriebsarzt oder den Sicherheitstechniker geschieht. Die Verantwortlichen im Betrieb kennen und akzeptieren dann zwar oft die Regeln der betrieblichen Gesundheitsförderung, da sie aber persönlich nicht zu hundert Prozent von der Sinnhaftigkeit überzeugt sind, ist ihnen die ordentliche Durchführung nicht wirklich ein Anliegen. Es ist dann für die engagiert arbeitenden Gesundheitsförderer sehr mühsam, eine vollständige Umsetzung der Qualitätskriterien zu erreichen, wenn sie nicht die volle Unterstützung durch das Unternehmen haben.

Obwohl das Modell der deutschen Betriebskrankenkassen, die ja europaweit die Führungsrolle bei betrieblicher Gesundheitsförderung einnehmen, grundsätzlich sehr gut durchdacht und wohl erprobt seien, wird doch eine Weiterentwicklung gefordert.¹⁶⁶ Dem Modell liegen „*teamfähige Organisationen*“ zugrunde. Dieser Ansatz ist inzwischen etwas überholt, man sollte nun von „*lernfähigen Organisationen*“ ausgehen. Gerade die Komplexität der geforderten Teamarbeit sei es, was viele Betriebe abschrecken würde.

Wie weiter oben bereits erwähnt, kann Verhältnisprävention als Verhaltensprävention für den Betrieb interpretiert werden. Ein Unternehmen als soziales Gebilde lebt durch **Kommunikation**. Der befragte private Anbieter stellt daher die Forderung nach einem „gesunden Betrieb“ auf. Er sieht Gesundheit nicht der Ottawa-Charta folgend als das Fehlen von Problemen, sondern vielmehr als den „Mut zum Umgehen mit Problemen“. Dem entsprechend sieht er die Aufgabe eines Gesundheitsförderers weniger im Lösen von Gesundheitsproblemen, als in der Bereitstellung von Instrumenten zu deren Lösung. Für private Anbieter von betrieblicher Gesundheitsförderung biete sich hier eine Chance, sich profilieren zu können. Ist aber genau jener Organisationsansatz nicht zu verwirklichen – aus welchen Gründen auch immer – so sollte man sich eben auf das beschränken, was durchführbar ist: Wenn etwa die Krankenstandsanalyse zeigt, dass überproportional viele

¹⁶⁴ E1, Interview, 2000

¹⁶⁵ vgl. E2, Interview, 2000

¹⁶⁶ vgl. E1, Interview, 2000

Beschäftigte an Rückenproblemen leiden, so können hier Therapien und Kurse angeboten werden. Dazu braucht man aber keinen Gesundheitszirkel, und kein aufwendiges Gesundheitsförderungsprojekt.

Dem befragten privaten Anbieter folgend sollte der Arbeitsmediziner eine tragendere Rolle spielen. Dieser ist zwar soweit im Unternehmen und seiner Struktur verankert, dass er auf die Organisation Einfluss nehmen kann, ist aber auch soweit Außenstehender, dass er als Vermittler zwischen ArbeitgeberIn und –nehmerInnen fungieren kann. Außerdem hat der Arbeitsmediziner nicht nur medizinisch-fachliches Wissen, er kennt auch die „betriebsspezifischen Eigenheiten“. Die oft fehlende Einbindung der Betriebsärzte sei zwar zum Teil auch auf diese selbst zurückzuführen, oft aber auch damit begründet, dass man sich „der fachlichen Kompetenz eines Arztes nicht stellen möchte“.¹⁶⁷

Für kleinere Betriebe wäre es sinnvoll, auf **Kooperationen** zu setzen, wenn sie für die Gesundheit ihrer ArbeitnehmerInnen etwas tun wollen.¹⁶⁸ Das europäische Netzwerk möchte betriebliche Gesundheitsförderung für Klein- und Mittelbetriebe forcieren, wie dies aber geschehen soll, ist noch relativ unklar. Am ehesten wird es über branchenweite oder regionale Zusammenarbeit zu bewerkstelligen sein, näheres wird aber erst die Zukunft zeigen.

Grundsätzlich wird die **Verbreitung von Zirkelarbeit** in österreichischen Betrieben aber wahrscheinlich eher unterschätzt. Bei sechs Unternehmen, die in Kooperation mit der Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaus betriebliche Gesundheitsförderung durchführten, hatten vier schon vorher Sicherheitszirkel, zwei hatten Qualitätszirkel. In solchen Unternehmen ist die Etablierung eines Gesundheitszirkels natürlich relativ problemlos, man kann auf bestehende Strukturen zurückgreifen, sowohl Belegschaft als auch Vorgesetzte sind mit den Eigenheiten der Zirkelarbeit vertraut.¹⁶⁹ Ein Experte verweist in diesem Zusammenhang wiederum auf das deutsche Vorbild, wo in der Regel zunächst ein „**Arbeitskreis Gesundheit**“ gebildet wird, der alle Akteure beinhalten soll: ArbeitnehmerInnen, ArbeitgeberIn, ArbeitsmedizinerIn und die Sicherheitsfachkraft. Wenn dieser Arbeitskreis nun beschließt, betriebliche Gesundheitsförderung durchzuführen, dann passiert dies nur in Einigkeit. Wenn keine Einigung erzielt wird, dann geschieht entweder gar nichts, oder es werden einzelne Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheitssituation auf

¹⁶⁷ vgl. E1, Interview, 2000

¹⁶⁸ vgl. E3, Interview, 2000

¹⁶⁹ vgl. E3, Interview, 2000

den Arbeitsplätzen gesetzt. Dieser Arbeitskreis ist dann auch die Anlaufstelle für alle im Gesundheitsbereich tätigen Organisationen und hat vom Unternehmen aus die Kompetenz, gesundheitsrelevante Entscheidungen zu treffen, da ja alle betroffenen Parteien vertreten sind. Grundsätzlich zeigten sich die Experten auch mit den organisatorischen Qualitätskriterien sehr zufrieden und bestätigten die Notwendigkeit ihrer Einhaltung. Ein Experte kritisiert den „österreichischen Weg“ der betrieblichen Gesundheitsförderung im Vergleich zur Praxis in Deutschland, wo man sich eher an den Prinzipien der Organisationsentwicklung als an jenen des Projektmanagements orientiert.

5.3.3 Bewertungskriterien der betrieblichen Gesundheitsförderung

Der **Erfolg** betrieblicher Gesundheitsförderung sollte nicht nur an den Krankenstandsdaten gemessen werden: Bei der Gesundheit eines Menschen spielen sehr viele Faktoren zusammen, ein langfristiger Trend wie jener der Verringerung der Krankenstandszeiten wird daher nur sehr schwer auf eine einzige Ursache (das BGF-Projekt) zurückzuführen sein. In kleineren Betrieben kommt auch noch die statistische Unschärfe dazu, sodass die Frage der Kausalität hier vollends unbeantwortet bleiben muss. Es ist auch zu bedenken, dass Menschen nicht absolut gesund oder krank sind. Ist etwa das Arbeitsklima schlecht, bleibt man vielleicht eher zu Hause, auch wenn man gar nicht „so“ krank ist. Auch die wandelnde „Krankschreibpraxis“ der Hausärzte führt zu Verzerrungen der Statistik. Wenn die Arbeit in einem Betrieb zu Rückenschmerzen bei den Arbeitnehmern führt, wie misst man nun, ob die ArbeitnehmerInnen zehn Jahre nach dem Projekt weniger Rückenschmerzen haben als vorher? Ein erfahrener Moderator von Gesundheitszirkeln kommt in der Folge zu dem Schluss, dass das Setzen von Maßnahmen, die wissenschaftlich erwiesen der Gesundheit zuträglich sind (z. B. Hebevorrichtungen), schon als Erfolg für sich gelten müsste. Wenn das Projekt nun – was sehr oft der Fall ist – zu Verbesserungen des Arbeitsklimas, des Verhältnisses zwischen Arbeitnehmern und Vorgesetzten, etc. führt, so wird sich dies, wie schon oben beschrieben, möglicherweise positiv auf die Krankenstandsstatistik auswirken.¹⁷⁰ Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Erfolg von betrieblicher Gesundheitsförderung in der Regel sowohl für die Belegschaft als auch für das Unternehmen Vorteile bringt, die sich aber nur schwer kausal und in harte Zahlen gebettet überprüfen lassen.

¹⁷⁰ vgl. E2, Interview, 2000

5.3.4 Kritische Meinungen zum Modell der betrieblichen Gesundheitsförderung und ihrer praktischen Umsetzung

Laut dem befragten privaten Anbieter gibt es nur in Oberösterreich die Möglichkeit, anonymisierte Krankenstandsdaten eines Betriebes von der zuständigen Gebietskrankenkasse zu erhalten. In allen anderen österreichischen Bundesländern sei dies nicht möglich. In Salzburg werde gerade an der technischen Umsetzbarkeit gearbeitet, um dieses Service in Zukunft ebenfalls anbieten zu können. Selbst wenn es technisch die Möglichkeit gibt, so sind die Daten in der Regel nur „im Paket mit einem BGF-Projekt“ für teures Geld erhältlich. Gerade aus diesem Grund sei der „planmäßige Verlauf laut deutschem BKK-Modell“ oft gar nicht auf Österreich übertragbar, weil mit der Krankenstandsstatistik schon der Ausgangspunkt der Ist-Analyse fehlt.

Die oberösterreichische Gebietskrankenkasse¹⁷¹ widerspricht dem: Selbstverständlich seien Krankenstandsdaten auch ohne BGF-Projekt erhältlich. Eine Standardauswertung der betrieblichen Krankenstandsdaten beinhaltet:¹⁷²

- Zahl der Krankenstandsfälle pro Jahr
- Summe der Krankenstandstage pro Jahr (nach Geschlecht aufgeschlüsselt)
- Durchschnittliche Krankenstandsdauer pro Fall
- Zahl der erkrankten Personen (nach Geschlecht aufgeschlüsselt)
- Gesamtzahl der MitarbeiterInnen pro Jahr (nach Geschlecht aufgeschlüsselt)
- Wie viele MitarbeiterInnen waren wie oft krank
- Summe der aufgetretenen Diagnosen
- Art der 10 häufigsten Diagnosen
- Zahl der Krankenstandsfälle in Bezug auf die 10 häufigsten Diagnosen
- Vergleich mit der Wirtschaftsklasse des Unternehmens

Bei Betrieben mit weniger als 50 Beschäftigten entfällt die Aufschlüsselung nach Geschlecht aus Datenschutzgründen. Eine Verknüpfung einzelner Parameter, die Rückschlüsse auf bestimmte Personen zulassen, ist nicht möglich. Die oberösterreichische Gebietskrankenkasse bietet den Unternehmen betriebliche Gesundheitsförderung grundsätzlich kostenlos an. Den Unternehmen entstehen dennoch Kosten: Die Zirkelarbeit hat während der Arbeitszeit zu

¹⁷¹ vgl. E6, Interview, 2000

¹⁷² OÖGKK, 2000 (a)

erfolgen, wird also vom Unternehmen bezahlt. Auch die Kosten für einen externen Moderator hat das Unternehmen zu tragen. Wird die Gebietskrankenkasse mit der Durchführung der betrieblichen Gesundheitsförderung betraut, so ist die Krankenstandsauswertung kostenlos, ansonsten sind die in *Tabelle 3* dargestellten Preise gültig, von der jeweiligen Größe des Unternehmens abhängig.

Tabelle 3: Kosten einer Krankenstandsstandardauswertung durch die OÖGKK¹⁷³

MitarbeiterInnenzahl	Auswertungskosten in ATS (exkl. MWSt.)
50 bis 99	1.100,-
100 bis 199	1.500,-
200 bis 299	2.000,-
300 bis 499	2.500,-
500 bis 999	3.000,-
über 999	4.500,-

Die Standardauswertung der Krankenstandsdaten eines Unternehmens sind ein essentieller Teil der Ist-Zustandanalyse. Bei der oberösterreichischen Gebietskrankenkasse sind diese Daten – auch ohne „Gesamtpaket“ eines BGF-Projektes gegen eine, von der Unternehmensgröße abhängige, Aufwandsentschädigung erhältlich.

5.4 Der Moderator

Dem Moderator des Gesundheitszirkels kommt eine Schlüsselposition in der Maschinerie der betrieblichen Gesundheitsförderung zu, zumindest nach österreichischer Gepflogenheit. Genau hier setzt der erste Kritikpunkt an: betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich sei zu stark auf Gesundheitszirkel konzentriert, es gäbe auch noch andere Möglichkeiten, die Betroffenenkompetenz mit einzubeziehen.¹⁷⁴ Zirkelarbeit stellt kleinere Betriebe schnell vor unlösbare Probleme, wirkt also abschreckend, wie schon weiter oben erläutert wurde.¹⁷⁵ Abgesehen davon stellt sich der Fachmann für Organisationsentwicklung auch noch die Frage nach der Nachhaltigkeit: Er befürchtet, dass Betriebe im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zwar einen Gesundheitszirkel einrichten, dass dieser aber nach Ablauf des Projektes schnell wieder in Vergessenheit geraten könnte. Wie schon weiter oben beschrieben, kann es einem von außen initiierten Projekt kaum gelingen, im Unternehmen

¹⁷³ OÖGKK, 2000 (a)

¹⁷⁴ vgl. E1, Interview, 20000

¹⁷⁵ vgl. E4, Interview, 2000

selbst dauerhafte Strukturen zu schaffen.¹⁷⁶ Dem wird von anderen Stellen insofern widersprochen, als sehr wohl Wert darauf gelegt wird, die Gesundheitszirkel in irgendeiner Form – sei es nun als reiner Gesundheitszirkel, als Gesundheits- und Umweltzirkel, in Verbindung mit sicherheitstechnischen Aspekten, oder einfach als Mitarbeiterbesprechungen mit zirkelähnlicher Struktur – in den Betriebsalltag zu integrieren.¹⁷⁷ Dabei ist natürlich darauf zu achten, dass diese Versammlungen weiterhin betriebsbezogene Probleme diskutieren und nicht zu einem „Stammtisch“ ausarten.¹⁷⁸

Ein Experte kritisiert weiters die schlechten Ausbildungsmöglichkeiten für Moderatoren von Gesundheitszirkeln. Es werden zwar diverse Kurse angeboten (z. B. von der Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaus¹⁷⁹), vor allem bei der praktischen Ausbildung gibt es aber grobe Mängel. In Deutschland sei es üblich, mit einem „Profi“ mitzugehen und so aus der Praxis zu lernen. In Österreich gibt es erstens zu wenig „Profis“, und zweitens eine zu geringe Zahl an Zirkeln, um dies umzusetzen. Es gibt aber gegenwärtig verschiedenste Bemühungen, einen „Pool“ von bestens ausgebildeten Moderatoren aufzubauen, aus dem dann bei Bedarf geschöpft werden kann.

Die Trennung von Problemerkennung und –lösung auf der einen Seite und Maßnahmenumsetzung auf der anderen Seite sei, so einer der Befragten, auch nur auf die mangelnde Kompetenz der Moderatoren zurückzuführen. In Deutschland, wo jedes Jahr etwa achtzig Gesundheitszirkel durchgeführt werden, sind die Gesundheitszirkel in der Regel gemischt besetzt. Das heißt, es sind VertreterInnen der unterschiedlichsten „Hierarchieebenen“ des Unternehmens im Zirkel, weshalb auch dort sofort die Umsetzung der Maßnahmen beschlossen werden kann. In Österreich, wo es vielleicht fünf Zirkel pro Jahr gibt, sagt man, gemischte Zirkel funktionieren nicht so gut. Bei uns ist es vielmehr üblich, homogen besetzte Zirkel zu bilden, das heißt alle Mitglieder stehen auf (mehr oder weniger) der gleichen Ebene der Unternehmenshierarchie. Dies soll freie Meinungsäußerung gewährleisten. Wenn die unmittelbaren Vorgesetzten mit dabei wären, so könnten, im vergleichsweise strengeren Gesprächsklima, möglicherweise nicht alle Probleme thematisiert werden. Über die Umsetzung der vom Zirkel erarbeiteten Maßnahmen entscheidet dann die Steuerungsgruppe, wo neben ArbeitnehmervertreterInnen auch die Geschäftsleitung, der/die

¹⁷⁶ vgl. E1, Interview, 2000

¹⁷⁷ vgl. E3, Interview, 2000

¹⁷⁸ vgl. E5, Interview, 2000

¹⁷⁹ vgl. E8, Interview, 2000

SicherheitstechnikerIn, der/die Betriebsarzt/ärztin und eventuell externe Fachleute vertreten sind. Ein/e gute/r ModeratorIn sollte im Stande sein, die bei gemischten Zirkeln zweifellos vorhandenen Spannungen zwischen den VertreterInnen der einzelnen Befehlsebenen zu lösen, in Österreich habe man aber die Zirkel „an das Niveau der ModeratorInnen anpassen“¹⁸⁰ müssen, es gäbe sonst keine andere bekannte wissenschaftliche Erklärung für die Abänderung des deutschen Modells in Österreich. Dadurch entgehen der betrieblichen Gesundheitsförderung aber einige positive Nebeneffekte von gemischten Zirkeln:¹⁸¹

Alleine, dass sich ArbeitnehmerInnen, Vorgesetzte, Betriebsarzt/ärztin und SicherheitstechnikerIn im Zuge der Arbeit im Gesundheitszirkel richtig kennenlernen, wäre schon ein Erfolg für sich. Vor allem die Betriebsärzte seien meist viel zu wenig im Betrieb integriert, so ließe sich der Kontakt intensivieren. Auch Kommunikation über mehrere Ebenen im Betrieb hinweg zählt sicher zu den Vorteilen der gemischten Zirkeln.

Weiters kann es zu „Reibungsverlusten“ zwischen Gesundheitszirkel und Steuerungsgruppe kommen, während bei gemischten Zirkeln die Maßnahmen bis zur Umsetzung in einer Gruppe diskutiert werden. Wenn man sich hier auf einen Kompromiss geeinigt hat, dann sollte der Umsetzung nichts und niemand mehr im Weg stehen. Wenn sich ein homogener Zirkel auf eine Maßnahme eignet, kann die Steuerungsgruppe die Umsetzung immer noch ablehnen. Dem wird nun entgegengehalten, dass diese positiven Effekte auch anders erzielt werden können, ohne die Harmonie eines homogenen Zirkels zerstören zu müssen. Ob die einzelnen Akteure – ArbeitnehmervertreterInnen, ArbeitgeberIn, SicherheitstechnikerIn, Betriebsarzt/ärztin, etc – nun im Gesundheitszirkel oder in der Steuerungsgruppe zusammenarbeiten, wird für das gegenseitige Kennenlernen wohl kaum entscheidend sein. Dennoch kann ein homogener Zirkel „ohne Nebengeräusche“ arbeiten.

Wenn die Steuerungsgruppe auch VertreterInnen der ArbeitnehmerInnen enthält – was in der Regel durch den Betriebsrat gewährleistet wird – dann sollten auch in der Steuerungsgruppe die Interessen der Belegschaft nicht zu kurz kommen. Hinzu kommt noch, dass in der Nachprojektphase vielfach ein gemischter Zirkel eingesetzt wird. Es sollten dann, den positiven Erfahrungen der bisher geleisteten Arbeit entsprechend – keine Vorbehalte gegen die Vorgesetzten seitens der Belegschaft geben, es kann dann die Umsetzung weiterer Maßnahmen direkt im Zirkel beschlossen werden. Diese autonom agierenden Zirkel werden

¹⁸⁰ E1, Interview, 2000

¹⁸¹ vgl. E1, Interview, 2000

relativ problemlos in die Betriebsstruktur integriert und sorgen so für die geforderte Nachhaltigkeit der betrieblichen Gesundheitsförderung.¹⁸²

Ein sehr gutes Beispiel hierfür ist wiederum das Unternehmen der befragten Projektleiterin:¹⁸³ Der homogene Gesundheitszirkel wurde um einen eine Stufe höher stehenden Vorgesetzten erweitert, der sozusagen das Bindeglied zwischen Geschäftsführung und Belegschaft bildet. Er kennt sozusagen beide Seiten der Probleme und kann daher sehr gut vermitteln und für beide Seiten tragbare Kompromisse einleiten. Die Moderation dieses Zirkels übernimmt der Sicherheitstechniker, der über eine einschlägige Moderatorenausbildung verfügt. Es gab zwar zu Beginn Widerstand gegen die Einbindung des Vorgesetzten, diese konnten aber schnell ausgeräumt werden. Der Zirkel trifft sich alle zwei Monate und arbeitet bereits zu vollster Zufriedenheit aller Beteiligten.

Vielfach wird darauf Wert gelegt, dass der Moderator des Gesundheitszirkels ein/e externe/r, unabhängige/r ExpertIn ist.¹⁸⁴ In der Regel wird aber wohl auf „Externe“ zurückgegriffen werden müssen, da es im Unternehmen nur selten Personen mit Moderatorenausbildung gibt.

In größeren Betrieben sollte es aber durchaus möglich sein, im Betrieb geeignete Personen zu finden. Diese sollten dann mit den spezifischen Abläufen im betroffenen Arbeitsprozess einigermaßen vertraut sein – gerade die Vertrautheit mit dem Unternehmen und (wenn möglich sogar) den speziellen Arbeitsplätzen stellt ja den großen Vorteil von unternehmensinterner Moderation dar. Sie sollten aber doch auch genügend Abstand zu allen Beteiligten aufweisen, um wirklich unabhängig, unbefangen und ohne Vorbehalt von beiden Seiten moderieren zu können.¹⁸⁵

Eine weitere Erklärung für die Unterschiede zwischen Deutschland und Österreich liegen sicher auch wieder in den unterschiedlichen Unternehmensgrößen. In einem Grossbetrieb gibt es in der Entscheidungshierarchie viele Ebenen. Wenn nun ein Gesundheitszirkel durchgeführt wird, so können durchaus VertreterInnen von zwei, drei oder sogar mehr Ebenen vertreten sein, und trotzdem bewegt man sich immer noch relativ weit unten in der Hierarchie, es sind trotzdem „nur“ ArbeitnehmerInnen im Zirkel vertreten. In den Klein- und Mittelbetrieben, die ja in Österreich das Gros der Unternehmen darstellen, hat der gesamte Betrieb nur einige wenige Entscheidungsebenen. Erweitert man den Gesundheitszirkel um

¹⁸² vgl. E3, Interview, 2000

¹⁸³ vgl. E5, Interview, 2000

¹⁸⁴ vgl. E5, Interview, 2000

¹⁸⁵ vgl. E2, Interview, 2000

einige Hierarchiestufen nach oben, so würden auch die ArbeitgeberInnen im Zirkel sitzen. Alleine dieser Umstand macht den direkten Vergleich zwischen Deutschland und Österreich unzulässig.

Dem Moderator kommt nach einhelliger Meinung der Experten eine zentrale Rolle bei der betrieblichen Gesundheitsförderung zu. Kritisiert wird vielfach, dass es in Österreich zu wenig Möglichkeiten gibt, die Moderation von Gesundheitszirkeln zu erlernen und auch in der Praxis zu üben.

5.5 Ausbildung zum Gesundheitsförderer – Was muss ein Gesundheitsförderer können?

Es werden von verschiedensten Stellen Kurse zum Thema „Gesundheitsförderung“ angeboten, so etwa vom „Fonds Gesundes Österreich“,¹⁸⁶ eine durchgehende Ausbildung gibt es zu diesem Bereich aber (noch) nicht.¹⁸⁷ Es stellt sich nun die Frage, ob überhaupt genügend Nachfrage, einerseits nach der Ausbildung an sich, und andererseits nach den Absolventen besteht. Dies wird teilweise relativ kritisch beantwortet: In Österreich sei der „Gesundheitsförderungsmarkt“ zu klein, um regelmäßig Absolventen eines „durchgestylten Gesundheitsförderungslehrganges“ aufnehmen zu können. Es fehle hier wohl der gesetzliche Zwang zur betriebliche Gesundheitsförderung.¹⁸⁸ (Anmerkung: Es sind zwar die Sozialversicherungsträger verpflichtet, Gesundheitsförderung durchzuführen, nicht aber die Betriebe selbst.) Es reiche völlig, wie bisher Personen mit (mehr oder weniger) passender Ausbildung für den Gesundheitsbereich zu rekrutieren. Die Praxis habe gezeigt, dass etwa SozialarbeiterInnen oder sogar BewährungshelferInnen für die Moderation von Gesundheitszirkeln sehr gut geeignet sind. BetriebsärztInnen hingegen sind mehr auf Einzelgespräche mit Patienten getrimmt, sie können mit Gruppen oft nicht so gut umgehen. Außerdem sollte die (ohnehin spärliche) Anwesenheit des/der Betriebsarztes/ärztin für medizinisch-fachlich höherwertige Aktivitäten genützt werden. PsychologeInnen sind ebenfalls weniger geeignet – in der Regel sollte man ArbeitnehmerInnen nicht therapieren müssen. Es sei somit die Weiterbildung in vielen kleinen Kursen und Seminaren gegenüber einer „durchgestylten“ Ausbildungsschiene zu bevorzugen.¹⁸⁹

¹⁸⁶ vgl. E5, Interview, 2000

¹⁸⁷ vgl. E3, Interview, 2000

¹⁸⁸ vgl. E2, Interview, 2000

¹⁸⁹ vgl. E2, Interview, 2000

Die Vertreterin der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) wiederum würde es begrüßen, wenn Gesundheitsförderung in die Ausbildung der ArbeitsmedizinerInnen integriert würde. Es gäbe dann in jedem (betriebsarztspflichtigen) Betrieb zumindest eine Person, die mit den Möglichkeiten und Instrumenten betrieblicher Gesundheitsförderung vertraut ist.¹⁹⁰ Dem widerspricht wiederum die weit verbreitete Ansicht, dass ein Gesundheitsförderer vieles sein muss, nur eben kein Mediziner, da es ja in erster Linie darum geht, die Betroffenen selbst aktiv werden zu lassen, und nicht als Experte „drüberzufahren“.

Einer der in Österreich führenden Gesundheitsförderer würde eine speziell auf Gesundheitsförderung zugeschnittene akademische Ausbildung sehr begrüßen. Da in Österreich nichts vergleichbares angeboten wird, sei er gezwungen, in der Schweiz ein Fernstudium für „Public Health“ zu absolvieren, wobei hier Gesundheitsförderung auch nur ein Teil der Ausbildung ist.¹⁹¹ Es wurde auch kritisiert, dass zwar in der Praxis Österreich im europäischen Vergleich relativ aktiv sei, auf akademisch-theoretischer Ebene – etwa über Prozessqualität oder Organisationsentwicklung in Bezug auf betriebliche Gesundheitsförderung – gäbe es aber zu wenig nennenswerte Aktivität. Man könnte den Betrieben auf dem Gesundheitssektor sehr viel anbieten, es fehle aber der Wille und vielfach auch die Ressourcen, um auf die Bedürfnisse der Kunden (also der Betriebe) besser einzugehen und auch einmal neue Wege zu beschreiten. Nicht zuletzt sei dies auch auf die große Distanz zwischen den Gebietskrankenkassen und der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt (AUVA) auf der einen Seite, und den einzelnen Betrieben auf der anderen Seite zurückzuführen, analysiert der befragte private Anbieter. Die Betriebskrankenkassen in Deutschland arbeiten – natürlich – viel enger mit „ihrem“ Betrieb zusammen als dies in Österreich der Fall ist, wo eine Gebietskrankenkasse unzählige Betriebe zu ihren Kunden zählt. Eine Ausnahme würde die Versicherungsanstalt des österreichischen Bergbaus (VADÖB) darstellen, da hier die Branche relativ klein ist. Die Qualität einer Dienstleistung sei im Endeffekt immer daran zu messen, wie sehr sie den Bedürfnissen der Kundschaft entspricht, und genau hier liege eines der Kernprobleme der Gesundheitsförderung in Österreich.¹⁹²

Nachdem die Problematik um eine Gesundheitsförderungsausbildung eingehend beleuchtet wurde, soll der zweite Teil dieses Abschnitts nun eher den Anforderungen an den

¹⁹⁰ vgl. E4, Interview, 2000

¹⁹¹ vgl. E3, Interview, 2000

¹⁹² vgl. E1, Interview, 2000

Gesundheitsförderer gewidmet sein: Man muss auf jeden Fall **Universalist** sein, das heißt, man sollte umfassendes Wissen auf teilweise stark unterschiedlichen Gebieten aufweisen können.¹⁹³ An erster Stelle wird – auf die Frage nach der besten Ausbildung – meist das Gebiet der *Sozialwissenschaften* genannt.¹⁹⁴ Daneben ist natürlich *soziale Kompetenz*, vor allem *Kommunikation* und *Argumentation*, unverzichtbar für einen Gesundheitsförderer.¹⁹⁵ Besonders der richtige *Umgang mit Gruppen* ist von absoluter Wichtigkeit – etwa bei der Moderation von Gesundheitszirkeln.¹⁹⁶ Eine *psychologische Schulung* kann in diesem Zusammenhang sehr hilfreich sein.¹⁹⁷ Genauso wichtig ist es aber auch, die *Vorgänge in einem Betrieb*, die Zusammenhänge und die jeweiligen Kommunikationsstrukturen zu kennen. Es wäre also angebracht, eine spezielle Ausbildung zu installieren, die über reine Mediation und Moderation hinausgeht, da dies nur einen kleinen Aspekt der Arbeit eines Gesundheitsförderers darstellt: Während eines BGF-Projektes können in einem Unternehmen Eigendynamiken entstehen, die den Moderator des Gesundheitszirkels schon fast zum Unternehmensberater werden lassen. Außerdem ist es wichtig, dafür zu sorgen, dass „die richtigen Leute an den richtigen Stellen“ sitzen, das heißt, man braucht kompetente Personen für die Maßnahmenumsetzung. Sind diese im Unternehmen nicht vorhanden, so muss der Verantwortliche dafür sorgen, dass diese Stellen mit externen Experten besetzt werden.¹⁹⁸

Ganz allgemein sind *Organisationstalent*, *Marketing*, *Projektmanagement*, aber auch die *Fähigkeit zu vernetztem Denken und Arbeiten* sehr wichtig.¹⁹⁹ Auch *Zähigkeit*, *Ausdauer* und *Anpassungsfähigkeit* unterstützen die Forderung nach einem „Universalgenie“. ²⁰⁰ Neben der Fähigkeit zu harter Arbeit darf natürlich die *Kreativität* nicht zu kurz kommen.²⁰¹ Selbst Kenntnisse in *empirischer Sozialforschung* und *Statistik* wären sicher kein Nachteil, könnte doch ein großer Teil der Ist-Analyse selbst durchgeführt werden.²⁰² Medizinisches Fachwissen ist nicht unbedingte Voraussetzung, um ein guter Gesundheitsförderer zu sein, diese Kompetenz sollte ohnedies der/die Betriebsarzt/ärztin einbringen.²⁰³ Dennoch ist es hilfreich, sich etwa mit *Gesundheitspsychologie* zu beschäftigen, oder mit der Frage, wie

¹⁹³ vgl. E4, Interview, 2000

¹⁹⁴ vgl. z. B.: E3, Interview, 2000; E5, Interview, 2000

¹⁹⁵ vgl. z. B. E8, Interview, 2000; E4, Interview, 2000

¹⁹⁶ vgl. z. B. E2, Interview, 2000; E1, Interview, 2000

¹⁹⁷ vgl. E5, Interview, 2000

¹⁹⁸ vgl. E1, Interview, 2000

¹⁹⁹ vgl. z. B. E8, Interview, 2000; E5, Interview, 2000

²⁰⁰ vgl. z. B. E4, Interview, 2000; E8, Interview, 2000

²⁰¹ vgl. z. B. E8, Interview, 2000; E2, Interview, 2000

²⁰² vgl. z. B. E3, Interview, 2000; E5, Interview, 2000

²⁰³ vgl. E5, Interview, 2000

gesundheitsrelevantes Verhalten entsteht, und insbesondere wie es beeinflusst werden kann. Auch die Determinanten von Gesundheit beziehungsweise Krankheit sollten bekannt sein.²⁰⁴

Es gibt also grundsätzlich **zwei Hauptaufgaben**, die relativ unterschiedliche Anforderungen an den Gesundheitsförderer stellen:²⁰⁵ Das ist einerseits die *Leitung des Projektes*, die Gesamtübersicht, Koordinationsfähigkeit, wirtschaftliches und sozial-empirisches Denken verlangt, und andererseits die *Moderation der Gesundheitszirkel*, welche eher psychologische, soziale Kompetenz verlangt. Die Leitung des Projektes wird in der Regel von einem (vom Unternehmen) unabhängigen Fachmann übernommen, um Interessenskonflikte zu vermeiden. Bestehen Unklarheiten über die Projektleitungskompetenz, so kann dies sehr schnell zu Problemen führen, wie mir der befragte Moderator anhand des Beispiels eines großen Industriebetriebs schilderte: Ein Betriebsrat hatte ein Projekt initiiert und wollte in der Folge auch die Leitung übernehmen. Die Vorgesetzten waren ebenfalls der Meinung, am Projekt in leitender Funktion beteiligt sein zu müssen. Dies führte natürlich zu Überschneidungen und Spannungen, die vor Beginn der Projektarbeit zuerst ausgeräumt werden mussten. Zusammenfassend lässt sich also sagen: Um Gesundheitsförderung beruflich ausüben zu können, braucht man eine Vielfalt von Fähigkeiten. Neben einzelnen fachlichen Qualifikationen (Sozialwissenschaften, Organisationsentwicklung, Projektmanagement, Medizin) sollte man aber vor allem auch über soziale Kompetenz und Ausdauer verfügen.

5.6 Gründe für das Scheitern betrieblicher Gesundheitsförderung

Es wurde in dieser Arbeit schon mehrfach darauf eingegangen, was alles für das Gelingen von betrieblicher Gesundheitsförderung notwendig ist. An erster Stelle steht der feste Willen aller Beteiligten, wirkliche Veränderungen – sowohl in Bezug auf das eigene Verhalten als auch in der Betriebsstruktur – nicht nur zuzulassen, sondern sogar herbeizuführen. Dann ist es natürlich wichtig, kompetente Personen an den verantwortlichen Stellen sitzen zu haben, die dafür sorgen, dass der empfohlene Ablauf von betrieblicher Gesundheitsförderung – der ja auch nicht zufällig sondern aus praktischer Erfahrung heraus erstellt wurde – eingehalten wird. Der Wille zur Zusammenarbeit zwischen ArbeitnehmerInnen und Betriebsrat auf der einen Seite und Arbeitgeber auf der anderen, zwischen Betriebsarzt, Sicherheitstechniker und externen Partnern (etwa GKK) ist ebenfalls von enormer Bedeutung. Grundsätzlich ist

²⁰⁴ vgl. E3, Interview, 2000

²⁰⁵ vgl. E2, Interview, 2000

betriebliche Gesundheitsförderung so ausgelegt, dass sich eine Win-Win-Situation ergibt, das heißt, dass alle Beteiligten Vorteile aus dem Projekt ziehen können. Dies erfordert natürlich Kooperation und teilweise Kompromisse auf allen Seiten. Wenn eine Partei versucht, zu allererst den eigenen Nutzen zu verfolgen, so wird dies schnell zu Unstimmigkeiten und in der Folge zu einem Scheitern des gesamten Projektes, oder zumindest zu erheblichen Reibungsverlusten führen.

In Österreich ist es oft so, dass entweder der Betriebsrat, der Arbeitsmediziner oder in manchen Fällen auch die Geschäftsleitung auf die Idee kommt, betriebliche Gesundheitsförderung zu machen und dies dann mehr oder weniger einseitig eingeleitet wird, ohne das Wissen und Zutun der anderen.²⁰⁶ Dass es so sehr leicht zu Spannungen kommen kann, und dass eventuell bestehende Spannungen so noch verstärkt werden können, steht außer Frage. Probleme treten, so die Vertreterin der regionalen Kontaktstelle in Salzburg, eigentlich nur dann auf, wenn es zwischen den einzelnen Akteuren im Betrieb – also Arbeitgeber, Arbeitnehmern, Betriebsrat – **Spannungen** gibt. Einhellige Meinung ist daher, dass, noch bevor das Projekt konkret begonnen wird, unbedingt für Konsens aller Beteiligten gesorgt werden muss. Gegen den Widerstand der Belegschaft wird ein Projekt keine vorzeigbaren Ergebnisse erzielen können, gegen den Widerstand der Geschäftsführung wird es keine Umsetzung der geforderten Maßnahmen geben.²⁰⁷ Für Organisationen wie die Gebietskrankenkassen oder die Versicherungsanstalt Österreichischer Bergbau ist dies ein wichtiges Kriterium, ob ein Projekt angenommen wird, oder nicht.²⁰⁸

Ganz allgemein gibt es im Verlauf von Projekten immer wieder Phasen, wo die Dinge nur sehr langsam vorangehen. Wenn es dann niemanden gibt, der „das Heft in die Hand nimmt“ und das Projekt vorantreibt, dann kann es passieren, dass der anfängliche Elan still und leise abebbt und das Projekt „versandet“. Für die einzelnen Mitarbeiter am Projekt, die ja in der Regel nicht exklusiv nur an der betrieblichen Gesundheitsförderung arbeiten (das gilt besonders auch für externe) ist es sehr frustrierend, wenn es längere Stillstandzeiten gibt. Das Interesse und der persönliche Einsatz jedes einzelnen kann dann sehr schnell verloren gehen. Es sollte daher versucht werden, den Ablauf möglichst straff zu halten, um diese Gefahr des „Einschlafens“ zu vermeiden.²⁰⁹ Neben der Tatsache, dass Projekte meist von außen an ein Unternehmen herangetragen werden, ist vor allem den Umstand, dass der ökonomische

²⁰⁶ vgl. E1, Interview, 2000

²⁰⁷ vgl. E8, Interview, 2000

²⁰⁸ vgl. E8, Interview, 2000 und E3, Interview, 2000

Nutzen für Betriebe im vorhinein kaum berechenbar ist, ein möglicher Scheiterungsgrund. Den Modellen liegen „idealtypische Betriebe“²¹⁰ zugrunde, Betriebe die mitarbeiterorientiert sind, die teamfähig sind. In Wirklichkeit sind Unternehmen sehr oft aber straff hierarchisch organisiert und streng betriebswirtschaftlich ausgerichtet. Ein Projekt, das zunächst einmal Kosten verursacht (z. B. Personalkosten während der Zirkulararbeit, Umsetzung der Maßnahmen) und dessen wirtschaftlicher Nutzen ungewiss ist, lässt sich dann eben nur schwer durchsetzen. Die Senkung der Krankenstandsquote kann, bei Erfolg, zwar in Aussicht gestellt werden, sie kann aber nicht versprochen werden – schon gar nicht auf Zehntelprozentpunkte genau.

Schließlich würden dann noch die Komplexität eines BGF-Projektes und die teilweise mangelnde Qualität der Moderatoren ihr übriges zum Scheitern von betrieblicher Gesundheitsförderung beitragen.²¹¹ Ein grundsätzliches Problem in Österreich sei, dass „bei Gesundheitsfragen in der Arbeitswelt zu allererst nach ‚Schuld‘ gefragt“²¹² werde. Das ist bei Arbeitsunfällen und teilweise bei Berufskranken möglich, bei den sogenannten berufsbedingten Erkrankungen mit ihren multikausalen Zusammenhängen ist das Nachweisen der Verschuldensfrage aber schier unmöglich. Man sollte sich hier mehr auf die Frage nach den Ursachen konzentrieren: Eine Ursache für Erkrankungen, etwa Zugluft am Arbeitsplatz, ist schnell gefunden und man kann daran gehen, eine Lösung für das Problem auszuarbeiten. Einen Schuldigen für die Zugluft zu suchen ist nicht nur unsinnig, sondern wird auch zu etlichen Blockaden führen und die Problemlösung unnötig hinauszögern.²¹³

Der Vertreter einer führenden Organisation auf dem Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung vertritt die Meinung, betriebliche Gesundheitsförderung könne nur am Mangel an Ressourcen scheitern: Entweder an Ressourcen, die das Unternehmen bereit oder fähig ist, ins Projekt zu investieren, oder an den Ressourcen der durchführenden Personen. Betriebliche Gesundheitsförderung ist in gewisser Weise ein Selbstläufer: Wenn sie einmal in Gang gesetzt wurde, und dann nicht gebremst wird, so entwickelt sie eine Eigendynamik, die sie fast automatisch zum Erfolg führt.²¹⁴ Ein Hemmnis für die Entwicklung und Verbreitung von betrieblicher Gesundheitsförderung ganz allgemein – nicht unbedingt auf bestimmte

²⁰⁹ vgl. E4, Interview, 2000

²¹⁰ E1, Interview, 2000

²¹¹ vgl. E1, Interview, 2000

²¹² E2, Interview, 2000

²¹³ vgl. E2, Interview, 2000

²¹⁴ vgl. E3, Interview, 2000

Projekte bezogen – ist die Struktur des traditionellen Arbeitsschutzes und der Arbeitnehmervertretung. Die Gewerkschaften und die Betriebsräte „fürchten geradezu“²¹⁵ die Etablierung neuer Strukturen abseits der ihren. Dies ist umso erstaunlicher, als ja der Österreichische Gewerkschaftsbund (ÖGB) erheblichen Anteil an der Pionierarbeit im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung in Österreich hatte – man denke nur an „Aktion G“. Hier müsste man von seiten der verantwortlichen Stellen, also insbesondere der österreichischen Kontaktstelle des europäischen Netzwerks, versuchen, mittels Überzeugungs- und Aufklärungsarbeit die Gewerkschaften und (damit hoffentlich einhergehend) auch die Betriebsräte „mit an Bord“ zu nehmen.²¹⁶

Betriebliche Gesundheitsförderung steht auf jeden Fall im Einklang mit den Interessen der Arbeitnehmervertreter, die Möglichkeit zur Nutzung der bei Gewerkschaft und Betriebsräten vorhandenen Ressourcen sollte auch für die Gesundheitsförderer erhebliche Synergieeffekte bewirken. Interessant ist in diesem Zusammenhang aber auch, dass selbst die „verfeindeten“ Sozialpartner das Thema Gesundheit üblicherweise außer Streit stellen. Ein Beispiel dafür wäre das Pilotprojekt im Landesverlag Linz: Geschäftsleitung und Betriebsrat waren ziemlich zerstritten, man konnte sich aber auf die Durchführung des Pilotprojektes einigen, auch die Umsetzung der Verbesserungsvorschläge war dann kein besonderes Problem. Es hat sich in der Folge sogar das Verhältnis zwischen Betriebsrat und Geschäftsführung etwas verbessert. Trotzdem ist betriebliche Gesundheitsförderung „kein Schlechtwetterprogramm“: Wenn in einem Betrieb das Klima so schlecht ist, dass offene Gespräche und kreatives Arbeiten – über Hierarchien hinweg – nicht möglich ist, so wird auch ein Gesundheitsförderungsprojekt scheitern und weder gesundheitliche noch „klimatische“ Verbesserungen nach sich ziehen können.²¹⁷ Eine wichtige Voraussetzung für den Erfolg betrieblicher Gesundheitsförderung ist also der Konsens zwischen ArbeitnehmerInnen(vertreterInnen) und Arbeitgeberseite. Wenn der gemeinsame Wille zur Durchführung von betrieblicher Gesundheitsförderung gegeben ist und auch genügend Ressourcen (sowohl seitens des Unternehmens als auch seitens der durchführenden Fachleute und externen Organisationen) zur Verfügung stehen, dann kann nach Expertenmeinung eigentlich nichts mehr schief gehen.

²¹⁵ E2, Interview, 2000

²¹⁶ vgl. E2, Interview, 2000

²¹⁷ vgl. E2, Interview, 2000

5.6.1 Ein Beispiel aus der Praxis

In einem großen österreichischem Industriebetrieb wurden in verschiedenen Unternehmensbereichen Gesundheitsförderungsprojekte durchgeführt. In einer Abteilung – die in dieser Arbeit schon mehrmals als Beispiel für nicht optimale Umsetzung der Qualitätskriterien zitiert wurde – führte das Projekt nicht zu den gewünschten Verbesserungen der Arbeitssituation, während man in anderen Abteilungen durchaus mit dem Erfolg zufrieden war. Es sollen nun die Ursachen für den Misserfolg erläutert werden: Das Projekt begann mit **Unstimmigkeiten** zwischen den Arbeitnehmervertretern, die das Projekt initiiert hatten, und der Abteilungsleitung. Erst auf Druck von höherer Stelle willigte die Abteilungsleitung ein. Auch in Bezug auf die Projektleitungskompetenz gab es Unklarheiten. Die Teilnehmer des Gesundheitszirkels waren nur **unzureichend** über Aufgabe und Sinn des Zirkels **informiert** worden. Eine Mitarbeiterbefragung ergab, dass in zwei Abteilungen die Gesundheitssituation der Beschäftigten besonders schlecht war, dort wurden dann auch die beiden Gesundheitszirkel mit je fünf bis sechs Sitzungen durchgeführt. In einer Abteilung wurden 26 Probleme thematisiert, die von unzureichender Belüftung, Staubabsaugung, über Zugluft bis zu Zeitdruck und Hektik im Arbeitsablauf reichten.

Der befragte Arbeitnehmervertreter berichtete, dass es bei der Umsetzung der Verbesserungsvorschläge seitens der Betriebsleitung große Versäumnisse gegeben hätte. Er vermutet bei den Verantwortlichen eine bestimmte Werthaltung gegenüber den verschiedenen Verbesserungsvorschlägen: „Die besten Ideen sind immer die, die nichts kosten!“²¹⁸ Die **Umsetzungsquote** ist – laut Arbeitnehmervertreter – mit „um die zehn Prozent“²¹⁹ tatsächlich sehr **schwach**. Dies sei für die beteiligten ArbeitnehmerInnen sehr frustrierend, da in den Gesundheitszirkeln gute Arbeit geleistet worden war, die auch sehr gut dokumentiert wurde, dennoch wurde kaum etwas in die Realität umgesetzt. Man habe auch im Nachhinein bei Vorgesetzten und auch beim Zentralbetriebsrat auf die mangelnde Umsetzung hingewiesen, verbessert habe sich dadurch aber dennoch nichts.

Als positiv wird bewertet, dass es Änderungen in der Schichtarbeit gegeben hatte, die zu einem Wegfall der Nachtschichten führten. In der Folge hatte sich die Krankenstandsquote um 33 Prozent verringert, wobei aber zu bedenken ist, dass nun weitaus weniger Arbeitszeit

²¹⁸ E9, Interview, 2000

²¹⁹ E9, Interview, 2000

zu leisten war: 4-Schicht-Betrieb heißt im Falle dieses Unternehmens neun Tage Arbeit – drei Tage „Freischicht“. Wenn nun in 3-Schicht „gefahren“ wird, dann bedeutet dies den normalen 5-Tage Arbeit – zwei Tage frei – Rhythmus. Es ist also nun einfacher, leichte Erkrankungen (wie einen grippalen Infekt) in der Freizeit auszukurieren. Trotzdem ist die körperliche Belastung durch Nachtarbeit nicht zu unterschätzen, die Änderung brachte also sicher eine Verbesserung der Gesundheitssituation der Beschäftigten. Auch die Einführung eines „Gesundheitstages“ wird von Betriebsratsseite begrüßt: Einmal im Jahr haben die Beschäftigten die Möglichkeit, sich – während der Arbeitszeit – von einem Arzt „durchuntersuchen“ zu lassen. Dies wird auch sehr stark genützt, unter den Angestellten etwas deutlicher als von den Arbeitern. Prinzipiell zu begrüßen wäre auch die Einführung der „Sicherheitsviertelstunde“: Einmal im Monat sollen die Meister der einzelnen Abteilungen mit ihren MitarbeiterInnen eine Sicherheitsbesprechung abhalten. Die Qualität dieser Besprechungen ist aber sehr stark von den beteiligten Personen abhängig und vielfach nur als Alibihandlung durchgeführt.²²⁰ Zum Abschluss soll das Augenmerk auf ein Projekt gelegt werden, dass sich gerade in der Anfangsphase befindet. Es soll – im Kontrast zu den bereits in Kapitel 4 vorgestellten Projekten – zeigen, wie sich die Herangehensweise an betriebliche Gesundheitsförderung in den letzten Jahren verändert hat.

²²⁰ vgl. E9, Interview, 2000

6. Betriebliche Gesundheitsförderung im Jahr 2000 – am Beispiel der KEBA AG

KEBA ist seit seiner Gründung 1968 auf die Entwicklung und Produktion hochwertiger Elektronik spezialisiert. 1999 durchbricht KEBA die „Schallgrenze“ von ATS 1 Milliarde Jahresumsatz und wird in eine Aktiengesellschaft umgewandelt.²²¹ Man spezialisiert sich auf zwei Kernbereiche:²²²

- **Industrieautomation:** Robotersteuerung, Industrie-PCs, etc.
- **Bank- und Dienstleistungsautomation:** RONDO SB-Terminal Familie für die Automation des Giro- und Spargeschäftes, SB- und Frontoffice-Lösungen, Lotteriesysteme, etc.

Von den rund **460 MitarbeiterInnen** der Firma sind beinahe die Hälfte Ingenieure oder Akademiker.²²³ **Teamarbeit**, über verschiedene Abteilungen und Hierarchien hinweg, steht bei jedem Auftrag, von der Produktentwicklung bis zur Serienproduktion, auf der Tagesordnung.²²⁴ Eine der besonderen Qualitäten von KEBA ist, dass man auf die Bedürfnisse der Kunden ganz besonders eingehen kann: dazu ist ständige Interaktion zwischen den eigenen MitarbeiterInnen und den Kunden notwendig.²²⁵ Die Kompetenz, der Einsatz und die Kreativität der **MitarbeiterInnen** sind, neben den technischen Voraussetzungen, das **Kapital der Firma**.²²⁶ KEBA „fördert und fordert“ seine MitarbeiterInnen, ihre „Potentiale voll zu entwickeln“.²²⁷ Ständige Weiterentwicklung und Optimierung, nicht nur der Produkte und der Produktionsabläufe, sondern auch der Organisationsstruktur sind Betriebsalltag.²²⁸ Bereits Ende 1998 – Anfang 1999 wurde betriebsintern ein Projekt „**Gesundheitsförderung**“ gestartet. Vor allem in der **Produktionsabteilung** erschienen die Krankenstandszahlen im Vergleich mit anderen Abteilungen als zu hoch.

Die Abteilung „Produktion“ umfasst mit rund **120 ArbeitnehmerInnen** etwa ein Viertel der gesamten Belegschaft. 85 dieser 120 Beschäftigten sind gewerbliche Arbeiter, der Rest sind

²²¹ vgl. KEBA, 2000 (a), S. 5

²²² vgl. KEBA, 2000 (b)

²²³ vgl. KEBA, 2000 (c)

²²⁴ vgl. KEBA, 2000 (a), S. 11

²²⁵ vgl. KEBA, 2000 (a), S. 3

²²⁶ vgl. KEBA, 2000 (a), S. 13

²²⁷ KEBA, 2000 (a), S. 14

²²⁸ vgl. KEBA, 2000 (a), S. 14

Angestellte.²²⁹ Es wurden „**Rückkehrgespräche**“ institutionalisiert, das heißt, nach einem Krankenstand gibt es nun ein Gespräch mit dem/der ArbeitnehmerIn. So stellte man fest, dass die „Schreibtischtäter“²³⁰ in der Regel über ein ausreichendes Maß an Gesundheitsbewusstsein verfügen würden: sie betreiben Sport, achten auf ausgewogene Ernährung, etc. Bei den Arbeitern sei dies aber sehr oft nicht der Fall. Die Rückkehrgespräche erwiesen sich als sehr gut geeignet, diesem Zustand entgegenzuwirken. Eine Arbeitnehmerin hatte eine besonders hohe Krankenstandsrate. Sie hatte chronische Gelenksprobleme, hatte aber panische Angst davor, sich von einem Spezialisten ordentlich untersuchen zu lassen. Sie ging also nur zum Hausarzt, wenn die Schmerzen unerträglich wurden und ließ sich für einige Tage krank schreiben. Danach „schleppte“ sie sich wieder zur Arbeit. Da sie die Ursache ihrer Schmerzen nie therapieren ließ, trat auch keine Verbesserung ein.

Trotz erster Erfolge wollte man das Gesundheitsbewusstsein der Belegschaft weiter stärken, und so wurde beschlossen, die **oberösterreichische Gebietskrankenkasse als Partner** für die betriebliche Gesundheitsförderung zu gewinnen. Es wurde eine erneute **Krankenstandsanalyse** durchgeführt. Ein Ergebnis war, dass es bei KEBA keine arbeitsplatzspezifischen Erkrankungen gibt, am häufigsten treten Infektionserkrankungen wie grippaler Infekt auf. Es wurde ein **Weißbuch** erstellt, das allen ArbeitnehmerInnen zur Verfügung gestellt wurde und zwei Hauptthemen umfasst:

- Beruf und Gesundheit
- Beruf und Familie

Gesundheit liegt grundsätzlich im Verantwortungsbereich des/der einzelnen ArbeitnehmerIn liegt, das Unternehmen muss aber unterstützend tätig werden. KEBA startete eine **Buchaktion**: das populärmedizinische Werk „Die fünf Säulen der Gesundheit“ von Willi Dungal ist zum halben Preis erhältlich. Im Herbst wird dann in der Produktionsabteilung ein **Pilot-Gesundheitszirkel** gestartet, weitere Abteilungen sollen folgen. Die Gesundheitszirkel werden, wie andere Projektteams der Firma KEBA, sowohl Arbeiter als auch Angestellte angehören, auch das **Überschreiten von Hierarchieebenen ist eine Selbstverständlichkeit**. Alleine aus Zeitnot ist es aber nicht möglich, auch höhere Stellen (vom Bereichsleiter aufwärts) in die Zirkelarbeit einzubinden. Die direkte Umsetzungskompetenz des Zirkels erstreckt sich dann der betrieblichen Befehlshierarchie entsprechend: kleinere Maßnahmen können vom Zirkel selbst beschlossen werden, größere sind Aufgabe der Steuerungsgruppe,

²²⁹ vgl. Weissengruber, Interview, 2000

²³⁰ Weissengruber, Interview, 2000

für bauliche Änderungen etwa, die mit großem finanziellen Aufwand behaftet wären, wäre dann der Vorstand zuständig.

Der eben erwähnten **Steuerungsgruppe** gehören an:

- der Produktionsleiter
- der Human Resources Manager
- die Abteilungsleiterin „Rekrutierung und Weiterbildung“
- ein Vertrauensmann
- ein Vertreter der Gebietskrankenkasse (als Berater)
- ein Experte für regionale Gesundheitsförderung (als Berater)

Nach Ablauf der Zirkelarbeit soll es eine „**Betriebsklima-Umfrage**“ geben. Im Zeitverlauf soll dann der Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit, Krankenständen und Gesundheitsförderung untersucht werden. Dieses Projekt entsprach den seitens des europäischen Netzwerks empfohlenen Abläufen und Kriterien. Diese hätten sich „automatisch“ ergeben, wenn man nur die Regeln der Organisationsentwicklung befolgen würde: „Keine Aktion ohne vorherige Diagnose“²³¹ Es ist nur eine umfassende Betrachtung des Problems möglich, daher wurde etwa auch die Familie mit ins Konzept einbezogen (äußert sich schon im Weißbuch): Zu viel Arbeit und Stress schädigen die Gesundheit, aber auch das Familienleben. Dies würde sich in Folge weiter negativ auf die Gesundheit und die Leistungsfähigkeit der ArbeitnehmerInnen auswirken, schädigt also in letzter Konsequenz den Arbeitsablauf.

Es wurden auch explizit keine punktuellen Maßnahmen gesetzt: Die Belegschaft wollte, wegen zu niedriger Luftfeuchtigkeit vor allem während der winterlichen Heizperiode, Luftbefeuchter. Da es dafür kein Konzept gab, und somit etwa die Wartung nicht den Betriebsgepflogenheiten entsprechend geregelt wäre, wurde davon zunächst Abstand genommen. Ungewartete Luftbefeuchter würden „binnen kürzester Zeit zu ‚Bazillenschleudern‘ mutieren“.²³² Im Rahmen des Projektes soll nun das Problem „zu trockene Luft“ samt Lösung in das zu erarbeitende Maßnahmenpaket integriert werden.

²³¹ Weissengruber, Interview, 2000

²³² Weissengruber, Interview, 2000

7. Schlussbemerkung

Gesundheit ist für jeden Menschen wohl das höchste Gut, spätestens dann, wenn er Gefahr läuft, sie zu verlieren. Da Krankenstände auch für einzelne Unternehmen und ganze Volkswirtschaften beträchtliche Kosten aufwerfen, sollte es ein gemeinsames Bemühen geben, die Gesundheit der arbeitenden Menschen so gut als möglich zu schützen. Betriebliche Gesundheitsförderung ist eine Möglichkeit, dies zu tun. Ich habe mich in dieser Arbeit vor allem mit den Kriterien beschäftigt, die über Erfolg oder Misserfolg von betrieblichen Gesundheitsförderungsprojekten entscheiden. Es hat sich gezeigt, dass die Arbeit des Europäischen Netzwerks für betriebliche Gesundheitsförderung sehr wertvoll ist, sowohl auf theoretischer Ebene als auch in Bezug auf die Praxis. Die vom Netzwerk erstellten Richtlinien, Qualitätskriterien, der planmäßige Verlauf, etc. haben sich als sehr gut durchdacht und praxisnahe erwiesen. Sie entsprechen den Prinzipien des Projektmanagements und der Organisationsentwicklung, und wurden von den befragten Experten, egal ob „Theoretiker“ oder „Praktiker“, als unverzichtbar bezeichnet.

Ohne die praktische Arbeit der Mitgliedsorganisationen des Netzwerks (Betriebskrankenkassen in Deutschland, Gebietskrankenkassen in Österreich) gäbe es aber auch kaum tatsächlich durchgeführte betriebliche Gesundheitsförderung.

Alleine die Öffentlichkeitsarbeit ist noch zu optimieren: Es wissen immer noch zu wenig Entscheidungsträger über betriebliche Gesundheitsförderung Bescheid. Wie man dies ändern könnte, darüber gibt es geteilte Meinungen. Mit Weiterführung der bisherigen guten Arbeit sollte die Zahl der interessierten Unternehmen aber „automatisch“ ansteigen, wie dies bereits in der Vergangenheit festzustellen war. Diese interessierten Unternehmen sind aber sehr oft ohnehin Vorzeigebetriebe in Bezug auf die Arbeitssituation. Unternehmen, die auf ihre Mitarbeiter und deren Gesundheit wenig acht geben, werden auch kaum betriebliche Gesundheitsförderung durchführen, obwohl es gerade dort dringend notwendig wäre. Auch im Bereich Bildung und Forschung könnten die Bemühungen intensiviert werden. Viele der befragten Experten kritisierten das Fehlen der Weiterentwicklung der Theorie betrieblicher Gesundheitsförderung, genauso wie das Fehlen einer speziellen Ausbildungsschiene. Hier liegen auch zwei elementare Gründe für das Scheitern von betrieblicher Gesundheitsförderung in der Praxis:

- Die Verantwortlichen im Betrieb sind über die Grundsätze, den optimalen Verlauf und die Instrumente der betrieblichen Gesundheitsförderung schlecht informiert, oder
- die durchführenden Personen sind für ihre Aufgaben nicht optimal qualifiziert.

Es sollte in Zukunft dafür gesorgt werden, dass verantwortliche Personen im Unternehmen über betriebliche Gesundheitsförderung und wie sie funktioniert ordentlich informiert sind und ein Partner – egal ob dies nun die Gebietskrankenkasse, eine Sozialversicherungsanstalt oder eine private Gesundheitsförderungsorganisation ist – für die „richtigen Leute an den richtigen Stellen“ sorgt. Die österreichischen Unternehmen sind überwiegend Klein- und Mittelbetriebe. Es wird wohl notwendig sein, das Modell soweit abzuändern, dass auch diese kleineren Unternehmen die Möglichkeit bekommen, ein Projekt durchzuführen. Ich stimme dabei mit einem der befragten Experten überein, der stärkere Kooperationstätigkeit als beste Lösung für dieses Problem nannte. Das Netzwerk ist hier sicher noch stärker als bisher gefordert, einzelne willige Klein- und Mittelunternehmen zu Kooperationen zusammenzuführen. Die seit bestehen des Netzwerks geleistete Arbeit ist auf keinen Fall zu unterschätzen. Es wurden theoretische Modelle erstellt und optimiert und erste Modellprojekte durchgeführt. Die durchführenden Personen können bereits auf ein beträchtliches Maß an Routine und Erfahrung zurückgreifen. Bei Fortführung der guten Arbeit kann das Gesundheitsbewusstsein allgemein weiter gestärkt werden, in der Folge wird es weitere Verbesserungen der Arbeitssituation einzelner Beschäftigter geben.

Literaturverzeichnis

Atteslander, Peter: Methoden der empirischen Sozialforschung, unter Mitarbeit von Jürgen Cromm, Busso Grabow, Andrea Maurer, Gabriele Siegert, Gisela Zipp, Berlin 1995

Atzler, Beate: „Pro – Fit“ – Luzenach Naintsch/VADÖB, in: Österreichische Kontaktstelle für betriebliche Gesundheitsförderung (Hrsg.): Qualitätssicherung in der betrieblichen Gesundheitsförderung, Linz 1999

Atzler, Beate, Elfriede Kieseewetter und Michael Kohlbacher: Arbeiten mit Gesundheitszirkeln, in: Österreichische Kontaktstelle für betriebliche Gesundheitsförderung (Hrsg.): Projektmanagement in der betrieblichen Gesundheitsförderung, Linz 1998

Badelt, Christoph und August Österle: Grundzüge der Sozialpolitik – Sozialpolitik in Österreich, Wien 1998

Baier, Herbert: Gesamtbericht Gesundheitszirkel Küche, Linz 1997

BKK Bundesverband, Europäisches Informationszentrum (Hrsg.): Gesunde Mitarbeiter in gesunden Unternehmen – Erfolgreiche Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung in Europa, Essen 1999

BKK Bundesverband, Europäisches Informationszentrum (Hrsg.): Gesunde Mitarbeiter in gesunden Unternehmen. Erfolgreiche Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung in Europa – Beispiele guter Praxis“, Essen 1999

Bundesministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (Hrsg.): Gesundheitsförderungsnetzwerke in Österreich, in: <http://www.bmags.gv.at/bmags/gesund/gesundheitsfoerderung.htm>, Wien 1998, am 23. Dezember 1999

Gesundheitsgruppen und Gesundheitszirkel einrichten, in: Der Gewerkschafter, Heft 12 (1991)

Elsigan, Gerhard und Oskar Meggeneder: Gesundheitsförderung in einer Verlagsgruppe, in: Sichere Arbeit, Heft 5 (1999)

Elsigan, Gerhard und Fritz Rödhammer: Gesundheitsförderung im Betrieb – VÖEST-Alpine Stahl Linz, in: Österreichische Kontaktstelle für betriebliche Gesundheitsförderung (Hrsg.): Qualitätssicherung in der betrieblichen Gesundheitsförderung, Linz 1999

Geissler, Heinrich und Klaus Niedl: Vom Gesundheitsbericht zur „Unternehmensstrategie Gesundheit“, in: Österreichische Kontaktstelle für betriebliche Gesundheitsförderung (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich, Linz 1997

Geissler, Heinrich und Klaus Niedl: Gesundheitsförderung ist wirtschaftlich, in: Österreichische Kontaktstelle für betriebliche Gesundheitsförderung (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich, Linz 1997

Gerhardt, Uta: Gesundheit und Krankheit als soziales Problem, in: Günter Albrecht, Axel Groenemayer und Friedrich Stallberg (Hrsg.): Handbuch sozialer Probleme, Wiesbaden 1999

Griessl, Othmar: Betriebswirtschaftlicher Nutzen von Gesundheitsschutzmassnahmen am Beispiel Lärm, in: AMD (Hrsg.): Arbeitsmedizin rentiert sich, <http://www.amd.at/kostennutzen.htm>, Linz 1998, am 23. Dezember 1999

Grossmann, Ralph, Gesundheit durch Projekte fördern, in: Österreichische Kontaktstelle für betriebliche Gesundheitsförderung (Hrsg.): Projektmanagement in der betrieblichen Gesundheitsförderung, Linz 1998

Gründemann, Rob W. M.: Krankheitsbedingte Fehlzeiten: Ergebnisse der Europäischen Absentismus-Studie, in: Horst Noack und Oskar Meggeneder (Hrsg.): Krankenstände im Betrieb – Wie können sie reduziert werden?, Linz 1998

Hartmann, Stephan, Vladimir Hrabal und Harald C. Traue: Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention in Betrieben mit BKK, in Die Betriebskrankenkasse, Heft 6 (1995)

Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitsförderung – Handbuch der österreichischen sozialen Krankenversicherungsträger, Wien 1996

Jungwirth, Christoph: Beteiligungsorientierte Arbeitsgestaltung in Geschützten Werkstätten – work.design, in: Österreichische Kontaktstelle für betriebliche Gesundheitsförderung (Hrsg.): Qualitätssicherung in der betrieblichen Gesundheitsförderung, Linz 1999

KEBA AG (Hrsg.): Wir bekennen Farbe, Linz 2000

KEBA AG (Hrsg.): Firmenprofil, Linz 2000

KEBA AG (Hrsg.): Geschäftsjahr 1998/99, in: Wir bekennen Farbe, Linz 2000

Kuhn, Karl: Betriebliche Gesundheitsförderung im Rahmen der Europäischen Union, in: Österreichische Kontaktstelle für betriebliche Gesundheitsförderung (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich, Linz, 1997

Leodolter, Kurt: Moderationsergebnisse „Pro – Fit“, in: Österreichische Kontaktstelle für betriebliche Gesundheitsförderung (Hrsg.): Qualitätssicherung in der betrieblichen Gesundheitsförderung, Linz 1999

Lobnig, Hubert: Qualität der Gesundheitsförderung – Qualität durch Gesundheitsförderung. Konzepte – Ansätze – Erfahrungen, in: Österreichische Kontaktstelle für betriebliche Gesundheitsförderung (Hrsg.): Qualitätssicherung in der betrieblichen Gesundheitsförderung, Linz 1999

Die Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der EU, Luxemburg, 27. und 28. November 1997

Artikel 129 des EU-Vertrages von Maastricht, in: Österreichische Kontaktstelle für betriebliche Gesundheitsförderung (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich, Linz 1997

Mair, Alfred und Kurt Leodolter: Verwendung von Gesundheitsdaten, in: Österreichische Kontaktstelle für betriebliche Gesundheitsförderung (Hrsg.): Projektmanagement in der betrieblichen Gesundheitsförderung, Linz 1998

Mayer, Christian: Modelle und Pilotprojekte der betrieblichen Gesundheitsvorsorge, in: Josef Weidenholzer (Hrsg.), Forschungsinstitut für Sozialplanung, Johannes-Kepler Universität, in Zusammenarbeit mit der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse: Perspektiven der betrieblichen Gesundheitsförderung, Linz 1997

Meggeneder, Oskar: Gesundheitsförderung im Betrieb durch Krankenkassen, in: Ralph Grossmann (Hrsg.): Gesundheitsförderung und public health: öffentliche Gesundheit durch Organisationen entwickeln, Wien, 1996

Meggeneder, Oskar: Zum Stande der betrieblichen Gesundheitsförderung in Österreich, in: Österreichische Kontaktstelle für betriebliche Gesundheitsförderung (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich, Linz 1997

Meggeneder, Oskar: Europäisches Aktionsprogramm zur Gesundheitsförderung, in: Österreichische Kontaktstelle für betriebliche Gesundheitsförderung (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich, Linz 1997

Meggeneder, Oskar: Qualitätskriterien in Gesundheitsförderungsprojekten, in: Österreichische Kontaktstelle für betriebliche Gesundheitsförderung (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich, Linz 1997

Meggeneder, Oskar: Projekt „Von uns für uns“ der Fa. Sommerhuber, in: Horst Noack und Oskar Meggeneder (Hrsg.): Krankenstände im Betrieb – Wie können sie reduziert werden?, Linz 1998

Meggeneder, Oskar: Drei Jahre lang Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich – Ein Rückblick, in: Österreichische Kontaktstelle für betriebliche Gesundheitsförderung (Hrsg.): Qualitätssicherung in der betriebliche Gesundheitsförderung, Linz 1999

Noack, R. Horst: WHO-Gesundheitsprogramm „Gesundheit 21“ für die europäische Region, nach: Setting – Felder der Gesundheitsförderung: Gesundheitsdiagnose, Gemeinde- und Organisationsdiagnose, Zielvorstellungen

Noack, R. Horst: Krankenstände und Initiativen zur Reduktion krankheitsbedingter Fehlzeiten in Österreich, in: Horst Noack und Oskar Meggeneder (Hrsg.): Krankenstände im Betrieb – Wie können sie reduziert werden?, Linz 1998

Oberchristl, Helmut, in: Josef Weidenholzer (Hrsg.), Forschungsinstitut für Sozialplanung, Johannes-Kepler Universität, in Zusammenarbeit mit der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse: Perspektiven des betrieblichen Gesundheitsschutzes, Linz 1997

Oberösterreichische Gebietskrankenkasse – Forum Gesundheit / Fa. Sommerhuber (Hrsg.): Gesundheitsbericht, Steyr 1998

Oberösterreichische Gebietskrankenkasse – Forum Gesundheit / Fa. Sab-Tours (Hrsg.): Gesundheitsbericht, Wels 1998

Oberösterreichische Gebietskrankenkasse – Forum Gesundheit / Fa. Habau (Hrsg.): Gesundheitsbericht, Perg 1999

Oberösterreichische Gebietskrankenkasse – Forum Gesundheit: Folder: Gesundheitsförderung im Betrieb – Krankenstandsauswertung, Linz 2000

Oberösterreichische Gebietskrankenkasse – Forum Gesundheit, Fonds Gesundes Österreich (Hrsg.): Ausschreibungsunterlagen „1. Österreichischer Preis – Betriebliche Gesundheitsförderung“, Linz 2000

Oberösterreichische Gebietskrankenkasse – Forum Gesundheit (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitsförderung: Projekte zur Steigerung der Gesundheit, Linz 2000

World Health Organization, Health and Welfare Canada, Canadian Public Health Association (Hrsg.): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung, Ottawa 21. November 1986

Probst, Josef und Heinrich Tinhofer: Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt, in: Soziale Sicherheit Heft 1 (1993), Wien 1993

Rumpf, Gerhard: Projekt „Fit 2000“ der Alfred Wall AG, Graz, in: Horst Noack und Oskar Meggeneder (Hrsg.): Krankenstände im Betrieb – Wie können sie reduziert werden?, Linz 1998

Weissengruber, Peter, Linz 10. Juli 2000; Peter Weissengruber ist Human Resource Manager bei der Firma KEBA AG. Er initiierte als für Personalwesen und –entwicklung Verantwortlicher ein Gesundheitsförderungsprojekt, dass nun in Zusammenarbeit mit der OÖGKK weitergeführt wird.

EXPERTENINTERVIEWS

Die in Kapitel 5 zitierten Experteninterviews (aus Gründen der Anonymisierung als E1 bis E9 bezeichnet) fanden in Linz, Wels, Salzburg und Bad Ischl im Zeitraum zwischen dem 1. Februar und dem 19. Juli 2000 statt.