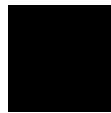


kassel
university



press

Komponenten einer gesundheitsorientierten Unternehmensstruktur

- Eine interdisziplinäre Betrachtung zur gesundheitsgerechten Gestaltung der Arbeit im Betrieb -

Oliver Köhler

Die vorliegende Arbeit wurde vom Fachbereich Wirtschaftswissenschaften der Universität Kassel als Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Wirtschafts- und Sozialwissenschaften (Dr. rer. pol.) angenommen.

Erster Gutachter: Prof. Dr. Hans G. Nutzinger

Zweiter Gutachter: Prof. Dr. Otfried Kießler

Tag der mündlichen Prüfung

21. Januar 2004

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar

Zugl.: Kassel, Univ., Diss. 2004

ISBN 3-89958-082-6

URN urn:nbn:de:0002-0828

© 2004, kassel university press GmbH, Kassel

www.upress.uni-kassel.de

Umschlaggestaltung: 5 Büro für Gestaltung, Kassel

Druck und Verarbeitung: Unidruckerei der Universität Kassel

Printed in Germany

Vorwort

An dieser Stelle bedanke ich mich bei Herrn Univ.–Professor Dr. Hans G. Nutzinger und Herrn Univ.–Professor Dr. Otfried Kießler für die Betreuung und die Anregungen, welche zum Gelingen dieser Arbeit beigetragen haben.

Zu Dank verpflichtet bin ich außerdem den Gesprächspartnern in den Betrieben und Institutionen, die mein Projekt unterstützt haben.

Abstract

Bei den meisten Menschen nimmt die Gesundheit in der Wertehierarchie den höchsten Stellenwert ein. Die Erkenntnis, daß die Gestaltung von gesunden Arbeits- und Lebensbedingungen auch in Klein- und Mittelbetrieben, so auch in denen des Handwerks, ein wichtiges Unternehmensziel ist, setzt sich aber nur allmählich durch. Krankheit und damit verbundene Fehlzeiten bedeuten jedoch auch für diese Betriebe einen hohen Produktivitätsverlust; so sind sie an der Finanzierung von Krankheitskosten unter anderem durch Lohnfortzahlung und Krankenversicherungsbeiträge beteiligt. Darüber hinaus verursachen hohe Fehlzeiten Kosten für Ersatzkräfte oder führen zu Qualitätsmängeln der Produkte. Präventive betriebliche Gesundheitspolitik wird hier auch unter dem Aspekt des Fachkräftemangels und demographischer Veränderungen zunehmend an Bedeutung gewinnen. Künftig werden die Belegschaften durchschnittlich älter sein als in vorangegangenen Jahrzehnten; mehr gesundheitlich belastete Personen werden möglicherweise im Erwerbsleben stehen.

Da jedoch die Arbeitsfähigkeit der Mitarbeiter und so auch die gesamtwirtschaftliche Produktivität in einem hohen Ausmaß von den Zivilisationskrankheiten (z.B. Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparats sowie Herz-Kreislauf-Erkrankungen) beeinträchtigt wird – quantitativ weit mehr als von den anerkannten Berufskrankheiten – können diese Probleme nicht vom traditionellen Arbeits- und Gesundheitsschutz allein gelöst werden. Eine betriebliche Gesundheitsförderung – die sowohl das sicherheits- und gesundheitsgerechte Verhalten der Beschäftigten als auch die gesundheitsgerechte Gestaltung der Arbeitsbedingungen umfaßt – erfordert die Kompetenz von verschiedenen Institutionen, wie z.B. Berufsgenossenschaften, Krankenkassen, Innungen und Handwerkskammern, aber auch die aktive Mitwirkung von Vorgesetzten und Mitarbeitern in den Betrieben.

In diesem Kontext wird ein positiver Zusammenhang zwischen betrieblicher Gesundheitsförderung und dem betriebswirtschaftlichen Erfolg vermutet. Zur Klärung dieser Fragestellung wurde einschlägige Literatur ausgewertet und eine eigene Untersuchung durchgeführt. Die eigene Erhebung erstreckte sich auf 20 Unternehmen kleiner und mittlerer Größenordnung mit unterschiedlichen Berufs- bzw. Beschäftigtengruppen, die dem Handwerk zuzurechnen sind. Im Rahmen der Arbeit konnte bestätigt werden, daß Gesundheitsförderungsmaßnahmen einen positiven Einfluß auf verschiedene betriebliche Bereiche (Dimensionen) ausüben; so konnte hier insbesondere festgestellt werden, daß Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung unter Beteiligung der Beschäftigten sich positiv auf deren Motivation und auf ihre Identifikation mit dem Unternehmen insgesamt auswirken.

Inhaltsverzeichnis

Verzeichnis der Übersichten	XIV
Einleitung	1
I. Fragestellung	1
II. Forschungsstand	5
III. Vorgehensweise	12
 Teil A: Theoretischer Hintergrund der Gesundheitsförderung im Betrieb	 15
I. Der Gesundheitsbegriff	15
1. Gesundheitsdefinitionen	15
a. WHO-Gesundheitsdefinition	16
aa. Erklärung und Positionierung	16
bb. Ergänzende Anmerkungen	16
b. Salutogenetisches Gesundheitsverständnis	18
2. Aktive Auseinandersetzung mit dem Begriff Gesundheit	21
3. Konsens im Verständnis von Gesundheit	24
 II. Gesundheitsförderung	25
1. Begriffsentwicklung und Entstehung der Gesundheitsförderung	25
2. Präventive Konzepte der Gesundheitsförderung	31
a. Gesundheitsförderung in Abgrenzung zur Gesundheitserziehung	31
b. Gesundheitsförderung und Prävention	36
aa. Entstehung des Begriffs Prävention	36
bb. Konzeptionelle Grundlage von Prävention	36
cc. Prävention in Ergänzung zur Gesundheitsförderung	37
dd. Verhaltens- und Verhältnisprävention	40
c. Zusammenhang von Gesundheitsförderung, Gesundheitserziehung und Prävention	41

VIII

3.	Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung	43
4.	Gesundheitsförderung als salutogenetischer Ansatz	45
a.	Gesundheitsförderungs idee	46
b.	Aufgabenschwerpunkte von Gesundheits- förderung	48
5.	Empowermentkonzept	51
a.	Gegenstand des Empowerment	51
b.	Empowerment und Salutogenese	55
6.	Gesundheitsförderung durch Organisations- entwicklung	56
III.	Betriebliche Gesundheitsförderung	60
1.	Vorbemerkung	60
2.	Begriff der betrieblichen Gesundheitsförderung	61
3.	Rahmenbedingungen für die betriebliche Gesundheitsförderung	62
4.	Aufgaben der betrieblichen Gesundheitsförderung	63
5.	Motive betrieblicher Gesundheitsförderung	66
6.	Instrumente der betrieblichen Gesundheits- förderung	67
a.	Gesundheitstage	67
b.	Arbeitskreis Gesundheit	68
c.	Gesundheitsbericht	69
d.	Gesundheitszirkel	69
7.	Träger betrieblicher Gesundheitsförderung	70
a.	Unternehmensleitung	70
b.	Vorgesetzte	71
c.	Mitarbeiter	72
d.	Experten des Arbeits- und Gesundheits- schutzes im Betrieb	72
e.	Betriebsrat	73
f.	Berufsgenossenschaften und Krankenkassen als externe Unterstützung	74
8.	Meß- und Bewertbarkeit von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung	76
9.	Fazit	77
IV.	Zwischenbemerkungen / Hinführung zu Teil B	79

Teil B:	Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelbetrieben	81
I.	Arbeits- und Gesundheitsschutz im Betrieb	81
	1. Zielsetzung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes	81
	2. Wirtschaftliche Aspekte des Arbeits- und Gesundheitsschutzes	83
	3. Rechtlicher Rahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes	85
	a. Überbetriebliches Arbeitsschutzsystem	85
	b. Betriebliches Arbeitsschutzsystem	88
	4. Besondere Situation in den Klein- und Mittelbetrieben	91
II.	Prävention und Gesundheitsförderung	93
	1. Gesundheitliche Risiken für Mitarbeiter in Klein- und Mittelunternehmen	93
	2. Präventiver Arbeitsschutz in kleinen und mittleren Unternehmen	95
	3. Charakteristika von Klein- und Mittelbetrieben	97
	a. Familiarität	98
	b. Selbständigkeit, Qualifikation und Motivation	99
	c. Flexibilität	100
	d. Vorbildfunktion des Eigentümer-Unternehmers	101
	4. Präventionsmaßnahmen in kleinen und mittleren Betrieben	102
	5. Nutzen betrieblicher Prävention und Gesundheitsförderung	105
III.	Zwischenbemerkungen / Hinführung zu Teil C	107

Teil C:	Arbeit und Gesundheit in kleinen und mittleren Betrieben	
	– Resultate einer Befragung	109
I.	Positionen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz im Betrieb	109
II.	Ausgangssituation	109
III.	Befragungsziel	110
IV.	Methodisches Vorgehen und Ergebnisse der Untersuchung	112
1.	Standardisierte Auswertung – Fragebogen Gesundheitssituation am Arbeitsplatz	113
a.	Bewertung der Arbeit und Gesundheit in Betrieben des Dachdeckerhandwerks	114
aa.	Berufsgruppe Dachdecker – Betrieb A	117
bb.	Berufsgruppe Dachdecker – Betrieb B	119
cc.	Berufsgruppe Dachdecker – Betrieb C	121
dd.	Berufsgruppe Dachdecker – Betrieb D	123
b.	Bewertung der Arbeit und Gesundheit in Betrieben des Elektro-/Gas- und Wasserinstallateurhandwerks	125
aa.	Berufsgruppe Elektro-/Gas- und Wasserinstallateure – Betrieb A	128
bb.	Berufsgruppe Elektro-/Gas- und Wasserinstallateure – Betrieb B	130
cc.	Berufsgruppe Elektro-/Gas- und Wasserinstallateure – Betrieb C	132
dd.	Berufsgruppe Elektro-/Gas- und Wasserinstallateure – Betrieb D	134
ee.	Berufsgruppe Elektro-/Gas- und Wasserinstallateure – Betrieb E	136
c.	Bewertung der Arbeit und Gesundheit in Betrieben des Kraftfahrzeugmechaniker/ -elektrikerhandwerks	138
aa.	Berufsgruppe Kraftfahrzeugmechaniker/ -elektriker – Betrieb A	140
bb.	Berufsgruppe Kraftfahrzeugmechaniker/ -elektriker – Betrieb B	142

d.	Bewertung der Arbeit und Gesundheit in Betrieben des Maler- und Lackiererhandwerks	144
aa.	Berufsgruppe Maler- und Lackierer – Betrieb A	147
bb.	Berufsgruppe Maler- und Lackierer – Betrieb B	149
cc.	Berufsgruppe Maler- und Lackierer – Betrieb C	151
dd.	Berufsgruppe Maler- und Lackierer – Betrieb D	153
e.	Bewertung der Arbeit und Gesundheit in Betrieben des Tischlerhandwerks	155
aa.	Berufsgruppe Tischler – Betrieb A	158
bb.	Berufsgruppe Tischler – Betrieb B	160
cc.	Berufsgruppe Tischler – Betrieb C	162
dd.	Berufsgruppe Tischler – Betrieb D	164
ee.	Berufsgruppe Tischler – Betrieb E	166
f.	Zusammenfassung	168
2.	Zusätzliche Anmerkungen	169
a.	Positive Aspekte des Berufs	169
b.	Vorhandene Gesundheitsbeschwerden	170
c.	Beurteilung des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes	171
V.	Überprüfung der Positionen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz	172
VI.	Konsequenzen aus der Befragung	173
1.	Belastungsmindernde Maßnahmen für den Bereich "Arbeitsumgebung"	173
2.	Belastungsmindernde Maßnahmen für den Bereich "Tätigkeit"	174
3.	Förderung des Verhaltens zu mehr Sicherheit und Gesundheit	176
4.	Aktivitäten mit gesundheitspolitischer Zielsetzung	179
5.	Fazit	180

VII.	Sekundärauswertung gesundheitspolitischer Analysen	181
1.	Krankenstandskenngrößen der Berufsgruppe Dachdecker 1999	181
2.	Krankenstandskenngrößen der Berufsgruppe Elektro- / Gas- und Wasserinstallateure 1999	183
3.	Krankenstandskenngrößen der Berufsgruppe Kraftfahrzeugmechaniker / -elektriker 1999	185
4.	Krankenstandskenngrößen der Berufsgruppe Maler und Lackierer 1999	187
5.	Krankenstandskenngrößen der Berufsgruppe Tischler 1999	189
6.	Zusammenfassung	190
VIII.	Resümee	191
IX.	Zwischenbemerkungen / Hinführung zu Teil D	192
Teil D:	Handlungskonzept – Klein- und Mittelbetrieb	193
I.	Prozeß zur Integration des modernen Arbeits- und Gesundheitsschutzes in die Unternehmensstruktur	193
1.	Einführende Überlegungen	194
2.	Konzipierung und Steuerung des Prozesses	195
3.	Information der Beschäftigten	196
4.	Schulungsmaßnahmen	198
a.	Grundsätzliche Überlegungen und Möglichkeiten	198
b.	Praxisorientiertes Konzept zur Unternehmerschulung	199
5.	Umsetzung von Maßnahmenvorschlägen	200
6.	Erfolgskontrolle	201
7.	Stabilisierung und Verbesserung des erreichten Standards	201
8.	Stellungnahme	202

II.	Merkmale eines integrierten Arbeits- und Gesundheitsschutzes in kleinen und mittleren Betrieben	
–	Eine konzeptionelle standardisierte Einzelbetrachtung	203
1.	Führung und Organisation	203
2.	Beurteilung der Arbeitsbedingungen	207
3.	Beteiligung und Unterweisung der Mitarbeiter	209
4.	Planung des Arbeitsschutzes	213
5.	Sicherheits- und Fehlermanagement	215
6.	Positionierender konzeptioneller Nutzen	217
	Zusammenfassung	219
	Erkenntnisgewinn und Ausblick	221
	Koda	223
	Abkürzungsverzeichnis	225
	Literaturverzeichnis	227
	Anhang	

Verzeichnis der Übersichten

Übersicht 1: Betriebsgrößen und Unfallhäufigkeiten im gewerblichen Bereich 1998	94
Übersicht 2: Krankenstandskennzahlen 1999 – Berufsgruppe Dachdecker	181
Übersicht 3: Krankenstandskennzahlen 1999 – Berufsgruppe Elektro-/Gas- und Wasserinstallateure	183
Übersicht 4: Krankenstandskennzahlen 1999 – Berufsgruppe Kraftfahrzeugmechaniker/-elektriker	185
Übersicht 5: Krankenstandskennzahlen 1999 – Berufsgruppe Maler und Lackierer	187
Übersicht 6: Krankenstandskennzahlen 1999 – Berufsgruppe Tischler	189

Einleitung

I. Fragestellung

In den Industrienationen wird in den letzten zwei Jahrzehnten der vom biomedizinischen Verständnis bestimmte Umgang mit Gesundheit und Krankheit zunehmend in Frage gestellt. Der bis dahin allein auf Krankheit ausgerichtete Gesundheitsbegriff erfaßt die Probleme nur unzureichend und setzt für eine Heilung der Krankheiten häufig zu spät an. Vor diesem Hintergrund ist die vielzitierte Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der World Health Organization (WHO) entstanden. Diese legt im Vergleich zum bisherigen Verständnis eine neue Betrachtungsweise zugrunde, die die Erhaltung der Gesundheit im Gegensatz zum bloßen Abwehren der Krankheit in den Vordergrund stellt. Ein wesentliches Merkmal dieses Konzepts der Gesundheitsförderung – und durchaus als Novum zu betrachten – ist es, daß die Verantwortung für die Gesundheit der Bevölkerung nicht mehr als ausschließliche Aufgabe des Gesundheitswesens angesehen wird, sondern als Aufgabe aller Lebensbereiche, welche die Gesundheit und Krankheit der Menschen beeinflussen.

Als ein zentrales Anwendungsfeld wird dabei die Arbeitswelt betrachtet. Einerseits sind die Erwerbstätigen bezüglich Gesundheitsfragen eine ansonsten schwer erreichbare Zielgruppe. Der Arbeitsplatz bietet einen guten Zugang, der gezielte und kontinuierliche Maßnahmen ermöglicht. Andererseits wirkt sich die Arbeit in erheblichem Maß auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der Beschäftigten sowohl in negativer als auch in positiver Hinsicht aus. Es entstehen Belastungen, die zu Befindlichkeitsstörungen und Krankheiten führen können. Zugleich gehen von der Arbeit positive Wirkungen aus, welche die Gesundheit der Mitarbeiter er-

halten und fördern; deshalb ist die Arbeitswelt ein wesentlicher Ansatzbereich für die Gesundheitsförderung.

In diesem Zusammenhang sind auch die Unternehmen in erheblichem Maß mit der Gesundheitsproblematik konfrontiert. Die Arbeitsbedingungen haben sich verändert, und neue Arbeitsanforderungen sind entstanden, die auch zu neuen Gesundheitsproblemen in den Unternehmen führen. Krankheitsbedingte Ausfälle bei Mitarbeitern sind mittlerweile in vielen Unternehmen zu einem erheblichen Kostenfaktor geworden. Betriebliche Gesundheitsförderung wird daher zunehmend als ein erfolgversprechendes Konzept betrachtet, um auf die veränderten Rahmenbedingungen und die sich daraus ergebenden Probleme entsprechend reagieren zu können.

Bislang wurde die betriebliche Gesundheitspolitik vielfach vom traditionellen gesetzlichen Arbeitsschutz und der damit verbundenen arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Herangehensweise bestimmt; meßbare Risikofaktoren und Schutzbestimmungen standen im Mittelpunkt des Interesses, Maßnahmen orientierten sich am biomedizinischen Krankheitsmodell¹. Mit den daraus entwickelten Strategien und Methoden kann jedoch den in der Ottawa-Charta formulierten ganzheitlichen und emanzipatorischen Zielen von Gesundheitsförderung

1 Dieses Modell ist aufgrund seiner Erfolge in der Behandlung vieler Krankheiten weit verbreitet. Krankheit wird hier als Folge gestörter somatischer Prozesse aufgefaßt bzw. darauf reduziert. Zwischen Gesundheit und Krankheit bestehen qualitative Unterschiede: Eine Person ist entweder krank oder gesund. Einzelne Krankheiten sind durch spezifische Symptome, Verlauf und Ursachen gekennzeichnet, klar voneinander abzugrenzen und durch ärztliche Eingriffe behandelbar. Zu kritisierende Aspekte sind hier unter anderem folgende: **a)** Das biomedizinische Modell trägt wenig zum Verständnis der Mehrzahl psychischer und psychosomatischer Krankheiten bei, da deren psychosoziale Bedingungen ungenügend beachtet werden. **b)** Im Bereich psychischer Störungen fehlen klare Abgrenzungen zwischen gesund und krank und häufig auch zwischen verschiedenen Formen psychischer Störungen. **c)** Bei vielen Krankheiten versagen rein biomedizinische Behandlungsformen. **d)** Es besteht der Eindruck, als falle die Behandlung und Prävention von Krankheiten ausschließlich in den Kompetenzbereich der Medizin; vgl. Becker, Peter, Die Bedeutung integrativer Modelle von Gesundheit und Krankheit für die Prävention und Gesundheitsförderung – Anforderungen an allgemeine Modelle von Gesundheit und Krankheit, in: Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis (Hrsg. Peter Paulus), GwG-Verlag, Köln 1992, S. 93.

nicht begegnet werden. Der gesetzliche Arbeitsschutz hat bisher sein Ziel vor allem in der Senkung von Risiken wie z.B. im Unfallschutz gesehen und sich auf wenige, eng umschriebene Berufskrankheiten bezogen. Das Spektrum der arbeitsbedingten Erkrankungen findet im Regelwerk des Arbeitsschutzes hingegen keine entsprechende Beachtung, was wohl wegen der schwer faßbaren Ursache-Wirkungs-Beziehungen vermutlich so bleiben wird. Die Förderung von Ressourcen und die Betrachtung psychosozialer Arbeitsbedingungen und deren Gestaltung als Gegenstand von Gesundheitsförderung sind dem Paradigma des traditionellen Arbeitsschutzes fremd; demzufolge besteht die Notwendigkeit der Etablierung eines erweiterten Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Für eine betriebliche Gesundheitsförderung, die den Zielen der Ottawa-Charta gerecht werden will, muß zur individuellen Risikosenkung die Betrachtung und Veränderung der Lebensumwelt hinzukommen; für die betriebliche Gesundheitsförderung heißt dies, daß die Gestaltung der Arbeit, die Gestaltung der Arbeitsplätze und der sozialen Arbeitsverhältnisse auf potentielle Gesundheitsschädlichkeit und Gesundheitsförderlichkeit hin untersucht und möglicherweise verändert werden müssen.

In der Praxis wurden bereits bei vielen Großbetrieben Gesundheitsförderungskonzepte als ganzheitliche Konzepte im Sinn der Ottawa-Charta erfolgreich umgesetzt. In Klein- und Mittelbetrieben ist jedoch die Realisierung von Gesundheitsförderungskonzepten eher gering. Zum einen ist in zahlreichen kleinen und mittleren Betrieben weder die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der WHO noch deren Anwendungsmöglichkeiten in der Arbeitswelt bekannt. Zum anderen ist dieses Konzept der Gesundheitsförderung in solchen Unternehmen zwar bekannt, doch sind die betrieblichen Entscheidungsträger von dessen Nutzen für die tägliche Praxis nicht überzeugt. Des weiteren besteht wohl ein konkretes Interesse in diesen Betrieben, ein Gesundheitsförderungs-

konzept einzurichten, aber es fehlt der Fundus an Wissen und an praktikablen Handlungskonzepten für die Entwicklung und wirkungsvolle Umsetzung.²

Die Intention der vorliegenden Arbeit besteht aus diesem Grund darin, auf die Besonderheiten von Klein- und Mittelbetrieben, so auch der des Handwerks bei der Integrierung von gesundheitlichen Elementen in die Unternehmensstruktur einzugehen und ein auf deren Fassung zugeschnittenes Handlungskonzept vorzustellen, das eine Verbindung zwischen traditionellem und modernem Ansatz von Arbeits- und Gesundheitsschutz im Betrieb herstellt.³ Dabei sollen folgende Positionen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz praktisch überprüft werden:⁴

- Betrieblicher Arbeits- und Gesundheitsschutz führt zu einer Einsparung von Kosten, zu höherer Produktivität und zu einem besseren Betriebsklima.
- Der betriebliche Arbeits- und Gesundheitsschutz ist gesetzliche und soziale Verpflichtung zur Vermeidung von Krankheiten und Unfällen.
- Betrieblicher Arbeits- und Gesundheitsschutz bedeutet eine Verschwendung von Zeit und Geld.

2 Vgl. Stein, Michael, Entwicklung eines Modells zur Beschreibung des Transferprozesses am Beispiel Arbeitsschutz, Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven 2002, S. 16 f.; Saam, Joachim, Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren durch die Gmünder ErsatzKasse (GEK) – Entwicklung und Erprobung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements in Klein- und Mittelunternehmen, in: Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung, 25. Jg., Heft 4 / 2002, S. 117 f.

3 Der Arbeit liegt ein situativer Ansatz zugrunde. Es wird davon ausgegangen, daß allgemeingültige Aussagen in den empirischen Sozialwissenschaften nicht möglich sind; die Aussagen gelten nur unter bestimmten Bedingungen und in einem eindeutig definierten Kontext. Ziel ist es deshalb, begrenzt gültige Aussagen zu gewinnen. Dies bedeutet letztlich, daß auch für die Umsetzung von Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt keine allgemein gültigen Aussagen getroffen werden können; vielmehr gibt das Handlungskonzept einen Rahmen vor, der jeweils anhand der spezifischen Bedingungen in den Betrieben ausgefüllt werden muß.

4 Siehe hierzu auch Teil C I. und V.

Derzeit herrscht durchaus ein Zustand, in dem der Mangel an Wissen um die beträchtlichen Vorteile einer wirksamen Gesundheitsförderung bei Betriebsinhabern wie Mitarbeitern von Klein- und Mittelunternehmen zu einer ablehnenden Haltung führt. Diesen Personen fehlt, wie bereits erwähnt, allein ein Grundstock an konkretem Wissen, der sie letztlich befähigen würde, realitätsbezogene Handlungskonzepte in die Praxis umzusetzen. Das Problem besteht hier darin, zunächst die geeignete Form zur Vermittlung dieses Wissens zu finden, um darauf aufbauend die weiteren Schritte einzuleiten. Auch dabei soll diese Arbeit Wege und Möglichkeiten aufzeigen, die zur Lösung der anstehenden Fragen beitragen können.

Die vorliegende Arbeit ist ebenso darum bemüht, deutlich zu machen, daß Inhaber wie Mitarbeiter kleiner und mittlerer Unternehmen keineswegs von vorne herein gegen gesundheitsfördernde Maßnahmen im Betrieb eingenommen sind, sofern diese mit den Grundsätzen einer nachvollziehbaren Vernunft einiggehen.

II. Forschungsstand

Gesundheitsförderung zielt – wie in der Ottawa-Charta der WHO formuliert – darauf ab, einen Prozeß in Gang zu setzen, der allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigen soll.⁵ Bezogen auf den Lebensbereich der Arbeitswelt findet sich dort: "Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits-

5 Vgl. Verlag für Gesundheitsförderung (Hrsg.), Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der WHO 1986. Nachdruck der autorisierten Fassung, Gamburg 1993, o. S. (S. 1).

und Lebensbedingungen."⁶ Dies läßt den Schluß zu, daß die Gesundheitsförderung sowohl zu einer gesellschaftlichen Aufgabe als auch zu einer Frage des individuellen Lebensstils wird.⁷

Da ein großer Teil des Lebens am Arbeitsplatz verbracht wird und diesen Maßnahmen gut zugänglich ist, kommt der betrieblichen Gesundheitsförderung ein hoher Stellenwert zu. Die Europäische Union (EU) hat deshalb in der Umsetzung der Ottawa-Charta im November 1997 in der vielzitierten Luxemburger Deklaration⁸ ihre Position zur betrieblichen Gesundheitsförderung festgeschrieben. Diese Deklaration wurde im Hinblick auf die Arbeitswelt des 21. Jahrhunderts verfaßt. Neben Globalisierung, wachsender Verbreitung von neuen Informationstechnologien, zunehmender Kundenorientierung und auch wachsender Bedeutung des Dienstleistungsbereichs wird besonders der steigende Anteil von Arbeitnehmern in Klein- und Mittelbetrieben herausgestellt. Zukünftiger Unternehmenserfolg hängt letztlich von gut qualifizierten, motivierten und gesunden Mitarbeitern ab.⁹

"Literature reviews show that worksite health promotion can be effective in reducing health care costs within relatively short periods of time (3 to 4 years). ... Moreover health promotion programs have been demonstrated to be associated with reduced absenteeism. Figures reported for the return of investment range between 1:2,3 with regard to a reduction of

6 Verlag für Gesundheitsförderung (Hrsg.), a.a.O. (Fn. 5), o. S. (S. 2).

7 Vgl. Pelikan, Jürgen M. / Demmer, Hildegard / Hurrelmann, Klaus, Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung – Einführung in die Thematik, in: Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen (Hrsg. Jürgen M. Pelikan / Hildegard Demmer / Klaus Hurrelmann), Juventa Verlag, Weinheim / München 1993, S. 13.

8 Bundesverband der Betriebskrankenkassen (Hrsg.), Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union. Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung, Luxemburg 27. bis 28. November 1997, Essen 1997.

9 Vgl. Bundesverband der Betriebskrankenkassen (Hrsg.), a.a.O. (Fn. 8), o. S. (S. 1).

health care costs and 1:10,1 for reduced absenteeism."¹⁰ Dies verdeutlicht, daß betriebliche Gesundheitsförderung sowohl positive Gesundheitseffekte als auch positive betriebswirtschaftliche Effekte bewirkt.

Betriebliche Gesundheitsförderung soll daher Unternehmensgrundsätze fördern, die in den Beschäftigten einen wichtigen Erfolgsfaktor und nicht nur einen Kostenfaktor sehen. Die Mitarbeiter sollen zur Übernahme von Verantwortung ermutigt werden. Arbeits- und Gesundheitsschutz müssen integriert sein.¹¹ – Zur Zielerreichung "gesunde Mitarbeiter in gesunden Unternehmen" definiert die Luxemburger Deklaration folgende Leitlinien:¹²

- Einbezug der gesamten Belegschaft (**Partizipation**)
- Berücksichtigung der betrieblichen Gesundheitsförderung bei allen wichtigen Entscheidungen (**Integration**)
- systematische Durchführung aller Maßnahmen (**Projektmanagement**)
- Förderung von sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierter Maßnahmen (**Ganzheitlichkeit**)

Da bisher die Konzepte der betrieblichen Gesundheitsförderung im europäischen Bereich vor allem auf große Unternehmen ausgerichtet sind, aber in Europa über 50 Prozent der Beschäftigten in Klein- und Mittelbetrieben mit weniger als 100 Mitarbeitern arbeiten, wies das Europäische Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung im April 1998 im Cardiff

10 Aldana 2001, zitiert nach Bödeker, Wolfgang / Kreis, Julia, Der ökonomische Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung, in: Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung, 25. Jg., Heft 4 / 2002, S. 106.

11 Vgl. Bundesverband der Betriebskrankenkassen (Hrsg.), a.a.O. (Fn. 8), o. S. (S. 2).

12 Siehe Fn. 11.

Memorandum¹³ noch einmal auf die besondere Bedeutung dieser Betriebe hin. Demnach liegen die Besonderheiten der Klein- und Mittelbetriebe in der geringeren Arbeitsteilung und Standardisierung von Arbeitsprozessen, dem engeren Kontakt zwischen den Arbeitgebern und Arbeitnehmern sowie der Voraussetzung von mehr Flexibilität. Es bestehen weniger Möglichkeiten, Einrichtungen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes zu nutzen. Um Wohlbefinden und Gesundheit der Mitarbeiter zu fördern, sind weniger Zeit und Ressourcen vorhanden. Fehlzeiten wirken sich drastischer aus.¹⁴

Die bisherigen Konzepte betrieblicher Gesundheitsförderung müssen demzufolge überdacht und individuell an die Anforderungen der Klein- und Mittelunternehmen angepaßt werden. Hierbei gilt es, die vorhandenen Strukturen zu nutzen: Der in diesen Unternehmen oft mitarbeitende Inhaber ist im Gegensatz zu dem Geschäftsführer eines Großunternehmens persönlich von den gleichen Risiken wie seine Mitarbeiter betroffen. Er erlebt sowohl die Ideenfindung und Entwicklung von Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes als notwendige Folge der Arbeitsbedingungen als auch den Erfolg ihrer Umsetzung unmittelbar selbst. Hieraus kann eine spezifische Motivation für den Arbeits- und Gesundheitsschutz, insbesondere auch für Kommunikation und Kooperation, abgeleitet und entwickelt werden.

Davon ausgehend wurden eigenständige Kriterien – der einzelbetrieblichen Ebene¹⁵ sowie auch der überbetrieblichen

13 Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.), Cardiff Memorandum zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelbetrieben. Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung, Cardiff (Wales) 24. bis 25. April 1998, Dortmund 1998.

14 Vgl. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.), a.a.O. (Fn. 13), o. S. (S. 1 f.).

15 Projekte auf einzelbetrieblicher Ebene werden entweder vom Unternehmen selbständig oder mit Hilfe von externen Dienstleistungsanbietern durchgeführt.

Ebene¹⁶ – für gute Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen entwickelt:¹⁷

▪ **Kriterien einzelbetrieblicher Ebene**

1. *Führung und Beteiligung – Die wesentlichen Voraussetzungen für den Erfolg von betrieblicher Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelunternehmen bestehen darin, daß Betriebsinhaber und Vorgesetzte gesundheitliche Belange in ihrer Führungspraxis berücksichtigen:*

- Alle Beschäftigten werden möglichst weitgehend an den betrieblichen Planungen und Entscheidungen beteiligt, besonders in Fragen der Aufgabengestaltung, der Arbeitszeitregelungen, der Arbeitsbedingungen und der Arbeitsabläufe.
- Durch vorbildliches Führungsverhalten (z.B. Anerkennung für gute Leistungen, Bereitschaft, Kritik von Mitarbeitern entgegenzunehmen, angemessenes Verhalten in Konflikten) wird für ein gutes Arbeitsklima und eine persönliche Stärkung der Arbeitsmotivation gesorgt.
- Bei Verbesserungspotentialen, insbesondere hinsichtlich der Arbeitsorganisation, werden Maßnahmen zur Verbesserung initiiert und deren Umsetzung kontrolliert.

2. *Geschäftsprozesse – Eine gesundheitsgerechte Gestaltung der Geschäftsprozesse basiert auf folgenden drei Elementen:*

- Die gesetzlichen Vorschriften zum Arbeits- und Gesundheitsschutz werden eingehalten.

16 Projekte auf überbetrieblicher Ebene sind mit der Entwicklung einer zeitlich befristeten oder dauerhaften Infrastruktur zur Unterstützung von größeren Bereichen kleiner und mittlerer Unternehmen (regional- bzw. branchenorientiert) verbunden. Die Träger solcher Projekte sind überbetriebliche Organisationen, die bereits eine andere wichtige Funktion für Klein- und Mittelunternehmen wahrnehmen, wie z.B. Handwerkskammern, Innungen, Berufsgenossenschaften, Krankenkassen und staatliche Ämter für Arbeitsschutz.

17 Vgl. Orfeld, Barbara / Sochert, Reinhold, 50 "Models of Good Practice". Betriebliche Gesundheitsförderung in europäischen Klein- und Mittelunternehmen, Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven 2003, S. 15 – 22.

- Bei Bedarf werden zusätzlich zu den gesetzlichen Vorschriften des Arbeits- und Gesundheitsschutzes Maßnahmen zur gesundheitsgerechten Arbeitsgestaltung sowie zur Unterstützung sicherheits- und gesundheitsgerechten Verhaltens durchgeführt.
- Der Betrieb handelt sowohl gegenüber den eigenen Beschäftigten als auch gegenüber der Region, in der er angesiedelt ist, im Sinn sozialer Verantwortung.

3. Resultate – Eine Unternehmensleitung, die sich an den beschriebenen Kriterien orientiert und entsprechend gestaltete Geschäftsprozesse sicherstellt, trägt zu folgenden Resultaten bei:

- Die Mitarbeiter sind mit den Arbeitsbedingungen und Arbeitsabläufen zufrieden.
- Die Kundenzufriedenheit entwickelt sich positiv.
- Der Gesundheitszustand der Beschäftigten (gemessen an Kennziffern für das Krankheits- und Unfallgeschehen) entwickelt sich positiv.
- Das betriebswirtschaftliche Ergebnis entwickelt sich ebenso.

▪ Kriterien überbetrieblicher Ebene

1. Strategie und Planung – Die Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung in den kleinen und mittleren Unternehmen basieren auf einer sorgfältigen Bedarfsanalyse; diese schließt folgende Aspekte ein:

- Interessen und Bedarf der beteiligten Unternehmen und überbetrieblichen Trägerorganisationen
- betriebliche Gesundheitssituation sowie die objektiven und subjektiven Arbeitsbelastungen
- wirtschaftliche Situation der Unternehmen

Für die Durchführung der Maßnahmen wird eine "Steuerungsgruppe Gesundheit" eingerichtet; sie unterstützt den Aufbau von geeigneten Kommunikations- und Kooperationsstrukturen,

in die alle Beteiligten einbezogen werden. Die Maßnahmen werden ausgehend von konkreten und kontrollierbaren Zielen im Konsens vereinbart. Zur Projektbegleitung finden regelmäßige Sitzungen von Steuerungsgruppe, Trägerorganisationen und Betrieben statt.

2. Umsetzung – Die Maßnahmen unterstützen die Verbesserung der betrieblichen Gesundheit unter Einbezug aller drei Elemente (siehe oben, Punkt 2):

- gesetzliche Vorschriften zum Arbeits- und Gesundheitsschutz
- betriebliche Maßnahmen zur Verhältnis- und Verhaltensprävention
- Maßnahmen im Bereich der sozialen Verantwortung

Diese Maßnahmen werden systematisch ausgewertet und kontinuierlich verbessert.

3. Resultate – Die Resultate weisen Verbesserungen gesundheitlicher Indikatoren nach (siehe oben, Punkt 3):

- Die Unternehmen sind mit den Resultaten zufrieden; ihre Bereitschaft zur Investition in die Gesundheit der Mitarbeiter ist gewachsen.
- Die überbetrieblichen Trägerorganisationen entwickeln eine dauerhafte Infrastruktur für die bedarfsgerechte Versorgung von unterstützenden Dienstleistungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung.

Die betriebliche Gesundheitsförderung trägt somit nicht nur wesentlich zur Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens von Beschäftigten bei; sie steigert auch Produktivität und Wirtschaftswachstum der Betriebe und leistet damit einen Beitrag zu ihrem wirtschaftlichen Erfolg. Gesundheit in den Klein- und Mittelunternehmen kann vor allem dann verbessert werden, wenn alle Institutionen konsequent zusammenarbeiten, die diese Unternehmen in wirtschaftlichen, technischen, rechtlichen sowie gesundheitlichen Fragen unterstützen und beraten.

III. Vorgehensweise

In der **Einleitung** zu dieser Arbeit erfolgt zunächst eine Erörterung der Fragestellung, des Forschungsstands und der Vorgehensweise.

Im Anschluß hieran wird in **Teil A** der Arbeit der theoretische Hintergrund der Gesundheitsförderung im Betrieb dargestellt. Einen **Schwerpunkt** bildet hier der Gesundheitsbegriff, der sich durch zahlreiche Definitionen der unterschiedlichen Disziplinen mit jeweils anderer Akzentuierung präsentiert; eingangs wird die definitorische Gemeinsamkeit herausgestellt. Dem schließen sich Gesundheitsdefinitionen an; nach deren Darstellung werden verschiedene Ansätze zur Klärung des Begriffs Gesundheit vorgestellt. Mit der Formulierung eines Konsenses im Verständnis von Gesundheit wird dieser Schwerpunkt abgeschlossen. Einen weiteren **Hauptpunkt** bildet der Begriff Gesundheitsförderung. Neben Begriffsentwicklung und Entstehung werden präventive Konzepte der Gesundheitsförderung behandelt. Überdies werden die Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung in ihrer konzeptionellen Ähnlichkeit gegenübergestellt. Sodann wird Gesundheitsförderung als salutogenetischer – nach der Entstehung und Erhaltung von Gesundheit fragender – Ansatz dargelegt und wesentliche Zielsetzungen dieser Konzeption verdeutlicht; hierauf folgt die Beschreibung des Empowermentkonzepts. Zum Abschluß dieses Hauptpunkts wird zudem der Zusammenhang von Gesundheitsförderung und Organisationsentwicklung aufgezeigt. Die betriebliche Gesundheitsförderung als weiterer **Kernpunkt** vervollständigt den Teil A. Beginnend mit einer Vorbemerkung werden zusätzlich zu dem Begriff der betrieblichen Gesundheitsförderung die Rahmenbedingungen sowie die Aufgaben, Motive, Instrumente und Träger hierfür erläutert. Im Fortgang der Ausführungen wird auch die Meß- und Bewertbarkeit von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung betrachtet. Ein Fazit schließt diesen Kernpunkt ab.

Der **Teil B** beschäftigt sich mit der Förderung von Gesundheit in Klein- und Mittelbetrieben. Hier wird der Arbeits- und Gesundheitsschutz allgemein und bezogen auf diese Betriebe in einem erweiterten bzw. ganzheitlichen Verständnis dargestellt.

Die Resultate der im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Befragung von 20 Betrieben kleiner und mittlerer Größenordnung zum Thema Arbeit und Gesundheit werden in **Teil C** wiedergegeben. Nach Schilderung der Ausgangssituation und des Befragungsziels folgen Hinweise auf das methodische Vorgehen und die Ergebnisse der Untersuchung. Vorab wurden Positionen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz im Betrieb formuliert, deren praktische Überprüfung ebenfalls Erhebungsziel war. Ausgehend von den durch die Ergebnisse deutlich gewordenen Belastungsschwerpunkten werden exemplarisch Maßnahmen zur Verbesserung aufgezeigt. Dem fügen sich Überlegungen zur Förderung des Verhaltens zu mehr Sicherheit und Gesundheit an. Außerdem erfolgen Hinweise auf Aktivitäten mit gesundheitspolitischer Zielsetzung. Im Anschluß daran kommt im Fazit der Grundgedanke betrieblicher Gesundheitsförderung bzw. des ganzheitlichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes zum Ausdruck. In der folgenden Sekundärauswertung gesundheitspolitischer Analysen werden Krankheitskenngrößen der Berufs- bzw. Beschäftigtengruppen Dachdecker, Elektro-/Gas- und Wasserinstallateure, Kraftfahrzeugmechaniker/-elektriker, Maler und Lackierer sowie Tischler – die durch die jeweiligen Krankenkassen ermittelt wurden – gegenübergestellt und mit denen der untersuchten Unternehmen in Beziehung gesetzt. Dieser Teil wird durch ein Resümee vervollständigt.

Ein Präventionskonzept für den Klein- und Mittelbetrieb, das aus sieben Prozeßphasen besteht, wird im letzten Teil der Arbeit (**Teil D**) präsentiert. Der Beschreibung der einzelnen

Phasen des Prozesses zur Integration eines modernen bzw. erweiterten Arbeits- und Gesundheitsschutzes in die Unternehmensstruktur folgt eine Stellungnahme, die besonders die hierfür notwendigen Voraussetzungen hervorhebt. Sodann schließen sich Charakteristika eines integrierten Arbeits- und Gesundheitsschutzes an, welche praxisorientiert und in einer übersichtlichen wie standardisierten Form – besonders auch im Hinblick auf die kleinen und mittleren Betriebe – dargeboten werden.

Mit der abschließenden **Zusammenfassung**, der Formulierung des **Erkenntnisgewinns** und einem **Ausblick** auf mögliche weitere Entwicklungen in diesem Bereich endet die Arbeit.

Teil A: Theoretischer Hintergrund der Gesundheitsförderung im Betrieb

I. Der Gesundheitsbegriff

Die Schwierigkeiten setzen hier bereits mit dem Versuch ein, eine exakt umrissene Definition des Begriffs "Gesundheit" zu erstellen: Die verschiedenen Disziplinen, die mit dem Begriff arbeiten, nehmen dies mit einer jeweils anderen Akzentuierung vor. Die kleinste vorzufindende Gemeinsamkeit besteht in der Formulierung: "Gesundheit ist ... eine unbestimmte Wertidee."¹⁸

Die Unbestimmtheit dieses Begriffs lädt zu allem anderen als zu konkreten Formulierungen – sondern eher zu von Schwammigkeit geprägten Definitionsversuchen – ein.

1. Gesundheitsdefinitionen

Wie im vorhergehenden Abschnitt schon kurz angemerkt wurde, ist es sicherlich keine leichte Aufgabe, unter diesen Umständen die von den unterschiedlichen Personen oder Institutionen geprägten Definitionen des Gesundheitsbegriffs miteinander zu vergleichen.

Da die vorliegende Arbeit durchaus diesen Anspruch hat, werden in den folgenden Kapiteln zunächst Definitionen von Gesundheit als theoretische Rahmenvorstellungen zu dem Begriff und seinem Gegensatz, der Krankheit, zum Ausdruck gebracht. Auch sollen sich die dergestalt gefundenen Begrifflichkeiten im Kontext späterer Darlegungen als zielgerichtet und hilfreich erweisen.

18 Göckenjan, Gerd, Gesundheitsbegriff – warum Gesundheit definieren?, in: Gesundheit fördern statt kontrollieren. Eine Absage an den Mustermenschen (Hrsg. Alf Trojan / Brigitte Stumm), Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main 1992, S. 40.

a. WHO-Gesundheitsdefinition

aa. Erklärung und Positionierung

Eine Orientierung an der WHO-Gesundheitsdefinition – dem "Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen"¹⁹ – ist in der Literatur Ausgangspunkt für einen möglichen Konsens.

Hier ist durchaus zu berücksichtigen, daß von der WHO eine ausnehmend umfassende Definition von Gesundheit vorgelegt wurde. Als positiv zu bewerten ist die Betrachtung des Menschen als ein körperliches, geistiges und soziales Wesen sowie die Feststellung, daß Gesundheit mehr sein soll als die bloße Abwesenheit von Krankheit. Jedoch sei vor einer allzu wörtlichen Anwendung gewarnt: Nahezu jedermann wäre dann krank und der Behandlung bedürftig.

Aus diesem Zusammenhang wird ersichtlich: Die Gesundheitsdefinition der WHO bedarf entscheidender Ergänzungen, um mehr darzustellen als eine bloße Willenserklärung eindeutig utopischen Charakters.

bb. Ergänzende Anmerkungen

Verständlicherweise wird der WHO-Definition ihr utopischer Charakter häufig vorgeworfen. Die Aussage muß demnach als unerreichbar gelten.²⁰ Gesundheit im Sinn der WHO werde es

19 Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO), New York 1946, in: Dokumente der Gesundheitsförderung. Internationale und nationale Dokumente und Grundlagentexte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung im Wortlaut und mit Kommentierung (Hrsg. Peter Franzkowiak / Peter Sabo), 2. Auflage, Verlag Peter Sabo, Mainz 1998, S. 60.

20 Vgl. Kickbusch, Ilona, Vom Umgang mit der Utopie. Anmerkungen zum Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation, in: Gesundheit und Krankheit als Bildungsproblem (Hrsg. Angela Venth), Verlag Julius Klinkhardt, Bad Heilbrunn 1987, S. 119.

vermutlich für keinen geben, da ein Zustand vollständigen Wohlbefindens über längere Zeit hinweg (von glücklichen Momenten abgesehen) mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht erreichbar ist.²¹

Lafaille weist darauf hin, daß das Utopische dieser Definition seine integrierende Kraft ausmacht: "Es ist nicht unwichtig, daß die Definitionen von Gesundheit implizit oder explizit utopische Ideen enthalten. ... Es ist deshalb nicht überraschend, daß die Definition der WHO, welche eindeutig utopischer Natur ist, soviel Anklang gefunden hat. Diese Definition repräsentiert einen Kompromiß auf einem abstrakten Niveau, zwischen allen Arten von Wissenschaften. Da die WHO-Definition keinen empirischen Bezugspunkt einschließt, muß keine Wahl getroffen werden. Jeder kann dieser Definition von Gesundheit beipflichten. Auf dieser Definition kann ein Konsens leicht erreicht werden, ..., da sie sich auf utopische und sehr allgemeine Prinzipien bezieht."²²

Das Absolute der Gesundheitsdefinition der WHO korrigiert Milz, indem er den englischen Begriff "complete" nicht mit "vollständig", sondern mit "umfassend" übersetzt.²³ So lautet auch die Interpretation der WHO selbst im Zusammenhang des Entstehens der Ottawa-Charta.²⁴

21 Vgl. Schaefer, Gerhard, "Leben" und "Gesundheit" – begriffliche Dimensionen einer positiven Gesundheitserziehung, in: Weltgesundheitsthema 1988. Gesundheit für alle – alles für die Gesundheit (Hrsg. Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e.V.), Bonn 1988, S. 18.

22 Lafaille, Robert, Auf dem Weg zu einer Gründung der Gesundheitswissenschaften. Möglichkeiten, Herausforderungen, Fallstricke, in: Provokationen zur Gesundheit. Beiträge zu einem reflexiven Verständnis von Gesundheit und Krankheit (Hrsg. Eberhard Göpel / Ursula Schneider-Wohlfart), 2. Auflage, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main 1995, S. 258.

23 Vgl. Milz, Helmut, Persönliche Gesundheit in ökosozialer Verantwortung. Perspektiven, Widersprüche, offene Fragen, in: Provokationen zur Gesundheit. Beiträge zu einem reflexiven Verständnis von Gesundheit und Krankheit (Hrsg. Eberhard Göpel / Ursula Schneider-Wohlfart), 2. Auflage, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main 1995, S. 20.

24 Vgl. Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.), Glossar. Gesundheitsförderung, Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg 1998, S. 1. Hierzu siehe auch **Teil A** II. 1., erster bis **vierter Absatz**.

b. Salutogenetisches Gesundheitsverständnis

Mit dem Begriff der Salutogenese²⁵ kommt dem israelisch-amerikanischen Medizinsoziologen Aaron Antonovsky das Verdienst zu, eine Perspektive eingebracht zu haben, die für das Verständnis von Gesundheit und Krankheit sehr hilfreich ist. Im Zentrum seines Ansatzes steht die Frage, warum Menschen trotz vielfältiger Belastungen gesund bleiben, während andere krank werden.²⁶ In erster Linie wurde dieses Modell für die körperliche Gesundheit entwickelt, konnte in den letzten Jahren aber auch mit Erfolg auf das Gebiet der seelischen Gesundheit übertragen werden. Das Hauptmerkmal ist die Frage nach den personalen, ansatzweise auch den kontextbezogenen Entstehungs- und Erhaltungsbedingungen von Gesundheit. Das salutogenetische Denkmodell sieht sich im Gegensatz zur pathogenetischen Methode der Medizin,²⁷ wo man sich primär um die Erklärung des Zustandekommens von Krankheiten und um ihre Heilung bemüht.²⁸

Gesundheit und Krankheit werden aus salutogenetischer Perspektive nicht als einander ausschließende, alternative Zustände gesehen, sondern gelten als imaginäre Endpunkte eines gemeinsamen Kontinuums (Gesundheits-/Krankheits-Kontinuum [health ease/disease continuum])^{29 30}.

25 *Salutogenese* (*Salus*: Gedeihen, Wohlsein, Heil; *Genese*: Entstehung, Entwicklung); vgl. Duden. Band 5: Das Fremdwörterbuch, 4. Auflage, Bibliographisches Institut, Mannheim / Wien / Zürich 1982, S. 683 und S. 274.

26 Vgl. Hurrelmann, Klaus, Sozialisation und Gesundheit. Somatische, psychische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf, 3. Auflage, Juventa Verlag, Weinheim / München 1994, S. 132.

27 Antonovsky plädiert nicht für die Abschaffung der klassischen pathogenetischen Forschung, sondern sieht in seinem Ansatz eine notwendige Ergänzung hierzu.

28 Vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung, 2. Auflage, Verlag Peter Sabo, Schwabenheim an der Selz 1999, S. 96.

29 Antonovsky geht von einem Kontinuum körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens aus, bei dem "völlige Gesundheit" und "völlige Krankheit" die Endpunkte der Achsen bilden. Nach dieser Vorstellung sind die Menschen nicht entweder gesund oder krank, sondern mehr oder weniger gesund oder krank.

30 Vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), a.a.O. (Fn. 28), S. 96.

Die salutogenetische Denkweise geht von der Annahme aus, daß Gesundheit eine dynamische Interaktion zwischen einer Vielzahl von Belastungen (Stressoren, Risikokonstellationen) und schützenden Faktoren (Widerstandsressourcen) ist. Die Widerstandsressourcen bewirken, daß Belastungsfaktoren nicht auftreten oder erfolgreich bekämpft werden.³¹ Hierbei werden Ressourcen verschiedener Bereiche berücksichtigt:

- "Im physikalischen und biochemischen Bereich sind die medizinisch relevanten Potentiale des Körpers angesprochen, die gegen Krankheitserreger und Stressoren immun machen.
- Im materiellen Bereich sind ... finanzielle Möglichkeiten zu nennen, denn mit Geld lassen sich physische Sicherheit, ..., Kleidung, gute Ernährung also für das körperliche und seelische Wohlbefinden wichtige Ressourcen erwerben.
- Im Bereich der kognitiven und emotionalen Widerstandsressourcen ist ... Intelligenz im Sinne von Flexibilität und Rationalität der eigenen Anpassung an Lebensbedingungen gemeint.
- Die interpersonal-relationalen sozialen Ressourcen konzentrieren sich ... auf soziale Unterstützung in verschiedenen Dimensionen, die das Netzwerk einer Person zur Verfügung stellt.
- Mit den makrostrukturellen Widerstandsressourcen schließlich ist ... der Grad der kulturellen Integration einer Gesellschaft angesprochen. Wird ein Orientierungssystem zur Verfügung gestellt, das jeder Person eine bestimmte Position im sozialen Gefüge und das Gefühl von Geachtetheit und von Sinnfälligkeit des eigenen Handelns vermittelt,

31 Vgl. Hurrelmann, a.a.O. (Fn. 26), S. 133.

so ist dieses der beste Ausgangspunkt für gesundes Verhalten.³²

Auf diesen Grundannahmen aufbauend entwickelt Antonovsky das Konzept des Kohärenzgefühls (sense of coherence) als Antwort auf die salutogenetische Frage. "Danach bleiben Individuen und Gruppen dann auch unter hohen Belastungen eher gesund,

1. wenn die Anforderungen und Zumutungen, mit denen sie konfrontiert werden, einigermaßen vorhersehbar und einordnungsfähig sind ([sense of, d.V.] comprehensibility)³³,
2. wenn Möglichkeiten der Reaktion und des Eingreifens, wenn Chancen der Einflußnahme auf Entwicklungen und Ereignisse gegeben sind ([sense of, d.V.] manageability)³⁴, und wenn
3. die Möglichkeit besteht, unter diesen Bedingungen individuelle oder kollektive Ziele anzustreben und auch zu erreichen ([sense of, d.V.] meaningfulness)³⁵.³⁶

Hieraus wird für die Gesundheitsförderung folgende Annahme abgeleitet: Je stärker das Kohärenzgefühl ausgeprägt ist, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, Belastungen erfolgreich und mit positiven Auswirkungen auf die Gesundheit zu bewältigen. Demnach liegt die Relevanz des salutogenetischen Modells darin, daß die wissenschaftliche und praktische Aufmerksamkeit auf Gesundheit und ihre Ressourcen gelegt wird.

32 Hurrelmann, a.a.O. (Fn. 26), S. 133 f.

33 Gefühl von Verstehbarkeit (des Lebens), d.V.

34 Gefühl von Handhabbarkeit bzw. Bewältigbarkeit (des Lebens), d.V.

35 Gefühl von Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit (des Lebens), d.V.

36 Rosenbrock, Rolf, Betriebliche Gesundheitspolitik und Organisationsentwicklung, in: Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen (Hrsg. Jürgen M. Pelikan / Hildegard Demmer / Klaus Hurrelmann), Juventa Verlag, Weinheim / München 1993, S. 129.

Die salutogenetische Konzeption ist eines der wichtigsten interdisziplinären, integrierenden Gesundheitsmodelle. Einzelne Variablen sind jedoch – insbesondere beim soziokulturellen, gesellschaftlichen und historischen Kontext der Entstehung und Erhaltung von Gesundheit – noch nicht genügend operationalisiert bzw. im Hinblick auf ihre gesundheitsfördernde Wirkung überprüft.³⁷

2. Aktive Auseinandersetzung mit dem Begriff Gesundheit

Aus ihrem arbeitspsychologischen Ansatz heraus sehen Ducki/Greiner Gesundheit als "Ausschöpfen und Entwickeln der menschlichen Fähigkeit zu handeln"³⁸. Hierbei beziehen sie sich zunächst auf Noack 1987, der folgende bestimmende Faktoren der Gesundheit anführt, welche in verschiedenen Gesundheitsdefinitionen bzw. Gesundheitsmodellen entsprechend beschrieben werden:

- "1. Gesundheit als Abwesenheit von Symptomen, Krankheit oder Behinderung
2. Gesundheit als positiv bewertete psychologische Erfahrung
3. Gesundheit als Balance oder Gleichheit innerhalb des Selbst und mit der Umwelt
4. Gesundheit als Kapazität oder Potential, persönliche Ziele zu verfolgen sowie Umwelt und soziale Anforderungen zu bewältigen

37 Vgl. Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), a.a.O. (Fn. 28), S. 97.

38 Ducki, Antje / Greiner, Birgit, "Gesundheit ist mehr als Beeinträchtigungsfreiheit". Eine handlungstheoretische Betrachtungsweise von Gesundheit (Bericht Nr. 24), Technische Universität Berlin, Institut für Humanwissenschaft in Arbeit und Ausbildung, Berlin 1990, S. 5.

5. Gesundheit als Prozeß von zielgerichteter Handlung bzw. als Prozeß erfolgreicher Bewältigung"³⁹

Danach befassen sich Ducki/Greiner mit dem fünften Aspekt eingehender: Die Entwicklung von Handlungsfähigkeit wird als ein lebenslanger Prozeß verstanden, in dem schon entwickelte Kompetenzen verfeinert, ausgebaut oder neue Kompetenzen erlernt werden.⁴⁰ Der Entwicklungsaspekt steht hier im Vordergrund: "Ein wesentliches Merkmal des Menschen ist ..., daß er sich ständig durch sein Handeln weiterentwickeln kann, soweit die situativen Bedingungen dies zulassen bzw. unterstützen und fördern."⁴¹

Für Badura ist Gesundheit "eine Fähigkeit zur Problemlösung und Gefühlsregulierung, durch die ein positives Selbstbild, ein positives seelisches und körperliches Befinden erhalten oder wiederhergestellt wird"⁴². Zuversicht, Selbstvertrauen und ein positives Selbstwertgefühl, die Fähigkeit, Leiden zu vermeiden und Lust zu maximieren, sind für ihn bedeutende Elemente psychischer und somatischer Gesundheit.⁴³

Hurrelmann definiert Gesundheit aus einer sozialisations-theoretischen Grundlage als "den Zustand des objektiven und subjektiven Befindens einer Person, der gegeben ist, wenn diese Person sich in den physischen, psychischen und sozialen Bereichen ihrer Entwicklung in Einklang mit den eigenen Möglichkeiten und Zielvorstellungen und den jeweils

39 Ducki / Greiner, a.a.O. (Fn. 38), S. 4 f.

40 Vgl. Ducki / Greiner, a.a.O. (Fn. 38), S. 6.

41 Ducki / Greiner, a.a.O. (Fn. 38), S. 7.

42 Badura, Bernhard, Gesundheitsförderung durch Arbeits- und Organisationsgestaltung. Die Sicht des Gesundheitswissenschaftlers, in: Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen (Hrsg. Jürgen M. Pelikan / Hildegard Demmer / Klaus Hurrelmann), Juventa Verlag, Weinheim / München 1993, S. 24 f.

43 Vgl. Badura, a.a.O. (Fn. 42), S. 32.

gegebenen äußeren Lebensbedingungen befindet"⁴⁴. Von Interesse ist hierbei neben der Gleichrangigkeit des objektiven und subjektiven Befindens der Einklang mit den äußeren Lebensbedingungen: "Gesundheit ist nur möglich, wenn eine Person konstruktiv Sozialbeziehungen aufbauen kann, sozial integriert ist, die eigene Lebensgestaltung an die wechselhaften Belastungen des Lebensumfeldes anpassen kann, dabei individuelle Selbstbestimmung sichern und den Einklang mit den biogenetischen, physiologischen und körperlichen Möglichkeiten herstellen kann."⁴⁵

Milz sieht Gesundheit "als erlebte und bewußte Integration in ökosoziale Wirkzusammenhänge"⁴⁶. Er versteht sie als "Ausdruck des beständigen Bestrebens ... [des Menschen, d.V.], eine lebensfähige Übereinstimmung zwischen seinem inneren und äußeren Milieu herzustellen. Gesundheit ist situationsbezogen gelungenes, erfolgreich vollzogenes Leben."⁴⁷ Milz beschreibt Gesundheit weiter als "die Entfaltung eines Potentials, welches Lebensfreude ermöglicht, zur Auseinandersetzung mit Erkrankung befähigt sowie Heilung und Gesundung bedingt"⁴⁸. Hier wird Krankheit in den Gesundheitsprozeß mit integriert und nicht als Gegensatz von Gesundheit betrachtet.

Nach Abschluß der Diskussion um verschiedene Ansätze zur Klärung des Begriffs Gesundheit wird ein Konsens hergestellt (siehe nachstehenden Punkt 3).

44 Hurrelmann, a.a.O. (Fn. 26), S. 16 f.

45 Hurrelmann, a.a.O. (Fn. 26), S. 17.

46 Milz, a.a.O. (Fn. 23), S. 17.

47 Milz, a.a.O. (Fn. 23), S. 20.

48 Milz, a.a.O. (Fn. 23), S. 18.

3. Konsens im Verständnis von Gesundheit

Bei der Definition von Gesundheit sieht man sich einer Fülle von Ansätzen gegenüber, die entsprechend der fachlichen Bearbeiter unterschiedliche Schwerpunkte setzen.

Der Versuch, hier einen Konsens zu erzielen, findet sich bei Schulte-Cloos:

- "a) Gesundheit formiert sich in allen Bereichen des Wohlbefindens: ..., sozial, somatisch, psychisch. Zumindest theoretisch ist insofern die Def. [Definition, d.V.] der WHO nicht zu kritisieren. G. [Gesundheit, d.V.] als individueller Wert bedarf des Hintergrundes der Sozietät – auf diesem wird G. definiert, hier wird in Richtung auf G. sozialisiert. G. ist somit gesellschaftliches Gut – sie 'spiegelt die subjektive Verarbeitung und Bewältigung gesellschaftlicher Verhältnisse' (...).
- b) G. ist ein relationaler Begriff, er kennzeichnet bestimmte Beziehungen auf den unterschiedlichen Ebenen menschlichen Seins, zumindest diesen:
 - Beziehung des Subjektes zu sich selbst;
 - Beziehung des Subjektes zum eigenen Körper;
 - Beziehung zur Mitwelt/zur Umwelt (...);
- c) G. ist ... ein funktionaler Begriff: G. ermöglicht, Krankheit verunmöglicht – dies jeweils innerhalb des sozial geprägten individuellen Wertemusters.
- d) G. ist ein dynamischer Begriff; seine Anwendung variiert im Lebenslauf, in Abhängigkeit von den Lebensumständen, von der umgebenden Kultur. Dies betrifft auch seine pragmatische Relevanz.

So verstanden beschreibt G. eine Seinsform des Menschen; diese ist nicht umfassend objektivierbar."⁴⁹

Konsens besteht weitgehend auch in einer positiven Definition von Gesundheit, die Gesundheit nicht nur als Abwesenheit von Krankheit betrachtet. Bei Conrad/Schmidt lautet es zum Stichwort "positive Gesundheit": "Zustand des Gesundseins, der über Beschwerdefreiheit hinausgeht. Konzepte der positiven Gesundheit betreffen meist die Lebensqualität und die Gesundheitspotentiale des einzelnen. Richtungen positiver Gesundheit sind z.B. Selbstverwirklichung, Vitalität und Kreativität. Vorstellungen positiver Gesundheit befassen sich mehr mit der Entfaltung [von Gesundheit, d.V.] als mit der bloßen Bewältigung [von Krankheit, d.V.] und gehen deutlich über traditionelle Betrachtungsweisen der Medizin ... hinaus. ... Für die Gesundheitsförderung ist der Begriff der positiven Gesundheit von zentraler Bedeutung."⁵⁰

II. Gesundheitsförderung

1. Begriffsentwicklung und Entstehung der Gesundheitsförderung

Die historische Entwicklung des Begriffs "Gesundheitsförderung" begann mit der WHO-Konferenz 1978 in Alma-Ata (Kasachstan), auf der das Konzept der "Primary Health Care" (primäre Gesundheitsversorgung) verabschiedet wurde. Im Mittelpunkt dieses Konzepts stand die Verpflichtung, die Prävention (Krankheitsverhütung) für nationale und inter-

49 Schulte-Cloos, Christian, Gesundheitsförderung. Ein Arbeitsfeld für Sozialpädagogen / -arbeiter?, in: Zwischen Selbsthilfe und Sozialen Diensten. Beiträge zur Theorie und Praxis sozialer Arbeit (Hrsg. Benno Hafener / Gerd Schirmacher), Brandes & Apsel Verlag, Frankfurt am Main 1991, S. 63.

50 Conrad, Günter / Schmidt, Werner, Glossar. Gesundheitsförderung: Eine Investition für die Zukunft. Internationale Konferenz, Bonn 17. bis 19. Dezember 1990. Nachdruck, Fränkische Nachrichten, Tauberbischofsheim 1990, S. 62.

nationale Gesundheitspolitik sowie für das jeweilige nationale Gesundheitswesen zum Schwerpunkt zu machen.⁵¹ Die in den folgenden Jahren durchgeführten biomedizinisch ausgerichteten Präventionsprogramme reichten jedoch bei weitem nicht aus, um "das gesamte Spektrum der Bedingungen, Funktionen und Einbettung gesundheitsrelevanter Verhaltensweisen zu erfassen oder individuell wie kollektiv zu verändern"⁵².

Anfang der 80er Jahre wurde durch die Erarbeitung eines konzeptionellen Unterbaus versucht, die Deklaration von Alma-Ata zu unterstützen. Im Hinblick auf die Entwicklung "gesundheitsfördernder Lebensweisen" wurden soziale, kulturelle, politische, ökonomische und ökologische Aspekte der Lebens- und Arbeitsbedingungen berücksichtigt.⁵³

Bei der WHO-Konferenz 1986 in Ottawa (Kanada) führte dies zur Verabschiedung einer "Charta der Gesundheitsförderung", der vielzitierten "Ottawa-Charta". Einen zentralen Bestandteil der Ottawa-Charta bildet die Definition von Gesundheitsförderung. Sie enthält die wesentlichen Bestimmungsmerkmale des Konzepts:

"Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, daß sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können. ... Gesundheit steht für ein positives Konzept, das die Bedeutung

51 Vgl. Franzkowiak, Peter / Wenzel, Eberhard, Gesundheitsförderung. Karriere und Konsequenzen eines Trendbegriffs, in: Psychosozial, 12. Jg., Heft II (Nr. 42) / 1990, S. 30.

52 Franzkowiak / Wenzel, a.a.O. (Fn. 51), S. 30.

53 Vgl. Franzkowiak / Wenzel, a.a.O. (Fn. 51), S. 31.

sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont, wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden."⁵⁴

Zur Realisierung dieser Vorstellungen und Forderungen der WHO dienen fünf "Prinzipien der Gesundheitsförderung":

- "1. *Gesundheitsförderung umfaßt die gesamte Bevölkerung in ihren alltäglichen Lebenszusammenhängen, und nicht ausschließlich spezifische Risikogruppen.* Sie soll die Menschen dazu befähigen, die Bewahrung ihrer Gesundheit und die Verantwortung dafür zum Bestandteil ihres Alltags zu machen. Dies kann sowohl durch spontanes Handeln als auch durch gezielte oder organisierte Maßnahmen geschehen. Umfassender und fortlaufender Zugang zu allen gesundheitsrelevanten Informationen für die gesamte Bevölkerung ist erforderlich und sollte mit allen verfügbaren Möglichkeiten gefördert werden.

2. *Gesundheitsförderung zielt darauf ab, die Bedingungen und Ursachen von Gesundheit zu beeinflussen.* Dazu ist über das Gesundheitswesen hinaus eine enge Zusammenarbeit vieler Bereiche notwendig, um die vielfältigen Faktoren, die die Gesundheit beeinflussen, zu berücksichtigen. Regierungen und lokale Verwaltungen tragen dabei die besondere Verantwortung, angemessen und rechtzeitig dafür zu sorgen, daß die Umweltbedingungen, die außerhalb der unmittelbaren Kontrolle von einzelnen oder Gruppen liegen, der Gesundheit zuträglich sind.

54 Verlag für Gesundheitsförderung (Hrsg.), a.a.O. (Fn. 5), o. S. (S. 1).

3. *Gesundheitsförderung verbindet unterschiedliche, aber einander ergänzende Maßnahmen oder Ansätze*, einschließlich Information, Erziehung, Gesetzgebung, steuerliche Maßnahmen, organisatorische Regelungen, gemeinde-nahe Veränderungen sowie spontane Schritte gegen Gesundheitsgefährdungen.
4. *Gesundheitsförderung bemüht sich besonders um eine konkrete und wirkungsvolle Beteiligung der Öffentlichkeit*. Dies erfordert eine Stärkung der individuellen und gemeinschaftlichen Fähigkeiten des Problemverständnisses und der Entscheidungsfindung.
5. *Gesundheitsförderung ist primär eine Aufgabe im Gesundheits- und Sozialbereich und keine medizinische Dienstleistung*. Die Angehörigen der Gesundheitsberufe – speziell diejenigen, die in der primären Gesundheitsversorgung tätig sind – haben aber eine wichtige Rolle bei der Unterstützung und Ermöglichung der Gesundheitsförderung. Sie müssen ihren spezifischen Beitrag zur Gesundheits-erziehung ausbauen und das Ziel einer positiven Gesundheit verstärkt in den Vordergrund stellen."⁵⁵

Das Konzept der Gesundheitsförderung hat breite Anerkennung gefunden, jedoch ist eine begriffliche Abgrenzung zu traditionellen Maßnahmen, etwa zur Gesundheitserziehung, Gesundheitsbildung oder Prävention nicht eindeutig möglich. Gleich ist allen Begriffsinhalten das Verständnis, daß sich Personen oder Institutionen der Verhütung von Krankheiten und der Förderung von Gesundheit widmen, indem sie versuchen, das gesundheitsrelevante Verhalten beispielsweise durch Einwirkung auf Wissen und Motivation positiv zu beeinflussen. Während die Akteure der traditionellen Maßnahmen in der Regel getrennt voneinander agieren, greift die Gesund-

⁵⁵ Franzkowiak / Wenzel, a.a.O. (Fn. 51), S. 32 f.

heitsförderung auf sämtliche Bereiche über. Als Gesundheitsförderung werden somit alle Aktivitäten und Maßnahmen (z.B. medizinischer, sozialer und ökonomischer Art) verstanden, die Einfluß auf die Lebensqualität von Menschen haben.⁵⁶

Eine deutliche Abgrenzung läßt sich allerdings gegenüber dem Ansatz der traditionellen Gesundheitspolitik vornehmen, der die epidemiologische Risikopolitik bzw. Risikovermeidungspolitik umfaßt.⁵⁷ Die Gesundheitsförderung gilt demgegenüber als zentraler Baustein einer zeitgemäßen Gesundheitspolitik.⁵⁸

Das Problem der einheitlichen Konzeption von Gesundheitsförderung ist demnach in der Tatsache zu sehen, daß sie zum einen bei den verschiedenen Personen oder Institutionen auf Zustimmung stößt, und zum anderen eine Abgrenzung der Begrifflichkeit nicht nachzuvollziehen ist. Wie erwähnt sind die unterschiedlichen Auswirkungen traditioneller Maßnahmen wie zur Gesundheitserziehung oder Gesundheitsbildung nicht zwangsläufig von der Gesundheitsförderung zu trennen. Als ein entscheidender Vorteil praktizierter Gesundheitsförderung muß heute gelten, daß die traditionellen Maßnahmen sich im allgemeinen auf voneinander getrennte Bereiche beschränken, währenddessen Gesundheitsförderung auf allen Feldern wirksam ist.

Welche Bedeutung hat nun Gesundheitsförderung, wenn davon auszugehen ist, daß sämtliche Vorgehensweisen medizinischen, sozialen und nicht zuletzt auch ökonomischen Charakters die Lebensqualität von Menschen mitbestimmen können?

56 Vgl. Laaser, Ulrich / Hurrelmann, Klaus / Wolters, Paul, Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung, in: Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis (Hrsg. Klaus Hurrelmann / Ulrich Laaser), Beltz Verlag, Weinheim / Basel 1993, S. 177.

57 Vgl. Franzkowiak / Wenzel, a.a.O. (Fn. 51), S. 34.

58 Vgl. Badura, Bernhard / Ritter, Wolfgang, Qualitätsmanagement in der betrieblichen Gesundheitsförderung, in: Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung, 19. Jg., Heft 2 / 1996, S. 58.

Angemerkt wurde in diesem Abschnitt, daß sich insofern eine deutliche Unterscheidung der Programmatik traditioneller Gesundheitspolitik treffen läßt, die die Begriffe epidemiologische Risikopolitik oder auch die Vermeidung dieser Politik abdeckt. Hier wird die Gesundheitsförderung durchaus zum zentralen Element zeitgemäßer Gesundheitspolitik – jedoch muß an dieser Stelle auch mit aller Intensität die Verwirklichung der fünf Prinzipien der WHO angegangen werden, die letztlich zur Durchsetzung der Förderung von Gesundheit dienen sollen.

Der politische Anstoß zur Gesundheitsförderung kann hier von verschiedenen Seiten gegeben werden: etwa von seiten der Regierung, der Berufsgenossenschaften, der Krankenkassen oder der Unternehmen. Wichtig ist allein, daß er erfolgt, weil die WHO in ihrem Fünf-Punkte-Programm zur Gesundheitsförderung unter anderem explizit verlangt, daß ein ständiger Zugang zu allen die Gesundheit betreffenden Informationen gewährleistet sein müsse, um wesentliche Aspekte gesundheitlicher Förderung wirksam werden zu lassen.

Somit muß hier eine konsequente Zusammenarbeit von vielen Institutionen und Personen erfolgen, um die gesamte Bevölkerung in ihren wesentlichen Strukturen zu erfassen und über die sicherlich notwendigen Bedürfnisse von Risikogruppen hinaus den Menschen dazu zu verhelfen, die Bewahrung ihrer Gesundheit zur Grundlage ihres alltäglichen Handelns zu machen.

Nicht zu vergessen ist der Umstand, daß Gesundheitsförderung in erster Linie eine Obliegenheit im Gesundheits- und Sozialbereich und keineswegs eine bloße medizinische Dienstleistung darstellt. Wie es in Punkt 5 der WHO "Prinzipien der Gesundheitsförderung" heißt, haben die Mitarbeiter von Gesundheitsberufen eine bedeutende Funktion bei der Durchführung der

Gesundheitsförderung. Sie sind und bleiben aufgerufen, ihren Beitrag zur Realisierung dieses Projekts zu leisten.

Jedoch ist damit noch nicht genug getan – Gesundheitsförderung muß unterschiedliche, aber durchaus einander ergänzende Schritte – wie die Notwendigkeit zur Information, die spezifische Erziehung in Gesundheitsfragen, die Möglichkeit, den gesetzlichen Rahmen anders als bisher zu regeln und Veränderungen im örtlichen Gemeindebereich – nachvollziehen können. Auch aus diesem Grund ist eine Beteiligung der entsprechenden Gruppen und Verbände notwendig.

Es versteht sich von selbst, daß Gesundheitsförderung als Programm um die Mitwirkung einer breiten Öffentlichkeit bemüht sein muß, um eine Intensivierung des individuellen sowie gemeinschaftlichen Verständnisses von Gesundheitsförderung zu erreichen.

2. Präventive Konzepte der Gesundheitsförderung

a. Gesundheitsförderung in Abgrenzung zur Gesundheitserziehung

Die "Gesundheitserziehung" beinhaltet überwiegend die pädagogische Vorstellung, daß durch Information über gesundheitliche Risiken das Gesundheitspotential von Individuen positiv zu beeinflussen sei. Renn definiert Gesundheitserziehung als "eine kommunikative Strategie der Wissensvermittlung, der Überzeugung, der Einstellungsänderung und der Verhaltensmotivierung. Sie ist in ihrer Zielrichtung personenbezogen."⁵⁹

59 Renn, Heinz, Von der Gesundheitserziehung zur Gesundheitsförderung – Am Beispiel der Suchtprävention, in: Gesundheit fördern statt kontrollieren. Eine Absage an den Mustermenschen (Hrsg. Alf Trojan / Brigitte Stumm), Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main 1992, S. 184.

Die Gesundheitserziehung geht von einem krankheitsorientierten Gesundheitsverständnis aus. Zur Konzeptentwicklung in der Gesundheitserziehung findet sich bei Franzkowiak/Wenzel nachstehende kritische Zusammenfassung:

"Die Praktiker der Gesundheitserziehung haben ihre Modellvorstellungen und Praxisansätze in den vergangenen vier Jahrzehnten auf die folgenden Voraussetzungen gegründet:

- Unter den jeweils gegebenen gesellschaftlichen Verhältnissen und Entwicklungen haben sich vor allem im individuellen Erleben, Verarbeiten und Handeln mannigfaltige Risikoorientierungen und -konstellationen herausgebildet, die zu einer gesundheitlichen Gefährdung der Menschen führen (können). Deshalb ist es nötig, die Menschen so weit zu formen, daß sie solche Gefährdungen subjektiv bewältigen bzw. ihnen von vornherein ausweichen können.
- Um dieser Aufgabe gerecht werden zu können, müssen den Menschen Informationen zur Verfügung gestellt werden, wie sie ihr Individualverhalten so einrichten, daß sie ihre Gesundheit möglichst nicht gefährden.
- Die Verbreitung und Vermittlung solcher Informationen stellt ein (medien-)pädagogisches Problem dar, dessen sich professionell ausgebildete Experten annehmen müssen bzw. sollten, die ihre Tätigkeiten in direktem Kontakt mit den Menschen ausführen.

Mit dem Begriffsteil 'Erziehung' wird signalisiert, daß entsprechende Gesundheitsrisiken durch eine planmäßige Beeinflussung der jeweiligen Fälle wenigstens ansatzweise aufgehoben werden könnten. Der Begriff Erziehung setzt voraus,

daß es jemanden gibt, der weiß, warum und wozu ein anderer sich einer bestimmten Behandlung aussetzen hat."⁶⁰

Kritisiert wird an diesem Ansatz insbesondere das Verhältnis von Experten und Laien als Abgrenzung zur Gesundheitsförderung. Trojan führt hierzu aus: "Die Stärkung von Selbsthilfe- und Durchsetzungsfähigkeit als Prinzip allgemeiner, krankheitsunspezifischer Gesundheitsförderung steht im krassen Gegensatz zur traditionellen Gesundheitserziehung. Diese hält den Betroffenen weiterhin in Ohnmacht und Abhängigkeit von Wissen und Vorschriften professioneller Experten (...)." ⁶¹

Als weiterer Kritikpunkt kommt der fehlende soziale Bezug der Gesundheitserziehung zum Ausdruck. In späteren Jahren wurde unter Einbeziehung sozialer Kontrollinstanzen versucht, diesen Mangel zu beheben: "Nach mehr als zwei Dekaden anhaltender Mißerfolge in der Erziehung zu präventiver Vernunft breitete sich unter Gesundheitserziehern in den 70er Jahren die Vorstellung aus, ihre Zielpersonen nicht länger individuell, sondern kollektiv im gegebenen sozialen Rahmen zu beeinflussen. ... Konkret baute das soziale Modell auf der Grundannahme auf, daß Gesundheitserziehung auf die Entwicklung sozialer Unterstützung der Menschen untereinander abzielen sollte. ... Schnittpunkt der Interventionen sollte, wie in benachbarten sozialen Professionen auch, die Gemeinde sein. Dabei hatte sich die zugrundeliegende Aufklärungsbotschaft nicht verändert; Jeder einzelne Adressat solcher Gemeindeinterventionen sollte nun eine soziale Selbstverpflichtung übernehmen, sich und seine Nachbarn bei der Entwicklung und

60 Franzkowiak, Peter / Wenzel, Eberhard, Die Gesundheitserziehung im Übergang zur Gesundheitsförderung. Konzeptionen und Praxisansätze zwischen biomedizinischem Modell und ökologischen Perspektiven, in: Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis. Mitteilungen der DGVT, 17. Jg., Heft 2 / 1985, S. 241.

61 Trojan, Alf, Ohnmacht kränkt. Empowerment wirkt gesundheitsfördernd – Zur Stärkung der Selbsthilfe- und Durchsetzungsfähigkeiten von einzelnen und von Gruppen, in: Blätter der Wohlfahrtspflege. Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit, 140. Jg., Heft 2 / 1993, S. 59.

Aufrechterhaltung vorbeugender Verhaltensmuster zu unterstützen."⁶² Der Grundgedanke der traditionellen Gesundheitserziehung, das biomedizinische Modell⁶³, wurde durch die Gemeindeprogramme nicht in Frage gestellt. Trotz veränderter Schauplätze diente die Gesundheitserziehung weiterhin dazu, "individuelles Problemverhalten" abzustellen.⁶⁴

Eine zukünftige erweiterte Gesundheitserziehung kann sich jedoch nicht mehr nur auf eine individuenbezogene Krankheitsvorbeugung begrenzen, sondern muß darüber hinaus die solidarische Verantwortung für eine allgemeine Gesundheitsförderung mit einbeziehen.⁶⁵ "Eine moderne Gesundheitserziehung muß deshalb die sozialen Bedingungen ebenso berücksichtigen, wie die sozialgruppenspezifischen Interessen und individuellen Verhaltensmotive."⁶⁶

Conrad/Schmidt bemerken zu einer zeitgemäßen Gesundheitserziehung: "Im Rahmen der Gesundheitsförderung sind verschiedene Formen der Gesundheitserziehung notwendig, die auf Gruppen, Organisationen und ganze Gemeinschaften zielen. Hierbei geht es darum, die umweltbedingten, ökonomischen und sozialen Ursachen von Gesundheit und Krankheit ins Bewußtsein zu rücken. Diese Entwicklungsrichtungen bedeuten eine Abkehr von der traditionellen Rolle der Gesundheitserziehung, die hauptsächlich mit der Änderung des Risikoverhaltens von Einzelpersonen befaßt war. Dabei würde zu

62 Franzkowiak / Wenzel, a.a.O. (Fn. 60), S. 243 f.

63 Siehe hierzu Fn. 1. Anfang der 60er Jahre erfolgte eine epidemiologisch begründete Erweiterung des biomedizinischen Paradigmas zu dem "Risikofaktorenmodell". Im Risikofaktorenmodell werden komplexe und nicht-kausale Entstehungszusammenhänge für die (heute vorherrschenden) chronisch-degenerativen Krankheiten (Zivilisationskrankheiten) angenommen (hierzu siehe auch **Teil A** II. 2. b. bb.).

64 Vgl. Franzkowiak / Wenzel, a.a.O. (Fn. 60), S. 244.

65 Vgl. Horn, Klaus, Gesundheitserziehung. Grenzen individueller Problemlösungsstrategien, in: Gesundheit und Krankheit als Bildungsproblem (Hrsg. Angela Venth), Verlag Julius Klinkhardt, Bad Heilbrunn 1987, S. 166 f.

66 Troschke, Jürgen von, Voraussetzungen und Ziele einer modernen Gesundheitserziehung, in: Weltgesundheitsthema 1988. Gesundheit für alle – alles für die Gesundheit (Hrsg. Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e.V.), Bonn 1988, S. 42 f.

den Inhalten der Gesundheitserziehung auch die Bereitstellung von Informationen mit politischer Relevanz gehören. Solche Informationen würden z.B. die politische Durchführbarkeit und die organisatorischen Möglichkeiten verschiedener Maßnahmen zur Unterstützung gesundheitsförderlicher ökologischer, ökonomischer oder sozialer Veränderungen aufzeigen. Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung verflechten sich auf diese Weise eng miteinander. Die Gesundheitserziehung ist ein wesentliches Element im Gesamtprozeß der Förderung der Gesundheit.⁶⁷ Somit bleibt für die Praxis der Gesundheitsförderung festzuhalten, daß es nicht nur darum geht, Wissen zu vermitteln und Verhaltensnormen aufzuzeigen sowie Verhaltensweisen einzuüben, sondern im wesentlichen auch darum, allgemeine Kommunikations- und Kooperationsfähigkeiten zu stärken, damit eine breite Aktivierung und Partizipation gesichert werden kann.⁶⁸

Die vorstehenden Ausführungen machen deutlich, daß Gesundheitserziehung und Gesundheitsförderung keine Alternativen sind, sondern Komplemente darstellen. Die Gesundheitserziehung kann als ein Beitrag zur Gesundheitsförderung aus pädagogischer Sicht bezeichnet werden. Demnach unterstützt Gesundheitserziehung die Umsetzung der programmatischen Zielsetzung von Gesundheitsförderung.

67 Conrad / Schmidt, a.a.O. (Fn. 50), S. 58.

68 Vgl. Lehmann, Harald / Lehmann, Manfred / Pott, Elisabeth, Gesundheitsförderung – eine Herausforderung für Institutionen der Gesundheitserziehung. Dargestellt am Beispiel der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, in: Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung, 14. Jg., Heft 1 / 1991, S. 3.

b. Gesundheitsförderung und Prävention

aa. Entstehung des Begriffs Prävention

Der Begriff "Prävention" stammt aus der sozialhygienischen Diskussion des 19. Jahrhunderts, als – bedingt durch Industrialisierung und Urbanisierung – die sozialen Probleme groß und die Möglichkeiten zur Behandlung von Krankheiten noch relativ gering entwickelt waren. Primär galt es, Übertragungswege verbreiteter Infektionskrankheiten zu erkennen und zu unterbrechen.⁶⁹

Heute wird Prävention in einem differenzierteren Sinn verstanden – als weit gefächerte Vorbeugungsmaßnahmen, die letztlich dazu beitragen sollen, die Entstehung von Krankheiten zu vermeiden.

bb. Konzeptionelle Grundlage von Prävention

Prävention beginnt bei genau definierten medizinischen Endpunkten und fragt zurück nach möglichen Risikofaktoren^{70 71}. Die konzeptionelle Grundlage ist das Risikofaktorenmodell^{72 73}. Im Zentrum dieses Modells stehen die zivilisationsbedingten

69 Vgl. Badura, Bernhard, Gesundheitsförderung und Prävention aus soziologischer Sicht, in: Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis (Hrsg. Peter Paulus), GwG-Verlag, Köln 1992, S. 44.

70 Neben Risikofaktoren im Bereich des **persönlichen Lebensstils** (wie z.B. Fehl-/Überernährung, Bewegungsmangel, übermäßiger Alkoholkonsum) unterscheidet man solche im Bereich der **Arbeitswelt** (wie z.B. Nacht- / Schichtarbeit, ungesunde Körperhaltung, Streß), der **sozialen Umwelt** (wie z.B. Wohnverhältnisse, Familienverhältnisse, soziale Isolation) und der **ökologischen Umwelt** (wie z.B. Luftverschmutzung, Schadstoffe in Wasser und Boden, Lärm). Zwischen den Risikofaktoren der verschiedenen Bereiche besteht eine Interdependenz; vgl. Eberle, Gudrun, Leitfaden Prävention, Asgard-Verlag, Sankt Augustin 1990, S. 28 f.

71 Vgl. Badura, a.a.O. (Fn. 69), S. 44.

72 Siehe hierzu auch zweiter Satz in Fn. 63.

73 Vgl. Trojan, Alf, Gesundheit fördern oder kontrollieren? Ein kritischer Streifzug durch die Präventionslandschaft, in: Gesundheit fördern statt kontrollieren. Eine Absage an den Mustermenschen (Hrsg. Alf Trojan / Brigitte Stumm), Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main 1992, S. 13.

und oft selbst verschuldeten Krankheiten wie beispielsweise Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die ursächlich auf bestimmte erlernte Verhaltensweisen zurückgehen. Diese führen zu meßbaren Veränderungen im Körper, den Risikofaktoren, die für chronische Beschwerden und vorzeitigen Tod verantwortlich sind.⁷⁴ Risikofaktoren sind somit Krankheitsursachen und nicht Krankheiten selbst.

cc. Prävention in Ergänzung zur Gesundheitsförderung

In der Literatur findet sich die Unterscheidung zwischen "Prävention" und "Gesundheitsförderung". Hierbei ist Prävention stärker auf die Vermeidung von Krankheiten, Gesundheitsförderung eher auf die Erhaltung und Verbesserung von Gesundheit gerichtet.

Maßnahmen der Prävention beruhen auf der Verringerung spezifischer Risiken, die für bestimmte Krankheiten ursächlich erscheinen, oder auf der Veränderung der Rahmenfaktoren, welche die Anfälligkeit gegenüber Krankheiten begünstigen.⁷⁵

Bei Paulus heißt es zu diesem Begriff: "Vor allem der Terminus 'Prävention' (Prophylaxe, Vorbeugung) ist zu einem Schlagwort in der psychosozialen Arbeit selbst auch in medizinischen und pädagogischen Handlungsfeldern geworden. Mit ihm werden Interventionen im Vorfeld von zu erwartenden aber unerwünschten Zuständen oder Handlungsergebnissen (Defizite, Defekte) bezeichnet. Mit präventiven Interventionsstrategien wird primär versucht, diese möglichen Konsequenzen zu vermeiden [Primärprävention⁷⁶, d.V.], sekundär die Weiter-

74 Vgl. Troschke, a.a.O. (Fn. 66), S. 34 f.

75 Vgl. Conrad / Schmidt, a.a.O. (Fn. 50), S. 54.

76 Krankheitsverhütung.

entwicklung aufzuhalten [Sekundärprävention⁷⁷, d.V.] und tertiär die Folgen von Konsequenzen zu vermeiden [Tertiärprävention⁷⁸, d.V.]."⁷⁹

Gedanklich lassen sich die beiden Ansätze Prävention und Gesundheitsförderung nicht klar voneinander trennen; sie ergänzen und überschneiden sich in vielen Punkten. Eberle verdeutlicht dies: "Präventionsmaßnahmen sind ... solche, die sich zunächst an den 'gesunden' Menschen richten, seine Gesundheit sichern und damit langfristig seine Lebensqualität verbessern können. ... Betrachtet man Gesundheit als etwas umfassenderes als nur die Abwesenheit von Krankheit, dann geht es schließlich um eine großangelegte Neuorientierung des Gesundheitswesens: um die Erforschung und Realisierung all jener Bedingungen, die zu einem langen aktiven Leben der Menschen beitragen! Ebenso gut können gesundheitsfördernde Maßnahmen die Behandlung Kranker unterstützen" ⁸⁰ Hierbei bezieht sie sich explizit auf das "Lebensstilkonzept"⁸¹: "Für eine Erweiterung des 'Risikofaktorenkonzepts' zum 'Lebensstilkonzept' spricht die Erkenntnis, daß vielfach eine gezielte Zuordnung von bestimmten Risikofaktoren zu bestimmten Krankheiten nicht möglich ist, sondern zahlreiche Risikofaktoren bei der Entstehung einer Krankheit zusammenwirken, die längst nicht alle bekannt sind. Zugleich ist Gesundheit verbunden mit einem Lebensstil, der durch Erlebnisse wie Körperbewußtsein und Schönheit, Natürlichkeit und emotionales Naturerleben, Vergnügen und Vitalität ... gekennzeichnet ist. Deshalb zielt Prävention darauf ab, den persönlichen Lebens-

77 Krankheitsfrüherkennung.

78 Verhinderung der Krankheitsverschlechterung.

79 Paulus, Peter, Zur Einführung. Prävention, Gesundheitsförderung und psychosoziale Praxis, in: Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis (Hrsg. Peter Paulus), GwG-Verlag, Köln 1992, S. 9.

80 Eberle, a.a.O (Fn. 70), S. 19.

81 Auch "Lebensweisenkonzept" genannt. Dieser Ansatz wurde Anfang der 80er Jahre von der WHO in die Konzeptentwicklung der Gesundheitsförderung eingeführt. Hierzu siehe auch die Ausführungen in **Teil A** II. 1., zweiter Absatz.

stil im Sinne von 'Genuß an Gesundheit' positiv zu beeinflussen. Lebensstil heißt auch, daß Gesundheit in unterschiedlichen Lebensbereichen erfahrbar ist, z.B. in der Freizeit, am Arbeitsplatz, Von daher umfaßt das Lebensstilkonzept sehr viel breiter gefächerte Maßnahmen als das Risikofaktorenkonzept."⁸²

Als Präventionsziele der Allgemeinen Ortskrankenkasse(n) (AOK) nennt Eberle:⁸³

- Verbesserung individueller Lebensqualität (durch Verhaltensänderung)
- Vermittlung positiver Gesundheitsziele (wie z.B. Fitneß, attraktives Aussehen, mehr Aktivität)
- Aktivierung zur Selbsthilfe (gelernte Verhaltensweisen im privaten Kreis weiterentwickeln)
- Abbau regionaler Defizite (AOK als regionale Anlaufstelle für Ratsuchende in allen Gesundheitsfragen)
- Verhinderung sozialer Benachteiligung (Präventionsangebote auch unteren sozialen Schichten nahebringen)

Deswegen muß eine erfolgversprechende Prävention "überall da ansetzen, wo Menschen leben, wohnen, arbeiten oder ihre Freizeit verbringen"⁸⁴.

82 Eberle, a.a.O. (Fn. 70), S. 22.

83 Vgl. Eberle, a.a.O. (Fn. 70), S. 30 – 33.

84 Wenzel 1983, zitiert nach Eberle, a.a.O. (Fn. 70), S. 22.

dd. Verhaltens- und Verhältnisprävention

Weitverbreitet ist in der Literatur die Einteilung in "Verhaltensprävention" und "Verhältnisprävention". Bei der Verhaltensprävention wird versucht, das Verhalten von einzelnen als Zielgegenstand zu verändern. Demgegenüber werden bei der Verhältnisprävention Bedingungen für das Verhalten als Zielgegenstand betrachtet. Somit kann folgende Zuordnung vorgenommen werden:

Die **Verhaltensprävention** hat die Veränderung gesundheits-schädigender Einstellungen sowie Verhaltensweisen von Individuen zum Gegenstand.⁸⁵ Maßnahmen der Verhaltensprävention umfassen unter anderem allgemeine Information, gezielte Aufklärung, Beratung und Schulung. Als Beispiele für diese Maßnahmen sind Kursangebote von Betrieben und Krankenkassen, wie etwa Rückenschulen, Fitneßprogramme, Ernährungsberatung und Streßmanagement zu nennen.⁸⁶

Die **Verhältnisprävention** bedeutet die Veränderung gesundheitsrelevanter Lebens- und Arbeitsbedingungen.⁸⁷ Ansatzpunkte für eine Verhältnisprävention im Betrieb beispielsweise bestehen etwa bei der Planung neuer und der Umgestaltung vorhandener Arbeitsplätze und Arbeitsabläufe, dem Umgang mit gefährlichen Stoffen in Form von Mitarbeit in Planungs- und Arbeitskreisen und der Mitwirkung leistungs- und fähigkeitsentsprechender Anforderungsgestaltung.⁸⁸

Demnach geht es in beiden Bereichen darum, Maßnahmen und Aktivitäten zu entwickeln und zu fördern, die geeignet sind,

85 Vgl. Rosenbrock, Rolf, Prävention – warum sie nicht stattfindet und was zu tun ist, in: Dr. med. Mabuse. Zeitschrift im Gesundheitswesen, 12. Jg., Heft Nr. 47 / 1987, S. 51.

86 Vgl. Otte, Rainer, Gesundheit im Betrieb. Leistung durch Wohlbefinden, Frankfurter Allgemeine Zeitung, Frankfurt am Main 1994, S. 29 f.

87 Vgl. Rosenbrock, a.a.O. (Fn. 85), S. 51.

88 Vgl. Otte, a.a.O. (Fn. 86), S. 31 f.

gesundheitliche Risiken zu vermeiden oder zu mindern. Somit darf eine Verhaltensprävention nicht isoliert betrachtet werden, die Möglichkeit einer impliziten Verhältnisprävention darf nicht ausgeschlossen sein.⁸⁹ Dem einzelnen muß vermittelt werden, daß er mit seinem Verhalten zum einen sich selbst, seine nähere Umgebung und zum anderen auch die Gesellschaft positiv beeinflussen kann.

Durch diese Differenzierung zwischen zwei Präventionsarten wird offenkundig, daß keine von beiden uneingeschränkt Geltung haben darf: Verhaltens- wie Verhältnisprävention bedingen einander.

c. **Zusammenhang von Gesundheitsförderung, Gesundheitserziehung und Prävention**

Die Ausführungen in **Teil A II. 2. a.** und **b.** verdeutlichen, daß die Begriffe Gesundheitsförderung, Gesundheitserziehung und Prävention offenbar Gemeinsamkeiten und Überschneidungsbereiche haben. So ist hier beispielsweise die Prämisse der "Verhinderbarkeit von Krankheit" ein verbindendes Element.⁹⁰

Für Prävention sind Wissen um die Ursachen von Krankheiten notwendig,⁹¹ während Gesundheitsförderung Kenntnisse über Lebensbedingungen benötigt, die Gesundheit erst ermöglichen, und Methoden erfordert, die das Selbstbestimmungspotential von Menschen über ihre Gesundheit stärken.⁹² Eine Methode der Gesundheitsförderung ist die Ge-

89 Vgl. Otte, a.a.O. (Fn. 86), S. 33 – 35. Gesundheitsmaßnahmen in Betrieben setzen bislang in der überwiegenden Zahl auf die Verhaltensprävention.

90 Vgl. Haug, Christoph von, Gesundheitsbildung im Wandel. Die Tradition der europäischen Gesundheitsbildung und der "Health Promotion"-Ansatz in den USA in ihrer Bedeutung für die gegenwärtige Gesundheitspädagogik, Verlag Julius Klinkhardt, Bad Heilbrunn 1991, S. 34. Siehe hierzu auch **Teil A II. 1.**, elfter Absatz.

91 Vgl. Abholz, Heinz-Harald, Früherkennung – Mehr an Gesundheit? Eine klinisch-epidemiologische Analyse, in: Psychosozial, 12. Jg., Heft II (Nr. 42) / 1990, S. 50.

92 Vgl. Franzkowiak / Wenzel, a.a.O. (Fn. 51), S. 33.

sundheitserziehung. Gegenstand der Gesundheitserziehung sind vielfach präventive Maßnahmen.⁹³ Auch in diesem Zusammenhang werden die engen Beziehungen zwischen Gesundheitsförderung, Gesundheitserziehung und der immer notwendigen Prävention deutlich.

In den vorhergehenden Abschnitten wurde bereits erwähnt, daß an allen Orten, an denen Menschen auf irgendeine Weise miteinander leben, präventive Maßnahmen zur Gesundheitsförderung eingerichtet werden können. Das kann mit der Verbesserung der individuellen Lebensqualität – durch Änderung des eigenen Verhaltens – beginnen und muß mit Präventionsangeboten auch unteren sozialen Schichten gegenüber nicht aufhören.

Wie schon angesprochen, darf sich künftig eine program-matische, wesentlich erweiterte Gesundheitserziehung nicht mehr allein darauf beschränken, eine individuenbezogene Krankheitsprophylaxe zu fordern, sondern muß sich vielmehr der solidarischen Mitverantwortung stellen. Gegenwärtig bedeutet Gesundheitserziehung ein Mehr an präventiven Maßnahmen, sie verlangt desgleichen – wie Conrad/Schmidt in ihrem Glossar zur Gesundheitsförderung richtigerweise be-merken – unterschiedliche Formen der pädagogischen Ver-antwortlichkeit, die bemüht sein müssen, umweltbedingte, ökonomische und nicht zuletzt soziale Ursachen von Gesund-heit und Krankheit wahrzunehmen.

93 Vgl. Steinbach, Manfred, Eröffnungsrede, in: 40 Jahre Gesundheitserziehung in der Bundesrepublik Deutschland: Rückblick – Ausblick – Perspektiven. Dokumentation des gleichnamigen Symposiums, Bonn 3. bis 4. April 1989 (Hrsg. Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e.V.), Bonn 1989, S. 11 f.

3. Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung

Die "Gesundheitsbildung" bezeichnet den Ansatz der Gesundheitsförderung in der organisierten Erwachsenenbildung. Mitte der 80er Jahre wurde dieser Begriff an Volkshochschulen geprägt. Gesundheitsbildung bedeutet das Handeln von Personen für ihre eigenen gesundheitlichen Interessen.

Haug liefert eine exakt umrissene Definition von Gesundheitsbildung:

- "1) Gesundheitsbildung ist ein mit dem sozialen und individuellen Wandel verbundener dynamischer Prozeß, der sich durch Lebensbezug auszeichnet und lebenslang für alle Altersstufen und Gesundheitsniveaus möglich und notwendig ist.
- 2) Gesundheitsbildung bezieht sich dabei auf den ganzen Menschen als Einheit von Kopf, Herz und Hand in allen seinen Lebensbezügen und zielt ganz im Sinne einer aktiv-partizipativen Selbstbildung auf ein selbstbestimmtes, mit- und eigenverantwortliches Handeln in Richtung auf ein Mehr an Lebensqualität und eine bessere Lebensbewältigung.
- 3) Gesundheitsbildung konzentriert sich darüber hinaus insbesondere auch auf die Entfaltung der individuellen gesundheitlichen Potentiale im Sinne von Selbsthilfe und Selbstheilung im Rahmen eines verantwortungsvollen interaktiven Handelns bei der Mitgestaltung und Umgestaltung der Lebenswelt im Interesse der Gemeinschaft. Letztendlich intendiert die Gesundheitsbildung individuelle Emanzipation und Mündigkeit in gesundheitlichen Belangen."⁹⁴

94 Haug, a.a.O. (Fn. 90), S. 59.

Bei obiger Begriffsbestimmung kommt die konzeptionelle Ähnlichkeit von Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung zum Ausdruck. Auch Behrendt legt hierzu entsprechend ausführlich und differenziert dar: "Gesundheitsbildung in Anspruch und Umsetzung [ist, d.V.] gekennzeichnet durch

- die Orientierung an einem Gesundheitsbegriff, der neben der physischen auch die psychische und soziale Dimension von Wohlbefinden und Krankheitsbedrohung umfaßt;
- die Entlassung des Individuums aus der Objektrolle und stattdessen seine Beteiligung bei der Definition von Gesundheit, Gesundheitsrisiken und Möglichkeiten ihrer Vermeidung, d.h., auch den Respekt vor der subjektiven Interpretation von Gesundheit;
- eine Option auf die Veränderung gesundheitsun(er-)verträglicher struktureller Gegebenheiten durch Bürgerbeteiligung."⁹⁵

Somit läßt Gesundheitsbildung prinzipiell offen, ob der einzelne nur sein Verhalten zu ändern versucht und/oder sich für die gesundheitsverträgliche Gestaltung seiner Lebensbedingungen engagiert. Sie ist also im Anspruch integrativ, emanzipativ und gesellschaftskritisch.⁹⁶

Zwischen Gesundheitsbildung und Gesundheitsförderung besteht damit eine weitgehende Übereinstimmung in Inhalt und Zielsetzung, wobei Gesundheitsbildung jedoch nur den Ausschnitt umfaßt, der in irgendeiner Form mit organisierten Lernprozessen in Verbindung steht. Die Gesundheitsförderung hat darüber hinaus noch andere Maßnahmen zum Gegenstand;

95 Behrendt, Jörn-Uwe, Gesundheits- und Umweltbildung, in: Gesundheit fördern statt kontrollieren. Eine Absage an den Mustermenschen (Hrsg. Alf Trojan / Brigitte Stumm), Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main 1992, S. 216.

96 Vgl. Behrendt, a.a.O. (Fn. 95), S. 216.

diese schließen z.B. Gesetzgebung, steuerliche Regelungen und organisatorischen Wandel ein.

Diese Differenzierung zeigt, daß – trotz entscheidender Gemeinsamkeit in Inhalt und Zielsetzung, welche die Gesundheitsförderung und Gesundheitsbildung wechselseitig beeinflussen – deutliche Unterschiede erkennbar bleiben: Gesundheitsbildung bleibt auf jenen Bereich beschränkt, der mit den organisierten Lernprozessen in Beziehung steht und von Personen genutzt wird, die zielgerichtet das Interesse an der Verbesserung ihrer eigenen gesundheitlichen Belange wahrzunehmen bestrebt sind. Überdies ist Gesundheitsbildung, wie Haug zutreffend vermerkt, ein "dynamischer Prozeß", der sich dem Wandel individueller wie sozialer Werte anpaßt und damit für alle Altersstufen und unterschiedliche Gesundheitslagen Gültigkeit besitzt.

In diesem Zusammenhang ist es wichtig, daß die Legislative durch Gesetze und steuerliche Regelungen entsprechende Anreize schafft. – Menschen auch unter den zunehmend problematischer werdenden Lebens- und Arbeitsbedingungen gesund zu erhalten, ist letztlich das Ziel einer aktiven Gesundheitsförderung, das sich auch in einer fundierten Gesundheitsbildung ausdrücken muß.

4. Gesundheitsförderung als salutogenetischer Ansatz

Die hier vor allem interessierende Frage ist, warum Menschen auch unter schwierigen Lebensbedingungen gesund bleiben: "Indem nämlich Gesundheit in den Fokus gerät, verschiebt sich der Blick von Devianzen auf Ressourcen, von einer passiv-reflexiven Betrachtung auf die aktiv-gestaltende Rolle des

Individuums."⁹⁷ Dieser salutogenetische – nach der Entstehung und Erhaltung von Gesundheit fragende – Ansatz⁹⁸ von Antonowsky wird durch eine Vielzahl von Autoren der Gesundheitsförderung rezipiert; dies kommt im folgenden zum Ausdruck.

a. Gesundheitsförderungsidee

Der in der Ottawa-Charta vorgestellte Gedanke der Gesundheitsförderung plädiert für eine Neuorientierung gesundheitspolitischer Prioritäten: "Weg vom schlichten 'more of the same' biomedizinischer Leistungen und hin zu einer vorausschauenden Umwelt- und Strukturpolitik; weg von ausschließlich negativen, d.h. krankheitsorientierten, hin zu positiven, nicht nur Risiken bekämpfenden, sondern auch Gesundheitspotentiale erschließenden Bemühungen; weg von einem expertokratischen 'top down', hin zu einem partizipatorischen 'bottom up'-Ansatz; weg von einer monokausalen biomedizinischen, hin zu einer multidisziplinären, in vernetzten Systemen operierenden Praxis."⁹⁹

Interventionen der Gesundheitsförderung zielen somit nicht primär auf Veränderung persönlichen Verhaltens, sondern auf Entwicklung von sozialen Systemen, von Organisationen^{100 101}.

97 Kleiber, Dieter, Gesundheitsförderung. Hintergründe, Grundauffassungen, Konzepte und Probleme, in: Psychomed. Zeitschrift für Psychologie und Medizin, 4. Jg., Heft 4 / 1992, S. 225.

98 Hierzu siehe auch **Teil A I. 1. b.**

99 Badura, a.a.O (Fn. 42), S. 21.

100 Das Gesundheitsförderungskonzept ist auf Gestaltung gesellschaftlicher Voraussetzungen von Gesundheit ausgerichtet. Diese werden wesentlich in und durch Organisationen geschaffen: in Regierung und Verwaltung, Wirtschaftsorganisationen, Verbänden und Interessenvertretungen, Schulen, Krankenhäusern und sozialen Einrichtungen, durch organisierte Einflußnahme von Bürgern in Initiativen, Selbsthilfegruppen und Konsumentenorganisationen; vgl. Grossmann, Ralph, Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung – Organisationsentwicklung durch Projektmanagement, in: Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen (Hrsg. Jürgen M. Pelikan / Hildegard Demmer / Klaus Hurrelmann), Juventa Verlag, Weinheim / München 1993, S. 43.

101 Vgl. Grossmann, a.a.O. (Fn. 100), S. 44.

Franzkowiak/Wenzel äußern sich folgendermaßen zum Gesundheitsförderungsgedanken: Vor der Einführung dieser Idee "wurde bestenfalls am Rande vermerkt, daß zur Entwicklung von körperlichem, seelischem und sozialem Wohlbefinden förderliche Umwelt- und Lebensbedingungen erforderlich sind. Der Zusammenhang zwischen den drei Dimensionen von Gesundheit sowie ihre Relationen zur Ökologie und Gesellschaft sind nach unserer Kenntnis bisher kaum konzeptionell thematisiert worden. ... Ausgangspunkt unserer konzeptionellen Überlegungen ist, daß Gesundheit am und im Körper gespürt wird. Sich-Wohlfühlen stellt einen pragmatischen Ausdruck für das subjektive Befinden dar, welches wiederum als Ergebnis subjektiver und kollektiver Handlungsprozesse unter gegebenen gesellschaftlichen Verhältnissen zu interpretieren ist. ... Körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden sind also abhängig von den Möglichkeiten der Subjekte, ihre Lebensweisen und Lebensverhältnisse gemeinsam und aufeinander bezogen entwickeln zu können. Gesundheit ist gleichermaßen ein Ausdruck subjektiver Befindlichkeiten wie ein Indikator für den Grad der subjektiven und kollektiven Verfügung über die Gestaltung der Lebensbedingungen selbst. Gesundheit stellt somit nicht das Ergebnis eines Prozesses dar, über das ein für allemal verfügt wird, sondern ist Bestandteil lebenslanger Entwicklungsverläufe im und am Subjekt. Diese Verläufe sind in Relation zu anderen subjektiven und kollektiven sowie gesellschaftlichen Prozessen zu sehen. Gesundheit ist ein genetischer Begriff, der persönliche und gesellschaftliche Entwicklungen miteinander verschränkt."¹⁰²

Demnach steht Gesundheitsförderung für den Gedanken, daß gesundheitsfördernde Lebensweisen nur im Zusammenwirken von Mensch und Umwelt weitläufig strukturell und pragmatisch entwickelt werden können. – Nun ist der Gedanke nicht neu, daß der Mensch und die weitgehend durch ihn geschaffene

102 Franzkowiak / Wenzel, a.a.O. (Fn. 60), S. 246 f.

Umwelt in bezug auf seine Gesundheit einander bedingen. Gesundheit war zu allen Zeiten ein Begriff, der persönliche und soziale Ressourcen in vielen Bereichen auf das engste miteinander verwob, und es liegt heute an jedem einzelnen, dieses Verständnis in angemessene Formen zu bringen.

Gesundheitsförderung, so wie sie auch in der hier vorliegenden Arbeit verstanden wird, darf nicht länger nur als ein mehr oder minder theoretisches Fundament im Raum stehen; vielmehr müssen alle Personen oder Institutionen, die mittelbar und unmittelbar daran beteiligt sind, an ihrer Umsetzung in die Praxis beitragen.

Auch in wirtschaftlich schwierigen Zeiten ist es wichtig, die für die angemessene Förderung der Gesundheit von Menschen wesentlichen Punkte so umzusetzen, daß sie langfristig von Nutzen sind. Dies können sie jedoch nur sein, wenn der notwendige Lernprozeß in einer Weise vonstatten geht, daß den Menschen Vorbeugungsmaßnahmen oder die gezielte Inangriffnahme beispielsweise von chronischen Erkrankungen weitgehend ohne den bisher üblichen Verwaltungsaufwand möglich gemacht wird.

b. Aufgabenschwerpunkte von Gesundheitsförderung

Von Relevanz ist in diesem Kontext der Aspekt der "Entwicklung persönlicher Kompetenzen". Hierzu heißt es in der Ottawa-Charta: "Gesundheitsförderung unterstützt die Entwicklung von Persönlichkeit und sozialen Fähigkeiten durch Information, gesundheitsbezogene Bildung sowie durch die Verbesserung sozialer Kompetenzen im Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Sie will den Menschen helfen, mehr Einfluß auf ihre eigene Gesundheit und Lebenswelt auszuüben, und will

ihnen zugleich ermöglichen, Entscheidungen in ihrem Lebensalltag zu treffen, die ihrer Gesundheit zugute kommen. Es gilt, Menschen zu lebenslangem Lernen zu befähigen und ihnen zu helfen, die verschiedenen Phasen ihres Lebens sowie eventuelle chronische Erkrankungen und Behinderungen angemessen zu bewältigen. Dieser Lernprozeß muß sowohl in Schulen wie auch zu Hause, am Arbeitsplatz und der Gemeinde erleichtert werden. Öffentliche Körperschaften, Privatwirtschaft und gemeinnützige Organisationen sind hier ebenso zum Handeln aufgerufen wie die traditionellen Bildungs- und Gesundheitsorganisationen."¹⁰³

Nach Lehmann sind Hauptaufgaben der Gesundheitsförderung unter dem Aspekt der Entwicklung persönlicher Kompetenzen "durch Information und Maßnahmen der gesundheitsbezogenen Bildung Individuen und Gruppen zu einem differenzierten Verständnis von Verursachungszusammenhängen zu befähigen: durch die Verbesserung sozialer Kompetenzen und lebenspraktischer Fertigkeiten, wie Förderung von Autonomie, Dialog- und Konfliktfähigkeit, Personen zu befähigen, die eigenen Lebensweisen und die Lebensbedingungen zu reflektieren und in Richtung auf eine subjektive Verbesserung der Lebensverhältnisse hin zu verändern"¹⁰⁴.

Bei Milz steht im Mittelpunkt persönlicher Gesundheitsförderung "die Wiederentdeckung der eigenen Leiblichkeit als Leben, Erleben und Vertrauen in die eigenen Sinne. Sie ermöglichen uns die kritische Reflexion unserer Wahrnehmungen und Erfahrungen sowie die bewußte Anerkennung der Kontinuität ökosozialer Lebenszusammenhänge."¹⁰⁵

103 Verlag für Gesundheitsförderung (Hrsg.), a.a.O. (Fn. 5), o. S. (S. 2).

104 Lehmann, Harald, Trends betrieblicher Gesundheitsförderung in den alten Bundesländern, in: Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen (Hrsg. Jürgen M. Pelikan / Hildegard Demmer / Klaus Hurrelmann), Juventa Verlag, Weinheim / München 1993, S. 178.

105 Milz, a.a.O. (Fn. 23), S. 18.

Schneider-Wohlfart / Risse-Engels / Wack / Wolf führen explizit aus:

- "Der Schwerpunkt der Gesundheitsförderung sollte zukünftig nicht nur das Ziel der Veränderung individueller Lebensweisen verfolgen, sondern mehr als bisher die Entwicklung sozial-ökologisch verträglicher Lebensperspektiven vorantreiben und die Gestaltung gesundheitsverträglicher Arbeits- und Lebensbedingungen unterstützen.
- Gesundheitsförderung sollte Menschen mehr als bisher befähigen, selbst Entscheidungen in bezug auf persönliches Gesundheitshandeln zu treffen und umsetzen zu können und so die Eigenverantwortlichkeit für die Entwicklung gesundheitsförderlicher Lebensweisen zu stärken. Dabei ist es einerseits notwendig, Selbsthilfeaktivitäten und Möglichkeiten der öffentlichen Teilnahme und Mitwirkung an Gesundheitsbelangen zu fördern, andererseits gilt es, die persönlichen Kompetenzen und Fähigkeiten von Menschen zu stärken, die es den einzelnen ermöglichen, ihren Lebensalltag gesundheitsförderlicher zu gestalten.
- Alternative Heilmethoden und Wege der Gesundheitsförderung, die von der Existenz des Menschen als psycho-biologischer Einheit ausgehen und, auf dieser Erkenntnis aufbauend, ihre Therapien und Strategien entwickeln, sollten mehr als bisher in unser Gesundheitssystem integriert werden. Die Methoden der Körpererfahrung sind ein Beispiel für solche Wege der Gesundheitsförderung."¹⁰⁶

¹⁰⁶ Schneider-Wohlfart, Ursula / Risse-Engels, Elisabeth / Wack, Otto Georg / Wolf, Rainer, Zur ganzheitlichen Sichtweise von Mensch, Gesundheit und Krankheit, in: Provokationen zur Gesundheit. Beiträge zu einem reflexiven Verständnis von Gesundheit und Krankheit (Hrsg. Eberhard Göpel / Ursula Schneider-Wohlfart), 2. Auflage, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main 1995, S. 98.

Der Gedanke im letzten Absatz wird durch Milz ergänzt: "Die Kunst der persönlichen Gesundheitsförderung besteht meiner Meinung nach darin, sich nicht so sehr auf das Erlernen spezieller Techniken zu verlegen, sondern wieder verstärkte Aufmerksamkeit für die spürbare Übung der Gesundheit im Alltag zu entwickeln."¹⁰⁷

Diese Darlegungen veranschaulichen, daß die Gesundheitsförderung zu einer übergreifenden Aufgabenstellung wird und sich so auf alle Lebensbereiche erstreckt. Mit anderen Worten: Die übergreifende Aufgabenstellung der Gesundheitsförderung liegt vor allem darin, daß die Erhaltung der bestehenden Gesundheit mehr und mehr bewußt von jedem einzelnen und damit letztlich von der Gesamtbevölkerung wahrgenommen wird.

Die Durchführung dieser Intension kann nicht allein von der Legislative verordnet werden, sondern muß aus dem Bewußtsein der Bevölkerung kommen – dies bedeutet einen länger andauernden Prozeß, der nur angestoßen werden kann und sich dann selbständig entwickeln muß. In jedem Fall ist, wie erwähnt, eine große Anzahl unterschiedlicher Schritte notwendig, die von den verschiedenen Institutionen und Personen zu vollziehen sind, um hier eine durchgreifende Änderung zu erreichen.

5. Empowermentkonzept

a. Gegenstand des Empowerment

Das Konzept des "Empowerment" ("Stärkung der Gesundheitskompetenz") wurde im Kontext der amerikanischen Gemeindepsychologie von Julian Rappaport entwickelt. Dieser

¹⁰⁷ Milz, a.a.O. (Fn. 23), S. 29.

Ansatz verbindet sich eng mit dem Gedanken der Selbstbestimmung über die Gesundheit im Konzept der Gesundheitsförderung: "Unter 'empowerment' verstehe ich, daß es unser Ziel sein sollte, für Menschen die Möglichkeiten zu erweitern, ihr Leben zu bestimmen."¹⁰⁸ Elementar ist hier die Sicht auf Kompetenzen und Potentiale statt auf Defizite: "'Empowerment' geht davon aus, daß viele Fähigkeiten beim Menschen bereits vorhanden oder zumindest möglich sind, vorausgesetzt, man schafft Handlungsmöglichkeiten. Das Konzept des 'empowerment' unterstellt, daß das, was als Defizite wahrgenommen wird, das Ergebnis sozialer Strukturen und mangelnder Ressourcen darstellt, in denen sich vorhandene Fähigkeiten nicht entfalten können. Müssen neue Fähigkeiten und Kompetenzen gelernt werden, so sind sie am besten in der natürlichen Welt, statt in künstlichen Programmen zu lernen, in denen jeder Beteiligte weiß, daß in Wirklichkeit der Experte die Zügel in der Hand hält."¹⁰⁹ Mit diesem Konzept als fundamentale Denk- und Arbeitsweise innerhalb der Gesundheitsförderung setzen sich verschiedene Autoren auseinander:

Für Stark bedeutet Empowerment "alle Möglichkeiten und Hilfen, die es Menschen ermöglichen, Kontrolle über ihr Leben zu gewinnen und sie bei der Beschaffung von Ressourcen zu unterstützen"¹¹⁰. Empowerment beschreibt als Prozeß im Alltag eine Entwicklung für Individuen, Gruppen und Organisationen sowie für Strukturen; durch diese Entwicklung können die eigenen Stärken entdeckt und die soziale Lebenswelt nach den eigenen Zielen gestaltet bzw. mitgestaltet werden. Die Beschreibung von Empowermentprozessen be-

108 Rappaport, Julian, Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit. Ein sozialpolitisches Konzept des "empowerment" anstelle präventiver Ansätze, in: Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis. Mitteilungen der DGVt, 17. Jg., Heft 2 / 1985, S. 269.

109 Rappaport, a.a.O. (Fn. 108), S. 270 f.

110 Stark, Wolfgang, Die Menschen stärken. Empowerment als eine neue Sicht auf klassische Themen von Sozialpolitik und sozialer Arbeit, in: Blätter der Wohlfahrts- pflege. Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit, 140. Jg., Heft 2 / 1993, S. 41.

deutet demnach immer die Berücksichtigung mehrerer Ebenen. Die Verbindung dieser Ebenen beschreibt den Prozeß von Empowerment am besten: Individuelle Empowermentprozesse stärken Prozesse in Gruppen und Organisationen sowie auf struktureller Ebene ebenso, wie Empowerment auf struktureller Ebene die Möglichkeiten für individuelle Entwicklung und Gruppen- sowie Organisationsprozesse erweitert.¹¹¹

Trojan konkretisiert die Ziele von Empowerment in dieser Weise:

- "Stärkung des Selbstwertgefühls von den betroffenen Menschen,
- Förderung der Handlungs- und Durchsetzungsfähigkeit einzelner,
- Förderung des Zusammenschlusses von Personen zur besseren Durchsetzung von gemeinsamen Interessen sowie
- Aktivierung der Bürger zu mehr Mitbestimmung in Politik und Gesellschaft."¹¹²

Mit dem Konzept werden nach Einschätzung von Trojan drei Ebenen angesprochen:

- "Ziele, Normen und Werte (z.B. Selbstbestimmung, Gegenmacht zu professionellen Experten)
- Methoden, Techniken und Verfahren (z.B. der Gemeinwesenarbeit, der Bürgerbeteiligung)

¹¹¹ Vgl. Stark, a.a.O. (Fn. 110), S. 41.

¹¹² Trojan, a.a.O. (Fn. 61), S. 59.

- eine Grundhaltung in der therapeutischen, beratenden oder politischen Arbeit (vor allem: katalytisch arbeiten, andere nicht von eigenen Fähigkeiten abhängig machen und letztlich sich am liebsten so schnell wie möglich überflüssig machen)"¹¹³

Nach Lobnig setzen Empowermentprozesse ein Eingreifen auf zwei parallelen Ebenen voraus: "Empowermentprozesse haben eine individuelle und eine gesellschaftliche Seite: das subjektive Erleben von Kontrolle über das eigene Schicksal und die reale Mitbestimmung und Einflußnahme in gesellschaftliche Belange."¹¹⁴

Auch Gratz schildert den Wandel, den die Realisierung des Konzepts darstellt: "Empowerment als Arbeitsmethode einzuführen, bedeutet ... eine merkbliche Veränderung der Identität der jeweiligen Arbeitsorganisation (wenn sich die Sinnggebung und die Beziehung zu den 'Klienten' und den anderen Umwelten ändern, wird auch die Binnenstruktur des jeweiligen Ortes sozialer Arbeit nicht gleich bleiben können)."¹¹⁵

Empowerment- bzw. Partizipationsstrukturen sollen durch Organisationsentwicklung¹¹⁶ ermöglicht werden: "Empowermentprozesse fördernde soziale Systeme oder Organisationen mit partizipativen Entscheidungsstrukturen reduzieren Rollenkonflikte und verbessern das Kontrollbewußtsein der Mitglieder und erhöhen die Zufriedenheit der einzelnen."¹¹⁷

113 Trojan, a.a.O. (Fn. 61), S. 60.

114 Lobnig, Hubert, Anleitung zur Selbständigkeit. Empowerment und Psychiatrie – Ansätze, Erfahrungen und Ergebnisse aus einem Modellprojekt selbsthilfeorientierter Patientenarbeit, in: Blätter der Wohlfahrtspflege. Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit, 140. Jg., Heft 2 / 1993, S. 61.

115 Gratz, Wolfgang, Institutionen verändern. Empowerment, Organisationsentwicklung und systematische Beratung – Wie werden aus hilflosen Helfern machtvolle Kämpfer gegen Verkrustung und Klientelisierung?, in: Blätter der Wohlfahrtspflege. Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit, 140. Jg., Heft 2 / 1993, S. 65.

116 Siehe hierzu **Teil A** II. 6.

117 Stark, a.a.O. (Fn. 110), S. 43.

Dies bedeutet unter anderem, daß alltägliche Entfaltungsvorgänge sich für eigene Stärken nutzbar machen lassen, und das soziale Miteinander nach selbstgesteckten, individuellen Zielen durchaus als veränderbar erscheint.

Wie bereits angesprochen, gestaltet sich die Schilderung von Empowerment in Alltagssituationen immer als eine Einbeziehung zahlreicher Ebenen in einen stetigen Erneuerungsprozeß. Die Verbindung dieser Ebenen zueinander stellt gleichsam die Verkörperung des Empowermentprozesses dar – im Endergebnis funktionieren die Strukturen in Organisationen reibungsloser als vorher, da Empowerment immer dort einsetzt, wo Chancen für eine individuelle Weiterentwicklung von gruppenspezifisch bewegten Verläufen bestehen.

Die Erreichbarkeit von Empowerment ist demnach nicht nur davon abhängig, ob die handelnden Individuen dies wollen; Organisationen und Strukturen müssen es auch zulassen.

b. Empowerment und Salutogenese

Innerhalb der Diskussion um Gesundheitsförderung steht der Empowermentansatz in einer engen Beziehung zum salutogenetischen Modell¹¹⁸, da beide Konzepte nach Kompetenzen und Fähigkeiten statt nach Defiziten und Fehlverhalten fragen.

Dahingehend formuliert Trojan: "Die unmittelbare gesundheitliche Bedeutung von Empowerment resultiert aus folgendem: Das Gefühl, ohnmächtig den Ergebnissen der Entscheidung anderer ausgesetzt zu sein, sich nicht wehren zu können und seine Lebens- und Arbeitsbedingungen nicht verändern zu können (im Sinne der WHO-Definition von Gesundheitsförderung), erzeugt Resignation, 'erlernte Hilflosigkeit' und ist

¹¹⁸ Hierzu siehe Teil A I. 1. b.

ein wichtiger Faktor in der Entstehung von Krankheiten, insbesondere psychosozialer und psychosomatischer Natur. Die Stärkung von Selbsthilfe- und Handlungsfähigkeiten, die soziale Aktivierung und die Vermittlung der Erfahrung, 'denen da oben' vielleicht doch nicht total ausgeliefert zu sein, hat daher eine ganz entscheidende Gesundheitsbedeutung, – jedenfalls für die weitverstandene Gesundheit im Sinne des physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens."¹¹⁹

Bobzien verdeutlicht hier: "Zielsetzung des von Rappaport ... beschriebenen Konzepts ist die (Wieder-)Gewinnung von Kontrolle und Kontrollbewußtsein und die Ermöglichung der Gestaltung der eigenen Lebensumstände."¹²⁰ Empowerment beschreibt das Verständnis individueller und gemeinschaftlicher Prozesse hin zu einer gesellschaftlichen Konflikt- und Gestaltungsfähigkeit, zugleich aber auch den Aufbau struktureller Rahmenbedingungen, die diese Entwicklungen ermöglichen und fördern.¹²¹

6. Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung

Die "Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung" versteht den Ansatz der Gesundheitsförderung als Intervention in soziale Systeme. Unter Intervention wird hier eine "zielgerichtete Kommunikation zwischen Individuen und sozialen Systemen [verstanden, d.V.], welche die Autonomie des intervenierten Systems respektiert. Zielgerichtet ist eine Kommunikation dann, wenn eine bestimmte Wirkung beim Kommunikationspartner in das Kalkül der Kommunikation ein-

119 Trojan, a.a.O. (Fn. 61), S. 59.

120 Bobzien, Monika, Kontrolle über das eigene Leben gewinnen. Empowerment als professionelles Konzept in der Selbsthilfeunterstützung – Aspekte aktivierender Beratung, in: Blätter der Wohlfahrtspflege. Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit, 140. Jg., Heft 2 / 1993, S. 47.

121 Vgl. Stark, a.a.O. (Fn. 110), S. 44.

bezogen ist."¹²² Die Wirkung einer solchen Intervention kann wegen der Eigendynamik von sozialen Systemen nie vollständig geplant oder vorausgesagt werden: "Sie ist von einem autonomen Prozeß (des Verstehens) auf seiten des intervenierten Systems abhängig. In diesem Sinne ist eine Intervention in ein soziales System dann erfolgreich, wenn sie dazu beiträgt, die Problemsicht und die Problembearbeitungskapazität des Systems zu erhöhen. Die Praxis der Organisationsentwicklung zeigt, daß das Hauptpotential für Selbstentwicklung von sozialen Systemen darin liegt, Unterschiede in einem System produktiv zu nutzen: die unterschiedlichen Sichtweisen und Lösungsansätze für Probleme, je nach professioneller Rolle, die Unterschiede in ihren Arbeitsweisen und Erfahrungen, die unterschiedlichen Traditionen und Werthaltungen der Mitglieder, die Unterschiede zwischen Abteilungen. Interventionen unterstützen eine Organisation dabei, diese Unterschiede sichtbar zu machen, auszuwerten und neue Unterschiede einzuführen, indem die Organisation angeregt wird, neue Probleme aufzugreifen und andere Arbeitsweisen zu erproben."¹²³

Organisationen – wie Betriebe, Schulen und Krankenhäuser – schaffen Voraussetzungen für Gesundheit, aber Gesundheit ist nicht ihre vorrangige Aufgabe. Sie folgen einer anderen Logik als der der Gesundheitsförderung: Betriebe sind dazu da, Güter zu produzieren, so daß sie auf dem Markt konkurrenzfähig sind; Schulen haben die Aufgabe, Wissen zu vermitteln und zu selektieren; Krankenhäuser sind primär auf kurative Maßnahmen ausgerichtet. Gesundheitsförderung steht hier vor der Aufgabe, in die Entscheidungen und das professionelle Handeln von Organisationen neue, ihrer Eigenlogik gegenüber zunächst fremde Dimensionen einzuführen. Sie kommt nicht daran vorbei, sich zu den Aufgaben der jeweiligen Organisa-

122 Willke 1987, zitiert nach Grossmann, Ralph / Scala, Klaus, Gesundheit durch Projekte fördern. Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement, Juventa Verlag, Weinheim / München 1994, S. 29 f.

123 Grossmann, a.a.O. (Fn. 100), S. 46 f.

tionen in Beziehung zu setzen. Gesundheitsförderung muß anschußfähige Interessen finden:¹²⁴ Gesundheitsförderung im Betrieb kann sich etablieren, wenn sie dazu beiträgt, Krankheits- und Fluktuationsraten zu senken oder Motivationsprobleme zu bearbeiten; Gesundheitsförderung in der Schule wird erfolgreich sein, wenn sie eine Antwort auf psychosoziale Probleme und psychosomatische Erkrankungen von Lehrern und Schülern geben kann; Gesundheitsförderung im Krankenhaus wird sich an den Personalproblemen in der Pflege bewähren müssen, und ihr Erfolg wird davon abhängen, ob sie einen Stellenwert im Rahmen der wachsenden Konkurrenz zwischen den Krankenhäusern gewinnen kann.¹²⁵

Nach Kickbusch verkörpert die Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung für "Gesundheitsförderer" die Notwendigkeit eines Wissens um die Struktur von Organisationen und den Ablauf von Veränderungsprozessen: "Es bedeutet einen neuen Wert in ein an sich 'geschlossenes System' einzubringen und die Prozesse, die sich daraus ergeben, zu begleiten, nicht zu steuern. Es bedeutet auch, die Logik dieser Systeme zu akzeptieren, auch wenn sie uns zunächst arg fremd erscheinen mögen."¹²⁶ Hierbei geht es um die Einführung von Gesundheit als Organisationsprinzip. Dies wird langfristig zur Festlegung von bestimmten Standards führen.¹²⁷

124 Vgl. Grossmann, a.a.O. (Fn. 100), S. 48.

125 Vgl. Grossmann / Scala, a.a.O. (Fn. 122), S. 19.

126 Kickbusch, Ilona, Vorwort, in: Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen (Hrsg. Jürgen M. Pelikan / Hildegard Demmer / Klaus Hurrelmann), Juventa Verlag, Weinheim / München 1993, S. 9.

127 Vgl. Kickbusch, a.a.O. (Fn. 126), S. 9.

In diesem Zusammenhang formuliert Sievers drei Thesen zur Organisationsentwicklung:¹²⁸

- Organisationsentwicklung ist mehr als Organisationsveränderung, Umorganisation oder Rationalisierung. Dies ist eine von möglichst vielen getragene Veränderungsperspektive, deren Umsetzung und Verwirklichung in einem langfristig gemeinsamen Prozeß angestrebt und erarbeitet wird.
- Organisationsentwicklung als Prozeß beruht auf dem Lernen aller Betroffenen durch direkte Mitwirkung und praktische Erfahrung. Lernen im Kontext von Organisationsentwicklung bedeutet, daß diejenigen, die von den bestehenden Problemen und angestrebten Verbesserungen betroffen sind, an der Analyse, Veränderung und Auswertung der Situation beteiligt werden. Es geht darum, "Betroffene zu Beteiligten" zu machen. Menschen lernen und entwickeln sich im direkten Kontakt mit anderen und in der Auseinandersetzung mit konkreten Problemen, von denen sie selbst betroffen sind.
- Organisationsentwicklungsprojekte lassen sich nur dann erfolgreich durchführen, wenn sowohl die Organisation als auch die hier tätigen Menschen daraus Nutzen ziehen.

Organisationsentwicklung ist demzufolge immer ein doppelter Prozeß: "Organisationen entwickeln sich durch die Veränderung von Strukturen, Arbeitsweisen, Regeln, Normen und die Entwicklung der Kompetenzen, Fähigkeiten, Einstellungen und Orientierungen der in ihnen handelnden Personen."¹²⁹ Das Verständnis von Gesundheitsförderung als Organisationsent-

128 Vgl. Sievers, Burkard, Theorie und Praxis der Organisationsentwicklung, in: Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen (Hrsg. Jürgen M. Pelikan / Hildegard Demmer / Klaus Hurrelmann), Juventa Verlag, Weinheim / München 1993, S. 35 – 37.

129 Grossmann, a.a.O. (Fn. 100), S. 49.

wicklungsprozeß kann ein hohes Maß an sozialer Phantasie und Anstrengung sowie an Kreativität und Arbeitsfreude freisetzen, von dem die Organisationen gleichermaßen ihren Vorteil haben werden, wie die darin arbeitenden Menschen. Letztlich werden nur zufriedene Mitarbeiter auch zufriedene Kunden schaffen.

III. Betriebliche Gesundheitsförderung

1. Vorbemerkung

Als ein wichtiger Ort für gesundheitsfördernde Maßnahmen wird der Betrieb angesehen. Viele Menschen verbringen einen erheblichen Teil ihrer Zeit an diesem Ort, der dadurch großen Einfluß auf ihr Leben nimmt.¹³⁰ Der Aspekt, daß die zu verrichtende Arbeit dabei nicht nur negative sondern auch positive Auswirkungen auf die Mitarbeiter haben kann, wird als bedeutend eingeschätzt.¹³¹

Auch in wirtschaftlich schwierigen Zeiten sollte hier keinesfalls vergessen werden, daß das von den Beschäftigten eines Unternehmens wahrgenommene Klima im Betrieb zur Stärkung der persönlichen Arbeitsmotivation beitragen kann – bei der Erhaltung und Verbesserung dieses Klimas ist auch die Sorge um die Gesundheit der Mitarbeiter und damit die Ergreifung gezielter Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung mit entscheidend.

Wie Maßnahmen hierzu im einzelnen aussehen können, wird in den folgenden Kapiteln näher erläutert.

130 Vgl. Wynne, Richard, Gesundheit am Arbeitsplatz, in: Europäisches Netzwerk "Betriebliche Gesundheitsförderung": 1. Treffen der Mitgliedstaaten, Vorträge des Workshops am 21. Juni 1995 in Dortmund (Hrsg. Bundesanstalt für Arbeitsschutz), Wirtschafts-verlag NW, Bremerhaven 1996, S. 78 f.

131 Siehe hierzu auch die Ausführungen in der Einleitung unter I., zweiter Absatz.

2. Begriff der betrieblichen Gesundheitsförderung

Unter dem Begriff "betriebliche Gesundheitsförderung" werden alle Maßnahmen und Projekte zusammengefaßt, "die den Gedanken der Gesundheitsförderung auf die Ebene des Betriebes beziehen ..."¹³². Dies bedeutet: eine permanente Förderung der Gesundheit, des Wohlbefindens und der Arbeitszufriedenheit von Mitarbeitern durch die Verhaltens- und Verhältnisprävention.¹³³

Folglich werden unter diesem Begriff sämtliche Vorhaben subsumiert, die Aktivitäten zur Gesundheitsförderung in die Betriebe verlagern. Gleichwohl ist es notwendig, Formulierungen wie "permanente Förderung der Gesundheit, des Wohlbefindens und der Arbeitszufriedenheit durch Verhaltens- und Verhältnisprävention" zu spezifizieren.

Zunächst stellen sich dabei folgende Fragen: Wie sind die vorgegebenen Rahmenbedingungen für gesundheitliche Förderung innerhalb der Unternehmen beschaffen? Wie lauten im Einzelfall die exakt umrissenen Aufgaben einer betrieblichen Gesundheitsförderung? Wo sind die Motive der Gesundheitsförderung im Betrieb auf seiten der Träger – Unternehmensleitung, Vorgesetzte, Mitarbeiter, Arbeits- und Gesundheitsschutzexperten, Betriebsrat und nicht zuletzt Berufsgenossenschaften sowie Krankenkassen – zu suchen?

Weiterhin muß eine Reihe von Begriffen definiert und untersucht werden, die als Instrumente zur Wahrnehmung betrieblicher Gesundheitsförderung gelten können: so die Einführung von Gesundheitstagen zur Stärkung des persönlichen Gesundheitsbewußtseins, die Einrichtung eines "Arbeitskreises Ge-

132 Nieder, Peter / Susen, Britta, Betriebliche Gesundheitsförderung und Organisationsentwicklung – Am Beispiel des Projekts "Gesundheit gewinnt", in: Personalführung, 27. Jg., Heft 8 / 1994, S. 698.

133 Hierzu siehe **Teil A** II. 2. b. dd.

sundheit" und die Erstellung eines Gesundheitsberichts sowie die Schaffung von Gesundheitszirkeln.

3. Rahmenbedingungen für die betriebliche Gesundheitsförderung

Die Rahmenbedingungen für Gesundheitsförderung im Betrieb haben sich in den letzten Jahren deutlich verändert. Zu nennen sind hier insbesondere:¹³⁴

- der tiefgreifende Belastungswandel, der sich vor allem aufgrund neuer Technologien vollzogen hat. Körperliche Schwerarbeit hat abgenommen, Zwangshaltungen und psychische Belastungen haben an Bedeutung gewonnen.
- der Wandel des Krankheitspanoramas. Chronische Krankheiten dominieren heute weitgehend. Das Krankheitsspektrum wird beherrscht von Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparats und Herz-Kreislauf-Erkrankungen.
- der demographische Strukturwandel, infolgedessen sich das Durchschnittsalter der Belegschaften erhöht.
- die geänderten Ansprüche, die von Beschäftigten an ihre Arbeit gestellt werden. In wachsendem Maß werden Beteiligung an Entscheidungsprozessen und anspruchsvolle Tätigkeitsinhalte eingefordert.
- die von seiten des Unternehmens gewachsene Erkenntnis, daß leistungsfähige und leistungsbereite, also im weitesten Sinn gesunde Mitarbeiter ein wertvoller Produktionsfaktor

¹³⁴ Vgl. Nieder, Peter / Harms, Martina, Betriebliche Gesundheitsförderung. Anforderungen, Umsetzung, Erfolgsfaktoren, in: Personalführung, 28. Jg., Heft 5 / 1995, S. 418 – 420; Kuhn, Karl, Zum Stand der betrieblichen Gesundheitsförderung, in: Gesundheitsförderung im Betrieb (Hrsg. Uwe Brandenburg / Karl Kuhn / Bodo Marschall / Carl Verkoyen), Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven 1996, S. 136 – 139.

sind, über den ein Unternehmen verfügt, und Gesundheitsförderung deshalb auch ökonomisch sinnvoll und notwendig ist.

4. Aufgaben der betrieblichen Gesundheitsförderung

Die betriebliche Gesundheitsförderung geht über den traditionellen Arbeits- und Gesundheitsschutz in Unternehmen hinaus. Das traditionelle Arbeits- und Gesundheitsschutzsystem zielt im wesentlichen auf die Einhaltung bestehender Vorschriften ab. Die Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen ist hier hauptsächlich auf die Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten beschränkt. Den Mitarbeitern kommt dabei nur eine passive Rolle als "zu schützendes Objekt" zu.¹³⁵

Die in der Vergangenheit erreichten praktischen Erfolge des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, etwa der Rückgang der Arbeitsunfälle, sind unbestreitbar.¹³⁶ Um dennoch eine Weiterentwicklung und Verbesserung des traditionellen Systems zu erlangen, ist ein Umdenken bzw. Weiterdenken erforderlich. Veränderungen bei den physischen und psychischen Beanspruchungen in der Arbeitswelt sowie die Entwicklung der chronischen Krankheiten sind Gründe, die den Prozeß des Umdenkens gefördert haben. Nicht die Schadensvermeidung, sondern die Gestaltung gesundheitsförderlicher Arbeits- und Lebensbedingungen und das aktive Mitwirken der Mitarbeiter ist in den Mittelpunkt der Betrachtung gerückt (hierzu siehe auch vorstehenden Punkt 3).

135 Vgl. Nieder / Harms, a.a.O. (Fn. 134), S. 417 f. Siehe hierzu auch die Ausführungen in der Einleitung unter I., vierter Absatz.

136 Vgl. Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.), Arbeitssicherheit '99. Unfallverhütungsbericht Arbeit, Bericht der Bundesregierung über den Stand der Unfallverhütung und das Unfallgeschehen in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1998, Bonn 1999, S. 11.

Die betriebliche Gesundheitsförderung wird dabei nicht als Konkurrenz zum traditionellen Arbeits- und Gesundheitsschutz verstanden: Nieder/Harms sehen hierin vielmehr eine notwendige Weiterentwicklung,¹³⁷ während Kuhn/Lück von einem Ergänzungsverhältnis sprechen.¹³⁸

Als Grundsätze zur Gestaltung von Projekten der betrieblichen Gesundheitsförderung werden genannt:¹³⁹

- Betriebliche Gesundheitsförderung zielt nicht nur auf die Verhütung von Krankheiten und Unfällen, sondern darüber hinaus wesentlich auf die Erweiterung individueller und kollektiver Ressourcen. Die Lebensbedingungen und die Verhaltensweisen von Menschen werden auf ihre krankmachenden Aspekte als auch auf gesundheitserhaltende Potentiale hin betrachtet. In der betrieblichen Gesundheitsförderung geht es demnach um folgendes: Verminderung von pathogenen Faktoren, beispielsweise der Exposition der Mitarbeiter gegenüber Lärm, Gefahrstoffen oder der Arbeit unter hohem Zeitdruck, einerseits und Vermehrung von den salutogenen Faktoren, insbesondere der Entscheidungs- und Handlungsspielräume der Beschäftigten sowie ihrer Kompetenzen, andererseits.
- Betriebliche Gesundheitsförderung umfaßt Verhaltens- und Verhältnisprävention. Beides muß zusammen thematisiert werden, um die Möglichkeiten des Gesundheitsförderungsansatzes optimal ausschöpfen zu können.
- Betriebliche Gesundheitsförderung muß ein kooperatives Anliegen im Unternehmen sein. Projekte zur Gesundheits-

137 Vgl. Nieder / Harms, a.a.O. (Fn. 134), S. 420.

138 Vgl. Kuhn, Joseph / Lück, Patricia, Arbeitsschutz, betriebliche Gesundheitsförderung, Organisationsentwicklung: die betriebliche Gesundheitspolitik auf innovativen Wegen, in: Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung, 18. Jg., Heft 3 / 1995, S. 74.

139 Vgl. Kuhn / Lück, a.a.O. (Fn. 138), S. 74 f.

förderung greifen zum Teil tief in bestehende betriebliche Abläufe ein. Deshalb muß hierbei sichergestellt sein, daß das Vorhaben von der Unternehmensleitung, der Arbeitnehmervertretung, den Experten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes und den Mitarbeitern gemeinsam getragen wird.

- Betriebliche Gesundheitsförderung ist ein Partizipationsprojekt, welches von der Mitgestaltung der Arbeitnehmer lebt und so deren Akzeptanz sichert.
- Betriebliche Gesundheitsförderung muß ein transparenter Prozeß für alle Beteiligten sein, denn die Glaubwürdigkeit steht und fällt mit ihrer Klarheit hinsichtlich der verfolgten Ziele und der geplanten Maßnahmen.
- Betriebliche Gesundheitsförderung muß auf Kontinuität angelegt sein; sie muß als langfristige, kontinuierliche und durch alle Unternehmensbereiche gehende Querschnittsaufgabe verstanden werden. Letztlich geht es darum, Gesundheitsförderung zu einem Bestandteil der Unternehmenskultur zu machen.
- Betriebliche Gesundheitsförderung erfordert ein schrittweises und betriebsspezifisches Vorgehen. Jeder Betrieb ist durch einen "Mikrokosmos" aus technisch-organisatorischen Bedingungen, unternehmenskulturellen Traditionen sowie den individuellen Eigenheiten der Mitarbeiter geprägt. Daher kann es ein "Programm von der Stange" nicht geben. Gesundheitsförderung im Betrieb bedeutet auch ein schrittweises Vorgehen. Dadurch können Erfahrungen aus vorangegangenen Schritten bei der weiteren Planung berücksichtigt werden.

5. Motive betrieblicher Gesundheitsförderung

Die gesetzlichen Vorschriften sind ein Motiv, jedoch nicht immer das wichtigste für betriebliche Gesundheitsförderung. Daneben und vor den gesetzlichen Vorschriften gibt es andere und häufig näherliegende Gründe: Krankheit und Arbeitsunfähigkeit bedeuten nicht nur Leiden und Verlust an Lebensqualität für den einzelnen, sondern sie verursachen zudem auch erhebliche Kosten für Unternehmen, Sozialversicherung und Volkswirtschaft.¹⁴⁰

Betriebliche Gesundheitsförderung zielt auf ein beachtliches ökonomisches sowie soziales Produktivitäts- und Verbesserungspotential und kann eine zentrale Strategie im Wettbewerb darstellen. Praxisbeispiele¹⁴¹ zeigen, daß betriebliche Gesundheitsförderung etwa Krankenstand, Absentismus, und Fluktuation verringern kann. Sinkende Arbeitsunfähigkeitsraten bedeuten rückläufige Krankheitskosten, die zur Begrenzung der Krankenkassenausgaben führen. Dies wiederum entlastet die Betriebe indirekt im Bereich der Lohnnebenkosten. Die Entwicklung einer betrieblichen Gesundheitsförderung stellt darüber hinaus eine Erweiterung der auf rein monetäre Größen ausgerichteten Unternehmensführung dar. **Betriebliche Gesundheitsförderung** im Sinn einer spezifischen Risikosenkung soll restriktive Arbeitsstrukturen reduzieren und das Verhalten der Mitarbeiter beeinflussen. Ein wechselseitig abgestimmtes Verhältnis von Arbeitsanforderungen, personalen Bedürfnissen und Befähigungen ist eine günstige Voraussetzung für die gesundheitliche und persönliche Entwicklung. Gesundheitsgerechtes Verhalten nimmt in dem Maß zu, in dem die Handlungsautonomie der Mitarbeiter wächst. Dies

140 Vgl. Demmer, Hildegard, Betriebliche Gesundheitsförderung – von der Idee zur Tat. Europäische Serie zur Gesundheitsförderung Nr. 4 der Weltgesundheitsorganisation (WHO), Ley & Wiegand, Wuppertal 1995, S. 14.

141 Hierzu siehe z. B. Nieder, Peter / Susan, Britta (Hrsg.), Betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und Erfahrungen bei der Realisierung, Verlag Paul Haupt, Bern / Stuttgart / Wien 1997, S. 199 – 292.

steigert vor allem die Motivation, die von der Arbeitszufriedenheit abhängt, welche wiederum an gesundheitliches Wohlbefinden gebunden ist. Wenn es gelingt, durch Organisations- und Arbeitsgestaltung die Arbeitsanforderungen, die spezifischen Befähigungen und Bedürfnisse der Beschäftigten wechselseitig aneinander anzupassen, sowie die Handlungsfähigkeit und die Kommunikationsstrukturen zu verbessern, dann werden die Arbeitsplätze personengerechter und streßfreier sein. Attraktive Arbeitsplätze verringern Fluktuation und Fehlzeiten und stärken die berufliche Identität und Identifikation sowie die Bindung an das Unternehmen. **Betriebliche Gesundheitsförderung** kann hierzu einen wesentlichen Beitrag leisten, indem bei Planungsentscheidungen und Maßnahmen die Mitarbeiter einbezogen werden. Weiterhin sind die sich verändernden Märkte, die wachsende Konkurrenz und zahlreiche Innovationen in den Produktionstechnologien große Herausforderungen in der Arbeitswelt. Die Gesundheit der Mitarbeiter stellt eine zunehmend wichtige Ressource der Wandlungsfähigkeit und Zukunftssicherung der Betriebe dar. Langfristig kann durch betriebliche Gesundheitsförderung die nationale und internationale Wettbewerbsfähigkeit verbessert und ein Beitrag geleistet werden, den Erfolg von Unternehmen zu sichern.¹⁴²

6. Instrumente der betrieblichen Gesundheitsförderung

a. Gesundheitstage

Eine Möglichkeit zum Einstieg in die betriebliche Gesundheitsförderung ist die Durchführung von "Gesundheitstagen" im

¹⁴² Vgl. Nieder, Peter, Betriebliche Gesundheitsförderung, in: Betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und Erfahrungen bei der Realisierung (Hrsg. Peter Nieder / Britta Susan), Verlag Paul Haupt, Bern / Stuttgart / Wien 1997, S. 16 f.; Cordes, Hermann, Gesundheitsförderung im Betrieb aus der Sicht eines Unternehmens, in: Betriebliche Gesundheitszirkel (Hrsg. Gerhard Westermayer / Bernhard Bähr), Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen / Stuttgart 1994, S. 250 f.

Betrieb. Bei diesen Aktionstagen können die Mitarbeiter beispielsweise einen kurzen Gesundheits-Check-up mit Blutdruckmessungen, Cholesterin- und Blutzuckerbestimmungen usw. durchlaufen. So kann die betriebliche Öffentlichkeit in einer aktivierenden Form auf das Thema Gesundheit angesprochen werden, und es lassen sich erste Hinweise auf eventuell erforderliche Maßnahmen gewinnen. Wichtig ist, daß solche Veranstaltungen als Auftakt für weitere Aktivitäten angelegt werden.¹⁴³

b. Arbeitskreis Gesundheit

Zur Integration von Maßnahmen der Gesundheitsförderung in das betriebliche Handlungsgefüge ist es wesentlich, daß die entscheidenden Interessengruppen im Unternehmen Einigkeit erzielen. Der "Arbeitskreis Gesundheit" als Steuerungsgremium für die Gesundheitsförderung im Betrieb, der "Runde Tisch in Sachen Gesundheit", sollte daher gleichermaßen über Fach- und Entscheidungskompetenz verfügen; es müssen also Vertreter der Unternehmensleitung und des Betriebsrats mit Experten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes und nach Bedarf mit Vertretern betroffener Abteilungen zusammenarbeiten. Die Aufgaben des Arbeitskreises bestehen in der Analyse der gesundheitlichen Situation im Betrieb (z.B. Gesundheitsbericht [siehe hierzu nachstehenden Punkt c]), der Konzeption des Vorgehens, der Begleitung bei der Umsetzung der Maßnahmen und der Evaluation.¹⁴⁴

143 Vgl. Kuhn / Lück, a.a.O. (Fn. 138), S. 75.

144 Vgl. Kuhn / Lück, a.a.O. (Fn. 138), S. 76.

c. **Gesundheitsbericht**

Die Erstellung eines betrieblichen Gesundheitsberichts hat zum Ziel, hier eine Datengrundlage für die gesundheitspolitische Diskussion im Unternehmen zu schaffen. Dafür stehen in erster Linie die Routinedaten der Krankenkassen zur Verfügung; diese Arbeitsunfähigkeitsdaten können statistisch nach Häufigkeiten, Dauer, Krankheitsarten, Altersgruppen, Geschlecht usw. aufbereitet werden und geben einen ersten Überblick über das betriebliche Krankheitsgeschehen. – Jedoch kann Ursachenforschung aufgrund dieser Daten nicht betrieben werden; hierzu muß in den betrieblichen Gesundheitsbericht noch weiteres Datenmaterial einfließen: aus betriebsärztlichen Untersuchungen und Screenings, aus Mitarbeiterbefragungen sowie aus Belastungs- und Arbeitsplatzanalysen.¹⁴⁵

d. **Gesundheitszirkel**

Gesundheitszirkel stellen ein wichtiges Instrument zur Verwirklichung eines zentralen Ziels der betrieblichen Gesundheitsförderung dar: Förderung von Eigenverantwortlichkeit der Beschäftigten für ihre Gesundheit. – Durch die Partizipation der Mitarbeiter in Gesundheitszirkeln kann dieses Ziel erreicht werden. So kann durch die konsequente Arbeit der Beschäftigten in solchen Zirkeln zusätzlich ihr Erfahrungswissen bei der Analyse der Probleme Berücksichtigung finden und in die Entwicklung von Lösungsvorschlägen einfließen. Bei der Arbeit in Gesundheitszirkeln kommen vor allem drei Aspekte zum Tragen: die Thematisierung der eigenen subjektiven Befindlichkeit, die Analyse objektiver Belastungen und die Erarbeitung von Vorschlägen zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen.¹⁴⁶

¹⁴⁵ Vgl. Kuhn / Lück, a.a.O. (Fn. 138), S. 76.

¹⁴⁶ Siehe Fn. 145.

Die Zusammensetzung der Zirkel ist von der zu bearbeitenden Fragestellung abhängig. Ein spezifisches Modell der Gesundheitszirkel wurde vom Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK BV) entwickelt. Dort setzen sich die Gesundheitszirkel aus Arbeitnehmern einer homogenen Tätigkeitsgruppe, Arbeits- und Gesundheitsschutzexperten, Betriebsrat, Vorgesetzten sowie einem Moderator zusammen. Das Konzept der BKK sieht in der Arbeit der Gesundheitszirkel eine Ergänzung zum "Arbeitskreis Gesundheit" (siehe oben) auf der arbeitsplatzbezogenen Ebene.¹⁴⁷

7. Träger betrieblicher Gesundheitsförderung

Als Träger der betrieblichen Gesundheitsförderung können die Personengruppen und Entscheidungsorgane im Unternehmen bezeichnet werden, die sich mit der Entwicklung, Organisation und Evaluation des Konzepts der Gesundheitsförderung beschäftigen.¹⁴⁸ Ihre Aufgaben werden in folgenden Abschnitten beschrieben.

a. Unternehmensleitung

Die Unternehmensleitung muß, wenn sie nicht selbst der Initiator ist, frühzeitig in die Gesundheitsförderung einbezogen werden. Sie formuliert auf normativer Ebene die Ziele der Gesundheitspolitik im Betrieb und hat die Aufgabe, eine Vision für die Gesundheitsförderung vorzugeben. Die Ziele können etwa

147 Vgl. Schröder, Alfons / Soehert, Reinhold, Gesundheitsförderung durch Gesundheitszirkel. Das Konzept des BKK BV, in: Betriebliche Gesundheitszirkel (Hrsg. Gerhard Westermayer / Bernhard Bähr), Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen / Stuttgart 1994, S. 66 f. Zu unterschiedlichen Modellen von Gesundheitszirkeln siehe z.B. Westermayer, Gerhard / Bähr, Bernhard (Hrsg.), Betriebliche Gesundheitszirkel, Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen / Stuttgart 1994.

148 Vgl. Kerkau, Katja, Betriebliche Gesundheitsförderung. Faktoren für die erfolgreiche Umsetzung des Gesundheitsförderungskonzepts in Unternehmen, Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg 1997, S. 227.

in Form von Unternehmensleitlinien oder im Geschäftsbericht bekanntgemacht werden. Wird im Unternehmen deutlich, daß Gesundheitsförderung von der Geschäftsleitung als wichtig angesehen wird, trägt dies in erheblichem Maß zur Akzeptanz des Konzepts bei. Die Umsetzung ist hingegen sehr viel schwieriger, wenn die Gesundheitsförderungsmaßnahmen zwar geduldet, aber nicht wirklich unterstützt werden. Die Geschäftsleitung übernimmt demnach eine wichtige Promotorenfunktion. Auf der Projektebene hat die Unternehmensleitung die Aufgabe, die notwendigen Ressourcen für die Gesundheitsförderung zur Verfügung zu stellen, um die Durchführung der Maßnahmen zu ermöglichen.¹⁴⁹

b. Vorgesetzte

Ein weiterer bedeutender Träger des Gesundheitsförderungskonzepts sind die Vorgesetzten. Die Förderung der Gesundheit der Mitarbeiter wird als Teil ihrer Führungsaufgabe angesehen. Sie sollen sich für ihre Mitarbeiter verantwortlich fühlen und aktiv für die Erhaltung deren Gesundheit einsetzen. Eine Aufgabe der Vorgesetzten ist die Schaffung eines offenen Gesprächsklimas für die gesundheitlichen Interessen der Beschäftigten sowie die Anregung, in regelmäßigen Abständen hierüber zu sprechen. Die Vorgesetzten sollen des weiteren in der Lage sein, die Gesundheit beeinträchtigende Faktoren im Vorfeld wahrzunehmen und mit den Beschäftigten sowie Gesundheitsexperten Verbesserungsmöglichkeiten zu entwickeln. Mit ihrem individuellen Verhalten übernehmen die Vorgesetzten außerdem eine Vorbildfunktion. Sie sollen erkennen, daß sich ihr Führungsstil in erheblichem Maß auf das Wohlbefinden der Mitarbeiter auswirkt und ihr Verhalten entsprechend ausrichten. Diese teilweise neuen Anforderungen machen es notwendig,

¹⁴⁹ Vgl. Kerkau, a.a.O. (Fn. 148), S. 227 f.

daß Vorgesetzte für diese Aufgaben sensibilisiert und angemessen qualifiziert werden.¹⁵⁰

c. Mitarbeiter

Die Mitarbeiter sind ebenfalls ein wesentlicher Träger der betrieblichen Gesundheitsförderung. Sie sollen als selbständige und eigenverantwortliche Personen auch hinsichtlich ihrer Gesundheit Eigenverantwortung übernehmen. Um diese Aufgabe wahrnehmen zu können, werden durch Qualifizierungsmaßnahmen Handlungskompetenzen im Bereich Gesundheit entwickelt sowie gezielt Entscheidungsspielräume geschaffen, um auf diese Weise ein verantwortungsbewußtes Gesundheitsverhalten in der Belegschaft entstehen zu lassen. Zudem können durch die Partizipation der Mitarbeiter, die aufgrund ihres Erfahrungswissens über ein erhebliches Problemlösungspotential verfügen, die Gesundheitsförderungsmaßnahmen auch weitgehend von ihnen mitbestimmt werden.¹⁵¹

d. Experten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes im Betrieb

Der Arbeits- und Gesundheitsschutz war im traditionellen Verständnis ausschließlich die Aufgabe der hierfür zuständigen Experten. Betriebliche Gesundheitsförderung wird aber – wie oben geschildert – von verschiedenen Akteuren getragen. Als Experten im Bereich Gesundheit haben Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte die Aufgabe, ihr Fachwissen einzubringen und damit die Entwicklung der Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu unterstützen. Sie übernehmen also insbesondere eine beratende Funktion und fördern hierdurch auch die Um-

150 Vgl. Kerkau, a.a.O. (Fn. 148), S. 228.

151 Vgl. Kerkau, a.a.O. (Fn. 148), S. 229.

setzung der Maßnahmen. Ihr Fachwissen ergänzt das Erfahrungswissen der Mitarbeiter. Dies bedeutet aus traditioneller Sicht eine Einschränkung des Kompetenzbereichs der Arbeits- und Gesundheitsschutzexperten. Zugleich entsteht durch die Übertragung der Verantwortung auf alle Bereiche des Betriebs die Chance, das im Unternehmen vorhandene Wissen zu bündeln. So erhält das Thema Gesundheit insgesamt eine größere Relevanz.¹⁵²

e. Betriebsrat

Einen entscheidenden Einfluß auf die Akzeptanz der Gesundheitsförderungsmaßnahmen im Unternehmen hat der Betriebsrat. Seine Unterstützung ist für die Umsetzung des Konzepts wichtig. Die betriebliche Arbeitnehmervertretung muß deshalb von Anfang an in das Projekt einbezogen werden, wenn sie nicht selbst Initiator ist. Der Betriebsrat übernimmt in der Gesundheitsförderung zwei bedeutende Aufgaben: Er trägt in erheblichem Maß zur Verbreitung der Inhalte betrieblicher Gesundheitsförderung bei, weil er über einen unmittelbaren Zugang zur Belegschaft und über deren Vertrauen verfügt. Das Konzept der Gesundheitsförderung kann beispielsweise auf Betriebsversammlungen vorgestellt und diskutiert werden. Weiterhin hat der Betriebsrat gute Kenntnisse über Probleme in unterschiedlichen Abteilungen und deren mögliche Ursachen. Daher kann er in diesem Zusammenhang einen wesentlichen Beitrag zur Problemanalyse und zur Entwicklung von Verbesserungsvorschlägen leisten.¹⁵³

¹⁵² Vgl. Kerkau, a.a.O. (Fn. 148), S. 230.

¹⁵³ Vgl. Kerkau, a.a.O. (Fn. 148), S. 231.

f. Berufsgenossenschaften und Krankenkassen als externe Unterstützung

Durch das Gesundheits-Reformgesetz (GRG) von 1989 und der hiermit verbundenen Änderung des § 20 Sozialgesetzbuch (SGB) V erhielten die Krankenkassen eine Reihe von Aufgaben zur Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung.¹⁵⁴ Diese Aufgaben wurden in Abs. 1 und 2 folgendermaßen formuliert:

"(1) Die Krankenkassen haben ihre Versicherten allgemein über Gesundheitsgefährdungen und über die Verhütung von Krankheiten aufzuklären und darüber zu beraten, wie Gefährdungen vermieden und Krankheiten verhütet werden können. Sie sollen den Ursachen von Gesundheitsgefährdungen und Gesundheitsschäden nachgehen und auf ihre Beseitigung hinwirken.

(2) Die Krankenkassen können bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mitwirken. Sie arbeiten mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen und unterrichten diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben. Ist anzunehmen, daß bei einem Versicherten eine berufsbedingte gesundheitliche Gefährdung oder eine Berufskrankheit vorliegt, hat die Krankenkasse dies unverzüglich den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen und dem Unfallversicherungsträger mitzuteilen."

Mit der Änderung von § 20 SGB V wurden 1996 die Aufgaben der Krankenkassen hinsichtlich der Zusammenarbeit mit den Berufsgenossenschaften weiter festgeschrieben, der Abs. 1 aber gestrichen. Letzteres bedeutet, daß die Krankenkassen

¹⁵⁴ Vgl. Badura, Bernhard / Müller, Brigitte / Münch, Eckhard, Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt, in: Betriebliche Gesundheitszirkel (Hrsg. Gerhard Westermayer / Bernhard Bähr), Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen / Stuttgart 1994, S. 3.

keine direkten betrieblichen Interventionsmöglichkeiten haben. Zugleich wurden die Aufgaben der Unfallversicherungsträger im SGB VII bezüglich der Prävention erweitert.¹⁵⁵ So lautet es dort in § 1 (Prävention, Rehabilitation, Entschädigung):

"Aufgabe der Unfallversicherung ist es, ... mit allen geeigneten Mitteln Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten sowie arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten,"

In § 14 (Grundsatz) heißt es in Abs. 1 und 2:

"(1) Die Unfallversicherungsträger haben mit allen geeigneten Mitteln für die Verhütung von Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und für eine wirksame Erste Hilfe zu sorgen. Sie sollen dabei auch den Ursachen von arbeitsbedingten Gefahren für Leben und Gesundheit nachgehen.

(2) Bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren arbeiten die Unfallversicherungsträger mit den Krankenkassen zusammen."

Ein Beispiel für die Zusammenarbeit von Krankenkassen und den Unfallversicherungsträgern ist das Kooperationsprogramm Arbeit und Gesundheit (KOPAG). Akteure bei diesem Projekt sind der Bundesverband der Betriebskrankenkassen (BKK BV) sowie der Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (HVBG). Die Daten beider Sozialversicherungsträger über Arbeitsunfähigkeitszeiten, Unfälle und Berufskrankheiten werden systematisch ausgewertet, um sowohl arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu identifizieren als auch Methoden zur

¹⁵⁵ Vgl. Coenen, Wilfried, Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren ... eine neue Dimension des Arbeitsschutzes?, in: Die BG. Fachzeitschrift für Arbeitssicherheit, Gesundheitsschutz und Unfallversicherung in Betrieb und Verwaltungspraxis, Heft 5 / 1997, S. 226.

gesundheitlichen Gestaltung im Hinblick auf eine Verbesserung der Arbeitssituation zu ermitteln.¹⁵⁶

8. Meß- und Bewertbarkeit von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung

Daß betriebliche Investitionen in die Gesundheit Nutzen bringen, daß sie gesundheitlich sowie wirtschaftlich effektiv und effizient sind, kann nur durch sorgfältige Evaluation nachgewiesen werden. Hierzu ist es notwendig, die verfolgten Ziele, die eingesetzten Mittel und Maßnahmen sowie Indikatoren für die Zielerreichung von Beginn an zu dokumentieren und auszuwerten.¹⁵⁷ Der gesundheitliche Nutzen kann zum einen anhand objektivierbarer physiologischer Parameter, z.B. Reduktion der Risikofaktoren Bluthochdruck und Cholesterin, zum anderen durch subjektive Wohlbefindensbekundungen im Rahmen von Vorher-Nachher-Befragungen erfaßt werden. Ein verbessertes Gesundheitsverhalten kann ebenfalls abgefragt werden; im Ernährungsbereich beispielsweise läßt es sich mittels statistischer Auswertungen der Verzehrsgewohnheiten in Kantinen objektivieren. Der betriebliche Nutznachweis liefert wichtige Argumente für eine langfristige und konsequente Gesundheitspolitik im Unternehmen. Als Indikatoren für monetären und immateriellen Nutzen kommen einerseits Unternehmens- und/oder Krankenkassendaten etwa über Arbeitsunfähigkeiten, Fluktuation, Produktivität und Qualität in Betracht; andererseits können hierzu Erkenntnisse von den betrieblichen Experten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, den Entscheidungsträgern im Unternehmen und den Arbeitnehmervertretern im Betrieb eingeholt werden, vor allem wenn

156 Vgl. Bindzius, Fritz / Coenen, Wilfried / Perlebach, Edith, Zusammenarbeit von Unfall- und Krankenversicherung bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren am Beispiel des "Kooperationsprogramms Arbeit und Gesundheit" (KOPAG), in: Die BG. Fachzeitschrift für Arbeitssicherheit, Gesundheitsschutz und Unfallversicherung in Betrieb und Verwaltungspraxis, Heft 5 / 1997, S. 233.

157 Siehe hierzu auch **Teil A** III. 6. b., letzter Satz.

es um nicht monetarisierbare Aspekte wie Arbeitsmoral und Unternehmensimage geht.¹⁵⁸

Betriebliche Gesundheitsförderung trägt zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit bei; dieser Beitrag läßt sich jedoch nicht in jedem Einzelfall exakt ermitteln. Investitionen in die betriebliche Gesundheitsförderung dürfen nicht unter kurzfristigen Kosten-Nutzen-Gesichtspunkten betrachtet werden; es handelt sich bei ihnen um strategische Investitionen, deren Nutzen (Ertrag) erst mittel- bis langfristig eintritt. Die **Gesundheitsförderung im Betrieb** sollte nicht ausschließlich unter Kostenaspekten gesehen und nicht ständig einem wirtschaftlichen Rechtfertigungszwang ausgesetzt werden; sie ist hier auch ein Ausdruck der Unternehmensphilosophie und ein zentraler Bestandteil der Unternehmenskultur. Eine bewußt gestaltete Unternehmenskultur fördert die Bereitschaft zur Leistung und wird damit zu einem elementaren Wettbewerbsvorteil (hierzu siehe auch oben, Punkt 5).¹⁵⁹

9. Fazit

Betriebliche Gesundheitsförderung ist sicherlich kein Patentrezept, mit dem alle Gesundheitsbeeinträchtigungen vermieden, die Gesundheit insgesamt auf ein höheres Niveau befördert und zugleich die Kosten gesenkt und die Produktivität erhöht werden können. Gesundheitsförderung im Betrieb ist ein permanenter Prozeß und umfaßt mehr als einzelne Maßnahmen und Projekte. Gesundheitsförderung darf überdies keineswegs als eine Gesundheitskontrolle und Bevormundung mißverstanden

158 Vgl. Demmer, Hildegard / Kunkel, Karin, Gesundheitsförderung im Betrieb – Chancen für Europa, in: Betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und Erfahrungen bei der Realisierung (Hrsg. Peter Nieder / Britta Susen), Verlag Paul Haupt, Bern / Stuttgart / Wien 1997, S. 47 f.

159 Vgl. Brandenburg, Uwe, Rechnen sich Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung für das Unternehmen?, in: Blickpunkt Krankenstand – Wettbewerbsvorteil Gesundheitsförderung. Modelle und Praxiserfahrungen (Hrsg. Alfons Schröer), Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven 1998, S. 83.

werden; nicht mehr, sondern weniger Gesundheit wäre langfristig die Folge.

Betriebliche Gesundheitsförderung liegt nicht nur im Interesse der Mitarbeiter, sondern gleichfalls im Interesse des Unternehmens. Gesundheit des einzelnen bedeutet Gesundheit der Organisation und umgekehrt: Ein Unternehmen ist letztlich so gesund wie seine Mitarbeiter. Schließlich spiegelt sich in der betrieblichen Gesundheitsförderung auch ein Teil der Unternehmenskultur wider, die als integraler Bestandteil das Gesicht eines Unternehmens entscheidend prägt.

Es sind jedoch keinesfalls "kosmetische Korrekturen", die bei der sachgerechten Integration von betrieblicher Gesundheitsförderung anfallen – an der richtigen Stelle in entsprechender Weise angewandt, ist Gesundheitsförderung durchaus in der Lage, die Gesundheit der Mitarbeiter zu steigern, die durch einen hohen Krankenstand entstehenden Kosten beträchtlich zu senken und die Produktivität merklich zu erhöhen. Es ist hier auch zutreffend, daß eine Organisation ebenso gesund ist wie seine Beschäftigten, vor allem, wenn die Art der Anwendung von gesundheitlicher Förderung nicht als von oben diktiert Kontrolle bestimmter Maßnahmen verstanden wird, sondern als sinnvolle Handlungsweise, die dem Wohl der Mitarbeiter und damit auch dem Unternehmen dient.

Hierdurch entsteht eine Unternehmenskultur, die diesen Namen auch verdient, weil sie langfristig die betriebliche Gesundheitsförderung als fortlaufenden Prozeß ansieht, der sich nicht nur aus vereinzelt Vorgehensweisen zusammensetzt; vielmehr drückt dieser Prozeß eine gemeinsame Haltung aus, in dem sich – von der Unternehmensleitung bis zum einzelnen Mitarbeiter – alle wiederfinden können.

IV. Zwischenbemerkungen/Hinführung zu Teil B

In **Teil A** der vorliegenden Arbeit wurden zunächst die theoretischen Grundlagen der Gesundheitsförderung im Betrieb begründet; diese sind als wesentlich anzusehen, um die Förderung von Gesundheit im Unternehmen zu einem Erfolgsfaktor entwickeln zu können. Dahingehend waren definitorische Schwerpunkte zu setzen, welche die Begriffe der "Gesundheit", der "Gesundheitsförderung" und der "betrieblichen Gesundheitsförderung" umfassen.

Hierauf folgend werden in **Teil B** die Bedürfnisse sowie die Möglichkeiten der Gesundheitsförderung insbesondere im Hinblick auf die Klein- und Mittelbetriebe analysiert.

Teil B: Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelbetrieben

I. Arbeits- und Gesundheitsschutz im Betrieb

1. Zielsetzung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes

Mit der Begriffskombination Arbeits- und Gesundheitsschutz wird allgemein ein Sachverhalt umschrieben, dessen Kern die gesundheitliche Prävention in Zusammenhang mit beruflicher Arbeit ausmacht. Die Auffassung über die inhaltliche Reichweite von gesundheitlicher Prävention bei der Arbeit hat sich im Laufe der vergangenen drei Jahrzehnte nach und nach von einer zunächst eher engen zu einer heute umfassenden Interpretation gewandelt. Diese spiegelt sich vor allem in den drei Begriffen Arbeitsschutz, Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung wider.¹⁶⁰

Der Bedeutungsgehalt dieser drei eng zusammenhängenden Begriffe kennzeichnet jeweils unterschiedliche Zielrichtungen und Akzente von Prävention:¹⁶¹

- Der betriebliche Arbeitsschutz ist in seiner engen und ursprünglichen Bedeutung auf die Verhütung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten ausgerichtet, dies bedeutet also, auf die Vermeidung von Gesundheitsschäden, die in einem eindeutig kausalen Zusammenhang mit der Arbeitstätigkeit stehen. – Eng verbunden ist hiermit der Begriff der Arbeitssicherheit; deren jeweilige Ausprägung bestimmt

¹⁶⁰ Vgl. Zangemeister, Christof / Nolting, Hans-Dieter, Kosten-Wirksamkeits-Analyse im Arbeits- und Gesundheitsschutz. Einführung und Leitfaden für die betriebliche Praxis, 3. Auflage, Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven 1999, S. 12.

¹⁶¹ Vgl. Zangemeister / Nolting, a.a.O. (Fn. 160), S. 13.

als Einflußfaktor das Auftreten von Arbeitsunfällen maßgeblich.

- Der betriebliche Gesundheitsschutz zielt demgegenüber generell darauf ab, jede Art von Gesundheitsstörungen am Arbeitsplatz und potentielle arbeitsbedingte Gesundheitsgefährdungen zu vermeiden. Dieses Präventionskonzept konzentriert sich ebenfalls auf die Arbeitsbedingungen; es ist aber umfassender als der Arbeitsschutz, da keine Einschränkung auf Arbeitsunfälle und anerkannte wenige Berufskrankheiten erfolgt.
- Die betriebliche Gesundheitsförderung geht noch einen Schritt weiter, indem sie Gesundheit und Wohlbefinden der Beschäftigten zu verbessern sucht. Sie fokussiert die Arbeitsbedingungen nicht allein unter der Perspektive der möglichen Krankheitsverursachung, sondern auch als ein die Gesundheit und die Persönlichkeitsentwicklung förderndes Umfeld. Außerdem geht es bei der betrieblichen Gesundheitsförderung zumeist auch um die Befähigung der Mitarbeiter zu besserer Gesundheit, unabhängig von den Einflüssen der Arbeitswelt.

Der Arbeitsschutz ist rechtlich mit weitgehend kodifizierten Verpflichtungen, Funktionen, Institutionen und Interventionsmöglichkeiten geregelt. Das Feld des Gesundheitsschutzes ist dagegen nicht exakt umrissen. Beide orientieren sich jedoch an dem Ziel der Prävention von relativ genau spezifizierten Gesundheitsschäden wie beispielsweise Unfällen und Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Inhaltlich weiter gefaßt ist demgegenüber der Begriff der Gesundheitsförderung. Die WHO hat in der Ottawa-Charta die Förderung von Gesundheit zu einem grundlegenden und über die Krankheitsverhütung hinausgehenden Ziel erklärt. Mit dem Begriff Gesundheitsförderung ist daher eine konzeptionelle Neuorientierung beabsichtigt, die

über den Bezug zur Arbeitswelt hinausgeht, und deren Umsetzungsmöglichkeiten im Rahmen des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes neue Wege erfordern. – Moderne Konzepte des Arbeits- und Gesundheitsschutzes betonen die Zusammengehörigkeit dieser drei Präventionskonzepte und fordern, daß sie in der betrieblichen Praxis als gemeinsames Aufgabenfeld zu behandeln sind.¹⁶²

Dieses erweiterte bzw. ganzheitliche Verständnis von Arbeits- und Gesundheitsschutz soll auch hier Grundlage für die Ausführungen sein. Nur wenn spezielle Akzente der gesundheitlichen betrieblichen Prävention angesprochen werden sollen, wird im Sinn der oben vorgenommenen Definitionen auch begrifflich differenziert.

Dabei darf allerdings nicht übersehen werden, daß die inhaltlichen Übergänge zwischen dem Gesundheitsschutz und der Gesundheitsförderung fließend sind, und beide Bezeichnungen auch im Arbeitsschutzbegriff des neuen Arbeitsschutzgesetzes (ArbSchG) von 1996 tendenziell mit enthalten sind (siehe hierzu unten, Punkt 3 b).

2. Wirtschaftliche Aspekte des Arbeits- und Gesundheitsschutzes

Die übergeordneten Ziele eines marktwirtschaftlich orientierten Unternehmens bestehen darin, Gewinne zu erzielen und am Markt konkurrenzfähig zu bleiben. Diese Ziele lassen sich nur erreichen, wenn dem Betrieb neben geeigneten Produktions- und Betriebsmitteln auch qualifizierte und gesunde Mitarbeiter zur Verfügung stehen. Aus diesem Grund stellen betriebswirtschaftliche Interessen und die Maßnahmen für den Arbeits- und Gesundheitsschutz keinen Gegensatz, sondern vielmehr

162 Vgl. Zangemeister / Nolting, a.a.O. (Fn. 160), S. 13.

eine logische und auch notwendige Ergänzung dar.¹⁶³ Positive Auswirkungen einer erfolgreichen Präventionstätigkeit sind:

- "Verminderung der Fehlzeiten durch Arbeitsunfälle und Krankheiten
- Vermeidung von Betriebsstörungen aufgrund unfall- oder krankheitsverursachter Fehlzeiten der Beschäftigten
- Verbesserung des Betriebsklimas durch gute Arbeitsbedingungen
- Reduzierung der Beiträge für die Berufsgenossenschaft
- Verbesserung der Arbeitsqualität, in der Folge weniger Haftungsprobleme"¹⁶⁴

Die genannten Auswirkungen zeigen, daß die positiven Effekte nicht nur in einer Neugestaltung des Betriebsklimas bestehen, sondern in den übrigen aufgeführten Punkten bedeuten sie letztlich die Stärkung der Wirtschaftskraft eines Unternehmens.

Offensichtlich wird, daß betriebliche Gesundheitsförderung in diesem Zusammenhang keineswegs als theoretischer Selbstzweck dient, sondern sich an den Bedürfnissen der Mitarbeiter des jeweiligen Betriebs und auch an denen des Unternehmens orientiert und damit zugleich dessen Wettbewerbsfähigkeit erhält und steigert. – Nur auf diese Weise ist Arbeits- und Gesundheitsschutz in kleinen und mittleren Betrieben denkbar: nicht als überhöhter, theoretischer Anspruch, der zu keiner konkreten Beziehung zum betrieblichen Umfeld steht, sondern als Orientierungspunkt, der sich auch an der wirtschaftlichen

¹⁶³ Vgl. Strothotte, Gerhard / Ziegenfuß, Bernd G., Sicherheit und Gesundheit in Kleinbetrieben, Universum Verlagsanstalt, Wiesbaden 1997, S. 13.

¹⁶⁴ Strothotte / Ziegenfuß, a.a.O. (Fn. 163), S. 13.

Situation des Unternehmens festmachen läßt und somit in vernünftigen Dimensionen abgesteckt ist.

Die wirtschaftlichen Auswirkungen eines so verstandenen modernen Arbeits- und Gesundheitsschutzes werden auch von der Unternehmensleitung durchaus positiv gesehen. Die hier aufgelisteten Qualitätsmerkmale sprechen für sich – der betriebliche Arbeits- und Gesundheitsschutz ist dabei, sich zu einem wesentlichen Faktor für einen weitgehend störungsfreien Ablauf des Betriebs auch in Klein- und Mittelunternehmen zu entwickeln.

3. Rechtlicher Rahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes

Prinzipiell läßt sich zwischen überbetrieblichem und betrieblichem Arbeitsschutzsystem unterscheiden: Unter dem überbetrieblichen Arbeitsschutzsystem werden die staatlichen und die sich öffentlich-rechtlich selbstverwaltenden Institutionen verstanden, die in diesem Bereich Rechtsnormen erlassen und deren Befolgung kontrollieren. Als betriebliches Arbeitsschutzsystem bezeichnet man dagegen die für die Durchführung des Arbeitsschutzes innerhalb des Unternehmens vorgesehenen Strukturen, Funktionen und Verfahrensweisen.¹⁶⁵

a. Überbetriebliches Arbeitsschutzsystem

Das überbetriebliche Arbeitsschutzsystem der Bundesrepublik Deutschland ist zweigliedrig aufgebaut (duales System): Neben staatlichen Organen treten auch die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung als normierende und überwachende Institutionen auf. So werden auf staatlicher Seite von Bund und

¹⁶⁵ Vgl. Zangemeister / Nolting, a.a.O. (Fn. 160), S. 14.

Ländern bzw. von den dazu ermächtigten nachgeordneten Organen (Ministerien, Behörden) Gesetze, Verordnungen und auch allgemeine Verwaltungsvorschriften erlassen, die man als **Arbeitsschutzrecht** bezeichnet. Die Unfallversicherungsträger¹⁶⁶ sind ermächtigt, Unfallverhütungsvorschriften und Durchführungsanweisungen zu erlassen, die das **Unfallverhütungsrecht** ausmachen.¹⁶⁷

Einen übergeordnet normierenden Einfluß auf das nationale Arbeitsschutzsystem der Bundesrepublik Deutschland nimmt der Rat der europäischen Gemeinschaften. Er kann Verordnungen und Richtlinien erlassen. Während erstere bereits mit dem Erlaß geltendes Recht darstellen, müssen Richtlinien erst noch in nationales Recht umgesetzt werden. Ein Beispiel hierfür ist die "EG-Rahmenrichtlinie Arbeitsschutz"¹⁶⁸, die durch das ArbSchG¹⁶⁹ in das nationale Recht der Bundesrepublik Deutschland umgesetzt wurde.¹⁷⁰

Das inhaltliche Normengefüge des Arbeitsschutzes unterscheidet folgende Sachgebiete:¹⁷¹

- Arbeitsstätten einschließlich Betriebshygiene (z.B. Arbeitsstättenverordnung)

166 Träger der Unfallversicherung sind die gewerblichen Berufsgenossenschaften, die See-Berufsgenossenschaft und die landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften sowie die Eigenunfallversicherungsträger des Bundes, der Länder und der Gemeinden; vgl. Wieland, Klaus, Rehabilitation, in: Handbuch Arbeitswissenschaft (Hrsg. Holger Luczak / Walter Volpert), Schäffer-Poeschel Verlag, Stuttgart 1997, S. 848.

167 Vgl. Zangemeister / Nolting, a.a.O. (Fn. 160), S. 14; Kittner, Michael / Pieper, Ralf, Arbeitsschutzgesetz. Basiskommentar, Bund-Verlag, Köln 1997, S. 26 f.

168 Richtlinie 89/391/EWG des Rates vom 12. Juni 1989 über die Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer bei der Arbeit.

169 "Gesetz über die Durchführung von Maßnahmen des Arbeitsschutzes zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Beschäftigten bei der Arbeit" (Arbeitsschutzgesetz – ArbSchG).

170 Vgl. Zangemeister / Nolting, a.a.O. (Fn. 160), S. 15; Kittner / Pieper, a.a.O. (Fn. 167), S. 44 f.

171 Vgl. Zangemeister / Nolting, a.a.O. (Fn. 160), S. 16; Pinter, Harald, Institutionen und Rechtsgrundlagen des Arbeitsschutzes, in: Handbuch Arbeitswissenschaft (Hrsg. Holger Luczak / Walter Volpert), Schäffer-Poeschel Verlag, Stuttgart 1997, S. 819.

- gefährliche Arbeitsstoffe (z.B. Gefahrstoffverordnung)
- Maschinen, Geräte und technische Anlagen (z.B. Gerätesicherheitsgesetz)
- Arbeitszeitregelungen (z.B. Arbeitszeitordnung)
- Schutz bestimmter Personengruppen (z.B. Jugendarbeitsschutzgesetz)
- Arbeitsschutzorganisation im Unternehmen (z.B. Arbeitsschutz- und Arbeitssicherheitsgesetz)

In diesen Sachgebieten regelt das Arbeitsschutzrecht als staatliches Recht vor allem übergreifende Interessen, während das Unfallverhütungsrecht in erster Linie branchenspezifische Vorschriften setzt und somit das staatliche Recht ausfüllt.¹⁷²

Im überbetrieblichen Bereich obliegt die Überwachung und Durchsetzung von Arbeitsschutzvorschriften der staatlichen Gewerbeaufsicht und den Aufsichtsdiensten der Unfallversicherungsträger: Die Organisation und Tätigkeit der **staatlichen Gewerbeaufsicht** liegen in der Hand der Bundesländer. Die Beamten der Gewerbeaufsicht sollen die Durchführung der Arbeitsschutzvorschriften in den Betrieben überwachen. Ihre Tätigkeit umfaßt dabei unter anderem Betriebsbegehungen, technische Überprüfungen, Messungen, Unfalluntersuchungen sowie die Bewilligung von Bau- und Erlaubnisanträgen. Das Arbeitsschutzrecht räumt der Gewerbeaufsicht polizeiliche Befugnisse ein. Den Beamten steht ein gestuftes Instrumentarium zur Durchsetzung der Arbeitsschutzvorschriften zur Verfügung. Die Gewerbeaufsichtsämter sind nach regionaler Zuständigkeit gegliedert und mit Ausnahme des Bergbaus branchenübergreifend für alle Unternehmen ihres Bezirks zuständig. Die

172 Vgl. Zangemeister / Nolting, a.a.O. (Fn. 160), S. 16; Pinter, a.a.O. (Fn. 171), S. 819.

Aktivitäten der **Aufsichtsdienste der Unfallversicherungsträger** zielen speziell auf die Umsetzung der Unfallverhütungsvorschriften und die Abwendung von betrieblichen Unfall- und Gesundheitsgefahren. Die technischen Aufsichtsbeamten der Unfallversicherungsträger nehmen Aufgaben wahr, die denen der Gewerbeaufsichtsbeamten inhaltlich weitgehend entsprechen; dabei wird jedoch ein stärkeres Gewicht auf die Beratung der Betriebe bei der Umsetzung der Bestimmungen gelegt. Die Aufsichtsdienste der Unfallversicherungsträger sind entsprechend den Zuständigkeitsbereichen der Berufsgenossenschaften nach Branchen und Gewerbebezügen gegliedert. Sie verfügen ebenfalls über Instrumente zur Durchsetzung der Unfallverhütungsvorschriften.¹⁷³

b. Betriebliches Arbeitsschutzsystem

Das neue ArbSchG von 1996 bildet eine einheitliche Rechtsgrundlage der zahlreichen bislang bestehenden und teilweise speziellen Arbeitsschutzvorschriften.¹⁷⁴ Die im ArbSchG niedergelegten Begriffsbestimmungen regeln Zielsetzung und Anwendungsbereich, grundlegende Verantwortlichkeiten (Rechte und Pflichten der Arbeitgeber und Beschäftigten) sowie weitere Durchführungsbestimmungen. Das am 07. August 1996 verabschiedete ArbSchG, welches am 21. August 1996 in Kraft getreten ist, regelt den Umfang des Arbeitsschutzes in dieser Weise:

- "Maßnahmen des Arbeitsschutzes im Sinne dieses Gesetzes sind Maßnahmen zur Verhütung von Unfällen bei der Arbeit und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren ein-

¹⁷³ Vgl. Zangemeister / Nolting, a.a.O. (Fn. 160), S. 16 f.; Pinter, a.a.O. (Fn. 171), S. 820.

¹⁷⁴ Vgl. Zangemeister / Nolting, a.a.O. (Fn. 160), S. 17; Schliephacke, Jürgen, Führungswissen Arbeitssicherheit. Aufgaben – Verantwortung – Organisation, Erich Schmidt Verlag, Berlin 2000, S. 21.

schließlich Maßnahmen der menschengerechten Gestaltung der Arbeit." (§ 2 Abs. 1 ArbSchG).

- "Dieses Gesetz dient dazu, Sicherheit und Gesundheitsschutz der Beschäftigten bei der Arbeit durch Maßnahmen des Arbeitsschutzes zu sichern und zu verbessern. Es gilt in allen Tätigkeitsbereichen." (§ 1 Abs. 1 ArbSchG).
- "Der Arbeitgeber ist verpflichtet, die erforderlichen Maßnahmen des Arbeitsschutzes unter Berücksichtigung der Umstände zu treffen, die Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten bei der Arbeit beeinflussen. Er hat die Maßnahmen auf ihre Wirksamkeit zu überprüfen und erforderlichenfalls sich ändernden Gegebenheiten anzupassen. Dabei hat er eine Verbesserung von Sicherheit und Gesundheitsschutz der Beschäftigten anzustreben." (§ 3 Abs. 1 ArbSchG).
- "Der Arbeitgeber hat durch eine Beurteilung der für die Beschäftigten mit ihrer Arbeit verbundenen Gefährdung zu ermitteln, welche Maßnahmen des Arbeitsschutzes erforderlich sind." (§ 5 Abs. 1 ArbSchG).

Zusammenfassend ist zum neuen ArbSchG zu sagen, daß der Arbeitgeber bei der Gestaltung der Arbeitsplätze, der Wahl der Arbeitsmittel und Arbeitsmethoden dem Grundsatz der "Anpassung der Arbeit an den Menschen"¹⁷⁵ verstärkt Rechnung zu tragen hat. – Diese Maxime geht über das sonst übliche Konzept von Prävention als Verhütung spezifischer Gesundheitsgefahren hinaus und führt so den Aspekt der Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden in den kodifizierten Arbeitsschutz ein (hierzu siehe auch oben, Punkt 1).¹⁷⁶

175 Oder: "Der Mensch ist das Maß aller Dinge." (Leitgedanke des griechischen Philosophen Protagoras).

176 Vgl. Zangemeister / Nolting, a.a.O. (Fn. 160), S. 18; Bieneck, Hans-Jürgen, Institutionen, Akteure und Probleme der Arbeits- und Sozialpolitik, in: Handbuch Arbeitswissenschaft (Hrsg. Holger Luczak / Walter Volpert), Schäffer-Poeschel Verlag, Stuttgart 1997, S. 779.

Eine weitere wichtige Norm, welche die Strukturen, Funktionen und Maßnahmen zur Sicherstellung des betrieblichen Arbeitsschutzes regelt, ist das Arbeitssicherheitsgesetz ("Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit" – ASiG) von 1974. Das ASiG enthält zusätzliche übergreifende Vorschriften zur Organisation des Arbeitsschutzes für die auf diesem Gebiet verantwortlichen Personen.¹⁷⁷

Die Konkretisierung der Bestimmungen für einzelne Branchen findet sich in den Unfallverhütungsvorschriften der jeweiligen Unfallversicherungsträger. Von besonderer Bedeutung für die Organisation des betrieblichen Arbeitsschutzes sind auch die Unfallverhütungsvorschriften zur Regelung des Einsatzes für "Fachkräfte für Arbeitssicherheit" (VBG 122 – jetzt BGV A6) und "Betriebsärzte" (VBG 123 – jetzt BGV A7). Diese Vorschriften der Unfallversicherungsträger schreiben auch eine sicherheitstechnische und arbeitsmedizinische Betreuung aller bisher von der Betreuungspflicht freigestellten Klein- und Mittelbetriebe vor (Vollbetreuung).¹⁷⁸ Die Unternehmen werden dazu entsprechend der Anzahl ihrer Beschäftigten stufenweise in die Betreuungspflicht einbezogen.¹⁷⁹

Sowohl das Arbeitsschutzrecht als auch das Unfallverhütungsrecht weisen dem Arbeitgeber die ausschließliche Verantwortung für den betrieblichen Arbeitsschutz zu. Gemäß § 13 Abs. 1 ArbSchG können zusätzlich aber weitere vertretungsberechtigte Personen verantwortlich sein. Der Arbeitgeber

177 Vgl. Zangemeister / Nolting, a.a.O. (Fn. 160), S. 18; Rückert, Anette, Arbeits- und Gesundheitsschutz, in: Handbuch Arbeitswissenschaft (Hrsg. Holger Luczak / Walter Volpert), Schäffer-Poeschel Verlag, Stuttgart 1997, S. 1038.

178 Bis zur Umsetzung der Richtlinie 89/391/EWG in nationales deutsches Recht in Form des ArbSchG 1996 war die Mehrzahl der Betriebe mit weniger als 50 Beschäftigten durch die Vorgaben in den Unfallverhütungsvorschriften VBG 122 und VGB 123 befreit.

179 Vgl. Zangemeister / Nolting, a.a.O. (Fn. 160), S. 18 f.; Strothotte, Gerhard, Das Unternehmermodell – Förderung der Eigenverantwortung im Arbeitsschutz in kleinen und mittleren Unternehmen, in: Die BG. Fachzeitschrift für Arbeitssicherheit, Gesundheitsschutz und Unfallversicherung in Betrieb und Verwaltungspraxis, Heft 8 / 1999, S. 458 f.

kann auch nach § 13 Abs. 2 ArbSchG "zuverlässige und fachkundige Personen schriftlich damit beauftragen, ihm obliegende Aufgaben ... wahrzunehmen." Dennoch bleibt der Arbeitgeber, auch bei Unterstützung durch Fachkräfte für Arbeitssicherheit und Betriebsärzte, letztlich für die Durchführung der Arbeitsschutzvorschriften im Unternehmen allein verantwortlich.

4. Besondere Situation in den Klein- und Mittelbetrieben

Anders als in Großbetrieben fehlen in Klein- und Mittelbetrieben verzweigte Organisationsstrukturen: Der Unternehmer trifft häufig alle wesentlichen Entscheidungen selbst. Je nach Anzahl der Beschäftigten können diese auf weitere Vorgesetzte delegiert werden. Die unmittelbare Einbindung des Arbeitgebers in das tägliche Arbeitsgeschehen bringt zwar hohe Anforderungen mit sich, hat jedoch für die Integration des Arbeitsschutzes in die betrieblichen Abläufe auch große Chancen. Diese bestehen darin, daß ein vom Erfolg der Arbeitsschutzmaßnahmen überzeugter Unternehmer direkte Einflußmöglichkeiten darauf hat, daß die notwendigen Schritte für die Sicherheit und Gesundheit der Mitarbeiter umgesetzt werden.¹⁸⁰

Diese Erkenntnis haben sich beispielsweise die Berufsgenossenschaften zu eigen gemacht und im Rahmen der sicherheitstechnischen Betreuung das "Unternehmermodell" entwickelt. Dieses Modell ist eine besonders betriebsbezogene wie praxisnahe Variante der sicherheitstechnischen Betreuung, welche sich unmittelbar an den Entscheidungsträger wendet und mittelfristig auch Kosteneinsparung mit sich bringt.¹⁸¹ Die einzelnen Varianten des Unternehmermodells der Berufsge-

180 Vgl. Strothotte / Ziegenfuß, a.a.O. (Fn. 163), S. 19.

181 Vgl. Strothotte / Ziegenfuß, a.a.O. (Fn. 163), S. 19 f.

nossenschaften differieren, berücksichtigen aber die folgenden Prinzipien:¹⁸²

- Der Unternehmer wird über die erforderlichen Maßnahmen für die Sicherheit und Gesundheit informiert und auch entsprechend motiviert.
- Auf der Basis der Informations- und Motivationsmaßnahmen integriert der Arbeitgeber den Arbeitsschutz in die betrieblichen Abläufe.
- Auf der Grundlage der Informations- und Motivationsmaßnahmen stellt der Unternehmer anhand einer betrieblichen Gefährdungsermittlung die Gefährdung für die Sicherheit und Gesundheit der Mitarbeiter fest.¹⁸³
- Infolge dieser Gefährdungsermittlung erkennt der Arbeitgeber, wann er Beratungsbedarf hat und nimmt dann die Beratung durch externe Experten in Anspruch.¹⁸⁴
- Der Unternehmer wird nicht zur Fachkraft für Arbeitssicherheit ausgebildet.

In den kleinen und mittleren Betrieben besteht weiterhin die Möglichkeit, daß der Unternehmer direkten Einfluß auf das sicherheitsgerechte Verhalten der Beschäftigten ausüben kann, indem er etwa selbst die erforderlichen Unterweisungen zu Sicherheit und gesundheitsgerechtem Verhalten der Mitarbeiter durchführt. Er kann auch durch sein vorbildliches Verhalten im Arbeitsschutz die Beschäftigten motivieren, gleiches zu tun und gegebenenfalls korrigierend eingreifen.¹⁸⁵

182 Vgl. Strothotte / Ziegenfuß, a.a.O. (Fn. 163), S. 40 f.

183 Diese Verpflichtung obliegt ihm schon durch das ArbSchG.

184 Manche Berufsgenossenschaften haben bestimmte Mindesteinsatzzeiten vorgegeben.

185 Vgl. Strothotte / Ziegenfuß, a.a.O. (Fn. 163), S. 20.

Viele Unternehmen nutzen bereits das vorhandene Wissen ihrer Mitarbeiter, um die Produktionsabläufe, die Produktionsqualität und die Umweltverträglichkeit der Produkte sowie die Arbeitsbedingungen im Betrieb zu verbessern. Die Arbeitsleistung der Beschäftigten ist für den Unternehmenserfolg entscheidend.

Das Verhalten der Mitarbeiter und das Nutzen ihrer Erfahrungen ist auch für den Erfolg der Maßnahmen für die Sicherheit und Gesundheit von besonderer Bedeutung. Somit gilt auch in Klein- und Mittelbetrieben, die Mitarbeiter an allen notwendigen Maßnahmen des Arbeitsschutzes teilhaben zu lassen.

II. Prävention und Gesundheitsförderung

1. Gesundheitliche Risiken für Mitarbeiter in Klein- und Mittelunternehmen

Die gewerbliche Wirtschaft in Deutschland besteht überwiegend aus Klein- und Mittelunternehmen¹⁸⁶. Etwa 93 % der gewerblichen Betriebe haben 1 bis 19 Beschäftigte. Erweitert man den Betrachtungsraum auf 1 bis 199 Beschäftigte, so sind dies bereits 99,5 % aller 2,9 Millionen Betriebe der gewerblichen Wirtschaft.¹⁸⁷ Diese beiden Betriebsgrößengruppen¹⁸⁸ liegen bei den meldepflichtigen Arbeitsunfällen im Unternehmen an der Spitze (siehe Übersicht 1):

186 Als Kleinunternehmen sollen hier Betriebe mit bis zu 19 Beschäftigten und als Mittelunternehmen Betriebe von 20 bis 99 Beschäftigten (knapp 99 % der gewerblichen Betriebe) gelten (Unternehmensgrößeneinteilung nach dem Statistischen Bundesamt). Eine einheitliche Größenklassenvorgabe gibt es nicht. Für die Arbeitsunfallstatistik erfolgt in bezug auf die Mittelbetriebe eine Erweiterung der Betrachtung auf bis zu 199 Beschäftigte (siehe hierzu auch Fn. 188).

187 Vgl. Waldeck, Dieter, Arbeitsschutzmanagementsysteme, in: sicher ist sicher. Zeitschrift für Arbeitsschutz, 49. Jg., Heft 2 / 1998, S. 85.

188 Mit einer Aufschlüsselung in nur vier Betriebsgrößen ist die Statistik der gewerblichen Berufsgenossenschaften leider nicht sehr differenziert.

Übersicht 1: Betriebsgrößen und Unfallhäufigkeiten im gewerblichen Bereich 1998¹⁸⁹

Betriebsgröße (nach Vollarbeitern ¹⁹⁰)	meldepflichtige Arbeitsunfälle ¹⁹¹ (je 1.000 Vollarbeiter)
1 bis 19	40,8
20 bis 199	46,7
200 bis 999	37,7
1.000 und mehr	25,0

Das Unfallrisiko in den Klein- und Mittelunternehmen ist für die Mitarbeiter demnach ungefähr doppelt so hoch wie in den Großunternehmen¹⁹². Bezogen auf einen einzelnen Klein- und Mittelbetrieb bleibt ein Arbeitsunfall aber ein relativ seltenes Ereignis und liefert keine Grundlage für eine statistische Betrachtungsweise, die z.B. im Betriebsvergleich Anhaltspunkte für eine besondere Notwendigkeit von Präventionsmaßnahmen liefern könnte.¹⁹³ Die Betriebsinhaber solcher Unternehmen sind

189 Quelle: Eigene Darstellung. Die Daten sind entnommen aus: Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.), BG-Statistiken für die Praxis 1998. Aktuelle Zahlen und Zeitreihen aus der Unfallversicherung der gewerblichen Wirtschaft, Sankt Augustin 1999, S. 13.

190 Die Zahl der Vollarbeiter ist eine statistische Größe, die zur Berechnung von Unfallhäufigkeiten verwendet wird. (Es wird nicht berücksichtigt, ob die Vollzeittätigkeit von einem oder mehreren Beschäftigten erbracht wird. Zwei Personen, die sich eine Vollzeitstelle teilen, werden als ein Vollarbeiter gerechnet.) Ein Vollarbeiter entspricht der durchschnittlich von einer vollbeschäftigten Person in der gewerblichen Wirtschaft tatsächlich geleisteten Arbeitsstundenzahl pro Jahr und spiegelt damit die Expositionszeit gegenüber Arbeitsunfällen im Unternehmen wider. Für 1998 wurde von allen gewerblichen Berufsgenossenschaften einheitlich ein Vollarbeiterrichtwert von 1.550 Stunden verwendet. Im Jahr 1998 betrug die Zahl der Vollarbeiter 30.434.689; vgl. Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.), BGZ-Report 2/99. Arbeitsunfallstatistik, Sankt Augustin 1999, S. 17 f.

191 Unfälle im Betrieb, die zu einer Arbeitsunfähigkeit von mehr als drei Tagen oder zum Tod führen; vgl. Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.), a.a.O. (Fn. 190), S. 20.

192 Betriebe mit 1.000 Beschäftigten und mehr. Als größere Unternehmen sind Betriebe von 100 bis 999 Beschäftigten anzusehen. Diese Betriebsgrößengliederung wird ebenfalls nach dem Statistischen Bundesamt vorgenommen. Hierzu siehe auch Fn. 186.

193 Vgl. Arbeitskammer des Saarlandes (Hrsg.), Bericht an die Regierung des Saarlandes 1997 zur wirtschaftlichen, ökologischen, sozialen und kulturellen Lage der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Schwerpunktthema: Mehr Arbeitsplätze in kleinen und mittleren Unternehmen, Saarbrücken 1997, S. 81; Pröll, Ulrich, Prävention in der handwerklich-kleinbetrieblichen Arbeitswelt. Wege zu einem milieugerechten Leitbild, in: ARBEIT. Zeitschrift für Arbeitsforschung, Arbeitsgestaltung und Arbeitspolitik, 7. Jg., Heft 3 / 1998, S. 226 f.

deshalb weniger mit statistischen Kennzahlen zu überzeugen als vielmehr mit Hinweisen auf den erfahrbaren Alltag in ihren Betrieben.

Kein Zweifel kann jedoch daran bestehen, daß die Ausdehnung des Arbeitsschutzes auf alle Arbeitnehmer und Betriebe notwendig und sinnvoll ist: Beschäftigte in kleinen und mittleren Unternehmen unterliegen physiko-chemischen Belastungen meist in wesentlich stärkerem Ausmaß als Mitarbeiter in großen Unternehmen. Die Belegschaften von Klein- und Mittelbetrieben sind daher auch stärker von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten betroffen.¹⁹⁴

Die Inhaber kleiner und mittlerer Betriebe haben dennoch der Übersichtlichkeit ihrer Betriebsstruktur wegen einen intensiveren Einblick in die Notwendigkeit von Arbeits- und Gesundheitsschutz als Geschäftsführer von Großunternehmen ihn haben können – ob sie ihn nutzen können und werden, hängt unter anderem von der Art der Integration des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in ihre Betriebe ab. Präventiver Arbeitsschutz kann hier durchaus Platz greifen, wenn die besondere Situation in diesen Unternehmen berücksichtigt wird (siehe hierzu die folgenden Ausführungen).

2. Präventiver Arbeitsschutz in kleinen und mittleren Unternehmen

Obwohl auch in kleinen und mittleren Unternehmen ausgeprägte und ernstzunehmende Risiken bestehen (siehe vorstehenden Punkt 1), sind Sicherheit und Gesundheit der Beschäftigten vor dem Hintergrund des Alltagsgeschäfts und

¹⁹⁴ Vgl. Kentner, Michael, Gesundheits- und Arbeitsschutz in kleineren und mittleren Unternehmen. Probleme bei Konzeption und Umsetzung, in: Arbeitsmedizin – Sozialmedizin – Umweltmedizin. Zeitschrift für Praxis, Klinik, Wissenschaft und Begutachtung, 32. Jg., Heft 12 / 1997, S. 493.

konkreter Probleme nachrangige betriebliche Zielsetzungen. Dies stellt die gesundheitsschützenden Bestimmungen aber nicht prinzipiell in Frage, sondern verweist auf die spezifische Situation von Klein- und Mittelbetrieben. Bereits Diekershoff 1982 führt mögliche Gründe für Arbeitsschutzdefizite in diesen Unternehmen an:

- "Überforderung des Unternehmers (Belastung durch verschiedene Funktionen)
- unzureichende Kenntnis der gesetzlichen Verpflichtungen
- unzureichende Kenntnis der Wirkungen technischer oder technologischer Veränderungen (z.B. im Zusammenhang mit Arbeitsstoffen, Arbeitsmitteln und Arbeitsabläufen)
- geringer Stellenwert des Arbeitsschutzes, geringe Bereitschaft der Betriebsinhaber, sich mit Fragen des Arbeitsschutzes zu beschäftigen
- zu geringe Liquidität, um Arbeitsschutzdefizite (auch Auflagen der Aufsichtsdienste) zu beseitigen
- bewußte Versuche, durch Bestehenlassen von Arbeitsschutzdefiziten Kosten zu sparen und sich einen Wettbewerbsvorteil gegenüber anderen Firmen zu verschaffen
- unter Umständen veraltete Betriebsmittel usw."¹⁹⁵

Regelungen und Aufsichtsstrategien hierzu wurden primär für große Unternehmen entwickelt, die über eine kompetente innerbetriebliche Arbeitsschutzorganisation (z.B. Sicherheitsfachkräfte, Betriebsärzte) verfügen, wo darüber hinaus ein ausge-

195 Diekershoff 1982, zitiert nach Marstedt, Gerd / Mergner, Ulrich, Soziale Dimensionen des Arbeitsschutzes. Ein Handbuch für die staatliche Arbeitsschutzaufsicht, Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven 1995, S. 157.

prägtes Problembewußtsein für arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren auf seiten der Mitarbeiter sowie der Unternehmensleitung vorhanden ist, und denen finanzielle Aufwendungen für Arbeitsschutzmaßnahmen allgemein möglich sind. In kleinen und mittleren Betrieben fehlen diese Strukturen vielfach ganz; die Aufgabe muß hier von dem damit überforderten Betriebsinhaber wahrgenommen werden.¹⁹⁶ Eine konsequente überbetriebliche Unterstützung ist notwendig, etwa durch die Berufsgenossenschaften, Krankenkassen, staatlichen Ämter für Arbeitsschutz, Innungen und Handwerkskammern.¹⁹⁷ Hierbei gilt es, die Besonderheiten von Klein- und Mittelunternehmen zu berücksichtigen (siehe nachstehenden Punkt 3).

3. Charakteristika von Klein- und Mittelbetrieben

Die Klein- und Mittelbetriebe weisen gegenüber den Großbetrieben organisationsspezifische Besonderheiten auf. Das Wirtschaften und Arbeiten in kleinen und mittleren Betrieben wird maßgeblich durch folgende Merkmale geprägt:

- Familiarität
- Selbständigkeit, Qualifikation und Motivation
- Flexibilität aller Beteiligten
- Vorbildfunktion des Eigentümer-Unternehmers

Diese Eigenschaften werden in den nachfolgenden Abschnitten näher erläutert.

¹⁹⁶ Vgl. Kliemt, Gundolf, Neue Unterstützungskonzepte sind unerlässlich, in: Gefahrstoffe in Klein- und Mittelunternehmen. Vorträge der Informationstagung am 7. und 8. März 1996 in Dortmund (Hrsg. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin), Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven 1997, S. 6; Büchner, Wolfgang, Das Projekt "Arbeitsmedizinische Betreuung in Kleinbetrieben" (AMIK) der Maschinenbau- und Metall-Berufsgenossenschaft, in: Gesundheit nicht nur denken. Handlungsansätze für Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung in Nordrhein-Westfalen (Hrsg. Kurt Bodewig), Klartext Verlag, Essen 1998, S. 114.

¹⁹⁷ Vgl. Kliemt, a.a.O. (Fn. 196), S. 16; Büchner, a.a.O. (Fn. 196), S. 114.

a. Familiarität

Eine **erste Dimension** des Begriffs Familiarität drückt aus, daß sich ein Betrieb seit langem in der Hand einer Familie befindet, die sich mit diesem weitreichend identifiziert. Eine **zweite Dimension** beschreibt die umfassende Mitarbeit der Familie in dem Unternehmen. Eine Trennung von Privatsphäre und Alltag ist nicht möglich. Damit liegt eine ambivalente Situation vor: Zum einen besteht die Möglichkeit, daß die geschäftlichen Interessen das Privatleben ganz in den Hintergrund drängen; zum anderen können private Probleme die unternehmerischen Tätigkeiten stark einschränken. Positiv ist zu bemerken, daß die privaten Interessen das unternehmerische Handeln zwar zwangsläufig beeinflussen, dies aber zum Entwurf und zur Umsetzung eines ganzheitlichen Lebensplans führt. Weiterhin ist positiv hervorzuheben, daß die Personen, mit denen zusammengearbeitet wird, sehr vertraut sind, und deren Stärken, Schwächen und Belastungsgrenzen bekannt sind. Dies vereinfacht die Aufgabenteilung, -zuordnung und -bewältigung. Die Vertrautheit der Mitarbeitenden untereinander kann dazu beitragen, daß man sich in geschäftlich schwierigen Zeiten unterstützt. Bei nicht ausreichendem Streßbewältigungspotential dürfte jedoch ein Bruch innerhalb der Lebensbereiche unvermeidbar sein. Eine **dritte Dimension** des Begriffs Familiarität ergibt sich aus der Beziehung zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern sowie der Mitarbeiter zueinander. In Klein- und Mittelbetrieben wird die räumliche und soziale Transparenz, die gute Kenntnis der Lebensumstände der Mitarbeiter, durch eine flache Hierarchie und geringe soziale Statusdifferenzen innerhalb der Belegschaft begünstigt. Hierdurch entsteht ein Zugehörigkeitsgefühl zum gleichen Milieu mit geteiltem Arbeitsethos und Normalitätsvorstellungen. Aus der Familiarität können aufgrund fehlender Möglichkeiten der

inneren Distanzierung aber auch persönliche Spannungen und Belastungen erwachsen, die nicht zu übersehen sind.¹⁹⁸

b. Selbständigkeit, Qualifikation und Motivation

Ein Kennzeichen der Abläufe in kleinen und mittleren Unternehmen ist die weitgehende Selbständigkeit der Beschäftigten hinsichtlich der Arbeitsausführung. Den Mitarbeitern obliegen zum Teil umfangreiche Aufgaben, die von der Arbeitsvorbereitung, Materialbeschaffung, -lagerung, -verwaltung über die Arbeitsausführung bis zur Wartung und Pflege des Werkzeugs und der Maschinen sowie dem praktischen Anlernen von Auszubildenden reichen. Dies bedeutet, sie verfügen über geeignete Qualifikationen und Handlungskompetenzen, die sie befähigen, im Rahmen ihres Aktionsraums Entscheidungen zur Erledigung der operativen Aufgaben zu treffen. Der Vorgesetzte nimmt sich strategischer und unternehmerischer Planungen und Entscheidungen, wie beispielsweise Akquisition, Kontaktpflege, Preisvergleiche, Werbemaßnahmen, Behörden-gänge sowie Weiterbildung an. Eine Voraussetzung für das selbständige Arbeiten ist eine qualitativ gute Ausbildung der Beschäftigten, die technische Standards der Arbeitsausführung garantiert. Zusätzlich ist die Motivation der Mitarbeiter und das Bewußtsein ihrer Mitverantwortung für die betriebliche Leistung notwendig. Sie müssen wissen, daß von ihren Fähigkeiten und Leistungen die Zufriedenheit der Kunden und damit die Überlebensfähigkeit des Unternehmens abhängt. Dem kommt entgegen, daß in vielen Klein- und Mittelunternehmen nicht in erster Linie eine Strategie der Kapitalakkumulation verfolgt

198 Vgl. Braun, Martin / Ritter, Albert / Schmauder, Martin / Wienhold, Lutz, Managementsysteme mit integriertem Arbeitsschutz in Ländern der EU. Analyse und Bewertung ihrer praktischen Eignung unter besonderer Berücksichtigung der Anforderungen für Klein- und Mittelunternehmen, Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven 1999, S. 21; Fromm, Christine, Soziale Typik und Gesundheit im handwerklichen Kleinbetrieb, in: Arbeit und Gesundheit im Kleinbetrieb. Forschungsergebnisse und Präventionserfahrungen, Tagungsband Nr. 104 (Hrsg. Sozialforschungsstelle Dortmund Landesinstitut), Dortmund 1998, S. 13 f.

wird, wodurch das Bewußtsein der gegenseitigen Abhängigkeit gestärkt wird.¹⁹⁹

Die Selbständigkeit in Klein- und Mittelbetrieben umfaßt nicht nur die eigenverantwortliche Arbeitsweise der Beschäftigten. Es ist naheliegend, daß Selbständigkeit im Handeln und Entscheiden eine Eigenschaft ist, welche die Eigentümer-Unternehmer von solchen Betrieben auszeichnet. Ihnen gefällt ihre unternehmerische Autonomie, d.h., eine unabhängige Entscheidungsfindung sowie eigene Vorstellungen der Organisation und Führung. Auflagen, die diese einschränken könnten, stehen sie skeptisch gegenüber. Im Interesse gleicher Wettbewerbsbedingungen müssen allerdings bestimmte externe Regulierungen und Kontrollen akzeptiert werden. Anforderungen und Risiken werden von dem Eigentümer-Unternehmer zumeist nicht als Bedrohung, sondern als Herausforderung verstanden, die zu bewältigen sind. Hiermit läßt sich eine entscheidende Eigenschaft eines Eigentümer-Unternehmers beschreiben, aus der sein ausgeprägter Wille und letztlich seine Qualifikation zur Selbständigkeit resultieren.²⁰⁰

c. Flexibilität

Hierunter wird die zeitliche, personelle und organisatorische Reagibilität verstanden. Sie ist ein herausragendes Kriterium und trägt wesentlich zum Erfolg von kleinen und mittleren Unternehmen bei. Eine sich ständig ändernde Terminplanung erfordert die "ad hoc"-Disposition und Koordination von Personal und Material. Meist werden mehrere Aufträge mit festen Terminen parallel bearbeitet – trotzdem muß gewährleistet sein, daß noch weitere Aufträge angenommen und aus-

199 Vgl. Braun / Ritter / Schmauder / Wienhold, a.a.O. (Fn. 198), S. 22; Fromm, a.a.O. (Fn. 198), S. 15 f.

200 Vgl. Braun / Ritter / Schmauder / Wienhold, a.a.O. (Fn. 198), S. 22; Fromm, a.a.O. (Fn. 198), S. 18 f.

geführt werden können. Als besonders vorteilhaft erweisen sich hierfür die kurzen und informellen Kommunikationswege in diesen Unternehmen, die eine hohe Ansprechbarkeit von Vorgesetzten und Mitarbeitern untereinander gewährleisten. Flexibilität heißt auch, daß die Arbeitszeiten extrem variieren: Bei guter Auftragslage kann es zu erheblichen Ausdehnungen mit den entsprechenden Belastungen kommen; da die Auftragslagen jedoch Schwankungen unterworfen sind, kann hier nicht von einem Dauerzustand gesprochen werden. Flexibilität bedeutet aber auch Vielseitigkeit, Ganzheitlichkeit und Abwechslungsreichtum der Arbeit durch unterschiedliche Aufträge und individuelle Maßanfertigungen. Vielfach wird in diesem Zusammenhang die Möglichkeit der Identifikation mit dem Produkt hervorgehoben, die zu Zufriedenheit, Selbstbestätigung und Selbstbewußtsein führt. Dies sind auch Voraussetzungen, die zur Bewältigung von Hektik und Streßsituationen, die mit flexiblen Arbeitsverhältnissen unvermeidbar einhergehen, beitragen.²⁰¹

d. Vorbildfunktion des Eigentümer-Unternehmers

Die Klein- und Mittelbetriebe verdanken zumeist ihre Entstehung einer von Dynamik geprägten Unternehmerpersönlichkeit; sie sind auf diese Person ausgerichtet und von ihr abhängig. Der Eigentümer-Unternehmer handelt aus eigenem, originärem Recht und auf eigene Rechnung, wobei er für das wirtschaftliche Schicksal des Betriebs verantwortlich ist. Ein Klein- und Mittelunternehmen wird aufgrund des personalen Charakters und der dominierenden Rolle des Eigentümer-Unternehmers nach seinen persönlichen Motiven und Zielen geführt. Das enge Verhältnis zwischen mitarbeitendem Unternehmer und seinen Beschäftigten bedeutet einen Führungs-

201 Vgl. Braun / Ritter / Schmauder / Wienhold, a.a.O. (Fn. 198), S. 22 f.; Fromm, a.a.O. (Fn. 198), S. 23 f.

vorteil.²⁰² Personales Führen heißt, eine Vorbildfunktion wahrzunehmen. Die Mitarbeiter werden dabei weniger durch Worte und Anweisungen, sondern vielmehr durch das persönliche Handeln des Unternehmers beeinflusst. Wenn die Beschäftigten den Unternehmer durch seine Leistungen beurteilen können und ihm sachliche und persönliche Autorität zugestehen, akzeptieren sie seine Weisungen aus einer Achtung heraus. Dies motiviert auch zu eigenständigem Mitdenken. Schwächen, die der Eigentümer-Unternehmer in seinem Charakter und seinem Führungsverhalten zeigt, schlagen sich in dem Verhalten seiner Mitarbeiter nieder und wirken sich so letztlich negativ auf den Unternehmenserfolg aus.²⁰³

Diese Charakteristika von kleinen und mittleren Unternehmen wurden in der Praxis betrieblicher Prävention und Gesundheitsförderung bisher zu wenig beachtet (hierzu siehe die Ausführungen in nachstehendem Punkt 4).

4. Präventionsmaßnahmen in kleinen und mittleren Betrieben

Im Rahmen einer Tagung der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 1996 wurden folgende Hemmnisse zur Etablierung von Prävention und Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Betrieben formuliert:²⁰⁴

- Vielfach fehlen die für den Arbeitsschutz erforderlichen Instanzen wie Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Betriebsärzte und Betriebsräte.

202 Je größer die Zahl der Mitarbeiter wird, um so mehr nimmt dieser enge Kontakt ab.

203 Vgl. Braun / Ritter / Schmauder / Wienhold, a.a.O. (Fn. 198), S. 23.

204 Vgl. Matschke, Barbara, Gesundheitsförderung als betriebliches Alltagshandeln. Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen, in: Gesundheitsförderung als betriebliches Alltagshandeln in kleinen und mittleren Unternehmen. Workshop vom 8 Juni 1996 in Berlin (Hrsg. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin), Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven 1997, S. 13.

- Meist dominieren hier stärker hierarchisch aufgebaute Führungsstrukturen; die Mitsprache und Mitbestimmung der Belegschaft ist weniger üblich als in großen Betrieben.
- Überwiegend wird mit einer kurzfristigen Auftragsplanung gearbeitet, welche die Einpassung langfristig orientierter Maßnahmen zur Gesundheitsförderung erschwert.
- Die Realisierung langfristiger Konzepte der betrieblichen Gesundheitsförderung (Gesundheitsbericht, Arbeitskreis Gesundheit, Gesundheitszirkel) stößt an Grenzen, die vor allem durch die geringe Mitarbeiterzahl, die Unternehmensstrukturen und das Fehlen von kompetenten Partnern gesetzt werden.
- Die begrenzten finanziellen, personellen sowie zeitlichen Ressourcen von Klein- und Mittelbetrieben schränken die Möglichkeiten der betrieblichen Gesundheitsförderung von vorne herein ein.

Das Übertragen von Konzepten aus Großunternehmen auf Klein- und Mittelunternehmen scheiterte häufig; neue Konzepte zur Prävention und Gesundheitsförderung für solche Unternehmen müssen erst entwickelt und erprobt werden.²⁰⁵ Die Erfahrungen eines Gesundheitsförderungsprojekts für das Bauhandwerk weisen die Richtung. Hier werden folgende Aspekte genannt, die es zu beachten gilt, um in kleinen und mittleren Betrieben einen hohen gesundheitlichen Effekt zu erzielen:²⁰⁶

- Interventionen sollten als offener Verständigungs-, Lern- und Organisationsprozeß verstanden werden und nicht von

205 Vgl. Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.), Präventiver Arbeitsschutz in Klein- und Mittelbetrieben. Anforderungen, Probleme und Lösungskonzepte, Düsseldorf 1997, S. 25.

206 Vgl. Braun, Bernhard / Lächele, Birgit, Probleme und Möglichkeiten der Gesundheitsförderung im Handwerk am Beispiel eines Gemeinschaftsprojekts der IKK Aalen, der Württembergischen Bau-Berufsgenossenschaft und der Bau-Innung, in: Betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und Erfahrungen bei der Realisierung (Hrsg. Peter Nieder / Britta Susen), Verlag Paul Haupt, Bern / Stuttgart / Wien 1997, S. 255 – 257.

vorne herein durch die gewohnten professionellen Vorgehensweisen beschränkt werden, die durch Standardisierung und Schematisierung gekennzeichnet sind.

- Offene Arbeitskreise sollen neue Kommunikations- und Kooperationserfahrungen ermöglichen und eine Basis zur Verständigung über Problemwahrnehmung, -bearbeitung und -lösung schaffen. Ziel ist hierbei die Einübung stärker sachbezogener Problemlösungsstrategien. Die Arbeitskreise sollten organisatorisch und von der Zusammensetzung her offen sein und je nach Problem durch inner- und außerbetriebliche Experten ergänzt werden.
- Interventionen sollten auch als soziale Prozesse verstanden und von den Beteiligten selbst gestaltet werden. Lernen durch Einsicht und Beteiligung an der Problembewältigung und -lösung erzielt nachhaltigere und stabilere Effekte als von außen herangetragene Vorschriftenkataloge.

Für den Prozeß der Problemerkennung und -lösung ist die Betriebsbezogenheit von entscheidender Bedeutung, da es sich um einen Aushandlungsprozeß verschiedener Interessengruppen eines Unternehmens handelt, die eine Verbesserung ihrer betrieblichen Gegebenheiten anstreben.

Wesentlich ist hierbei vor allem, daß darauf verzichtet werden sollte, Lösungsschemata zur Prävention und Gesundheitsförderung in Großbetrieben undifferenziert auf Klein- und Mittelbetriebe anzulegen. Wichtig ist gleichfalls eine entsprechende Grundlage für der Größenordnung nach angemessene neue Konzepte – sie müssen zunächst in Modellversuchen entwickelt und geprüft werden; jene Einsichten, die bei einem Vorhaben der Gesundheitsförderung für das Handwerk

im Baugewerbe erworben wurden, können hier überaus hilfreich sein.

Demnach sollten Interventionen als Vermittlungsversuche zur Förderung sozialer Prozesse gesehen und von allen daran Beteiligten in eigener Verantwortung gelenkt werden – sicherlich wird das Ergebnis mehr an der Bewältigung des eigenen Problems orientiert sein als es mit der bloßen Verordnung von Richtlinien der Fall wäre.

5. Nutzen betrieblicher Prävention und Gesundheitsförderung

Da Intervention und beabsichtigter Nutzen zeitlich auseinanderfallen, ist nachvollziehbar, daß viele Betriebe das Risiko hoher Investitionen mit mittel- bis langfristigen Bindungen für den Erhalt und die Förderung der Gesundheit ihrer Mitarbeiter scheuen. Dennoch sollte aber nicht die Reduzierung der Ausfallzeiten der alleinige intendierte Effekt sein. Ein Nutzen für alle beteiligten Akteure erhöht die Umsetzung gesundheitsbezogener Maßnahmen.

Aus der **Sicht des Unternehmens** kann sich dieser sowohl in geringeren Fehlzeiten und hiermit einhergehender höherer Verfügbarkeit des Personals als auch in einer Steigerung der Mitarbeitermotivation, niedrigeren Fluktuationsraten der Beschäftigten, einer Qualitätssteigerung mit verbesserten Wettbewerbschancen, geringerem Konfliktpotential und einer Imageverbesserung äußern. Aus der **Sicht der Mitarbeiter** kann eine Verbesserung des Gesundheitszustands durch geringere Belastungen, höheres Wohlbefinden, gesteigerte Leistungsbereitschaft und Arbeitszufriedenheit, ein besseres Betriebsklima und auch verbesserte Problemlösungsstrategien

möglicher Nutzen sein.²⁰⁷ Somit sollten die Präventions- und Gesundheitsförderungsprojekte keineswegs kurzfristige Erfolgserwartungen hervorrufen, sondern als Investition in die Unternehmenskultur verstanden werden, die auf vielen Ebenen – auch betriebswirtschaftlich – wirksam wird.²⁰⁸

In diesem Zusammenhang wird deutlich: Keinesfalls dürfen von seiten des Unternehmens die verschiedenen Möglichkeiten zur Intervention mit einem zeitlich direkt zusammenhängenden Nutzen gleichgesetzt werden – unzumutbarer Erfolgsdruck wäre dann die Folge. Die Projekte der Gesundheitsförderung brauchen durchaus ihre Zeit, bis sie greifen können. Langfristig gesehen zahlen sich diese betriebsbezogenen Maßnahmen sowohl für die Unternehmensleitung wie für die Mitarbeiter – auch kleiner und mittlerer Betriebe – in jedem Fall aus.

Alle Aktivitäten zur gesundheitlichen Prävention und Förderung sind ein Weg, aus einem funktionierenden Unternehmen einen Betrieb mit stabiler Unternehmenskultur zu machen – Unternehmenskultur, das ist letztlich zentraler Anspruch von Gesundheitsförderung, kann nicht von oben herab verordnet werden, sondern muß sich aus einer Verflechtung entwickeln, die von der Gesamtheit der in einer Organisation Tätigen gleichermaßen beansprucht und gefördert wird.

207 Vgl. Thiehoff, Rainer, Betriebliches Gesundheitsschutzmanagement. Möglichkeiten erfolgreicher Interessenbalance, Erich Schmidt Verlag, Berlin 2000, S. 45 – 47; Krüger, Wolfgang, Ökonomische Aspekte des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in kleinen und mittleren Betrieben, in: Integration von Arbeits- und Gesundheitsschutz in die Unternehmensführung von Klein- und Mittelbetrieben. Informationsveranstaltung vom 5. Juni 1999 in Berlin (Hrsg. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin), Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven 2000, S. 45 f.

208 Siehe hierzu auch die Ausführungen in **Teil A III. 8.**, zweiter Absatz.

III. Zwischenbemerkungen/Hinführung zu Teil C

In **Teil B** dieser Arbeit wurde der Arbeits- und Gesundheitsschutz in einem erweiterten bzw. ganzheitlichen Verständnis dargelegt und hier auf kleine und mittlere Betriebe zentriert; diese wurden bei der wissenschaftlichen Bearbeitung bisher noch nicht hinreichend gewürdigt.

Durch die Ausführungen in **Teil C** wird offenkundig, daß auch bei den Unternehmen kleiner und mittlerer Größenordnung entsprechende Aktivitäten und Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. eines umfassenden Arbeits- und Gesundheitsschutzes sinnvoll und zielgerichtet wirken können. Dafür können als **zentrale Orientierungspunkte** der Einbezug der gesamten Belegschaft, die konsequente Berücksichtigung der betrieblichen Gesundheitsförderung bei allen wichtigen Entscheidungen, die systematische Durchführung sämtlicher Projekte und die Förderung von verhaltens- wie verhältnispräventiver Maßnahmen genannt werden.

Teil C: Arbeit und Gesundheit in kleinen und mittleren Betrieben – Resultate einer Befragung

I. Positionen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz im Betrieb

Bei der Untersuchung wurden verschiedene Positionen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz formuliert und überprüft.²⁰⁹

- Arbeits- und Gesundheitsschutz im Unternehmen führt zur Einsparung von Kosten, zu höherer Produktivität sowie zu einem besseren Betriebsklima (**Position 1**).
- Arbeits- und Gesundheitsschutz im Betrieb ist gesetzliche sowie auch eine soziale Verpflichtung zur Vermeidung von Krankheiten und Unfällen (**Position 2**).
- Arbeits- und Gesundheitsschutz im Unternehmen stellt eine Verschwendung von Zeit und Geld dar (**Position 3**).

II. Ausgangssituation

Von September 1999 bis Dezember 1999 wurden 20 Betriebe kleiner und mittlerer Größenordnung mit unterschiedlichen Berufs- bzw. Beschäftigtengruppen (Dachdecker, Elektro-/ Gas- und Wasserinstallateure, Kraftfahrzeugmechaniker/-elektriker, Maler und Lackierer, Tischler) in Stadt und Landkreis Kassel (ein Betrieb im Schwalm-Eder-Kreis) zum Thema Arbeit und Gesundheit befragt.

²⁰⁹ Die hier formulierten Positionen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz im Betrieb werden in der zu dieser Thematik relevanten Literatur diskutiert (hierzu siehe auch Teil B II. 5.). Zur praktischen Überprüfung der verschiedenen Positionen siehe nachstehenden Punkt V.

III. Befragungsziel

Das Ziel der Erhebung war es, die Beschreibung der gesundheitlichen Situation der Mitarbeiter in kleinen und mittleren Betrieben des Handwerks vorzunehmen. Darüber hinaus sollten auch der Stellenwert des Arbeits- und Gesundheitsschutzes im Betrieb und Voraussetzungen für ein Präventionskonzept²¹⁰ ermittelt werden.

Dies bedeutet, die bislang entwickelten, theoretischen Vorgaben in der betrieblichen Praxis zu überprüfen und auch transparenter zu machen. Hierzu sind einige Anmerkungen notwendig, die den theoretischen Rahmen relativieren und in seiner Beziehung zum empirischen Bereich angemessen definieren.

Durch den raschen sozialen Wandel und die sich daraus ergebenden vielfältigen Veränderungen von Lebenswelten wird die wissenschaftliche Forschung in zunehmendem Maß vor soziale Kontexte und Perspektiven gestellt, welche sich so komplex präsentieren, daß ihre deduktiven Methoden – mit denen die Fragestellungen und Hypothesen aus theoretischen Modellen hergeleitet sowie empirisch überprüft werden – diesen überaus differenzierten Gegebenheiten nicht hinreichend Rechnung tragen.

Qualitative Forschung ist sicherlich von anderen Leitgedanken bestimmt als quantitative Forschung. Diese ist – und hierbei muß auch das Fachgebiet der vorliegenden Arbeit mit eingeschlossen werden – dadurch in weit stärkerem Maß als bisher auf induktive Vorgehensweisen angewiesen. Nicht länger ist von Theorien und deren Überprüfung auszugehen, sondern es muß sich mit Konzepten vertraut gemacht werden, die an zu untersuchende Zusammenhänge wesentlich sensibler heran-

210 Teil D der Arbeit (Handlungskonzept – Klein- und Mittelbetrieb).

gehen. Entsprechend theoretisches Vorwissen fließt in diese Konzepte ein. Damit werden Theorien aus empirischen Untersuchungen heraus entwickelt sowie Wissen und Handeln als solches spezifisch untersucht.

Auch müssen Überlegungen dahingehend angestellt werden, ob bestimmte Fragestellungen empirisch zu realisieren sind und in welcher Weise die getroffenen Aussagen einen Erkenntniswert haben. Die empirisch begründete Formulierung dieser subjekt- und situationsspezifischen Angaben ist eines der Ziele, welches mit qualitativer Forschung erreicht werden kann.

Hinzugefügt sei noch folgendes: Qualitative Forschung läßt sich nicht darauf reduzieren, daß bestimmte Methoden anstelle anderer Verfahren angewendet werden, d.h., qualitative wie quantitative Forschung sind keineswegs unvereinbare Gegensätze; sie können auch erfolgreich miteinander kombiniert werden.

Die Zielsetzung der durchgeführten Befragung liegt auch darin, festzustellen, daß die gemeinsamen Kennzeichen qualitativer Forschung – über verschiedene theoretische Positionen hinweg – wissenschaftliches Verstehen, den konkreten Fallbezug, die Konstruktion von Wirklichkeit aus den Ergebnissen der Erhebung und letztlich die Verwendung von erklärenden Texten als Material darstellen. – Wie kann nun Realität im Fall der zu Untersuchungszwecken eingeeengten Befragung hergestellt werden?

Über diese Frage wird im nächsten Abschnitt nachgedacht – vor allem im Hinblick auf die Auswahl der Interviewtechnik.

IV. Methodisches Vorgehen und Ergebnisse der Untersuchung

Zur Datenerhebung wurde der beiliegende "Fragebogen zur Gesundheitssituation am Arbeitsplatz"²¹¹ im Rahmen eines halbstandardisierten Interviews eingesetzt. Die Teilnehmer der Befragung waren jeweils die Betriebsinhaber sowie ein Arbeitnehmer.

Die Darstellung der Resultate des durchgeführten Interviews erfolgt zum einen für jeden Betrieb in einer vereinheitlichten Form und berücksichtigt zum anderen zusätzlich gemachte Anmerkungen der Befragungsteilnehmer.²¹²

In diesem Zusammenhang besagt die Wahl von halbstandardisierten Interviewfragen zunächst nichts anderes, als daß über einen komplexen Bestand an Wissen zum Thema der Gesundheitssituation am Arbeitsplatz verfügt wird. Durch diese Basis ergeben sich potentiell verfügbare Feststellungen, die der Interviewpartner von sich aus auf die jeweiligen Fragen äußern kann.

Dieser Wissensstand beinhaltet bereits Annahmen, über deren Beantwortung Übereinkunft besteht und für deren Artikulation sich methodischer Hilfen bedient werden sollte. Daher werden hier verschiedene Arten von Fragen verwendet.

Die Bestandteile des Interviews dieser Arbeit werden nach thematischen Aspekten konzipiert; die Durchführung der Befragung wird durch die Vorgabe von inhaltlichen Bereichen und durch die Möglichkeit einer strukturierten Beantwortung von

211 Siehe im Anhang.

212 Bedingung für das Ausfüllen des Fragebogens und der darüber hinaus gegebenen Auskünfte war, daß das einzelne Unternehmen nicht namentlich mit dem jeweiligen betrieblichen Resultat der Datenerhebung in Verbindung gebracht werden kann. Deshalb wurde dies entsprechend bei der Darstellung der Untersuchungsergebnisse berücksichtigt. Im Anhang sind die Betriebe namentlich verzeichnet.

Fragen anhand eines Rasters wissenschaftlicher Theorien zum Thema bestimmt. – Die so standardisierte Auswertung wird nachfolgend dargeboten.

1. Standardisierte Auswertung – Fragebogen Gesundheitssituation am Arbeitsplatz

Um das Ergebnis der Bewertung graphisch darzustellen und damit die Probleme auf einen Blick sichtbar zu machen, wurde hier als Hilfsmittel das Netzdiagramm mit einer Wertetabelle gewählt. Als Arbeitsgrößen dienen der **"kritische Bereich"**, bei dessen Erreichen belastungsmindernde Maßnahmen notwendig werden,²¹³ die **"Selbsteinschätzung"**, welche die Belastungsbeurteilung durch einen Arbeitnehmer widerspiegelt, und die **"Fremdeinschätzung"**, in der die Beurteilung der Mitarbeiterbelastung durch den Betriebsinhaber²¹⁴ zum Ausdruck kommt. Hinzuzufügen ist folgendes:

- Der "kritische Bereich" wurde hier in der Einzelbewertung mit dem **Zahlenwert (3) – befriedigende Verhältnisse**, d.h., es liegt ein noch erträglicher Zustand vor –²¹⁵ festgelegt.²¹⁶

213 Diese Maßnahmen sollten entsprechend thematisiert werden: In der gewählten graphischen Darstellung eines Netzdiagramms ist besonderes Augenmerk auf den erwähnten "kritischen Bereich" zu richten. Mit diesem Begriff – wenn er in einer bestimmten Größenordnung erreicht wird – wird darauf verwiesen, daß Handlungsbedarf von seiten der Mitarbeiter des Unternehmens wie durch den Betriebsinhaber besteht. Hier müssen beide Seiten zielgerichtet an der Lösung der anstehenden Probleme mitarbeiten.

214 Zur Position des Inhabers sowie dem zugrundeliegenden interpretativen Hintergrund der nachstehenden Resultate hinsichtlich der Arbeitsgrößen "Selbsteinschätzung" und "Fremdeinschätzung" siehe die Ausführungen in der Einleitung unter II., sechster Absatz.

215 Bestimmte belastende Arbeitsbedingungen und Gefahren können im Rahmen der Ausübung der Tätigkeiten nicht völlig ausgeschlossen werden.

216 Bei drei Fragen im Fragenbereich I (Grundlegende Fragen zur Arbeitssituation) entspricht das $3 \times 3 = 9$; bei fünf Fragen im Fragenbereich II (Fragen zum Arbeitsplatz) entspricht das $5 \times 3 = 15$; bei fünf Fragen im Fragenbereich III (Fragen zur Arbeitsumgebung) entspricht das $5 \times 3 = 15$; bei acht Fragen im Fragenbereich IV (Fragen zur Tätigkeit) entspricht das $8 \times 3 = 24$; bei fünf Fragen im Fragenbereich V (Fragen zur Organisation) entspricht das $5 \times 3 = 15$.

- Bei den Zahlenangaben zur "Selbsteinschätzung" sowie zur "Fremdeinschätzung" handelt es sich um die addierten Zahlenwerte der angekreuzten Antworten jeweils für einen Fragenbereich.

a. **Bewertung der Arbeit und Gesundheit in Betrieben des Dachdeckerhandwerks**

Vor der Darstellung der Untersuchungsergebnisse werden zunächst Betriebsdaten wiedergegeben.²¹⁷ Hierzu erfolgt noch eine Einteilung der Beschäftigten in unterschiedliche Altersgruppen. So werden die Betriebsangehörigen in Altersgruppen von Personen unterteilt, die jünger als 20 Jahre sind, in Mitarbeiter von 20 bis 30 Jahre, in solche von 30 bis 40 Jahre, darauf folgend Arbeitnehmer von 40 bis 50 Jahre und danach jene, die 50 Jahre und älter sind.

Betrieb A

- Anzahl der Mitarbeiter: 15
- Altersgruppen:
 - < 20 Jahre = 1 Mitarbeiter
 - 20 bis < 30 Jahre = 8 Mitarbeiter
 - 30 bis < 40 Jahre = 4 Mitarbeiter
 - 40 bis < 50 Jahre = 2 Mitarbeiter
 - 50 Jahre und älter = 0 Mitarbeiter
- Krankenstand²¹⁸: etwa 5 %

217 Diese Daten wurden zusätzlich während des Interviews notiert.

218 Prozentuales Verhältnis von krankheitsbedingter Fehlzeit (Arbeitsunfähigkeitszeit) zu der Sollarbeitszeit. Unter Sollarbeitszeit wird die von den Mitarbeitern aufgrund vertraglicher Verpflichtungen tatsächlich zu leistende Arbeitszeit (ohne Urlaub und Feiertage) verstanden. Ermittelt wird also, wieviel Tage oder Stunden von der Arbeitszeit ausgefallen sind, die der Betrieb von dem einzelnen Arbeitnehmer (oder allen Arbeitnehmern) erwarten konnte; vgl. Schnabel, Claus, Betriebliche Fehlzeiten. Ausmaß, Bestimmungsgründe und Reduzierungsmöglichkeiten, Deutscher Instituts-Verlag, Köln 1997, S. 9. In der Regel gehen die Betriebe je Beschäftigtem von 220 Arbeitstagen eines Jahres als Sollarbeitszeit aus, wie auch die hier untersuchten. Diese Basis hat ebenfalls für die Krankenstandskennzahlen bzw. -größen der Krankenkassen Gültigkeit (siehe **Teil C VII.**).

In **Betrieb A** sind 15 Mitarbeiter tätig, von denen einer jünger als 20 Jahre ist. Die deutliche Mehrzahl der Beschäftigten liegt mit acht Personen in der Gruppe der 20- bis 30jährigen, während nur vier Arbeitnehmer zwischen 30 und 40 Jahre sowie zwei zwischen 40 und 50 Jahre sind. In der Altersgruppe der über 50jährigen hat dieser Betrieb keine Mitarbeiter. Der Krankenstand liegt hier bei fünf Prozent.

Betrieb B

- Anzahl der Mitarbeiter: 28
- Altersgruppen:
 - < 20 Jahre = 0 Mitarbeiter
 - 20 bis < 30 Jahre = 8 Mitarbeiter
 - 30 bis < 40 Jahre = 6 Mitarbeiter
 - 40 bis < 50 Jahre = 7 Mitarbeiter
 - 50 Jahre und älter = 7 Mitarbeiter
- Krankenstand: etwa 6 %

Der **Betrieb B** weist 28 Mitarbeiter auf, wobei keiner jünger ist als 20 Jahre. Die Gruppe der 20- bis 30jährigen ist auch hier mit acht Beschäftigten am stärksten vertreten, während die Gruppen der 30- bis 40jährigen sowie der 40- bis 50jährigen mit jeweils sechs bzw. sieben Personen geringfügig darunter liegen. 50jährige und ältere Mitarbeiter sind ebenso mit sieben vertreten. In diesem Betrieb liegt der Krankenstand bei sechs Prozent.

Betrieb C

- Anzahl der Mitarbeiter: 10
- Altersgruppen:
 - < 20 Jahre = 2 Mitarbeiter
 - 20 bis < 30 Jahre = 3 Mitarbeiter
 - 30 bis < 40 Jahre = 2 Mitarbeiter

40 bis < 50 Jahre = 1 Mitarbeiter

50 Jahre und älter = 2 Mitarbeiter

- Krankenstand: etwa 5 %

Von den ausgewählten vier Betrieben des Dachdeckerhandwerks hat der **Betrieb C** mit zehn Personen die geringste Anzahl an Mitarbeitern. Die Anzahl der unter 20jährigen liegt hier bei zwei Beschäftigten, während die 20- bis 30jährigen Mitarbeiter mit drei die größte Gruppe in diesem Betrieb stellen. Zwei Arbeitnehmer sind zwischen 30 und 40 Jahre und nur einer zwischen 40 und 50 Jahre. Die über 50jährigen stellen zwei Beschäftigte. Der Krankenstand liegt auch wie in Betrieb A bei fünf Prozent.

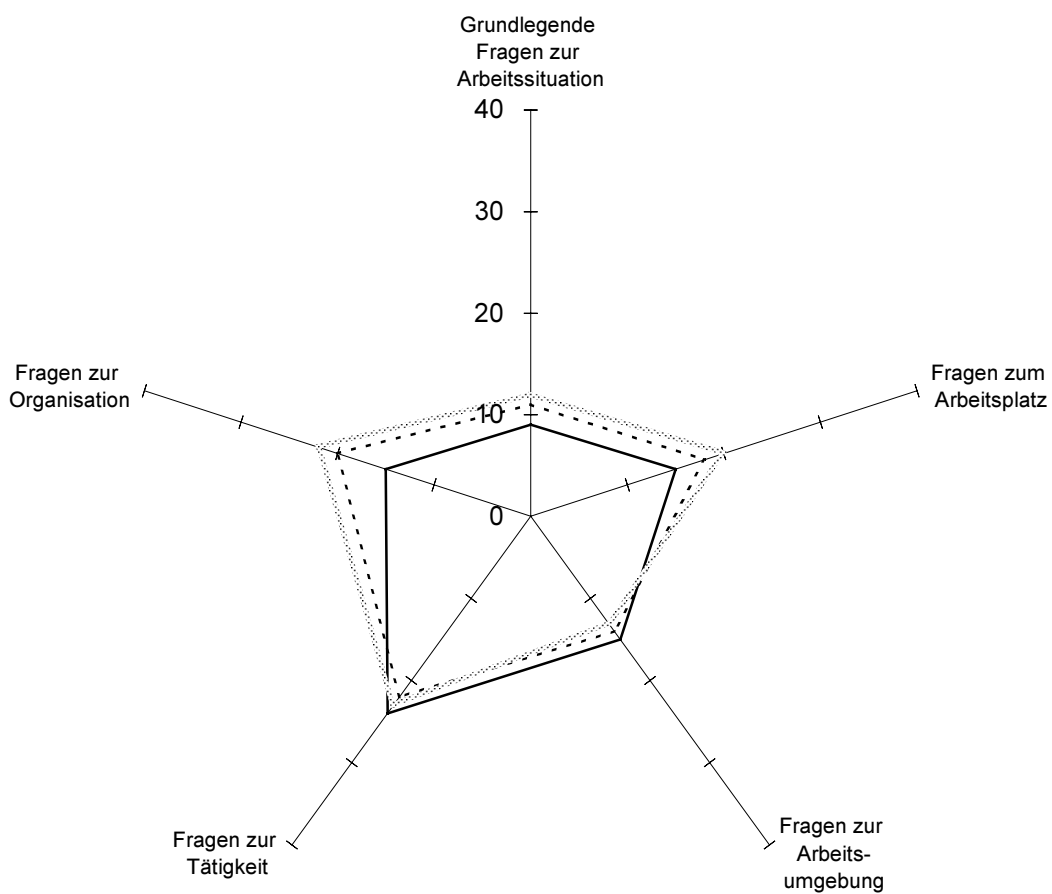
Betrieb D

- Anzahl der Mitarbeiter: 13
- Altersgruppen:
 - < 20 Jahre = 3 Mitarbeiter
 - 20 bis < 30 Jahre = 8 Mitarbeiter
 - 30 bis < 40 Jahre = 1 Mitarbeiter
 - 40 bis < 50 Jahre = 1 Mitarbeiter
 - 50 Jahre und älter = 0 Mitarbeiter
- Krankenstand: etwa 4 %

In **Betrieb D** werden 13 Mitarbeiter beschäftigt. Sie teilen sich in den Altersgruppen wie folgt auf: drei Arbeitnehmer sind jünger als 20 Jahre, während auch in diesem Unternehmen die Betriebsangehörigen in der Altersgruppe der 20- bis 30jährigen mit acht zahlenmäßig die stärkste Gruppe stellen. In der Gruppe der 30- bis 40jährigen und der 40- bis 50jährigen ist jeweils nur ein Mitarbeiter vorhanden. Kein Beschäftigter ist 50 Jahre und älter. Unter den befragten Betrieben des Dachdeckerhandwerks ist hier der Krankenstand am geringsten; er liegt bei vier Prozent.

aa. Berufsgruppe Dachdecker - Betrieb A

	Grundlegende Fragen zur Arbeitssituation	Fragen zum Arbeitsplatz	Fragen zur Arbeits- umgebung	Fragen zur Tätigkeit	Fragen zur Organisation
kritischer Bereich	9	15	15	24	15
Selbsteinschätzung	11	18	14	22	20
Fremdeinschätzung	12	20	13	23	22



—— kritischer Bereich (belastungsmindernde Maßnahmen notwendig)

- - - - - Selbsteinschätzung (Beurteilung durch einen Arbeitnehmer)

..... Fremdeinschätzung (Beurteilung durch Betriebsinhaber)

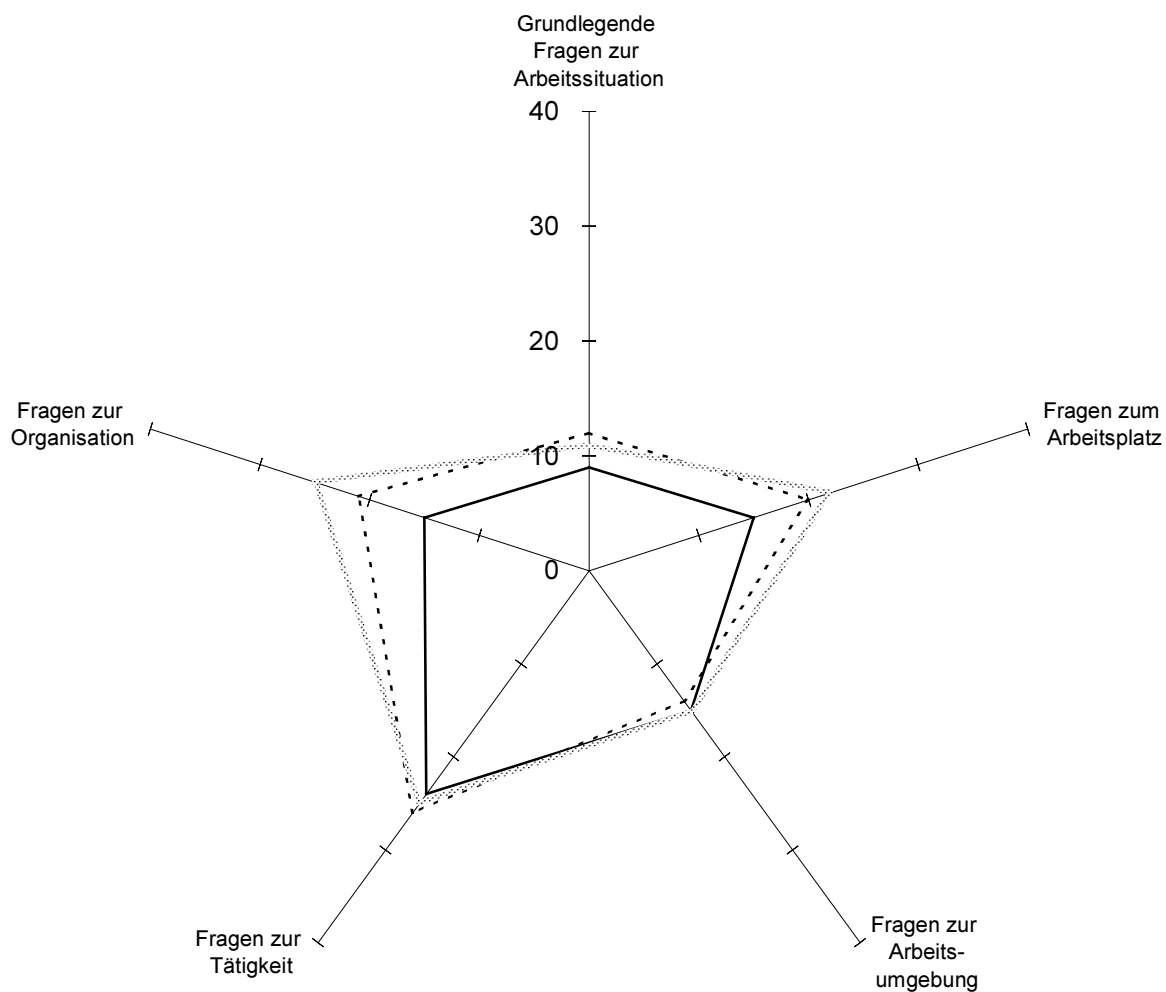
In **Unternehmen A** des Dachdeckerhandwerks sind die Ergebnisse aus den **Fragenbereichen I** (Grundlegende Fragen zur Arbeitssituation), **II** (Fragen zum Arbeitsplatz) sowie **V** (Fragen zur Organisation) sowohl bei der "Selbsteinschätzung" (Beurteilung durch einen Mitarbeiter) als auch bei der "Fremdeinschätzung" (Beurteilung durch Betriebsinhaber) durchweg gut. Die **Fragenbereiche III** (Fragen zur Arbeitsumgebung) und **IV** (Fragen zur Tätigkeit) deuten in der Folge Handlungsbedarf²¹⁹ an, da jeweils durch Arbeitnehmer wie Inhaber die Belastung so beurteilt wird, daß sie den Zahlenwert des "kritischen Bereichs" leicht unterschreitet.

Durch die in verschiedenen Fragenbereichen festgestellten positiven Resultate enthält diese Bewertung bereits relevante Aussagen über eine bestehende Zufriedenheit mit der Arbeits- und Gesundheitssituation. Die Verantwortung für die Belange des Arbeits- und Gesundheitsschutzes wird von der gesamten Belegschaft geteilt. Gesundheit bedeutet hier nicht nur körperliche Gesundheit, sondern umfaßt auch allgemeines Wohlbefinden und Arbeitszufriedenheit. – Obwohl die Beschäftigten mit der Gesundheitssituation am Arbeitsplatz gegenwärtig zufrieden sind, engagiert sich das Unternehmen weiter für die Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden. So wie die Qualifizierung der Mitarbeiter wird auch Gesundheit als eine Angelegenheit betrachtet, bei der sich der Betrieb keine Nachlässigkeit erlauben kann. Die Überzeugung, daß eine gesunde und motivierte Belegschaft einen wesentlichen Beitrag zum Erfolg des Unternehmens leistet, ist in diesem Betrieb vorhanden.

219 Handlungsbedarf bedeutet die Einführung von belastungsmindernden Maßnahmen soweit vorzustrukturieren, daß Unternehmer wie Mitarbeiter weitgehende Einsicht in einen solchen haben können und spezifische Hemmschwellen auf beiden Seiten abgebaut werden. Die damit zusammenhängenden Aktivitäten bedeuten zugleich auch, vermehrt Experten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in einem Betrieb dieser Größenordnung einzusetzen und ihr fachliches Wissen und Können zielgerichtet zu nutzen. – Diese Vorgehensweise liefert eine Grundlage dafür, um auch in kleinen und mittleren Unternehmen erweiterten bzw. umfassenden Arbeits- und Gesundheitsschutz etablieren zu können.

bb. Berufsgruppe Dachdecker - Betrieb B

	Grundlegende Fragen zur Arbeitssituation	Fragen zum Arbeitsplatz	Fragen zur Arbeits- umgebung	Fragen zur Tätigkeit	Fragen zur Organisation
kritischer Bereich	9	15	15	24	15
Selbsteinschätzung	12	20	14	26	21
Fremdeinschätzung	11	22	15	25	25



—— kritischer Bereich (belastungsmindernde Maßnahmen notwendig)

- - - - - Selbsteinschätzung (Beurteilung durch einen Arbeitnehmer)

..... Fremdeinschätzung (Beurteilung durch Betriebsinhaber)

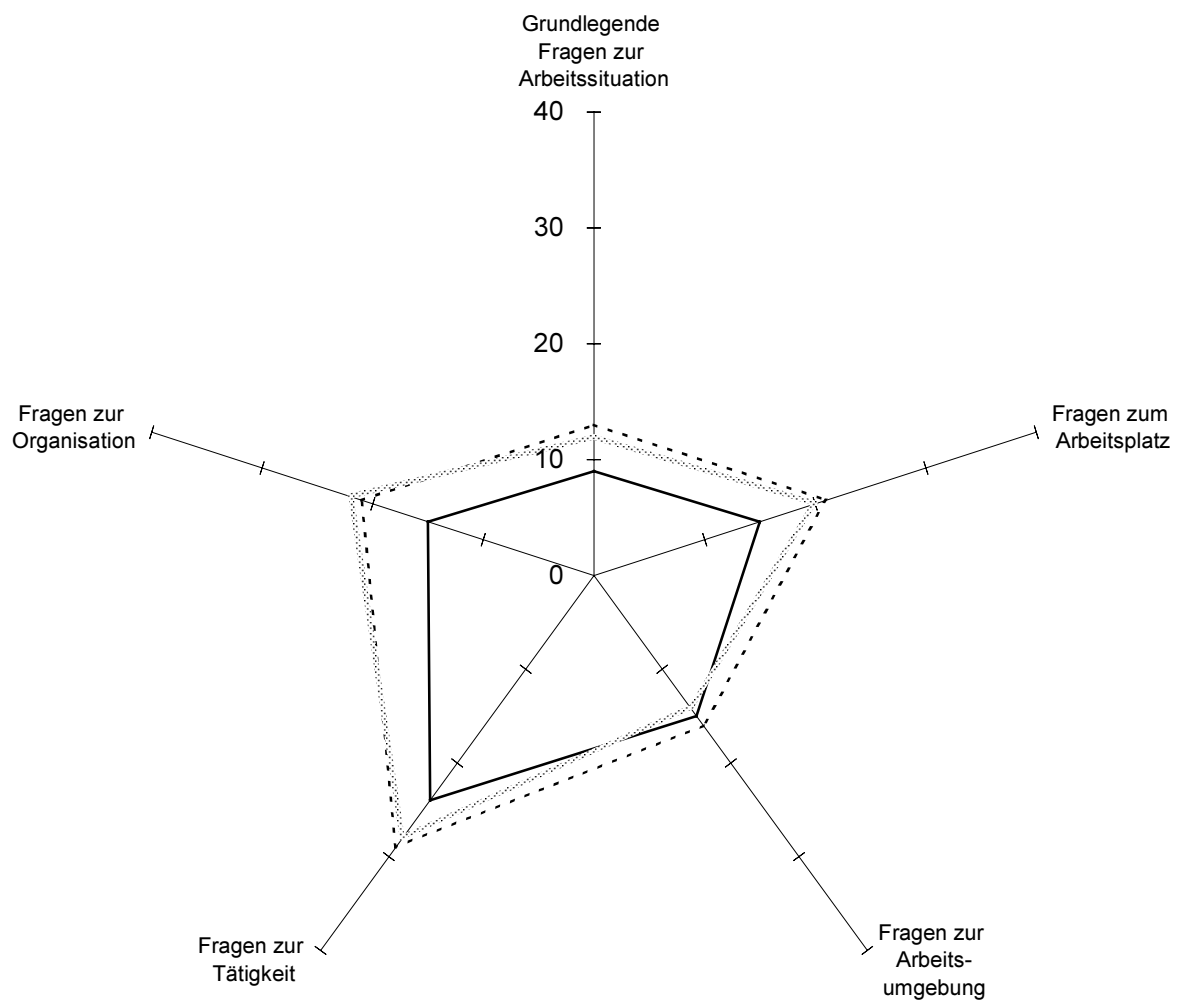
Hier liegt eine vergleichbare Situation mit der des Unternehmens A vor. So sind in **Betrieb B** des Dachdeckerhandwerks die Resultate aus den **Fragenbereichen I** (Grundlegende Fragen zur Arbeitssituation), **II** (Fragen zum Arbeitsplatz) sowie **V** (Fragen zur Organisation) sowohl bei der "Selbsteinschätzung" (Beurteilung durch einen Mitarbeiter) als auch bei der "Fremdeinschätzung" (Beurteilung durch Betriebsinhaber) durchweg positiv. Für die **Fragenbereiche III** (Fragen zur Arbeitsumgebung) und **IV** (Fragen zur Tätigkeit) deutet sich in der Folge Handlungsbedarf²²⁰ an, da jeweils durch Arbeitnehmer wie Inhaber die Belastung so beurteilt wird, daß sie dem Zahlenwert des "kritischen Bereichs" nahekommt, ihn erreicht hat oder leicht unterschreitet.

Diese Bewertung enthält durch die in verschiedenen Fragenbereichen festgestellten positiven Ergebnisse bereits relevante Aussagen über eine bestehende Zufriedenheit mit der Arbeits- und Gesundheitssituation. Die Verantwortung für die Belange des Arbeits- und Gesundheitsschutzes wird von der gesamten Belegschaft geteilt. Gesundheit bedeutet hier nicht nur körperliche Gesundheit, sondern umfaßt auch allgemeines Wohlbefinden und Arbeitszufriedenheit. – Wenngleich die Beschäftigten mit der Gesundheitssituation am Arbeitsplatz gegenwärtig zufrieden sind, engagiert sich das Unternehmen weiter für die Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden. So wie die Qualifizierung der Mitarbeiter wird auch Gesundheit als eine Angelegenheit betrachtet, bei der sich der Betrieb keine Nachlässigkeit erlauben kann. Die Überzeugung, daß eine gesunde und motivierte Belegschaft einen wichtigen Beitrag zum Erfolg des Unternehmens leistet, ist hier vorhanden.

220 Handlungsbedarf bedeutet die Einführung von belastungsmindernden Maßnahmen soweit vorzustrukturieren, daß Unternehmer wie Mitarbeiter weitgehende Einsicht in einen solchen haben können und spezifische Hemmschwellen auf beiden Seiten abgebaut werden. Die damit zusammenhängenden Aktivitäten bedeuten zugleich auch, vermehrt Experten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in einem Betrieb dieser Größenordnung einzusetzen und ihr fachliches Wissen und Können zielgerichtet zu nutzen. – Diese Vorgehensweise liefert eine Grundlage dafür, um auch in kleinen und mittleren Unternehmen erweiterten bzw. umfassenden Arbeits- und Gesundheitsschutz etablieren zu können.

cc. Berufsgruppe Dachdecker - Betrieb C

	Grundlegende Fragen zur Arbeitssituation	Fragen zum Arbeitsplatz	Fragen zur Arbeits- umgebung	Fragen zur Tätigkeit	Fragen zur Organisation
kritischer Bereich	9	15	15	24	15
Selbsteinschätzung	13	21	16	29	21
Fremdeinschätzung	12	20	14	28	22



—— kritischer Bereich (belastungsmindernde Maßnahmen notwendig)

- - - - - Selbsteinschätzung (Beurteilung durch einen Arbeitnehmer)

..... Fremdeinschätzung (Beurteilung durch Betriebsinhaber)

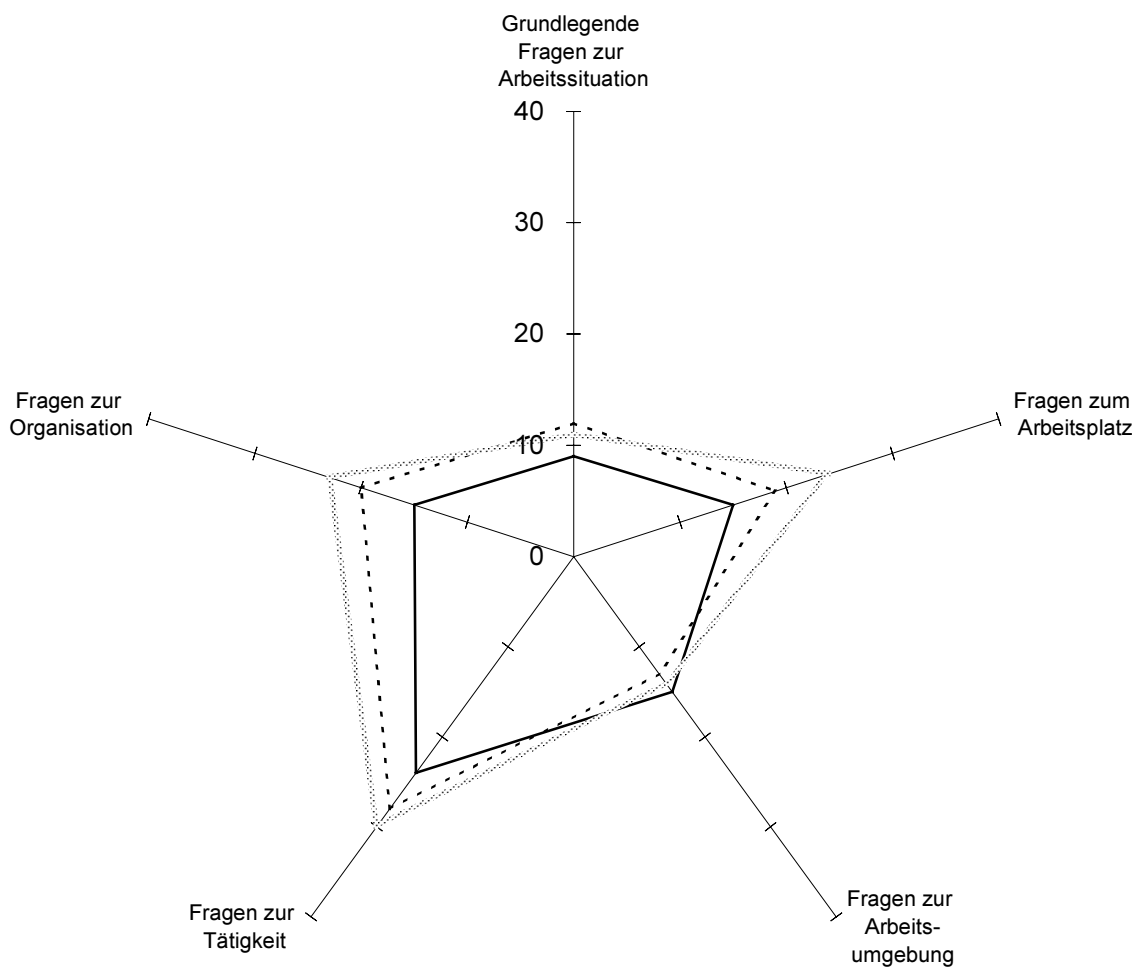
Auch in **Unternehmen C** des Dachdeckerhandwerks sind die Ergebnisse aus den **Fragenbereichen I** (Grundlegende Fragen zur Arbeitssituation), **II** (Fragen zum Arbeitsplatz) sowie **V** (Fragen zur Organisation) sowohl bei der "Selbsteinschätzung" (Beurteilung durch einen Mitarbeiter) als auch bei der "Fremdeinschätzung" (Beurteilung durch Betriebsinhaber) durchweg gut. Entsprechendes trifft auf den **Fragenbereich IV** (Fragen zur Tätigkeit) zu. Hier deutet nur der **Fragenbereich III** (Fragen zur Arbeitsumgebung) in der Folge Handlungsbedarf²²¹ an, da jeweils durch Arbeitnehmer wie Inhaber die Belastung so beurteilt wird, daß sie dem Zahlenwert des "kritischen Bereichs" nahek kommt oder ihn leicht unterschreitet.

Durch die in verschiedenen Fragenbereichen festgestellten positiven Resultate enthält diese Bewertung bereits relevante Aussagen über eine bestehende Zufriedenheit mit der Arbeits- und Gesundheitssituation. Die Verantwortung für die Belange des Arbeits- und Gesundheitsschutzes wird von der gesamten Belegschaft geteilt. Gesundheit bedeutet hier nicht nur körperliche Gesundheit, sondern umfaßt auch allgemeines Wohlbefinden und Arbeitszufriedenheit. – Obwohl die Beschäftigten mit der Gesundheitssituation am Arbeitsplatz gegenwärtig zufrieden sind, engagiert sich das Unternehmen weiter für die Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden. So wie die Qualifizierung der Mitarbeiter wird auch Gesundheit als eine Angelegenheit betrachtet, bei der sich der Betrieb keine Nachlässigkeit erlauben kann. Die Überzeugung, daß eine gesunde und motivierte Belegschaft einen wesentlichen Beitrag zum Erfolg des Unternehmens leistet, ist in diesem Betrieb vorhanden.

221 Handlungsbedarf bedeutet die Einführung von belastungsmindernden Maßnahmen soweit vorzustrukturieren, daß Unternehmer wie Mitarbeiter weitgehende Einsicht in einen solchen haben können und spezifische Hemmschwellen auf beiden Seiten abgebaut werden. Die damit zusammenhängenden Aktivitäten bedeuten zugleich auch, vermehrt Experten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in einem Betrieb dieser Größenordnung einzusetzen und ihr fachliches Wissen und Können zielgerichtet zu nutzen. – Diese Vorgehensweise liefert eine Grundlage dafür, um auch in kleinen und mittleren Unternehmen erweiterten bzw. umfassenden Arbeits- und Gesundheitsschutz etablieren zu können.

dd. Berufsgruppe Dachdecker - Betrieb D

	Grundlegende Fragen zur Arbeitssituation	Fragen zum Arbeitsplatz	Fragen zur Arbeits- umgebung	Fragen zur Tätigkeit	Fragen zur Organisation
kritischer Bereich	9	15	15	24	15
Selbsteinschätzung	12	19	13	28	20
Fremdeinschätzung	11	24	14	30	23



—— kritischer Bereich (belastungsmindernde Maßnahmen notwendig)

- - - - - Selbsteinschätzung (Beurteilung durch einen Arbeitnehmer)

..... Fremdeinschätzung (Beurteilung durch Betriebsinhaber)

Wie in den ersten drei Unternehmen sind die Resultate auch bei **Betrieb D** des Dachdeckerhandwerks aus den **Fragenbereichen I** (Grundlegende Fragen zur Arbeitssituation), **II** (Fragen zum Arbeitsplatz) und **V** (Fragen zur Organisation) sowohl bei der "Selbsteinschätzung" (Beurteilung durch einen Mitarbeiter) als auch bei der "Fremdeinschätzung" (Beurteilung durch Betriebsinhaber) durchweg positiv. Gleiches trifft hier auf den **Fragenbereich IV** (Fragen zur Tätigkeit) zu. Der **Fragenbereich III** (Fragen zur Arbeitsumgebung) jedoch deutet in der Folge Handlungsbedarf²²² an, da jeweils durch Arbeitnehmer wie Inhaber die Belastung so beurteilt wird, daß sie den Zahlenwert des "kritischen Bereichs" leicht unterschreitet.

Diese Bewertung enthält durch die in verschiedenen Fragenbereichen festgestellten positiven Ergebnisse bereits relevante Aussagen über eine bestehende Zufriedenheit mit der Arbeits- und Gesundheitssituation. Die Verantwortung für die Belange des Arbeits- und Gesundheitsschutzes wird von der gesamten Belegschaft geteilt. Gesundheit bedeutet hier nicht nur körperliche Gesundheit, sondern umfaßt auch allgemeines Wohlbefinden und Arbeitszufriedenheit. – Wenngleich die Beschäftigten mit der Gesundheitssituation am Arbeitsplatz gegenwärtig zufrieden sind, engagiert sich das Unternehmen weiter für die Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden. So wie die Qualifizierung der Mitarbeiter wird auch Gesundheit als eine Angelegenheit betrachtet, bei der sich der Betrieb keine Nachlässigkeit erlauben kann. Die Überzeugung, daß eine gesunde und motivierte Belegschaft einen wichtigen Beitrag zum Erfolg des Unternehmens leistet, ist hier vorhanden.

²²² Handlungsbedarf bedeutet die Einführung von belastungsmindernden Maßnahmen soweit vorzustrukturieren, daß Unternehmer wie Mitarbeiter weitgehende Einsicht in einen solchen haben können und spezifische Hemmschwellen auf beiden Seiten abgebaut werden. Die damit zusammenhängenden Aktivitäten bedeuten zugleich auch, vermehrt Experten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in einem Betrieb dieser Größenordnung einzusetzen und ihr fachliches Wissen und Können zielgerichtet zu nutzen. – Diese Vorgehensweise liefert eine Grundlage dafür, um auch in kleinen und mittleren Unternehmen erweiterten bzw. umfassenden Arbeits- und Gesundheitsschutz etablieren zu können.

b. Bewertung der Arbeit und Gesundheit in Betrieben des Elektro-/Gas- und Wasserinstallateurhandwerks

Zunächst werden vor der Darstellung der Untersuchungsergebnisse Betriebsdaten wiedergegeben.²²³ Hierzu erfolgt noch eine Einteilung der Mitarbeiter in verschiedene Altersgruppen (siehe auch die Ausführungen in **Teil C IV. 1. a.**).

Betrieb A

- Anzahl der Mitarbeiter: 8
- Altersgruppen:
 - < 20 Jahre = 1 Mitarbeiter
 - 20 bis < 30 Jahre = 2 Mitarbeiter
 - 30 bis < 40 Jahre = 2 Mitarbeiter
 - 40 bis < 50 Jahre = 2 Mitarbeiter
 - 50 Jahre und älter = 1 Mitarbeiter
- Krankenstand: etwa 4 %

In **Betrieb A** arbeiten acht Mitarbeiter. Davon ist einer jünger als 20 Jahre, zwei Beschäftigte sind jeweils in der Altersgruppe der 20- bis 30jährigen, der 30- bis 40jährigen sowie der 40- bis 50jährigen vertreten. Ein Arbeitnehmer ist älter als 50 Jahre. Der Krankenstand liegt in diesem Unternehmen bei vier Prozent.

Betrieb B

- Anzahl der Mitarbeiter: 19
- Altersgruppen:
 - < 20 Jahre = 2 Mitarbeiter
 - 20 bis < 30 Jahre = 4 Mitarbeiter
 - 30 bis < 40 Jahre = 4 Mitarbeiter

²²³ Diese Daten wurden zusätzlich während des Interviews notiert.

40 bis < 50 Jahre = 6 Mitarbeiter

50 Jahre und älter = 3 Mitarbeiter

- Krankenstand: etwa 5 %

Als Anzahl der Betriebsangehörigen sind in **Betrieb B** 19 Mitarbeiter zu verzeichnen. Zwei von ihnen sind jünger als 20 Jahre. In den Altersgruppen der 20- bis 30jährigen und der 30- bis 40jährigen finden sich jeweils vier Personen. Am höchsten liegt die Anzahl der Beschäftigten mit sechs in der Gruppe der 40- bis 50jährigen. Drei Arbeitnehmer sind 50 Jahre und älter. Hier liegt der Krankenstand bei fünf Prozent.

Betrieb C

- Anzahl der Mitarbeiter: 13
- Altersgruppen:
 - < 20 Jahre = 2 Mitarbeiter
 - 20 bis < 30 Jahre = 3 Mitarbeiter
 - 30 bis < 40 Jahre = 4 Mitarbeiter
 - 40 bis < 50 Jahre = 2 Mitarbeiter
 - 50 Jahre und älter = 2 Mitarbeiter
- Krankenstand: etwa 5 %

Der **Betrieb C** weist 13 Mitarbeiter auf, von denen zwei jünger als 20 Jahre sind, während die 20- bis 30jährigen Arbeitnehmer eine Gruppe von drei stellen. Die 30- bis 40jährigen sind mit vier Personen vertreten, die 40- bis 50jährigen sowie die über 50jährigen mit jeweils zwei Beschäftigten. In diesem Betrieb liegt der Krankenstand bei fünf Prozent.

Betrieb D

- Anzahl der Mitarbeiter: 6
- Altersgruppen:
 - < 20 Jahre = 0 Mitarbeiter
 - 20 bis < 30 Jahre = 1 Mitarbeiter

30 bis < 40 Jahre = 1 Mitarbeiter

40 bis < 50 Jahre = 2 Mitarbeiter

50 Jahre und älter = 2 Mitarbeiter

- Krankenstand: etwa 3 %

In **Betrieb D** beträgt die Anzahl der Beschäftigten sechs Mitarbeiter; im Rahmen der durchgeführten Unternehmensbefragungen ist dieser Betrieb derjenige mit der geringsten Personenanzahl. Hier hat die Altersgruppe der unter 20jährigen keinen Mitarbeiter, die der 20- bis 30jährigen sowie der 30- bis 40jährigen nur jeweils einen Arbeitnehmer. Auf die Gruppe der 40- bis 50jährigen entfallen zwei Personen, ebenso auf die, welche 50 Jahre und älter sind. Von allen untersuchten Unternehmen hat dieses auch den niedrigsten Krankenstand; er liegt bei drei Prozent.

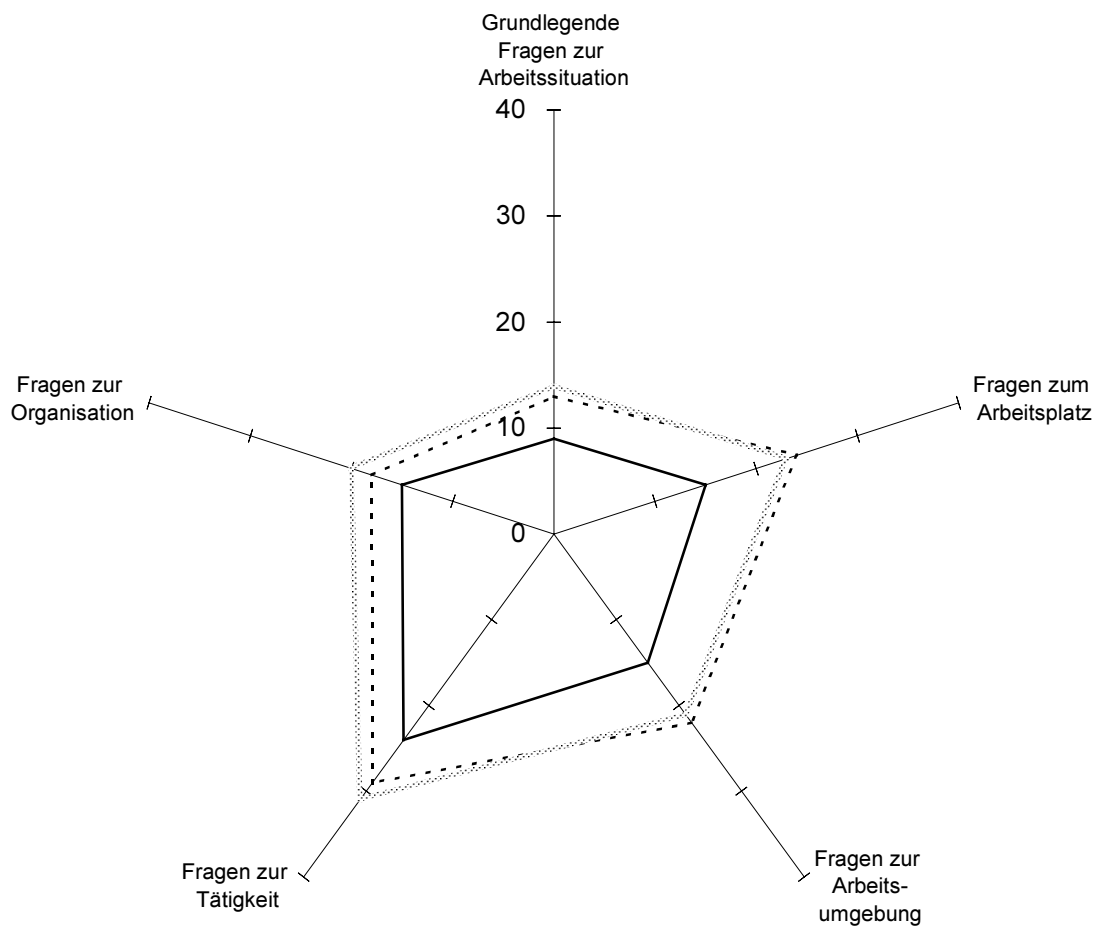
Betrieb E

- Anzahl der Mitarbeiter: 12
- Altersgruppen:
 - < 20 Jahre = 1 Mitarbeiter
 - 20 bis < 30 Jahre = 3 Mitarbeiter
 - 30 bis < 40 Jahre = 5 Mitarbeiter
 - 40 bis < 50 Jahre = 3 Mitarbeiter
 - 50 Jahre und älter = 0 Mitarbeiter
- Krankenstand: etwa 5 %

Der **Betrieb E** beschäftigt zwölf Mitarbeiter, von denen einer jünger als 20 Jahre ist. Drei Personen gehören der Altersgruppe zwischen 20 und 30 Jahren an, während fünf Mitarbeiter zu den 30- bis 40jährigen zählen. Die Anzahl der Beschäftigten in der Gruppe der 40- bis 50jährigen macht drei aus. Mit 50 Jahren und älter ist in diesem Unternehmen keiner beschäftigt. Der Krankenstand liegt hier wie in Betrieb B und Betrieb C bei fünf Prozent.

**aa. Berufsgruppe Elektro-/Gas- und Wasserinstallateure
- Betrieb A**

	Grundlegende Fragen zur Arbeitssituation	Fragen zum Arbeitsplatz	Fragen zur Arbeits- umgebung	Fragen zur Tätigkeit	Fragen zur Organisation
kritischer Bereich	9	15	15	24	15
Selbsteinschätzung	13	24	22	29	18
Fremdeinschätzung	14	23	21	31	20



—— kritischer Bereich (belastungsmindernde Maßnahmen notwendig)

- - - - - Selbsteinschätzung (Beurteilung durch einen Arbeitnehmer)

..... Fremdeinschätzung (Beurteilung durch Betriebsinhaber)

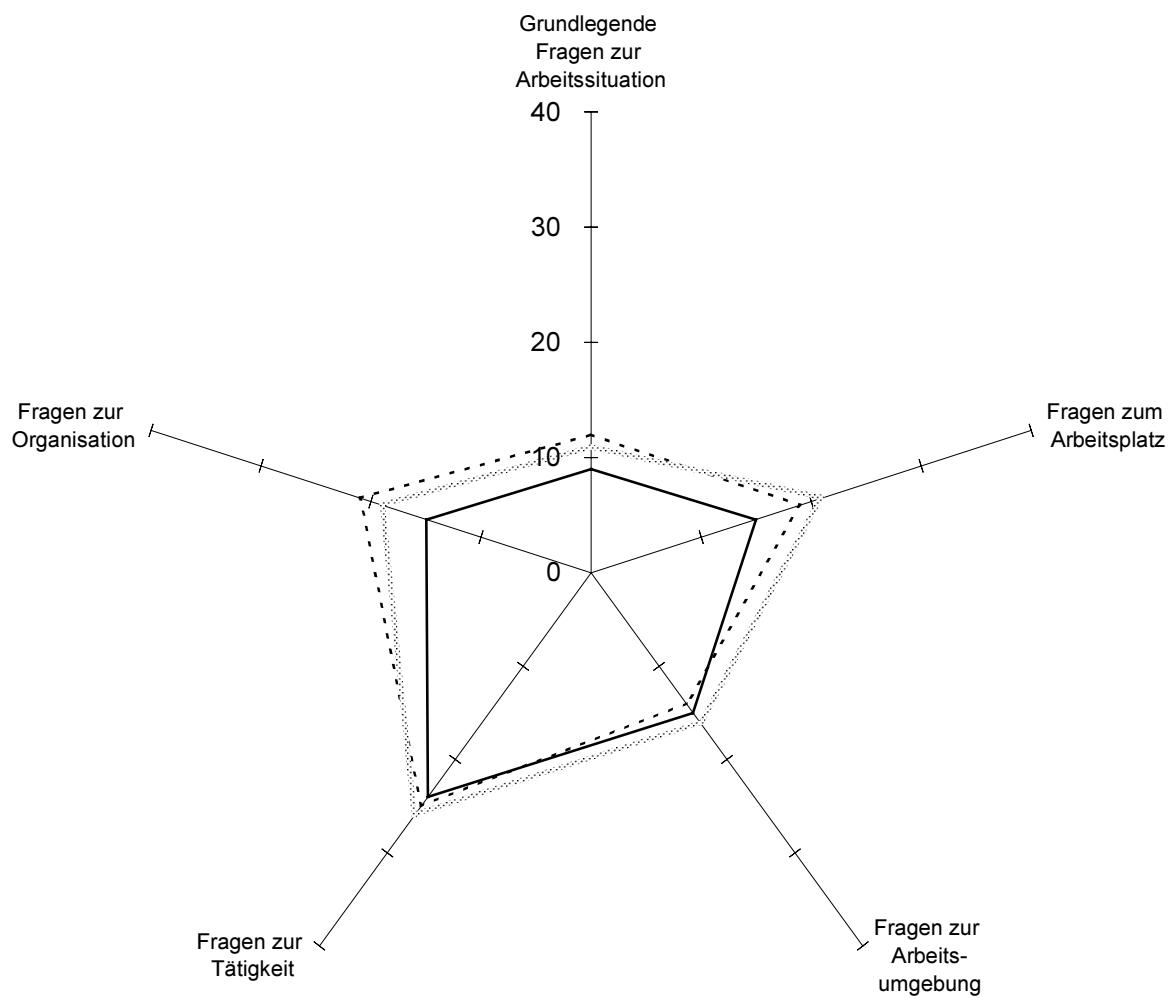
Für das **Unternehmen A** des Elektro-/Gas- und Wasserinstallateurhandwerks sind die Ergebnisse aus den **Fragenbereichen I** (Grundlegende Fragen zur Arbeitssituation), **II** (Fragen zum Arbeitsplatz), **III** (Fragen zur Arbeitsumgebung), **IV** (Fragen zur Tätigkeit) sowie **V** (Fragen zur Organisation) sowohl bei der "Selbsteinschätzung" (Beurteilung durch einen Mitarbeiter) als auch bei der "Fremdeinschätzung" (Beurteilung durch Betriebsinhaber) durchweg gut. Demzufolge besteht bei diesem Betrieb des Elektro-/Gas- und Wasserinstallateurhandwerks derzeit faktisch kein Handlungsbedarf²²⁴.

Durch die in den Fragenbereichen festgestellten positiven Resultate enthält diese Bewertung bereits relevante Aussagen über eine bestehende Zufriedenheit mit der betrieblichen Arbeits- und Gesundheitssituation. Die Verantwortung für die Belange des Arbeits- und Gesundheitsschutzes im Unternehmen wird von der gesamten Belegschaft geteilt. Gesundheit bedeutet hier nicht nur körperliche Gesundheit, sondern umfaßt auch allgemeines Wohlbefinden und Arbeitszufriedenheit. – Obwohl die Beschäftigten mit der Gesundheitssituation am Arbeitsplatz gegenwärtig zufrieden sind, engagiert sich das Unternehmen weiter für die Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden. So wie die Qualifizierung der Mitarbeiter wird auch Gesundheit als eine Angelegenheit betrachtet, bei der sich der Betrieb keine Nachlässigkeit erlauben kann. Die Überzeugung, daß eine gesunde und motivierte Belegschaft einen wesentlichen Beitrag zum Erfolg des Unternehmens leistet, ist in diesem Betrieb vorhanden.

224 Handlungsbedarf bedeutet die Einführung von belastungsmindernden Maßnahmen soweit vorzustrukturieren – auch wenn hier derzeit faktisch kein Handlungsbedarf besteht –, daß Unternehmer wie Mitarbeiter weitgehende Einsicht in einen solchen haben können und spezifische Hemmschwellen auf beiden Seiten abgebaut werden. Die damit zusammenhängenden Aktivitäten bedeuten zugleich auch, vermehrt Experten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in einem Betrieb dieser Größenordnung einzusetzen und ihr fachliches Wissen und Können zielgerichtet zu nutzen. – Diese Vorgehensweise liefert eine Grundlage dafür, um auch in kleinen und mittleren Unternehmen erweiterten bzw. umfassenden Arbeits- und Gesundheitsschutz etablieren zu können.

**bb. Berufsgruppe Elektro-/Gas- und Wasserinstallateure
- Betrieb B**

	Grundlegende Fragen zur Arbeitssituation	Fragen zum Arbeitsplatz	Fragen zur Arbeits- umgebung	Fragen zur Tätigkeit	Fragen zur Organisation
kritischer Bereich	9	15	15	24	15
Selbsteinschätzung	12	19	14	25	21
Fremdeinschätzung	11	21	16	26	19



—— kritischer Bereich (belastungsmindernde Maßnahmen notwendig)

- - - - - Selbsteinschätzung (Beurteilung durch einen Arbeitnehmer)

..... Fremdeinschätzung (Beurteilung durch Betriebsinhaber)

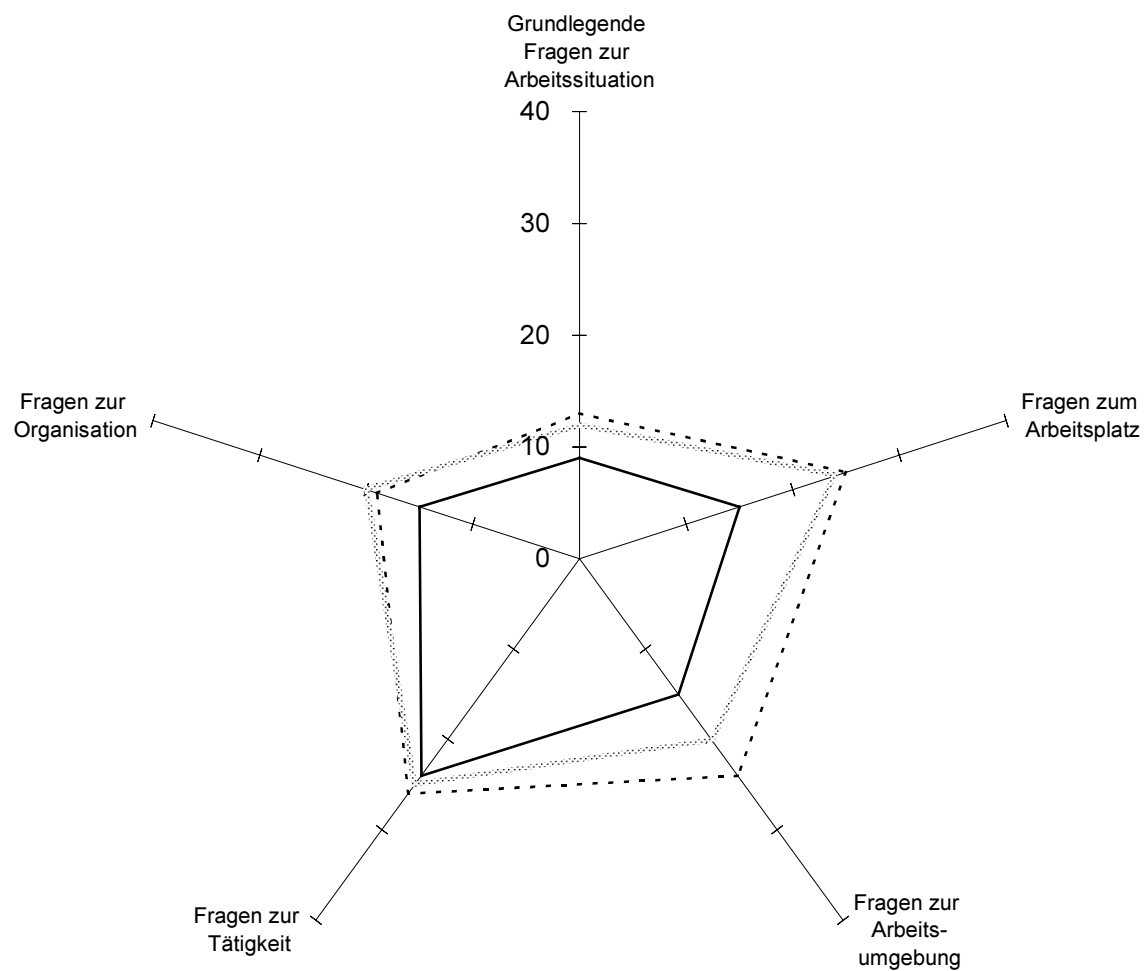
In **Betrieb B** des Elektro-/Gas- und Wasserinstallateurhandwerks sind die Resultate aus den **Fragenbereichen I** (Grundlegende Fragen zur Arbeitssituation), **II** (Fragen zum Arbeitsplatz) sowie **V** (Fragen zur Organisation) sowohl bei der "Selbsteinschätzung" (Beurteilung durch einen Mitarbeiter) als auch bei der "Fremdeinschätzung" (Beurteilung durch Betriebsinhaber) durchweg positiv. Die **Fragenbereiche III** (Fragen zur Arbeitsumgebung) und **IV** (Fragen zur Tätigkeit) deuten in der Folge Handlungsbedarf²²⁵ an, da jeweils durch Arbeitnehmer wie Inhaber die Belastung so beurteilt wird, daß sie dem Zahlenwert des "kritischen Bereichs" nahekommt oder ihn leicht unterschreitet.

Diese Bewertung enthält durch die in verschiedenen Fragenbereichen festgestellten positiven Ergebnisse bereits relevante Aussagen über eine bestehende Zufriedenheit mit der Arbeits- und Gesundheitssituation. Die Verantwortung für die Belange des Arbeits- und Gesundheitsschutzes wird von der gesamten Belegschaft geteilt. Gesundheit bedeutet hier nicht nur körperliche Gesundheit, sondern umfaßt auch allgemeines Wohlbefinden und Arbeitszufriedenheit. – Wenngleich die Beschäftigten mit der Gesundheitssituation am Arbeitsplatz gegenwärtig zufrieden sind, engagiert sich das Unternehmen weiter für die Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden. So wie die Qualifizierung der Mitarbeiter wird auch Gesundheit als eine Angelegenheit betrachtet, bei der sich der Betrieb keine Nachlässigkeit erlauben kann. Die Überzeugung, daß eine gesunde und motivierte Belegschaft einen wichtigen Beitrag zum Erfolg des Unternehmens leistet, ist hier vorhanden.

225 Handlungsbedarf bedeutet die Einführung von belastungsmindernden Maßnahmen soweit vorzustrukturieren, daß Unternehmer wie Mitarbeiter weitgehende Einsicht in einen solchen haben können und spezifische Hemmschwellen auf beiden Seiten abgebaut werden. Die damit zusammenhängenden Aktivitäten bedeuten zugleich auch, vermehrt Experten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in einem Betrieb dieser Größenordnung einzusetzen und ihr fachliches Wissen und Können zielgerichtet zu nutzen. – Diese Vorgehensweise liefert eine Grundlage dafür, um auch in kleinen und mittleren Unternehmen erweiterten bzw. umfassenden Arbeits- und Gesundheitsschutz etablieren zu können.

**cc. Berufsgruppe Elektro-/Gas- und Wasserinstallateure
- Betrieb C**

	Grundlegende Fragen zur Arbeitssituation	Fragen zum Arbeitsplatz	Fragen zur Arbeits- umgebung	Fragen zur Tätigkeit	Fragen zur Organisation
kritischer Bereich	9	15	15	24	15
Selbsteinschätzung	13	25	24	26	19
Fremdeinschätzung	12	24	20	25	20



—— kritischer Bereich (belastungsmindernde Maßnahmen notwendig)

- - - - -Selbsteinschätzung (Beurteilung durch einen Arbeitnehmer)

..... Fremdeinschätzung (Beurteilung durch Betriebsinhaber)

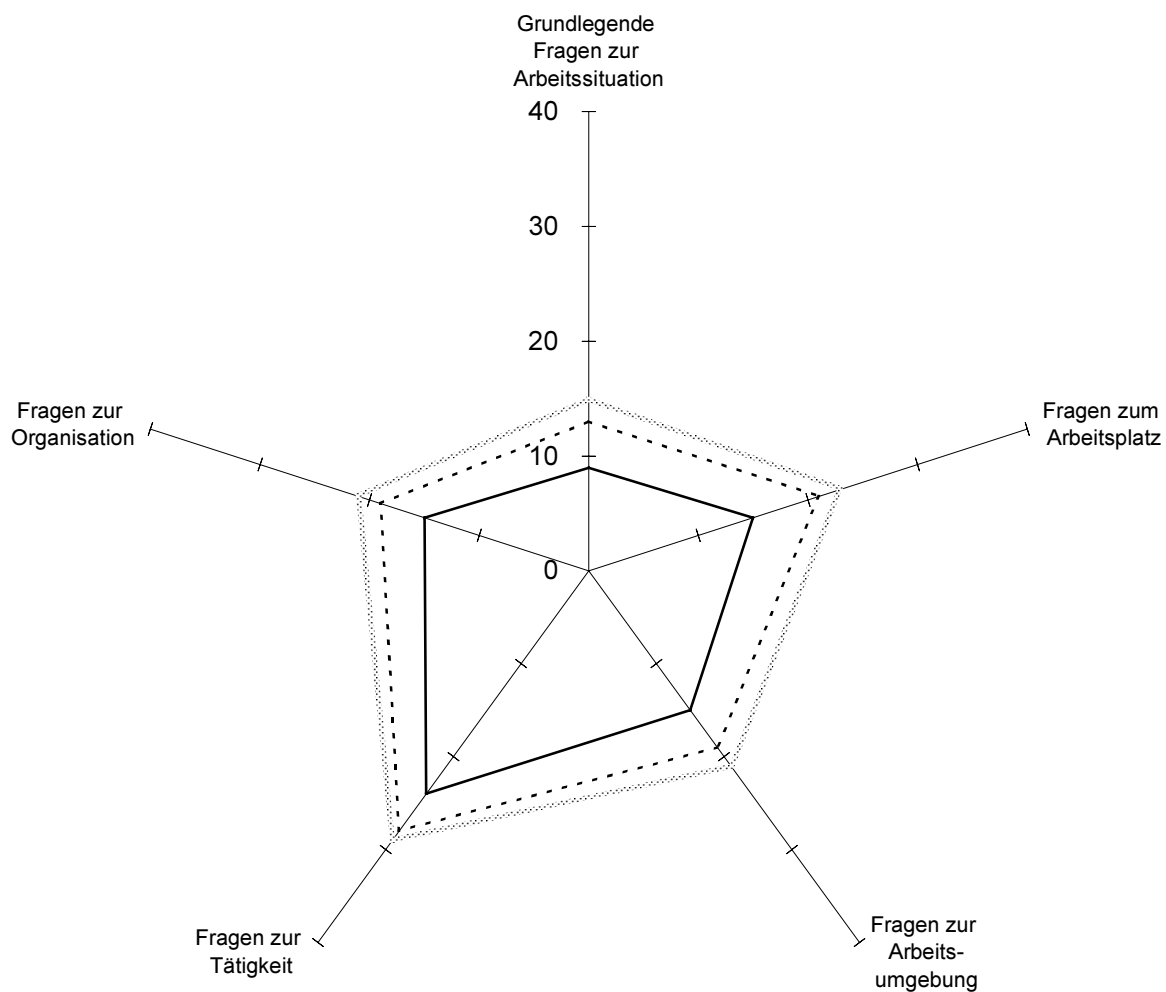
Auch in **Unternehmen C** des Elektro-/Gas- und Wasserinstallateurhandwerks sind die Ergebnisse aus den **Fragenbereichen I** (Grundlegende Fragen zur Arbeitssituation), **II** (Fragen zum Arbeitsplatz), **III** (Fragen zur Arbeitsumgebung) und **V** (Fragen zur Organisation) sowohl bei der "Selbsteinschätzung" (Beurteilung durch einen Mitarbeiter) als auch bei der "Fremdeinschätzung" (Beurteilung durch Betriebsinhaber) durchweg gut. Nur der **Fragenbereich IV** (Fragen zur Tätigkeit) deutet in der Folge Handlungsbedarf²²⁶ an, da jeweils durch Arbeitnehmer wie Inhaber die Belastung so beurteilt wird, daß sie dem Zahlenwert des "kritischen Bereichs" nahekommt.

Durch die in verschiedenen Fragenbereichen festgestellten positiven Resultate enthält diese Bewertung bereits relevante Aussagen über eine bestehende Zufriedenheit mit der Arbeits- und Gesundheitssituation. Die Verantwortung für die Belange des Arbeits- und Gesundheitsschutzes wird von der gesamten Belegschaft geteilt. Gesundheit bedeutet hier nicht nur körperliche Gesundheit, sondern umfaßt auch allgemeines Wohlbefinden und Arbeitszufriedenheit. – Obwohl die Beschäftigten mit der Gesundheitssituation am Arbeitsplatz gegenwärtig zufrieden sind, engagiert sich das Unternehmen weiter für die Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden. So wie die Qualifizierung der Mitarbeiter wird auch Gesundheit als eine Angelegenheit betrachtet, bei der sich der Betrieb keine Nachlässigkeit erlauben kann. Die Überzeugung, daß eine gesunde und motivierte Belegschaft einen wesentlichen Beitrag zum Erfolg des Unternehmens leistet, ist in diesem Betrieb vorhanden.

226 Handlungsbedarf bedeutet die Einführung von belastungsmindernden Maßnahmen soweit vorzustrukturieren, daß Unternehmer wie Mitarbeiter weitgehende Einsicht in einen solchen haben können und spezifische Hemmschwellen auf beiden Seiten abgebaut werden. Die damit zusammenhängenden Aktivitäten bedeuten zugleich auch, vermehrt Experten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in einem Betrieb dieser Größenordnung einzusetzen und ihr fachliches Wissen und Können zielgerichtet zu nutzen. – Diese Vorgehensweise liefert eine Grundlage dafür, um auch in kleinen und mittleren Unternehmen erweiterten bzw. umfassenden Arbeits- und Gesundheitsschutz etablieren zu können.

**dd. Berufsgruppe Elektro-/Gas- und Wasserinstallateure
- Betrieb D**

	Grundlegende Fragen zur Arbeitssituation	Fragen zum Arbeitsplatz	Fragen zur Arbeits- umgebung	Fragen zur Tätigkeit	Fragen zur Organisation
kritischer Bereich	9	15	15	24	15
Selbsteinschätzung	13	21	19	28	19
Fremdeinschätzung	15	23	21	29	21



—— kritischer Bereich (belastungsmindernde Maßnahmen notwendig)

- - - - - Selbsteinschätzung (Beurteilung durch einen Arbeitnehmer)

..... Fremdeinschätzung (Beurteilung durch Betriebsinhaber)

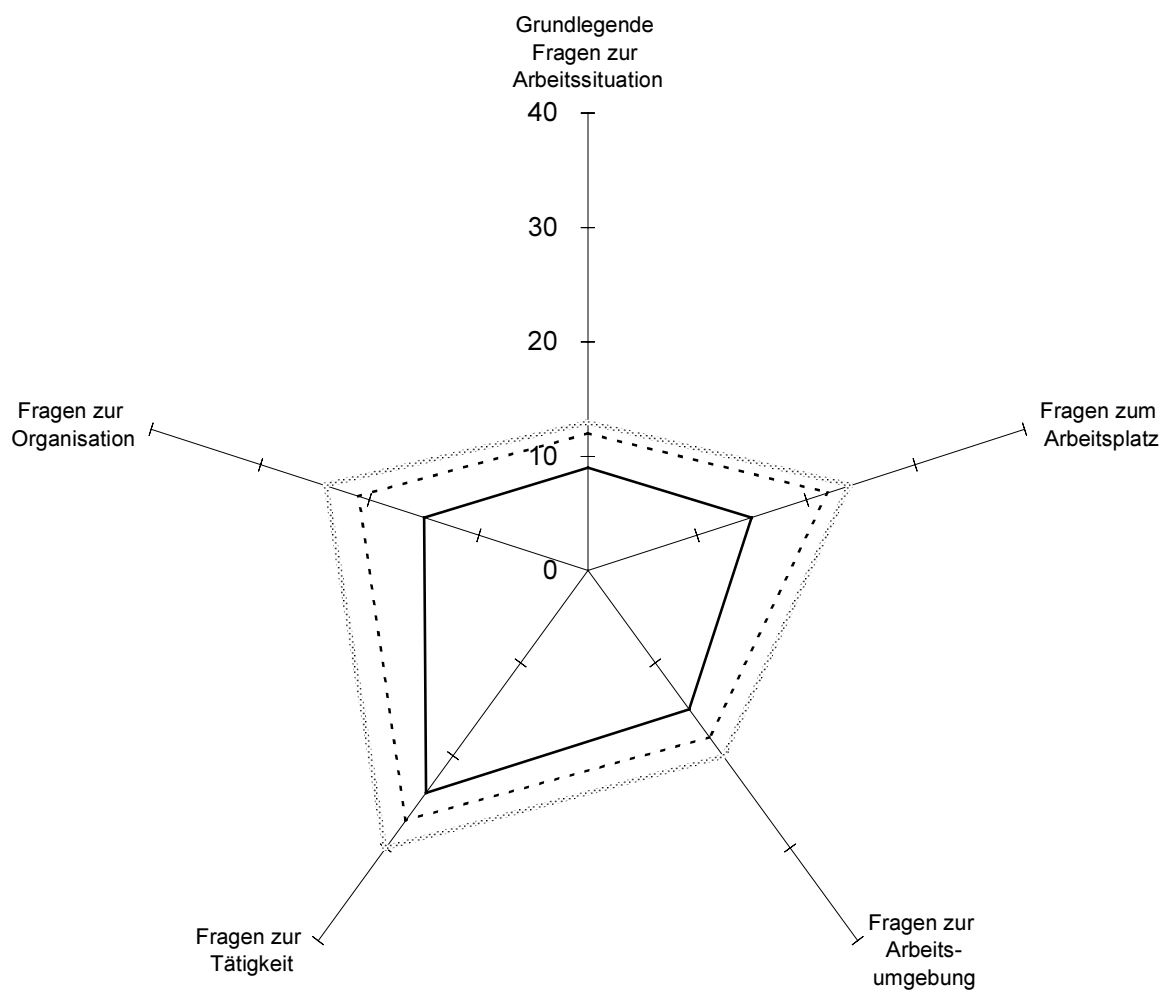
In diesem Betrieb liegt eine vergleichbare Situation mit der des Unternehmens A vor. So sind bei **Betrieb D** des Elektro-/Gas- und Wasserinstallateurhandwerks die Resultate aus den **Fragenbereichen I** (Grundlegende Fragen zur Arbeitssituation), **II** (Fragen zum Arbeitsplatz), **III** (Fragen zur Arbeitsumgebung), **IV** (Fragen zur Tätigkeit) sowie **V** (Fragen zur Organisation) sowohl bei der "Selbsteinschätzung" (Beurteilung durch einen Mitarbeiter) als auch bei der "Fremdeinschätzung" (Beurteilung durch Betriebsinhaber) durchweg positiv. Demnach besteht auch bei diesem Unternehmen des Elektro-/Gas- und Wasserinstallateurhandwerks derzeit faktisch kein Handlungsbedarf²²⁷.

Diese Bewertung enthält durch die in den Fragenbereichen festgestellten positiven Ergebnisse bereits relevante Aussagen über eine bestehende Zufriedenheit mit der betrieblichen Arbeits- und Gesundheitssituation. Die Verantwortung für die Belange des Arbeits- und Gesundheitsschutzes im Unternehmen wird von der gesamten Belegschaft geteilt. Gesundheit bedeutet hier nicht nur körperliche Gesundheit, sondern umfaßt auch allgemeines Wohlbefinden und Arbeitszufriedenheit. – Wenngleich die Beschäftigten mit der Gesundheitssituation am Arbeitsplatz gegenwärtig zufrieden sind, engagiert sich das Unternehmen weiter für die Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden. So wie die Qualifizierung der Mitarbeiter wird auch Gesundheit als eine Angelegenheit betrachtet, bei der sich der Betrieb keine Nachlässigkeit erlauben kann. Die Überzeugung, daß eine gesunde und motivierte Belegschaft einen wichtigen Beitrag zum Erfolg des Unternehmens leistet, ist hier vorhanden.

227 Handlungsbedarf bedeutet die Einführung von belastungsmindernden Maßnahmen soweit vorzustrukturieren – auch wenn hier derzeit faktisch kein Handlungsbedarf besteht –, daß Unternehmer wie Mitarbeiter weitgehende Einsicht in einen solchen haben können und spezifische Hemmschwellen auf beiden Seiten abgebaut werden. Die damit zusammenhängenden Aktivitäten bedeuten zugleich auch, vermehrt Experten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in einem Betrieb dieser Größenordnung einzusetzen und ihr fachliches Wissen und Können zielgerichtet zu nutzen. – Diese Vorgehensweise liefert eine Grundlage dafür, um auch in kleinen und mittleren Unternehmen erweiterten bzw. umfassenden Arbeits- und Gesundheitsschutz etablieren zu können.

**ee. Berufsgruppe Elektro-/Gas- und Wasserinstallateure
- Betrieb E**

	Grundlegende Fragen zur Arbeitssituation	Fragen zum Arbeitsplatz	Fragen zur Arbeits- umgebung	Fragen zur Tätigkeit	Fragen zur Organisation
kritischer Bereich	9	15	15	24	15
Selbsteinschätzung	12	22	18	27	21
Fremdeinschätzung	13	24	20	30	24



—— kritischer Bereich (belastungsmindernde Maßnahmen notwendig)

- - - - - Selbsteinschätzung (Beurteilung durch einen Arbeitnehmer)

..... Fremdeinschätzung (Beurteilung durch Betriebsinhaber)

Das **Unternehmen E** ist das fünfte der befragten Betriebe des Elektro-/Gas- und Wasserinstallateurhandwerks. Die Ergebnisse aus den **Fragenbereichen I** (Grundlegende Fragen zur Arbeitssituation), **II** (Fragen zum Arbeitsplatz), **III** (Fragen zur Arbeitsumgebung), **IV** (Fragen zur Tätigkeit) sowie **V** (Fragen zur Organisation) sind sowohl bei der "Selbsteinschätzung" (Beurteilung durch einen Mitarbeiter) als auch bei der "Fremdeinschätzung" (Beurteilung durch Betriebsinhaber) durchweg gut. Somit besteht hier wie bei Betrieb A und bei Betrieb D des Elektro-/Gas- und Wasserinstallateurhandwerks derzeit faktisch kein Handlungsbedarf²²⁸.

Durch die in den Fragenbereichen festgestellten positiven Resultate enthält diese Bewertung bereits relevante Aussagen über eine bestehende Zufriedenheit mit der betrieblichen Arbeits- und Gesundheitssituation. Die Verantwortung für die Belange des Arbeits- und Gesundheitsschutzes im Unternehmen wird von der gesamten Belegschaft geteilt. Gesundheit bedeutet hier nicht nur körperliche Gesundheit, sondern umfaßt auch allgemeines Wohlbefinden und Arbeitszufriedenheit. – Obwohl die Beschäftigten mit der Gesundheitssituation am Arbeitsplatz gegenwärtig zufrieden sind, engagiert sich das Unternehmen weiter für die Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden. So wie die Qualifizierung der Mitarbeiter wird auch Gesundheit als eine Angelegenheit betrachtet, bei der sich der Betrieb keine Nachlässigkeit erlauben kann. Die Überzeugung, daß eine gesunde und motivierte Belegschaft einen wesentlichen Beitrag zum Erfolg des Unternehmens leistet, ist in diesem Betrieb vorhanden.

228 Handlungsbedarf bedeutet die Einführung von belastungsmindernden Maßnahmen soweit vorzustrukturieren – auch wenn hier derzeit faktisch kein Handlungsbedarf besteht –, daß Unternehmer wie Mitarbeiter weitgehende Einsicht in einen solchen haben können und spezifische Hemmschwellen auf beiden Seiten abgebaut werden. Die damit zusammenhängenden Aktivitäten bedeuten zugleich auch, vermehrt Experten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in einem Betrieb dieser Größenordnung einzusetzen und ihr fachliches Wissen und Können zielgerichtet zu nutzen. – Diese Vorgehensweise liefert eine Grundlage dafür, um auch in kleinen und mittleren Unternehmen erweiterten bzw. umfassenden Arbeits- und Gesundheitsschutz etablieren zu können.

c. **Bewertung der Arbeit und Gesundheit in Betrieben des Kraftfahrzeugmechaniker/-elektrikerhandwerks**

Vor der Darstellung der Untersuchungsergebnisse werden zunächst Betriebsdaten wiedergegeben.²²⁹ Hierzu erfolgt noch eine Einteilung der Beschäftigten in unterschiedliche Altersgruppen (siehe auch **Teil C** IV. 1. a.).

Betrieb A

- Anzahl der Mitarbeiter: 29
- Altersgruppen:
 - < 20 Jahre = 2 Mitarbeiter
 - 20 bis < 30 Jahre = 8 Mitarbeiter
 - 30 bis < 40 Jahre = 8 Mitarbeiter
 - 40 bis < 50 Jahre = 6 Mitarbeiter
 - 50 Jahre und älter = 5 Mitarbeiter
- Krankenstand: etwa 5 %

Die Anzahl der Betriebsangehörigen in **Betrieb A** beträgt 29 Mitarbeiter. Jünger als 20 Jahre sind hier zwei Beschäftigte. Acht Arbeitnehmer sind in der Altersgruppe der 20- bis 30jährigen ebenso wie in der Gruppe der 30- bis 40jährigen vertreten, während zu der Gruppe der 40- bis 50jährigen sechs Mitarbeiter gehören. In der Altersgruppe der über 50jährigen verfügt dieses Unternehmen über fünf Beschäftigte. Der Krankenstand liegt bei fünf Prozent.

²²⁹ Diese Daten wurden zusätzlich während des Interviews notiert.

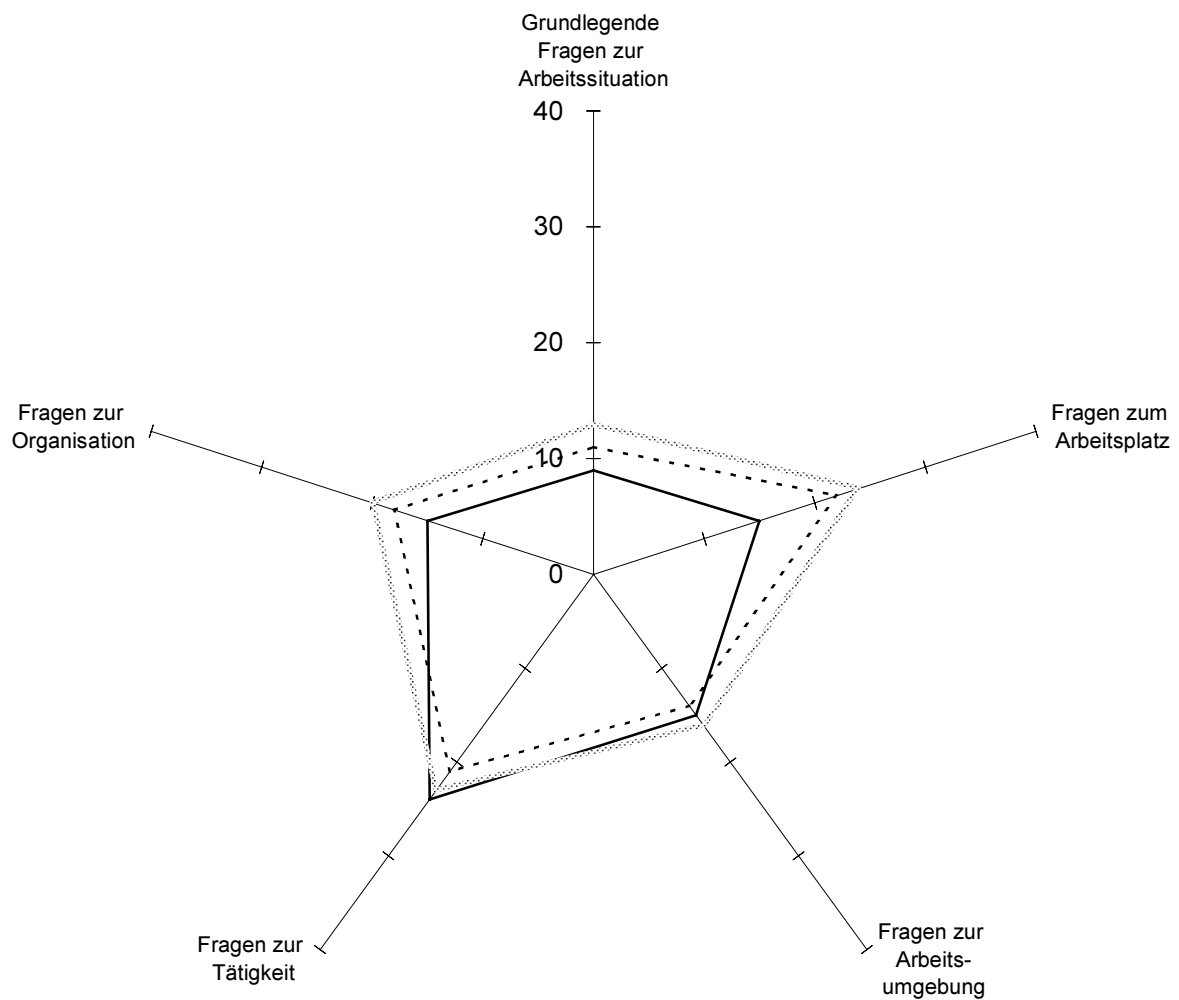
Betrieb B

- Anzahl der Mitarbeiter: 25
- Altersgruppen:
 - < 20 Jahre = 0 Mitarbeiter
 - 20 bis < 30 Jahre = 6 Mitarbeiter
 - 30 bis < 40 Jahre = 9 Mitarbeiter
 - 40 bis < 50 Jahre = 8 Mitarbeiter
 - 50 Jahre und älter = 2 Mitarbeiter
- Krankenstand: etwa 6 %

Der **Betrieb B** weist 25 Mitarbeiter auf, von denen keiner jünger ist als 20 Jahre. Die Gruppe der 20- bis 30jährigen umfaßt hier sechs Personen. Am stärksten ist die Altersgruppe der 30- bis 40jährigen mit neun Arbeitnehmern vertreten. Die 40- bis 50jährigen Mitarbeiter liegen mit acht Personen knapp darunter. Zwei Beschäftigte sind älter als 50 Jahre. In diesem Betrieb liegt der Krankenstand bei sechs Prozent.

**aa. Berufsgruppe Kraftfahrzeugmechaniker/-elektriker
- Betrieb A**

	Grundlegende Fragen zur Arbeitssituation	Fragen zum Arbeitsplatz	Fragen zur Arbeits- umgebung	Fragen zur Tätigkeit	Fragen zur Organisation
kritischer Bereich	9	15	15	24	15
Selbsteinschätzung	11	22	14	21	18
Fremdeinschätzung	13	24	16	23	20



—— kritischer Bereich (belastungsmindernde Maßnahmen notwendig)

- - - - - Selbsteinschätzung (Beurteilung durch einen Arbeitnehmer)

..... Fremdeinschätzung (Beurteilung durch Betriebsinhaber)

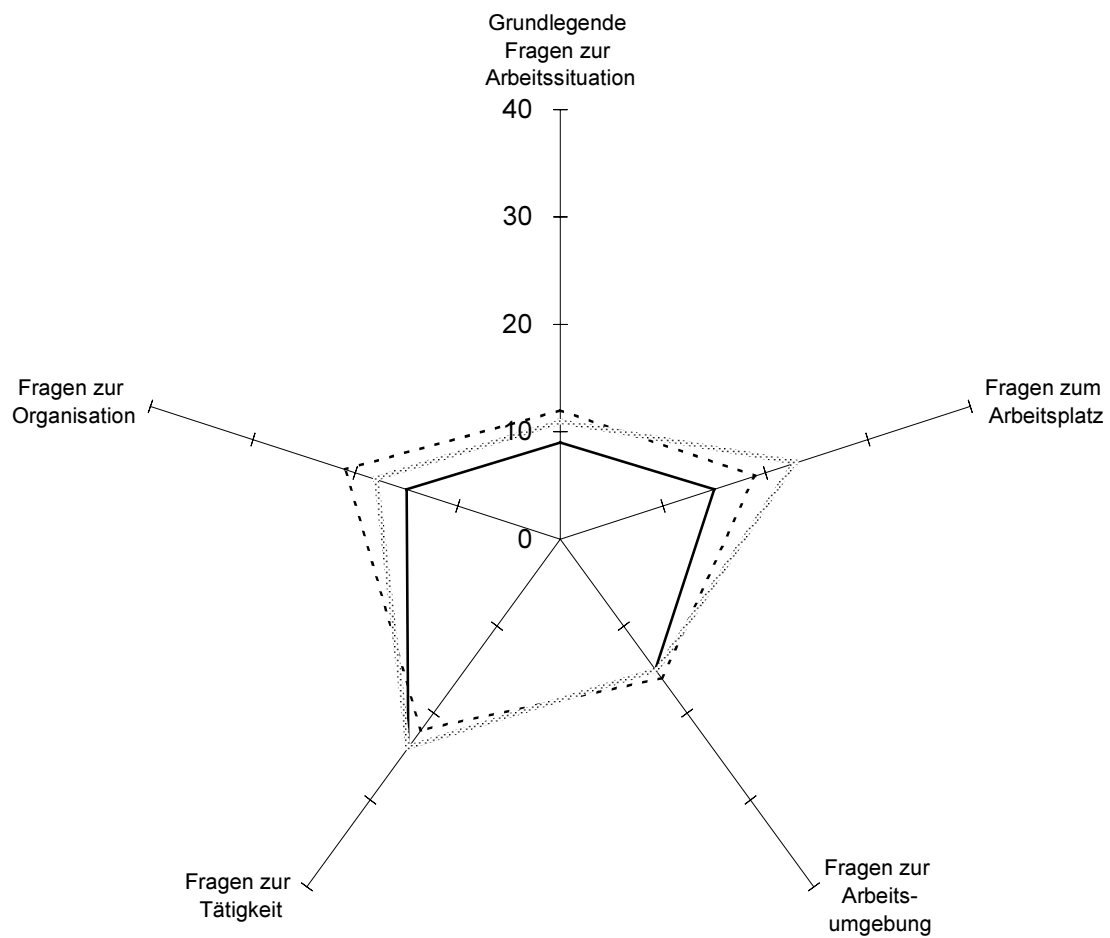
In **Betrieb A** des Kraftfahrzeugmechaniker/-elektrikerhandwerks sind die Resultate aus den **Fragenbereichen I** (Grundlegende Fragen zur Arbeitssituation), **II** (Fragen zum Arbeitsplatz) sowie **V** (Fragen zur Organisation) sowohl bei der "Selbsteinschätzung" (Beurteilung durch einen Mitarbeiter) als auch bei der "Fremdeinschätzung" (Beurteilung durch Betriebsinhaber) durchweg positiv. Für die **Fragenbereiche III** (Fragen zur Arbeitsumgebung) und **IV** (Fragen zur Tätigkeit) deutet sich in der Folge Handlungsbedarf²³⁰ an, da jeweils durch Arbeitnehmer wie Inhaber die Belastung so beurteilt wird, daß sie dem Zahlenwert des "kritischen Bereichs" nahekommt oder ihn leicht unterschreitet.

Diese Bewertung enthält durch die in verschiedenen Fragenbereichen festgestellten positiven Ergebnisse bereits relevante Aussagen über eine bestehende Zufriedenheit mit der Arbeits- und Gesundheitssituation. Die Verantwortung für die Belange des Arbeits- und Gesundheitsschutzes wird von der gesamten Belegschaft geteilt. Gesundheit bedeutet hier nicht nur körperliche Gesundheit, sondern umfaßt auch allgemeines Wohlbefinden und Arbeitszufriedenheit. – Wenngleich die Beschäftigten mit der Gesundheitssituation am Arbeitsplatz gegenwärtig zufrieden sind, engagiert sich das Unternehmen weiter für die Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden. So wie die Qualifizierung der Mitarbeiter wird auch Gesundheit als eine Angelegenheit betrachtet, bei der sich der Betrieb keine Nachlässigkeit erlauben kann. Die Überzeugung, daß eine gesunde und motivierte Belegschaft einen wichtigen Beitrag zum Erfolg des Unternehmens leistet, ist hier vorhanden.

230 Handlungsbedarf bedeutet die Einführung von belastungsmindernden Maßnahmen soweit vorzustrukturieren, daß Unternehmer wie Mitarbeiter weitgehende Einsicht in einen solchen haben können und spezifische Hemmschwellen auf beiden Seiten abgebaut werden. Die damit zusammenhängenden Aktivitäten bedeuten zugleich auch, vermehrt Experten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in einem Betrieb dieser Größenordnung einzusetzen und ihr fachliches Wissen und Können zielgerichtet zu nutzen. – Diese Vorgehensweise liefert eine Grundlage dafür, um auch in kleinen und mittleren Unternehmen erweiterten bzw. umfassenden Arbeits- und Gesundheitsschutz etablieren zu können.

**bb. Berufsgruppe Kraftfahrzeugmechaniker/-elektriker
- Betrieb B**

	Grundlegende Fragen zur Arbeitssituation	Fragen zum Arbeitsplatz	Fragen zur Arbeits- umgebung	Fragen zur Tätigkeit	Fragen zur Organisation
kritischer Bereich	9	15	15	24	15
Selbsteinschätzung	12	19	16	22	21
Fremdeinschätzung	11	23	15	24	18



—— kritischer Bereich (belastungsmindernde Maßnahmen notwendig)

- - - - - Selbsteinschätzung (Beurteilung durch einen Arbeitnehmer)

..... Fremdeinschätzung (Beurteilung durch Betriebsinhaber)

Hier liegt eine vergleichbare Situation mit der des Betriebs A vor. So sind auch in **Unternehmen B** des Kraftfahrzeugmechaniker/-elektrikerhandwerks die Ergebnisse aus den **Fragenbereichen I** (Grundlegende Fragen zur Arbeitssituation), **II** (Fragen zum Arbeitsplatz) sowie **V** (Fragen zur Organisation) sowohl bei der "Selbsteinschätzung" (Beurteilung durch einen Mitarbeiter) als auch bei der "Fremdeinschätzung" (Beurteilung durch Betriebsinhaber) durchweg gut. Die **Fragenbereiche III** (Fragen zur Arbeitsumgebung) und **IV** (Fragen zur Tätigkeit) deuten in der Folge Handlungsbedarf²³¹ an, da jeweils durch Arbeitnehmer wie Inhaber die Belastung so beurteilt wird, daß sie dem Zahlenwert des "kritischen Bereichs" nahekommt, ihn erreicht hat oder leicht unterschreitet.

Durch die in verschiedenen Fragenbereichen festgestellten positiven Resultate enthält diese Bewertung bereits relevante Aussagen über eine bestehende Zufriedenheit mit der Arbeits- und Gesundheitssituation. Die Verantwortung für die Belange des Arbeits- und Gesundheitsschutzes wird von der gesamten Belegschaft geteilt. Gesundheit bedeutet hier nicht nur körperliche Gesundheit, sondern umfaßt auch allgemeines Wohlbefinden und Arbeitszufriedenheit. – Obwohl die Beschäftigten mit der Gesundheitssituation am Arbeitsplatz gegenwärtig zufrieden sind, engagiert sich das Unternehmen weiter für die Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden. So wie die Qualifizierung der Mitarbeiter wird auch Gesundheit als eine Angelegenheit betrachtet, bei der sich der Betrieb keine Nachlässigkeit erlauben kann. Die Überzeugung, daß eine gesunde und motivierte Belegschaft einen wesentlichen Beitrag zum Erfolg des Unternehmens leistet, ist auch hier vorhanden.

231 Handlungsbedarf bedeutet die Einführung von belastungsmindernden Maßnahmen soweit vorzustrukturieren, daß Unternehmer wie Mitarbeiter weitgehende Einsicht in einen solchen haben können und spezifische Hemmschwellen auf beiden Seiten abgebaut werden. Die damit zusammenhängenden Aktivitäten bedeuten zugleich auch, vermehrt Experten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in einem Betrieb dieser Größenordnung einzusetzen und ihr fachliches Wissen und Können zielgerichtet zu nutzen. – Diese Vorgehensweise liefert eine Grundlage dafür, um auch in kleinen und mittleren Unternehmen erweiterten bzw. umfassenden Arbeits- und Gesundheitsschutz etablieren zu können.

d. **Bewertung der Arbeit und Gesundheit in Betrieben des Maler- und Lackiererhandwerks**

Zunächst werden vor der Darstellung der Untersuchungsergebnisse Betriebsdaten wiedergegeben.²³² Hierzu erfolgt noch eine Einteilung der Mitarbeiter in verschiedene Altersgruppen (siehe auch die Ausführungen in **Teil C IV. 1. a.**).

Betrieb A

- Anzahl der Mitarbeiter: 11
- Altersgruppen:
 - < 20 Jahre = 1 Mitarbeiter
 - 20 bis < 30 Jahre = 2 Mitarbeiter
 - 30 bis < 40 Jahre = 3 Mitarbeiter
 - 40 bis < 50 Jahre = 3 Mitarbeiter
 - 50 Jahre und älter = 2 Mitarbeiter
- Krankenstand: etwa 5 %

In **Betrieb A** sind elf Mitarbeiter beschäftigt. Ein Arbeitnehmer ist jünger als 20 Jahre. Zwei Personen sind in der Altersgruppe der 20- bis 30jährigen vertreten, jeweils drei Mitarbeiter bei den 30- bis 40jährigen und den 40- bis 50jährigen sowie zwei Beschäftigte bei den über 50jährigen. In diesem Unternehmen liegt der Krankenstand bei fünf Prozent.

Betrieb B

- Anzahl der Mitarbeiter: 10
- Altersgruppen:
 - < 20 Jahre = 1 Mitarbeiter
 - 20 bis < 30 Jahre = 2 Mitarbeiter
 - 30 bis < 40 Jahre = 2 Mitarbeiter

²³² Diese Daten wurden zusätzlich während des Interviews notiert.

40 bis < 50 Jahre = 4 Mitarbeiter

50 Jahre und älter = 1 Mitarbeiter

- Krankenstand: etwa 4 %

Der **Betrieb B** hat zehn Mitarbeiter. Davon ist einer jünger als 20 Jahre, zwei Beschäftigte sind jeweils in der Altersgruppe der 20- bis 30jährigen und der 30- bis 40jährigen vorhanden. In der Gruppe der 40- bis 50jährigen sind vier Mitarbeiter vertreten, bei den 50jährigen ist eine Person vorzufinden. Der Krankenstand liegt hier bei vier Prozent.

Betrieb C

- Anzahl der Mitarbeiter: 13
- Altersgruppen:
 - < 20 Jahre = 2 Mitarbeiter
 - 20 bis < 30 Jahre = 3 Mitarbeiter
 - 30 bis < 40 Jahre = 3 Mitarbeiter
 - 40 bis < 50 Jahre = 3 Mitarbeiter
 - 50 Jahre und älter = 2 Mitarbeiter
- Krankenstand: etwa 5 %

Die Anzahl der Beschäftigten in **Betrieb C** ist mit 13 Mitarbeitern ausgewiesen. In der Gruppe der unter 20jährigen sind zwei Beschäftigte vorhanden, während der Altersgruppe der 20- bis 30jährigen und der 30- bis 40jährigen sowie der 40- bis 50jährigen jeweils drei Personen angehören. 50 Jahre und älter sind zwei Mitarbeiter. Hier liegt der Krankenstand wie in Betrieb A bei fünf Prozent.

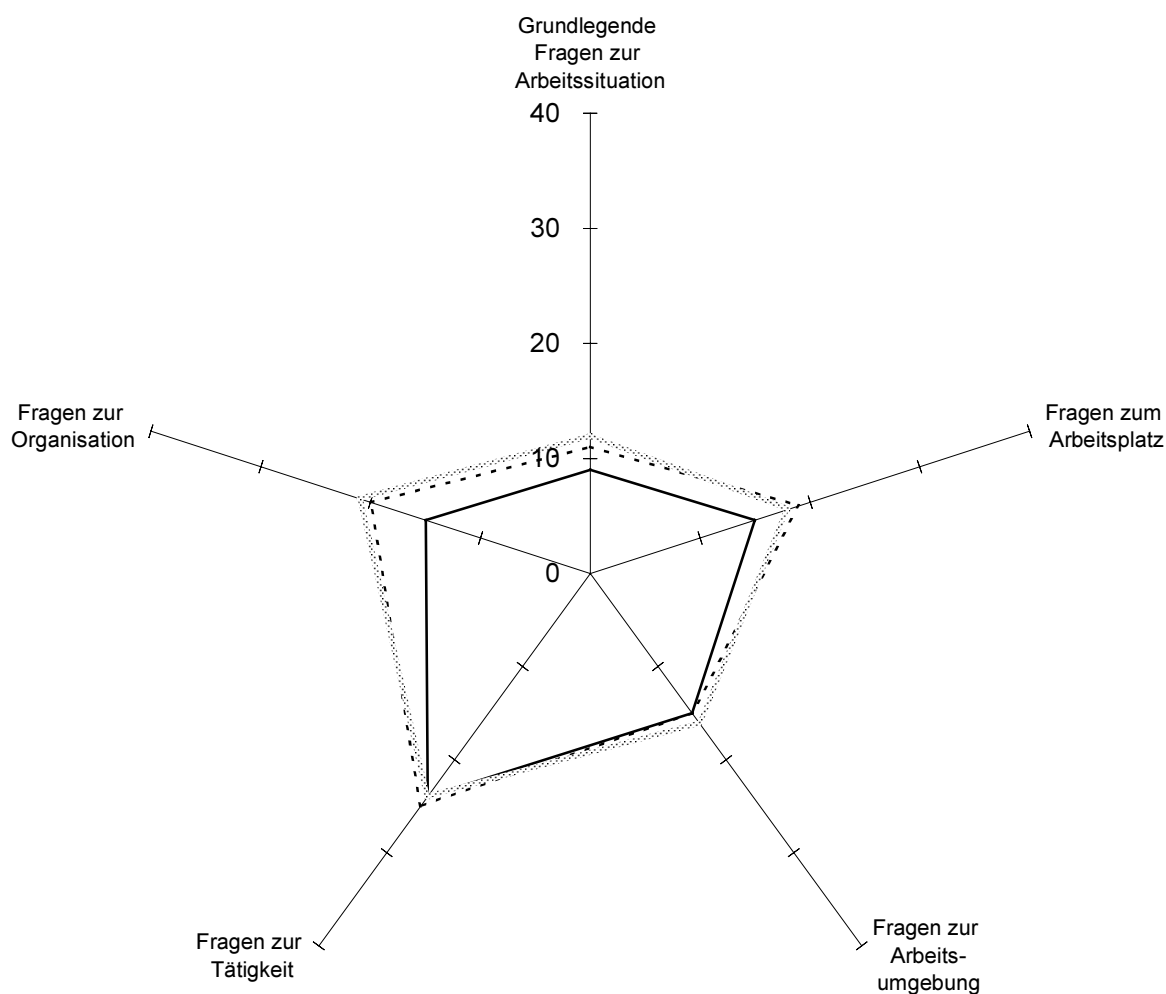
Betrieb D

- Anzahl der Mitarbeiter: 16
- Altersgruppen:
 - < 20 Jahre = 2 Mitarbeiter
 - 20 bis < 30 Jahre = 3 Mitarbeiter
 - 30 bis < 40 Jahre = 7 Mitarbeiter
 - 40 bis < 50 Jahre = 3 Mitarbeiter
 - 50 Jahre und älter = 1 Mitarbeiter
- Krankenstand: etwa 5 %

In **Betrieb D** beträgt die Anzahl der Betriebsangehörigen 16 Mitarbeiter. Zwei Arbeitnehmer sind in der Altersgruppe der unter 20jährigen vertreten. Drei Beschäftigte zählen zu der Gruppe der 20- bis 30jährigen, während die Gruppe der 30- bis 40jährigen über sieben Mitarbeiter verfügt. In der Altersgruppe der 40- bis 50jährigen sind drei, bei den 50jährigen ist ein Mitarbeiter vorhanden. Auch in diesem Betrieb liegt der Krankenstand bei fünf Prozent.

aa. Berufsgruppe Maler und Lackierer - Betrieb A

	Grundlegende Fragen zur Arbeitssituation	Fragen zum Arbeitsplatz	Fragen zur Arbeitsumgebung	Fragen zur Tätigkeit	Fragen zur Organisation
kritischer Bereich	9	15	15	24	15
Selbsteinschätzung	11	19	15	25	20
Fremdeinschätzung	12	18	16	24	21



—— kritischer Bereich (belastungsmindernde Maßnahmen notwendig)

- - - - - Selbsteinschätzung (Beurteilung durch einen Arbeitnehmer)

..... Fremdeinschätzung (Beurteilung durch Betriebsinhaber)

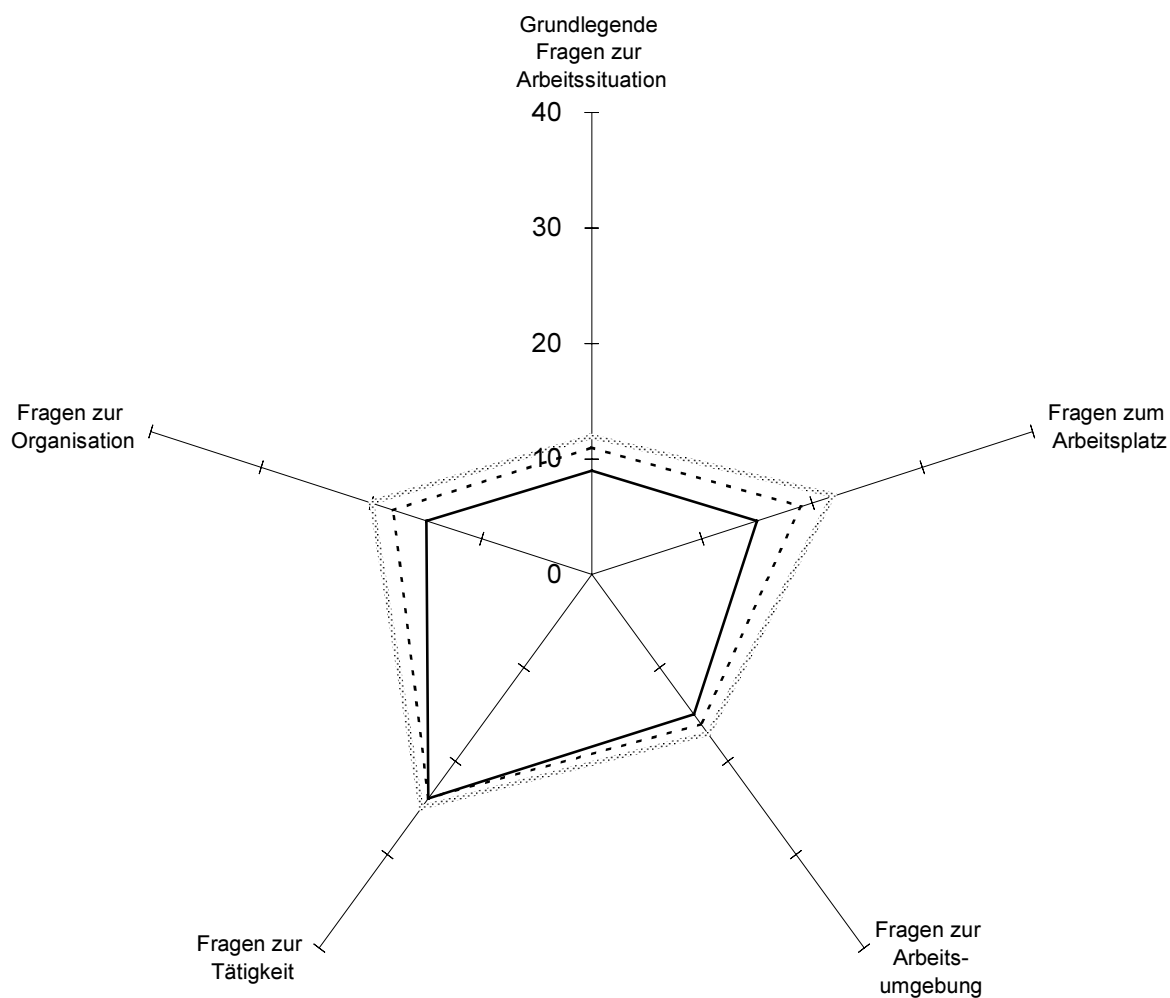
In **Betrieb A** des Maler- und Lackiererhandwerks sind die Resultate aus den **Fragenbereichen I** (Grundlegende Fragen zur Arbeitssituation), **II** (Fragen zum Arbeitsplatz) sowie **V** (Fragen zur Organisation) sowohl bei der "Selbsteinschätzung" (Beurteilung durch einen Mitarbeiter) als auch bei der "Fremdeinschätzung" (Beurteilung durch Betriebsinhaber) durchweg positiv. Für die **Fragenbereiche III** (Fragen zur Arbeitsumgebung) und **IV** (Fragen zur Tätigkeit) deutet sich in der Folge Handlungsbedarf²³³ an, da jeweils durch Arbeitnehmer wie Inhaber die Belastung so beurteilt wird, daß sie dem Zahlenwert des "kritischen Bereichs" nahekommt oder ihn erreicht hat.

Diese Bewertung enthält durch die in verschiedenen Fragenbereichen festgestellten positiven Ergebnisse bereits relevante Aussagen über eine bestehende Zufriedenheit mit der Arbeits- und Gesundheitssituation. Die Verantwortung für die Belange des Arbeits- und Gesundheitsschutzes wird von der gesamten Belegschaft geteilt. Gesundheit bedeutet hier nicht nur körperliche Gesundheit, sondern umfaßt auch allgemeines Wohlbefinden und Arbeitszufriedenheit. – Wenngleich die Beschäftigten mit der Gesundheitssituation am Arbeitsplatz gegenwärtig zufrieden sind, engagiert sich das Unternehmen weiter für die Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden. So wie die Qualifizierung der Mitarbeiter wird auch Gesundheit als eine Angelegenheit betrachtet, bei der sich der Betrieb keine Nachlässigkeit erlauben kann. Die Überzeugung, daß eine gesunde und motivierte Belegschaft einen wichtigen Beitrag zum Erfolg des Unternehmens leistet, ist hier vorhanden.

233 Handlungsbedarf bedeutet die Einführung von belastungsmindernden Maßnahmen soweit vorzustrukturieren, daß Unternehmer wie Mitarbeiter weitgehende Einsicht in einen solchen haben können und spezifische Hemmschwellen auf beiden Seiten abgebaut werden. Die damit zusammenhängenden Aktivitäten bedeuten zugleich auch, vermehrt Experten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in einem Betrieb dieser Größenordnung einzusetzen und ihr fachliches Wissen und Können zielgerichtet zu nutzen. – Diese Vorgehensweise liefert eine Grundlage dafür, um auch in kleinen und mittleren Unternehmen erweiterten bzw. umfassenden Arbeits- und Gesundheitsschutz etablieren zu können.

bb. Berufsgruppe Maler und Lackierer - Betrieb B

	Grundlegende Fragen zur Arbeitssituation	Fragen zum Arbeitsplatz	Fragen zur Arbeits- umgebung	Fragen zur Tätigkeit	Fragen zur Organisation
kritischer Bereich	9	15	15	24	15
Selbsteinschätzung	11	19	16	24	18
Fremdeinschätzung	12	22	17	25	20



—— kritischer Bereich (belastungsmindernde Maßnahmen notwendig)

- - - - - Selbsteinschätzung (Beurteilung durch einen Arbeitnehmer)

..... Fremdeinschätzung (Beurteilung durch Betriebsinhaber)

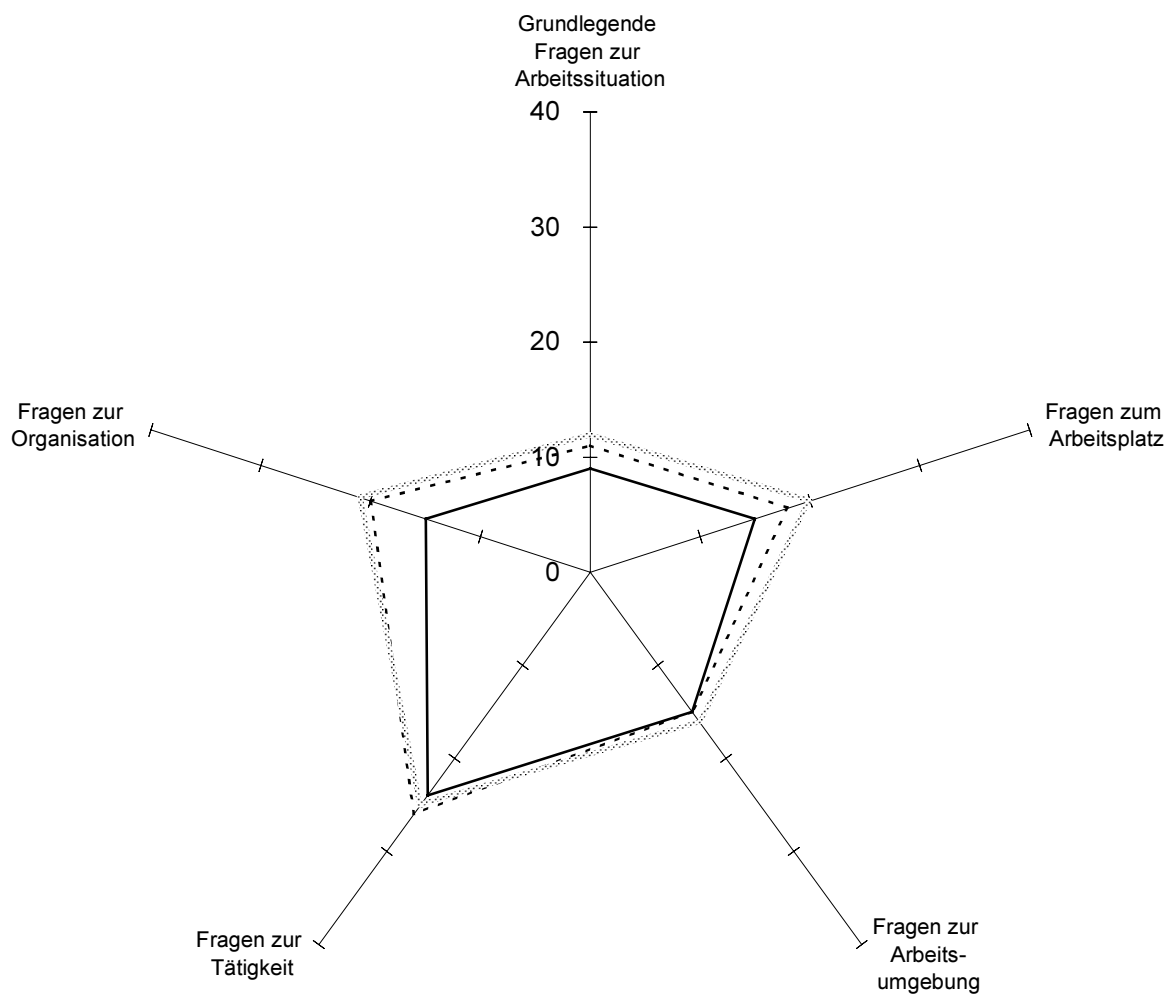
Auch in **Unternehmen B** des Maler- und Lackiererhandwerks sind die Ergebnisse aus den **Fragenbereichen I** (Grundlegende Fragen zur Arbeitssituation), **II** (Fragen zum Arbeitsplatz) sowie **V** (Fragen zur Organisation) sowohl bei der "Selbsteinschätzung" (Beurteilung durch einen Mitarbeiter) als auch bei der "Fremdeinschätzung" (Beurteilung durch Betriebsinhaber) durchweg gut. Die **Fragenbereiche III** (Fragen zur Arbeitsumgebung) und **IV** (Fragen zur Tätigkeit) deuten in der Folge Handlungsbedarf²³⁴ an, da jeweils durch Arbeitnehmer wie Inhaber die Belastung so beurteilt wird, daß sie dem Zahlenwert des "kritischen Bereichs" nahekommt oder ihn erreicht hat.

Durch die in verschiedenen Fragenbereichen festgestellten positiven Resultate enthält diese Bewertung bereits relevante Aussagen über eine bestehende Zufriedenheit mit der Arbeits- und Gesundheitssituation. Die Verantwortung für die Belange des Arbeits- und Gesundheitsschutzes wird von der gesamten Belegschaft geteilt. Gesundheit bedeutet hier nicht nur körperliche Gesundheit, sondern umfaßt auch allgemeines Wohlbefinden und Arbeitszufriedenheit. – Obwohl die Beschäftigten mit der Gesundheitssituation am Arbeitsplatz gegenwärtig zufrieden sind, engagiert sich das Unternehmen weiter für die Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden. So wie die Qualifizierung der Mitarbeiter wird auch Gesundheit als eine Angelegenheit betrachtet, bei der sich der Betrieb keine Nachlässigkeit erlauben kann. Die Überzeugung, daß eine gesunde und motivierte Belegschaft einen wesentlichen Beitrag zum Erfolg des Unternehmens leistet, ist in diesem Betrieb vorhanden.

234 Handlungsbedarf bedeutet die Einführung von belastungsmindernden Maßnahmen soweit vorzustrukturieren, daß Unternehmer wie Mitarbeiter weitgehende Einsicht in einen solchen haben können und spezifische Hemmschwellen auf beiden Seiten abgebaut werden. Die damit zusammenhängenden Aktivitäten bedeuten zugleich auch, vermehrt Experten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in einem Betrieb dieser Größenordnung einzusetzen und ihr fachliches Wissen und Können zielgerichtet zu nutzen. – Diese Vorgehensweise liefert eine Grundlage dafür, um auch in kleinen und mittleren Unternehmen erweiterten bzw. umfassenden Arbeits- und Gesundheitsschutz etablieren zu können.

cc. Berufsgruppe Maler und Lackierer - Betrieb C

	Grundlegende Fragen zur Arbeitssituation	Fragen zum Arbeitsplatz	Fragen zur Arbeitsumgebung	Fragen zur Tätigkeit	Fragen zur Organisation
kritischer Bereich	9	15	15	24	15
Selbsteinschätzung	11	18	15	26	20
Fremdeinschätzung	12	20	16	25	21



—— kritischer Bereich (belastungsmindernde Maßnahmen notwendig)

- - - - - Selbsteinschätzung (Beurteilung durch einen Arbeitnehmer)

..... Fremdeinschätzung (Beurteilung durch Betriebsinhaber)

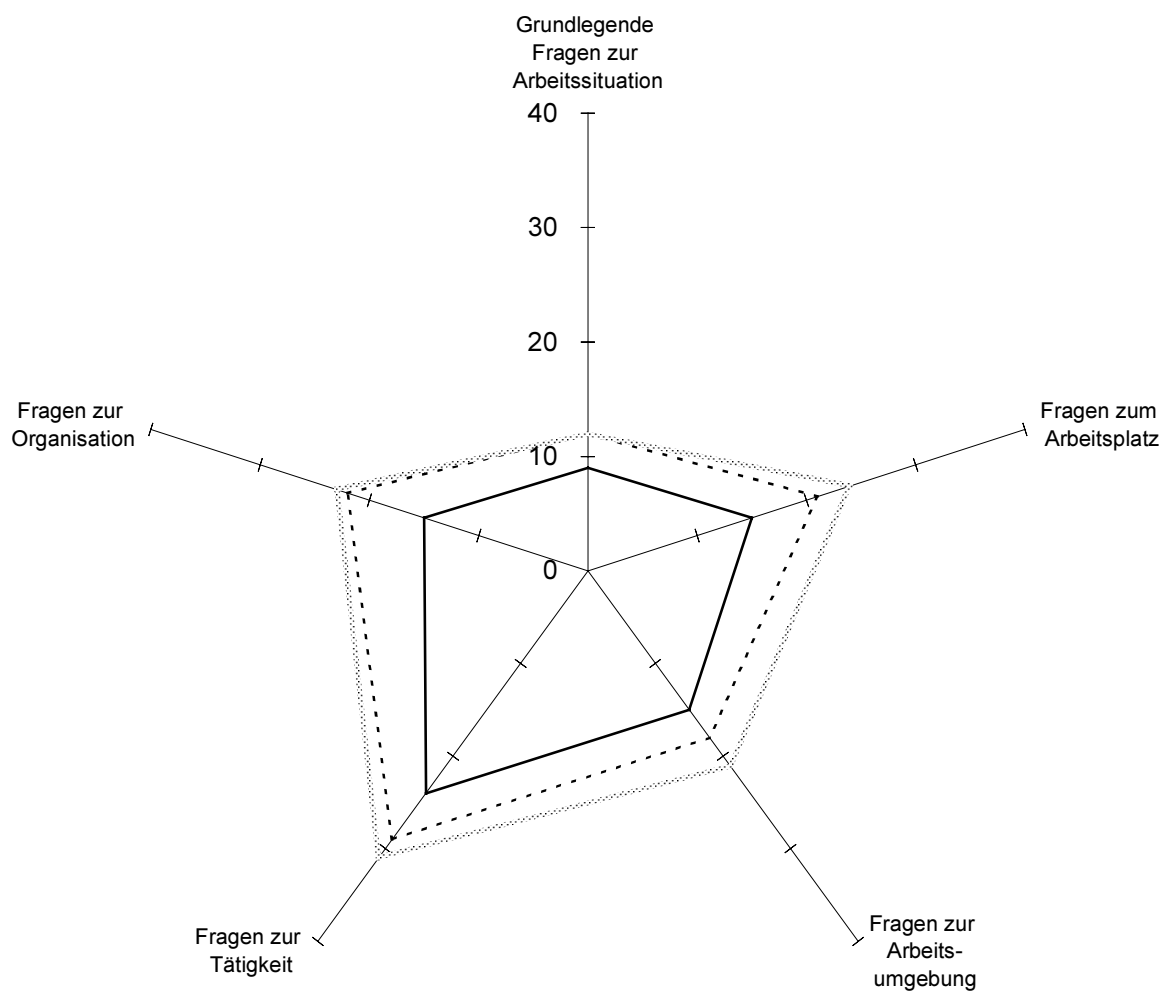
Ebenso wie in Betrieb A und Betrieb B des Maler- und Lackiererhandwerks sind bei **Betrieb C** die Resultate aus den **Fragenbereichen I** (Grundlegende Fragen zur Arbeitssituation), **II** (Fragen zum Arbeitsplatz) sowie **V** (Fragen zur Organisation) sowohl bei der "Selbsteinschätzung" (Beurteilung durch einen Mitarbeiter) als auch bei der "Fremdeinschätzung" (Beurteilung durch Betriebsinhaber) durchweg positiv. Für die **Fragenbereiche III** (Fragen zur Arbeitsumgebung) und auch **IV** (Fragen zur Tätigkeit) deutet sich jedoch in der Folge Handlungsbedarf²³⁵ an, da jeweils durch Arbeitnehmer wie Inhaber die Belastung so beurteilt wird, daß sie dem Zahlenwert des "kritischen Bereichs" nahekommt oder ihn erreicht hat.

Diese Bewertung enthält durch die in verschiedenen Fragenbereichen festgestellten positiven Ergebnisse bereits relevante Aussagen über eine bestehende Zufriedenheit mit der Arbeits- und Gesundheitssituation. Die Verantwortung für die Belange des Arbeits- und Gesundheitsschutzes wird von der gesamten Belegschaft geteilt. Gesundheit bedeutet hier nicht nur körperliche Gesundheit, sondern umfaßt auch allgemeines Wohlbefinden und Arbeitszufriedenheit. – Wenngleich die Beschäftigten mit der Gesundheitssituation am Arbeitsplatz gegenwärtig zufrieden sind, engagiert sich das Unternehmen weiter für die Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden. So wie die Qualifizierung der Mitarbeiter wird auch Gesundheit als eine Angelegenheit betrachtet, bei der sich der Betrieb keine Nachlässigkeit erlauben kann. Die Überzeugung, daß eine gesunde und motivierte Belegschaft einen wichtigen Beitrag zum Erfolg des Unternehmens leistet, ist hier vorhanden.

235 Handlungsbedarf bedeutet die Einführung von belastungsmindernden Maßnahmen soweit vorzustrukturieren, daß Unternehmer wie Mitarbeiter weitgehende Einsicht in einen solchen haben können und spezifische Hemmschwellen auf beiden Seiten abgebaut werden. Die damit zusammenhängenden Aktivitäten bedeuten zugleich auch, vermehrt Experten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in einem Betrieb dieser Größenordnung einzusetzen und ihr fachliches Wissen und Können zielgerichtet zu nutzen. – Diese Vorgehensweise liefert eine Grundlage dafür, um auch in kleinen und mittleren Unternehmen erweiterten bzw. umfassenden Arbeits- und Gesundheitsschutz etablieren zu können.

dd. Berufsgruppe Maler und Lackierer - Betrieb D

	Grundlegende Fragen zur Arbeitssituation	Fragen zum Arbeitsplatz	Fragen zur Arbeitsumgebung	Fragen zur Tätigkeit	Fragen zur Organisation
kritischer Bereich	9	15	15	24	15
Selbsteinschätzung	12	21	18	29	22
Fremdeinschätzung	12	24	21	31	23



—— kritischer Bereich (belastungsmindernde Maßnahmen notwendig)

- - - - - Selbsteinschätzung (Beurteilung durch einen Arbeitnehmer)

..... Fremdeinschätzung (Beurteilung durch Betriebsinhaber)

Von den vier befragten Betrieben des Maler- und Lackiererhandwerks sind bei **Unternehmen D** die Ergebnisse aus den **Fragenbereichen I** (Grundlegende Fragen zur Arbeitssituation), **II** (Fragen zum Arbeitsplatz), **III** (Fragen zur Arbeitsumgebung), **IV** (Fragen zur Tätigkeit) sowie **V** (Fragen zur Organisation) sowohl bei der "Selbsteinschätzung" (Beurteilung durch einen Mitarbeiter) als auch bei der "Fremdeinschätzung" (Beurteilung durch Betriebsinhaber) durchweg gut. So besteht bei diesem Betrieb des Maler- und Lackiererhandwerks derzeit faktisch kein Handlungsbedarf²³⁶.

Durch die in den Fragenbereichen festgestellten positiven Resultate enthält diese Bewertung bereits relevante Aussagen über eine bestehende Zufriedenheit mit der betrieblichen Arbeits- und Gesundheitssituation. Die Verantwortung für die Belange des Arbeits- und Gesundheitsschutzes im Unternehmen wird von der gesamten Belegschaft geteilt. Gesundheit bedeutet hier nicht nur körperliche Gesundheit, sondern umfaßt auch allgemeines Wohlbefinden und Arbeitszufriedenheit. – Obwohl die Beschäftigten mit der Gesundheitssituation am Arbeitsplatz gegenwärtig zufrieden sind, engagiert sich das Unternehmen weiter für die Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden. So wie die Qualifizierung der Mitarbeiter wird auch Gesundheit als eine Angelegenheit betrachtet, bei der sich der Betrieb keine Nachlässigkeit erlauben kann. Die Überzeugung, daß eine gesunde und motivierte Belegschaft einen wesentlichen Beitrag zum Erfolg des Unternehmens leistet, ist in diesem Betrieb vorhanden.

236 Handlungsbedarf bedeutet die Einführung von belastungsmindernden Maßnahmen soweit vorzustrukturieren – auch wenn hier derzeit faktisch kein Handlungsbedarf besteht –, daß Unternehmer wie Mitarbeiter weitgehende Einsicht in einen solchen haben können und spezifische Hemmschwellen auf beiden Seiten abgebaut werden. Die damit zusammenhängenden Aktivitäten bedeuten zugleich auch, vermehrt Experten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in einem Betrieb dieser Größenordnung einzusetzen und ihr fachliches Wissen und Können zielgerichtet zu nutzen. – Diese Vorgehensweise liefert eine Grundlage dafür, um auch in kleinen und mittleren Unternehmen erweiterten bzw. umfassenden Arbeits- und Gesundheitsschutz etablieren zu können.

e. **Bewertung der Arbeit und Gesundheit in Betrieben des Tischlerhandwerks**

Vor der Darstellung der Untersuchungsergebnisse werden zunächst Betriebsdaten wiedergegeben.²³⁷ Hierzu erfolgt noch eine Einteilung der Beschäftigten in unterschiedliche Altersgruppen (siehe auch **Teil C** IV. 1. a.).

Betrieb A

- Anzahl der Mitarbeiter: 43
- Altersgruppen:
 - < 20 Jahre = 2 Mitarbeiter
 - 20 bis < 30 Jahre = 10 Mitarbeiter
 - 30 bis < 40 Jahre = 14 Mitarbeiter
 - 40 bis < 50 Jahre = 13 Mitarbeiter
 - 50 Jahre und älter = 4 Mitarbeiter
- Krankenstand: etwa 4 %

Die Anzahl der Personen in **Betrieb A** beträgt 43 Mitarbeiter. Zwei davon sind jünger als 20 Jahre, zehn Personen sind in der Altersgruppe der 20- bis 30jährigen vertreten, während die Gruppe der 30- bis 40jährigen 14 Mitarbeiter aufweist. 13 Beschäftigte sind zwischen 40 und 50 Jahre und vier Mitarbeiter älter als 50 Jahre. Der Krankenstand liegt in diesem Unternehmen bei vier Prozent.

Betrieb B

- Anzahl der Mitarbeiter: 14
- Altersgruppen:
 - < 20 Jahre = 2 Mitarbeiter
 - 20 bis < 30 Jahre = 2 Mitarbeiter
 - 30 bis < 40 Jahre = 4 Mitarbeiter

²³⁷ Diese Daten wurden zusätzlich während des Interviews notiert.

40 bis < 50 Jahre = 4 Mitarbeiter

50 Jahre und älter = 2 Mitarbeiter

- Krankenstand: etwa 4 %

Der **Betrieb B** weist 14 Mitarbeiter auf. Davon sind zwei jünger als 20 Jahre. Die gleiche Anzahl findet sich in der Altersgruppe zwischen 20 und 30 Jahre, während die 30- bis 40jährigen und die 40- bis 50jährigen mit jeweils vier Beschäftigten vertreten sind. 50 Jahre und älter sind zwei Mitarbeiter. Auch hier liegt der Krankenstand bei vier Prozent.

Betrieb C

- Anzahl der Mitarbeiter: 19
- Altersgruppen:
 - < 20 Jahre = 2 Mitarbeiter
 - 20 bis < 30 Jahre = 4 Mitarbeiter
 - 30 bis < 40 Jahre = 6 Mitarbeiter
 - 40 bis < 50 Jahre = 5 Mitarbeiter
 - 50 Jahre und älter = 2 Mitarbeiter
- Krankenstand: etwa 4 %

In **Betrieb C** macht die Anzahl der Beschäftigten 19 Mitarbeiter aus, wobei die unter 20jährigen mit zwei Personen vertreten sind. Die Altersgruppe der 20- bis 30jährigen stellt vier und die der 30- bis 40jährigen sechs Mitarbeiter, während die Gruppe der 40- bis 50jährigen fünf Beschäftigte umfaßt. Zwei Mitarbeiter sind 50 Jahre und älter. Der Krankenstand liegt in diesem Betrieb ebenso bei vier Prozent.

Betrieb D

- Anzahl der Mitarbeiter: 8
- Altersgruppen:
 - < 20 Jahre = 2 Mitarbeiter
 - 20 bis < 30 Jahre = 2 Mitarbeiter

30 bis < 40 Jahre = 1 Mitarbeiter

40 bis < 50 Jahre = 2 Mitarbeiter

50 Jahre und älter = 1 Mitarbeiter

- Krankenstand: etwa 4 %

Der **Betrieb D** hat acht Mitarbeiter, von denen zwei jünger als 20 Jahre sind. In der Altersgruppe der 20- bis 30jährigen sind zwei Beschäftigte, in der Gruppe der 30- bis 40jährigen ist eine Person vorhanden. Weitere zwei Mitarbeiter zählen zu der Altersgruppe der 40- bis 50jährigen und einer von den hier Tätigen ist über 50 Jahre. In diesem Unternehmen liegt der Krankenstand gleichfalls bei vier Prozent.

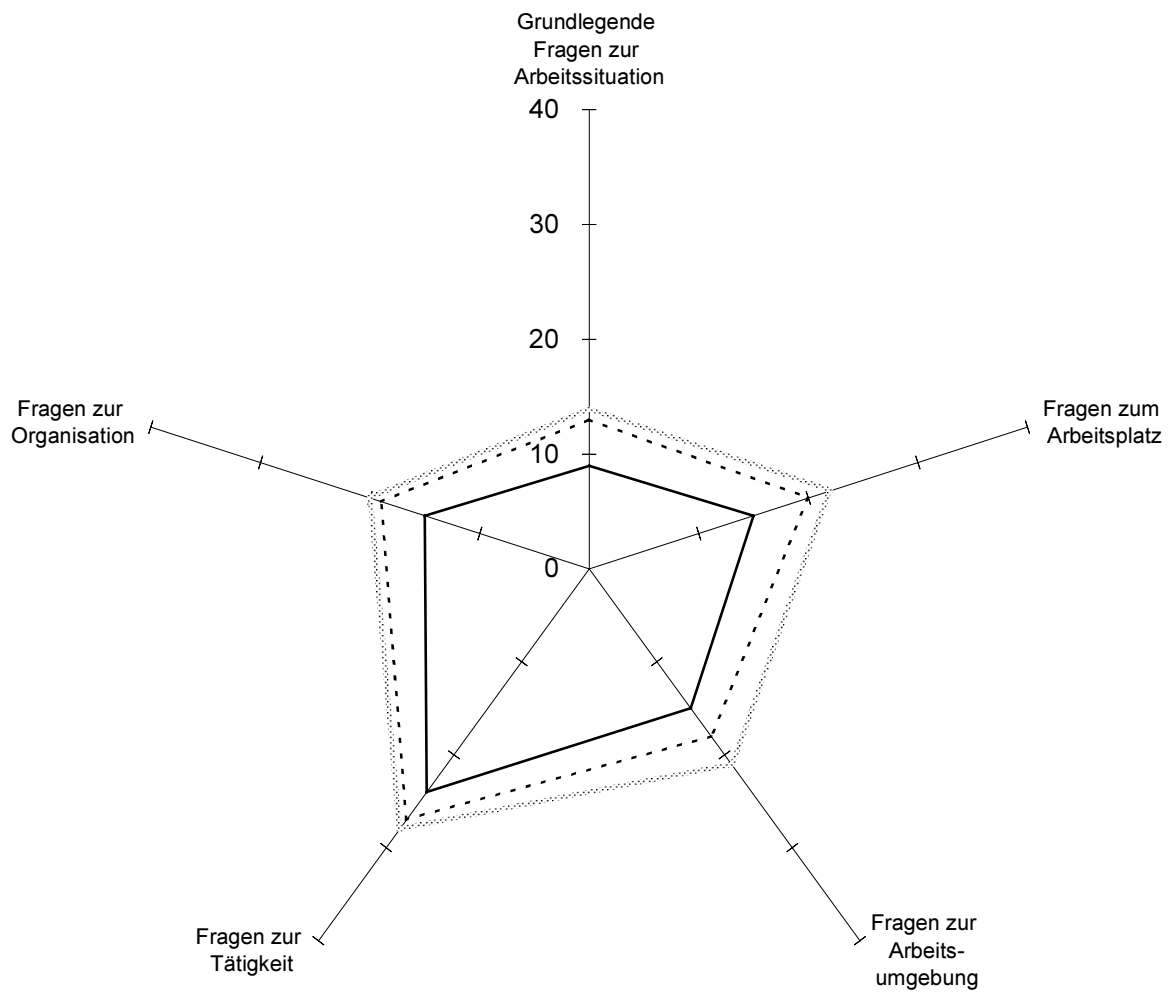
Betrieb E

- Anzahl der Mitarbeiter: 10
- Altersgruppen:
 - < 20 Jahre = 2 Mitarbeiter
 - 20 bis < 30 Jahre = 2 Mitarbeiter
 - 30 bis < 40 Jahre = 3 Mitarbeiter
 - 40 bis < 50 Jahre = 2 Mitarbeiter
 - 50 Jahre und älter = 1 Mitarbeiter
- Krankenstand: etwa 4 %

In **Betrieb E** sind zehn Mitarbeiter tätig. Zwei davon sind unter 20 Jahre; die gleiche Anzahl trifft auf die 20- bis 30jährigen zu. Der Altersgruppe der 30- bis 40jährigen gehören drei Beschäftigte an, während zwei Mitarbeiter zu der Gruppe der 40- bis 50jährigen zählen. Einer der hier Beschäftigten ist älter als 50 Jahre. Wie auch in den bisher untersuchten vier Betrieben des Tischlerhandwerks liegt der Krankenstand bei vier Prozent.

aa. Berufsgruppe Tischler - Betrieb A

	Grundlegende Fragen zur Arbeitssituation	Fragen zum Arbeitsplatz	Fragen zur Arbeits- umgebung	Fragen zur Tätigkeit	Fragen zur Organisation
kritischer Bereich	9	15	15	24	15
Selbsteinschätzung	13	20	18	27	19
Fremdeinschätzung	14	22	21	28	20



—— kritischer Bereich (belastungsmindernde Maßnahmen notwendig)

- - - - - Selbsteinschätzung (Beurteilung durch einen Arbeitnehmer)

..... Fremdeinschätzung (Beurteilung durch Betriebsinhaber)

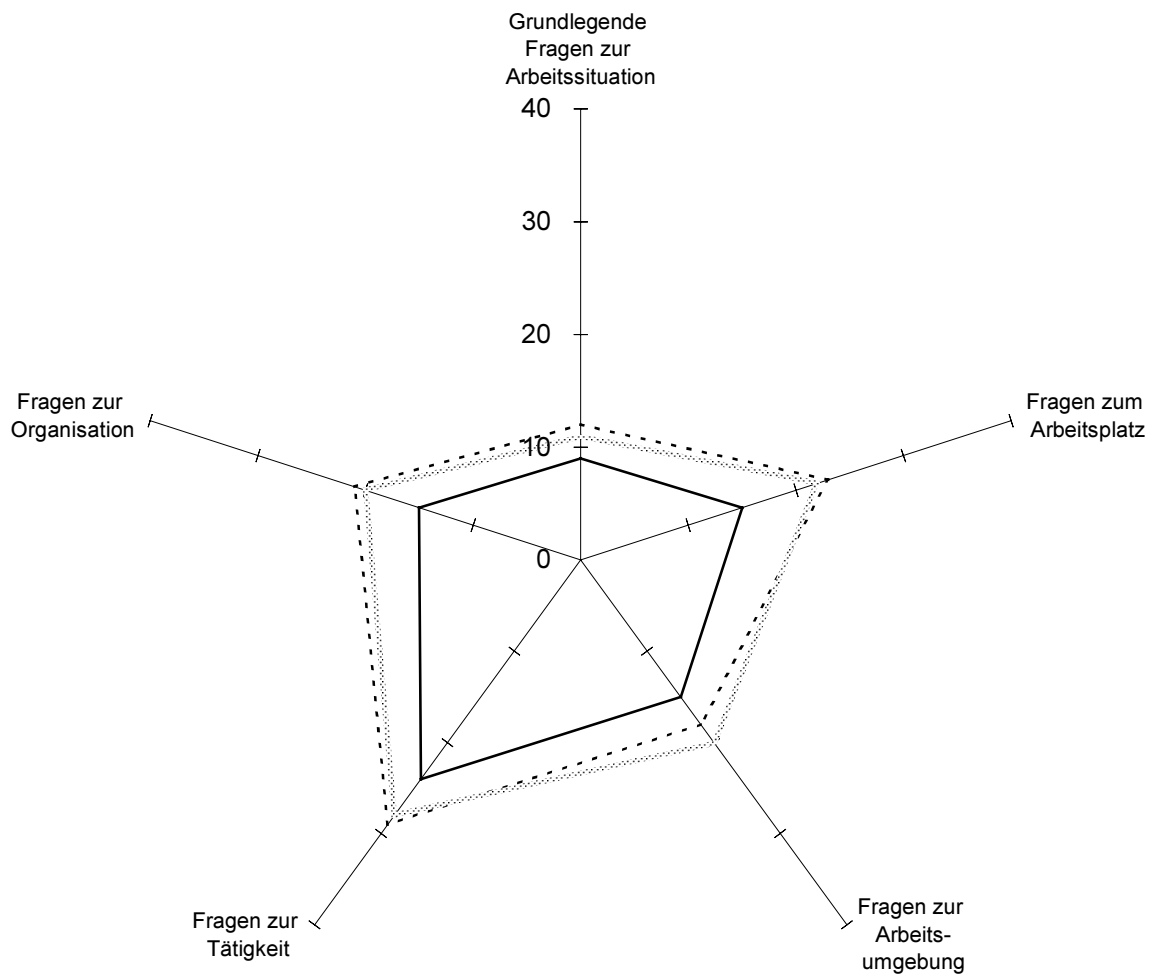
Für den **Betrieb A** des Tischlerhandwerks sind die Resultate aus den **Fragenbereichen I** (Grundlegende Fragen zur Arbeitssituation), **II** (Fragen zum Arbeitsplatz), **III** (Fragen zur Arbeitsumgebung), **IV** (Fragen zur Tätigkeit) und **V** (Fragen zur Organisation) sowohl bei der "Selbsteinschätzung" (Beurteilung durch einen Mitarbeiter) als auch bei der "Fremdeinschätzung" (Beurteilung durch Betriebsinhaber) durchweg positiv. Somit besteht bei diesem Unternehmen des Tischlerhandwerks derzeit faktisch kein Handlungsbedarf²³⁸.

Diese Bewertung enthält durch die in den Fragenbereichen festgestellten positiven Ergebnisse bereits relevante Aussagen über eine bestehende Zufriedenheit mit der betrieblichen Arbeits- und Gesundheitssituation. Die Verantwortung für die Belange des Arbeits- und Gesundheitsschutzes im Unternehmen wird von der gesamten Belegschaft geteilt. Gesundheit bedeutet hier nicht nur körperliche Gesundheit, sondern umfaßt auch allgemeines Wohlbefinden und Arbeitszufriedenheit. – Wenngleich die Beschäftigten mit der Gesundheitssituation am Arbeitsplatz gegenwärtig zufrieden sind, engagiert sich das Unternehmen weiter für die Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden. So wie die Qualifizierung der Mitarbeiter wird auch Gesundheit als eine Angelegenheit betrachtet, bei der sich der Betrieb keine Nachlässigkeit erlauben kann. Die Überzeugung, daß eine gesunde und motivierte Belegschaft einen wichtigen Beitrag zum Erfolg des Unternehmens leistet, ist hier vorhanden.

238 Handlungsbedarf bedeutet die Einführung von belastungsmindernden Maßnahmen soweit vorzustrukturieren – auch wenn hier derzeit faktisch kein Handlungsbedarf besteht –, daß Unternehmer wie Mitarbeiter weitgehende Einsicht in einen solchen haben können und spezifische Hemmschwellen auf beiden Seiten abgebaut werden. Die damit zusammenhängenden Aktivitäten bedeuten zugleich auch, vermehrt Experten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in einem Betrieb dieser Größenordnung einzusetzen und ihr fachliches Wissen und Können zielgerichtet zu nutzen. – Diese Vorgehensweise liefert eine Grundlage dafür, um auch in kleinen und mittleren Unternehmen erweiterten bzw. umfassenden Arbeits- und Gesundheitsschutz etablieren zu können.

bb. Berufsgruppe Tischler - Betrieb B

	Grundlegende Fragen zur Arbeitssituation	Fragen zum Arbeitsplatz	Fragen zur Arbeits- umgebung	Fragen zur Tätigkeit	Fragen zur Organisation
kritischer Bereich	9	15	15	24	15
Selbsteinschätzung	12	23	18	29	21
Fremdeinschätzung	11	22	20	28	20



—— kritischer Bereich (belastungsmindernde Maßnahmen notwendig)

- - - - - Selbsteinschätzung (Beurteilung durch einen Arbeitnehmer)

..... Fremdeinschätzung (Beurteilung durch Betriebsinhaber)

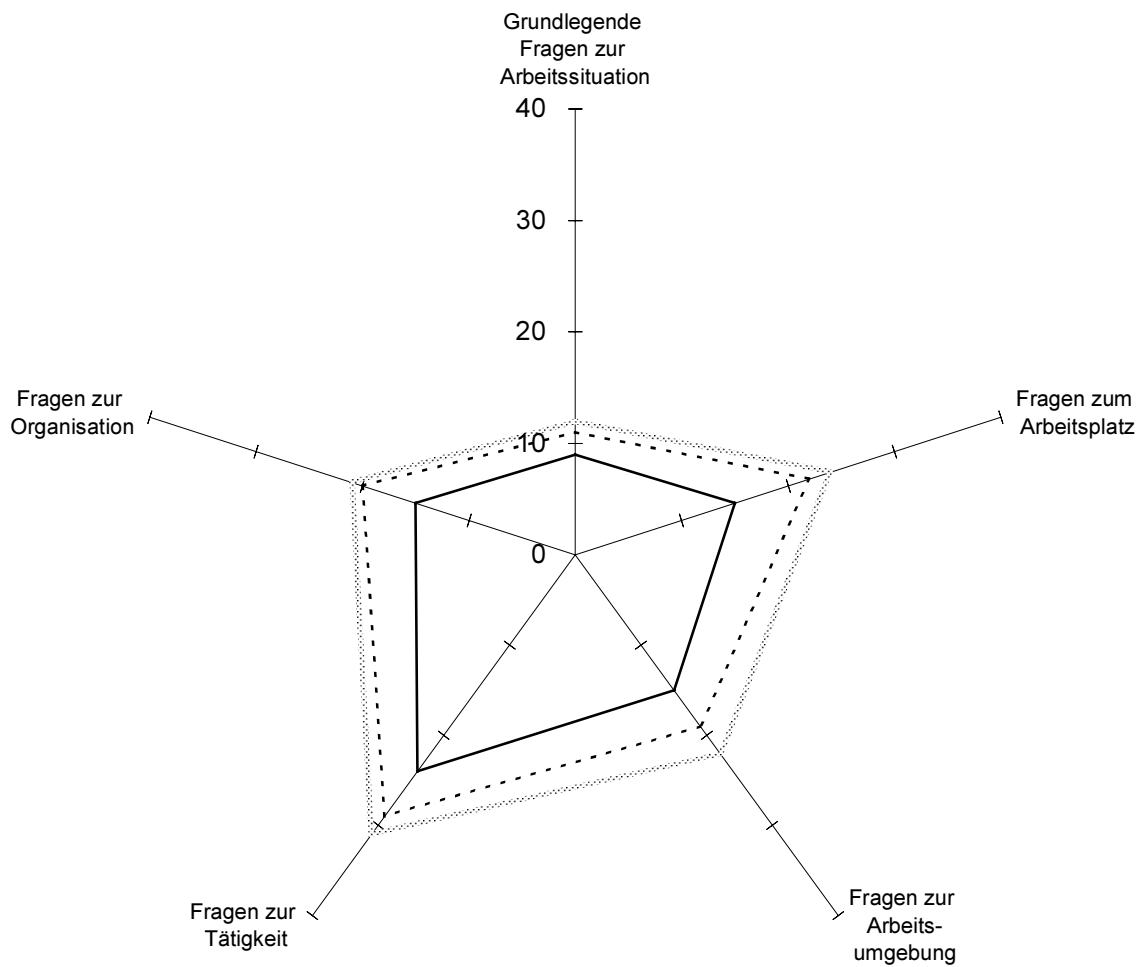
Auch in **Unternehmen B** des Tischlerhandwerks sind die Ergebnisse aus den **Fragenbereichen I** (Grundlegende Fragen zur Arbeitssituation), **II** (Fragen zum Arbeitsplatz), **III** (Fragen zur Arbeitsumgebung), **IV** (Fragen zur Tätigkeit) sowie **V** (Fragen zur Organisation) sowohl bei "Selbsteinschätzung" (Beurteilung durch einen Mitarbeiter) als auch bei "Fremdeinschätzung" (Beurteilung durch Betriebsinhaber) durchweg gut. Hier besteht ebenso wie bei Betrieb A des Tischlerhandwerks derzeit faktisch kein Handlungsbedarf²³⁹.

Durch die in den Fragenbereichen festgestellten positiven Resultate enthält diese Bewertung bereits relevante Aussagen über eine bestehende Zufriedenheit mit der betrieblichen Arbeits- und Gesundheitssituation. Die Verantwortung für die Belange des Arbeits- und Gesundheitsschutzes im Unternehmen wird von der gesamten Belegschaft geteilt. Gesundheit bedeutet hier nicht nur körperliche Gesundheit, sondern umfaßt auch allgemeines Wohlbefinden und Arbeitszufriedenheit. – Obwohl die Beschäftigten mit der Gesundheitssituation am Arbeitsplatz gegenwärtig zufrieden sind, engagiert sich das Unternehmen weiter für die Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden. So wie die Qualifizierung der Mitarbeiter wird auch Gesundheit als eine Angelegenheit betrachtet, bei der sich der Betrieb keine Nachlässigkeit erlauben kann. Die Überzeugung, daß eine gesunde und motivierte Belegschaft einen wesentlichen Beitrag zum Erfolg des Unternehmens leistet, ist in diesem Betrieb vorhanden.

239 Handlungsbedarf bedeutet die Einführung von belastungsmindernden Maßnahmen soweit vorzustrukturieren – auch wenn hier derzeit faktisch kein Handlungsbedarf besteht –, daß Unternehmer wie Mitarbeiter weitgehende Einsicht in einen solchen haben können und spezifische Hemmschwellen auf beiden Seiten abgebaut werden. Die damit zusammenhängenden Aktivitäten bedeuten zugleich auch, vermehrt Experten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in einem Betrieb dieser Größenordnung einzusetzen und ihr fachliches Wissen und Können zielgerichtet zu nutzen. – Diese Vorgehensweise liefert eine Grundlage dafür, um auch in kleinen und mittleren Unternehmen erweiterten bzw. umfassenden Arbeits- und Gesundheitsschutz etablieren zu können.

cc. Berufsgruppe Tischler - Betrieb C

	Grundlegende Fragen zur Arbeitssituation	Fragen zum Arbeitsplatz	Fragen zur Arbeits- umgebung	Fragen zur Tätigkeit	Fragen zur Organisation
kritischer Bereich	9	15	15	24	15
Selbsteinschätzung	11	22	19	29	20
Fremdeinschätzung	12	24	22	31	21



—— kritischer Bereich (belastungsmindernde Maßnahmen notwendig)

- - - - - Selbsteinschätzung (Beurteilung durch einen Arbeitnehmer)

..... Fremdeinschätzung (Beurteilung durch Betriebsinhaber)

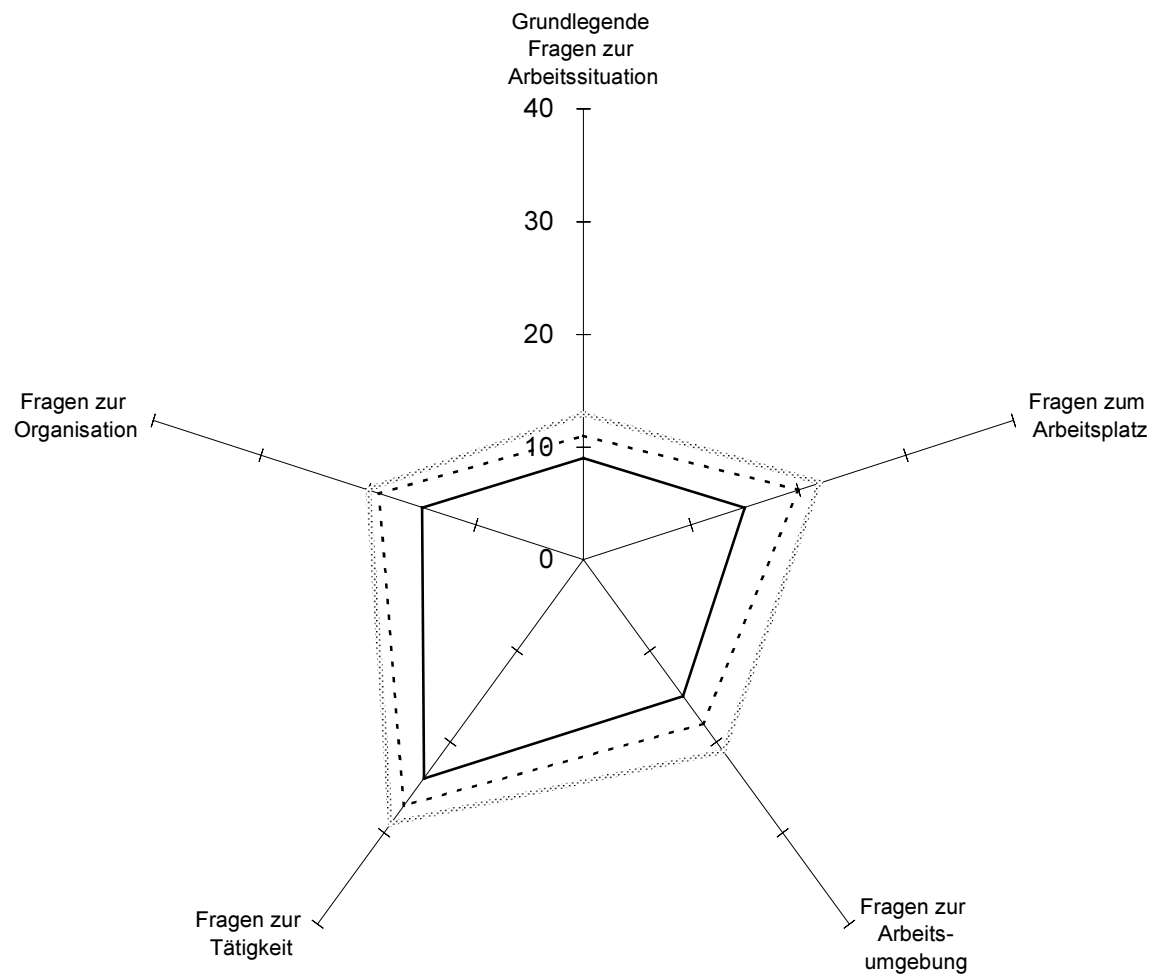
Bei diesem Unternehmen liegt eine vergleichbare Situation mit der des Betriebs A und Betriebs B vor. So sind auch in dem **Betrieb C** des Tischlerhandwerks die Resultate aus den **Fragenbereichen I** (Grundlegende Fragen zur Arbeitssituation), **II** (Fragen zum Arbeitsplatz), **III** (Fragen zur Arbeitsumgebung), **IV** (Fragen zur Tätigkeit) und **V** (Fragen zur Organisation) sowohl bei der "Selbsteinschätzung" (Beurteilung durch einen Mitarbeiter) als auch bei der "Fremdeinschätzung" (Beurteilung durch Betriebsinhaber) durchweg positiv. Demnach besteht auch bei diesem Unternehmen des Tischlerhandwerks derzeit faktisch kein Handlungsbedarf²⁴⁰.

Diese Bewertung enthält durch die in den Fragenbereichen festgestellten positiven Ergebnisse bereits relevante Aussagen über eine bestehende Zufriedenheit mit der betrieblichen Arbeits- und Gesundheitssituation. Die Verantwortung für die Belange des Arbeits- und Gesundheitsschutzes im Unternehmen wird von der gesamten Belegschaft geteilt. Gesundheit bedeutet hier nicht nur körperliche Gesundheit, sondern umfaßt auch allgemeines Wohlbefinden und Arbeitszufriedenheit. – Wenngleich die Beschäftigten mit der Gesundheitssituation am Arbeitsplatz gegenwärtig zufrieden sind, engagiert sich das Unternehmen weiter für die Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden. So wie die Qualifizierung der Mitarbeiter wird auch Gesundheit als eine Angelegenheit betrachtet, bei der sich der Betrieb keine Nachlässigkeit erlauben kann. Die Überzeugung, daß eine gesunde und motivierte Belegschaft einen wichtigen Beitrag zum Erfolg des Unternehmens leistet, ist hier vorhanden.

240 Handlungsbedarf bedeutet die Einführung von belastungsmindernden Maßnahmen soweit vorzustrukturieren – auch wenn hier derzeit faktisch kein Handlungsbedarf besteht –, daß Unternehmer wie Mitarbeiter weitgehende Einsicht in einen solchen haben können und spezifische Hemmschwellen auf beiden Seiten abgebaut werden. Die damit zusammenhängenden Aktivitäten bedeuten zugleich auch, vermehrt Experten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in einem Betrieb dieser Größenordnung einzusetzen und ihr fachliches Wissen und Können zielgerichtet zu nutzen. – Diese Vorgehensweise liefert eine Grundlage dafür, um auch in kleinen und mittleren Unternehmen erweiterten bzw. umfassenden Arbeits- und Gesundheitsschutz etablieren zu können.

dd. Berufsgruppe Tischler - Betrieb D

	Grundlegende Fragen zur Arbeitssituation	Fragen zum Arbeitsplatz	Fragen zur Arbeits- umgebung	Fragen zur Tätigkeit	Fragen zur Organisation
kritischer Bereich	9	15	15	24	15
Selbsteinschätzung	11	20	18	27	19
Fremdeinschätzung	13	22	21	29	20



—— kritischer Bereich (belastungsmindernde Maßnahmen notwendig)

- - - - - Selbsteinschätzung (Beurteilung durch einen Arbeitnehmer)

..... Fremdeinschätzung (Beurteilung durch Betriebsinhaber)

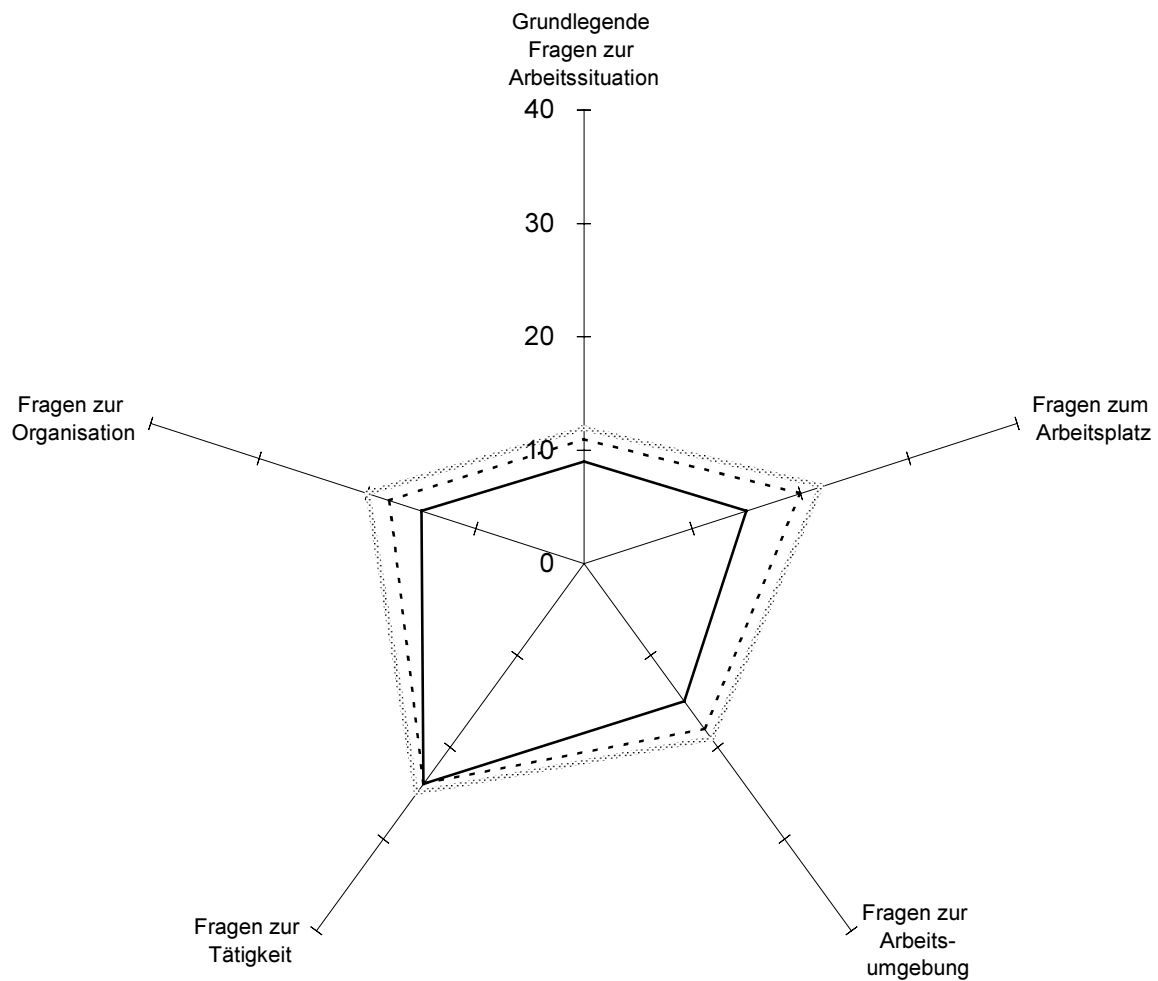
Ebenso in **Unternehmen D** des Tischlerhandwerks sind die Ergebnisse aus den **Fragenbereichen I** (Grundlegende Fragen zur Arbeitssituation), **II** (Fragen zum Arbeitsplatz), **III** (Fragen zur Arbeitsumgebung), **IV** (Fragen zur Tätigkeit) sowie **V** (Fragen zur Organisation) sowohl bei der "Selbsteinschätzung" (Beurteilung durch einen Mitarbeiter) als auch bei der "Fremdeinschätzung" (Beurteilung durch Betriebsinhaber) durchweg gut. So besteht auch bei diesem Betrieb des Tischlerhandwerks derzeit faktisch kein Handlungsbedarf²⁴¹.

Durch die in den Fragenbereichen festgestellten positiven Resultate enthält diese Bewertung bereits relevante Aussagen über eine bestehende Zufriedenheit mit der betrieblichen Arbeits- und Gesundheitssituation. Die Verantwortung für die Belange des Arbeits- und Gesundheitsschutzes im Unternehmen wird von der gesamten Belegschaft geteilt. Gesundheit bedeutet hier nicht nur körperliche Gesundheit, sondern umfaßt auch allgemeines Wohlbefinden und Arbeitszufriedenheit. – Obwohl die Beschäftigten mit der Gesundheitssituation am Arbeitsplatz gegenwärtig zufrieden sind, engagiert sich das Unternehmen weiter für die Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden. So wie die Qualifizierung der Mitarbeiter wird auch Gesundheit als eine Angelegenheit betrachtet, bei der sich der Betrieb keine Nachlässigkeit erlauben kann. Die Überzeugung, daß eine gesunde und motivierte Belegschaft einen wesentlichen Beitrag zum Erfolg des Unternehmens leistet, ist in diesem Betrieb vorhanden.

241 Handlungsbedarf bedeutet die Einführung von belastungsmindernden Maßnahmen soweit vorzustrukturieren – auch wenn hier derzeit faktisch kein Handlungsbedarf besteht –, daß Unternehmer wie Mitarbeiter weitgehende Einsicht in einen solchen haben können und spezifische Hemmschwellen auf beiden Seiten abgebaut werden. Die damit zusammenhängenden Aktivitäten bedeuten zugleich auch, vermehrt Experten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in einem Betrieb dieser Größenordnung einzusetzen und ihr fachliches Wissen und Können zielgerichtet zu nutzen. – Diese Vorgehensweise liefert eine Grundlage dafür, um auch in kleinen und mittleren Unternehmen erweiterten bzw. umfassenden Arbeits- und Gesundheitsschutz etablieren zu können.

ee. Berufsgruppe Tischler - Betrieb E

	Grundlegende Fragen zur Arbeitssituation	Fragen zum Arbeitsplatz	Fragen zur Arbeits- umgebung	Fragen zur Tätigkeit	Fragen zur Organisation
kritischer Bereich	9	15	15	24	15
Selbsteinschätzung	11	20	18	24	18
Fremdeinschätzung	12	22	19	25	20



—— kritischer Bereich (belastungsmindernde Maßnahmen notwendig)

- - - - - Selbsteinschätzung (Beurteilung durch einen Arbeitnehmer)

..... Fremdeinschätzung (Beurteilung durch Betriebsinhaber)

In **Betrieb E** des Tischlerhandwerks sind die Resultate aus den **Fragenbereichen I** (Grundlegende Fragen zur Arbeitssituation), **II** (Fragen zum Arbeitsplatz), **III** (Fragen zur Arbeitsumgebung) und **V** (Fragen zur Organisation) sowohl bei der "Selbsteinschätzung" (Beurteilung durch einen Mitarbeiter) als auch bei der "Fremdeinschätzung" (Beurteilung durch Betriebsinhaber) durchweg positiv. Hier deutet nur der **Fragenbereich IV** (Fragen zur Tätigkeit) in der Folge Handlungsbedarf²⁴² an, da jeweils durch Arbeitnehmer wie Inhaber die Belastung so beurteilt wird, daß sie dem Zahlenwert des "kritischen Bereichs" nahekommmt oder ihn erreicht hat.

Diese Bewertung enthält durch die in verschiedenen Fragenbereichen festgestellten positiven Ergebnisse bereits relevante Aussagen über eine bestehende Zufriedenheit mit der Arbeits- und Gesundheitssituation. Die Verantwortung für die Belange des Arbeits- und Gesundheitsschutzes wird von der gesamten Belegschaft geteilt. Gesundheit bedeutet hier nicht nur körperliche Gesundheit, sondern umfaßt auch allgemeines Wohlbefinden und Arbeitszufriedenheit. – Wenngleich die Beschäftigten mit der Gesundheitssituation am Arbeitsplatz gegenwärtig zufrieden sind, engagiert sich das Unternehmen weiter für die Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden. So wie die Qualifizierung der Mitarbeiter wird auch Gesundheit als eine Angelegenheit betrachtet, bei der sich der Betrieb keine Nachlässigkeit erlauben kann. Die Überzeugung, daß eine gesunde und motivierte Belegschaft einen wichtigen Beitrag zum Erfolg des Unternehmens leistet, ist hier vorhanden.

242 Handlungsbedarf bedeutet die Einführung von belastungsmindernden Maßnahmen soweit vorzustrukturieren, daß Unternehmer wie Mitarbeiter weitgehende Einsicht in einen solchen haben können und spezifische Hemmschwellen auf beiden Seiten abgebaut werden. Die damit zusammenhängenden Aktivitäten bedeuten zugleich auch, vermehrt Experten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in einem Betrieb dieser Größenordnung einzusetzen und ihr fachliches Wissen und Können zielgerichtet zu nutzen. – Diese Vorgehensweise liefert eine Grundlage dafür, um auch in kleinen und mittleren Unternehmen erweiterten bzw. umfassenden Arbeits- und Gesundheitsschutz etablieren zu können.

f. Zusammenfassung

Die Ergebnisse der Befragung geben einen Überblick über die subjektive Einschätzung der Interviewpartner zum Thema Arbeit und Gesundheit im Betrieb. Alle Einzelergebnisse sind graphisch dargestellt. Durch die in verschiedenen Fragebereichen festgestellten positiven Resultate enthält diese Bewertung bereits relevante Aussagen über eine bestehende Zufriedenheit mit der Arbeits- und Gesundheitssituation im Unternehmen.

Durchweg gut stellen sich die Ergebnisse der Erhebung aus den **Fragebereichen I** (Grundlegende Fragen zur Arbeitssituation), **II** (Fragen zum Arbeitsplatz) und **V** (Fragen zur Organisation) sowohl bei der Mitarbeiterbeurteilung ("Selbsteinschätzung") als auch bei der Beurteilung durch den Betriebsinhaber ("Fremdeinschätzung") dar.

Die **Fragebereiche III** (Fragen zur Arbeitsumgebung) sowie **IV** (Fragen zur Tätigkeit) signalisieren jedoch in der Folge faktisch einen Handlungsbedarf, da insgesamt von der Hälfte der Befragungsteilnehmer die Belastungsbeurteilung bei der "Selbsteinschätzung" und bei der "Fremdeinschätzung" dem Zahlenwert des "kritischen Bereichs" nahekommt, ihn erreicht hat oder leicht unterschreitet.

Hervorzuheben ist, daß 18 Unternehmen einen Krankenstand von nicht mehr als fünf Prozent vorweisen können. Bei acht Betrieben liegt er sogar bei nur vier Prozent; die vorstehenden Prozentsätze zum Krankenstand enthalten etwa ein Prozent krankheitsbedingter Fehlzeit durch Arbeitsunfälle. – Ein Zusammenhang zwischen Krankenstand und Altersstruktur in den befragten Unternehmen ist nicht erkennbar. Bejaht werden

kann in der Regel, daß mit steigender Betriebsgröße auch die Höhe des Krankenstands zunimmt.²⁴³

2. Zusätzliche Anmerkungen

Im folgenden werden die über die Fragebögen hinaus gegebenen Auskünfte der Gesprächspartner dargestellt. Hierbei war eine Differenzierung nach den Berufsgruppen wegen der weitgehenden Übereinstimmung der Aussagen (Mehrfachnennungen waren möglich) nicht erforderlich.

So sind hier die positiven Aspekte des Berufs von einer großen Anzahl der Befragten hervorgehoben worden. Jedoch sollen auch vorhandene Gesundheitsbeschwerden nicht verschwiegen werden.

a. Positive Aspekte des Berufs

Gesundheit im Betrieb ist unter anderem in einem hohen Grad abhängig davon, in welchem Ausmaß sich mit der Arbeit identifiziert und was im Berufsalltag besonders gut gefunden wird: **Vier Fünftel der Befragten** sehen die positiven Seiten ihrer Tätigkeit darin, vielseitige Aufgaben zu haben, selbständig arbeiten zu können und Erfolgserlebnisse durch Geschaffenes zu erfahren. Außerdem heben **drei Viertel der Interviewpartner** das Nebeneinander von "Hand- und Kopfarbeit" positiv hervor sowie die Herausforderung, immer wieder Neues zu lernen. **Die Hälfte der Befragungsteilnehmer** lobt das

²⁴³ Diese Teilergebnisse der Befragung lassen sich mit Ergebnissen aus anderen Untersuchungen, die zum Thema Arbeit und Gesundheit in Klein- und Mittelbetrieben durchgeführt wurden, vergleichen. Hierzu siehe z.B. Hemmer, Edmund, Arbeits- und Gesundheitsschutz. Eine Unternehmensbefragung, Deutscher Instituts-Verlag, Köln 1999, S. 15: Von den 974 Unternehmen (mit unterschiedlichen Berufs- bzw. Beschäftigtengruppen, Deutschland gesamt), die hier in die Bewertung einbezogen wurden, sind 460 Betriebe den Klein- und Mittelunternehmen zuzurechnen. Hierzu siehe auch Teil C VII.

Arbeiten im Team, die wechselnden Einsatzorte und auch die Möglichkeit von direkten Kundenkontakten.

In diesem Zusammenhang wird erkennbar, daß die Mehrzahl der Befragten ihrer Tätigkeit positive Aspekte abgewinnen kann. Bereits jetzt läßt sich daraus der Schluß ziehen, daß die Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Betrieben entscheidend darauf aufbauen kann; hier sind die Ansätze für Verbesserungen zu suchen und zu finden – hier könnten und sollten Möglichkeiten innerhalb des Unternehmens aufgegriffen und verwirklicht werden. Die Bereitschaft dazu ist in einem positiven Arbeitsklima immer vorhanden.

b. Vorhandene Gesundheitsbeschwerden

Gefragt nach Erkrankungen und Beschwerden im letzten Jahr nannten drei Fünftel der Interviewpartner Rücken- und Gelenkschmerzen. Grippe/Erkältungen, Mattigkeit und Kopfschmerzen gaben die Hälfte der Befragten an. Ebenso viele sahen ihre Beschwerden als beruflich bedingt an.²⁴⁴

Zu bemerken ist hier, daß eine große Anzahl der Gesprächspartner Rücken- und Gelenkschmerzen sowie Erkältungskrankheiten unterschiedlicher Art angab und diese zugleich mit ihrer spezifischen Tätigkeit in Verbindung brachte.

Demnach besteht auch bei Klein- und Mittelbetrieben ein Bedarf nach einer gesundheitsorientierten Unternehmensstruktur, der keineswegs ignoriert werden sollte. So darf auch in wirtschaftlich schwierigen Zeiten nicht am Potential von gesundheitsfördernden Maßnahmen gespart werden. Vielmehr

²⁴⁴ Zu berücksichtigen ist bei allen diesen Angaben, daß sie sich auf das Vorkommen von Erkrankungen und Beschwerden in den letzten zwölf Monaten beziehen, also nichts über den Schweregrad oder die Dauer der gesundheitlichen Beschwerden aussagen. Siehe hierzu auch Fn. 215.

sollten Unternehmen wie Experten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes sich gegenseitig für die Erhaltung der Arbeitskraft einsetzen, die nach wie vor einen wesentlichen Bestandteil der wirtschaftlichen Handlungsfähigkeit darstellt.

In diesem Zusammenhang ist auch die Beurteilung des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes wichtig, welche im folgenden Abschnitt erläutert wird.

c. Beurteilung des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes

An dieser Stelle soll die Haltung der Befragten zum Arbeits- und Gesundheitsschutz verdeutlicht werden:

- Über den Stellenwert des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in den untersuchten Betrieben kann gesagt werden, daß dieser durchweg als "ungeschriebenes Gesetz" anerkannt wird und in den Arbeitsalltag Eingang findet. Eine schriftliche Fixierung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in Form von Leitlinien und Führungsgrundsätzen, wie in Großbetrieben üblich, wird hier als nicht notwendig erachtet.
- Den Arbeits- und Gesundheitsschutz bezeichnen zwei Fünftel der Befragungsteilnehmer als wichtig für das Betriebsklima. Ein Viertel der Interviewpartner sagt, die Vorschriften und Regeln bieten gute Anhaltspunkte, wie die Arbeit zu organisieren ist. Ebenso viele führen ins Feld, daß der Arbeits- und Gesundheitsschutz im Berufsalltag "nebenbei mitlaufen muß". Daß konsequenter Arbeits- und Gesundheitsschutz den Wettbewerb verbessert, wird von einem Fünftel der Befragten zum Ausdruck gebracht.

V. Überprüfung der Positionen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz

Die Anforderungen der Inhaber kleiner und mittlerer Unternehmen an einen modernen Arbeits- und Gesundheitsschutz finden sich hier in konzentrierter Form wieder. Dazu wurden zwei Kernaussagen²⁴⁵ aus den einzelnen Kommentaren dieses Personenkreises formuliert.

Die größte Gruppe, das sind **drei Fünftel der Inhaber**, sieht in dem Arbeits- und Gesundheitsschutz eine Einrichtung, welche im Betrieb zu einer Einsparung von Kosten, zu einer höheren Produktivität und zu einem besseren Betriebsklima führt.

Von **zwei Fünfteln der Betriebsinhaber** wird konstatiert, daß Arbeits- und Gesundheitsschutz im Unternehmen gesetzliche und soziale Verpflichtung zur Vermeidung von Krankheiten und Unfällen ist.

Daß Maßnahmen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz Zeit und Geld kosten, wurde in diesem Kontext auch zum Ausdruck gebracht. Als Verschwendung dieser "knappen Ressourcen" werden aber solche Maßnahmen nicht angesehen, da die investierten Kosten an bestimmte Ziele geknüpft werden (siehe vorstehende Kernaussagen).²⁴⁶

Diese Darlegung läßt durchaus den Schluß zu, daß Maßnahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes als förderlich für die gesamte Betriebsatmosphäre betrachtet werden. Die Handlungsweisen zu einer besseren Gestaltung der Arbeits- und Gesundheitssituation werden somit von den Klein- und Mittelunternehmen keineswegs vernachlässigt.

²⁴⁵ Grundsätzliche Positionen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz im Betrieb (hierzu siehe auch **Teil C I. [Position 1 und Position 2]**).

²⁴⁶ Somit ist hier **Position 3** (siehe **Teil C I.**) nicht zutreffend.

VI. Konsequenzen aus der Befragung

Ausgehend von den deutlich gewordenen Belastungsschwerpunkten durch die Ergebnisse der Untersuchung aus den **Fragenbereichen III** (Fragen zur Arbeitsumgebung) und **IV** (Fragen zur Tätigkeit) sollen im folgenden exemplarisch Maßnahmen zur Verbesserung in diesen Bereichen aufgezeigt werden.

Dem fügen sich Überlegungen zur Förderung des Verhaltens zu mehr Sicherheit und Gesundheit an. Ebenso erfolgen hier auch Hinweise auf Aktivitäten mit gesundheitspolitischer Zielsetzung.

1. Belastungsmindernde Maßnahmen für den Bereich "Arbeitsumgebung"

An belastungsmindernden Maßnahmen für diesen Bereich sind im einzelnen vorzuschlagen:

- mehr Einsatz von lärmarmen Maschinen und/oder Geräten, schnelleres Instandsetzen bzw. Erneuern der Schallschutzeinrichtungen an Maschinen und/oder Geräten, verbesserte Gehörschutzmittel bereitstellen sowie auch eine häufigere Kontrolle der Benutzung, außerdem mehr Schulung und Information²⁴⁷
- verbesserte persönliche Schutzausrüstung zur Verfügung stellen sowie eine häufigere Kontrolle des Gebrauchs, zusätzlich mehr Schulung und Information²⁴⁸

247 Zu III., Frage 1: "Treten Beeinträchtigungen durch Geräusche oder Lärm auf (z.B. Maschinenlärm, Straßenlärm, Geräusche durch Geräte)?"

248 Zu III., Frage 2: "Sind Beeinträchtigungen durch klimatische Faktoren (z.B. Hitze, Kälte, Zugluft) vorhanden?"

- verbesserte persönliche Schutzausrüstung bereitstellen sowie eine häufigere Kontrolle der Benutzung, des weiteren mehr Schulung und Information²⁴⁹
- bessere Anpassung der Beleuchtungsstärke an die Art der Tätigkeit und räumlichen Bedingungen, schnellere Auswechslung der Leuchtstofflampen mit einem sichtbaren Flimmern, konsequente Überprüfung bzw. Abstimmung von Lichtfarbe und Farbwiedergabe in dem Werkraum/in der Werkhalle sowie Farbgebung des Raums/der Halle²⁵⁰
- siehe hierzu die vorstehenden Maßnahmen zur Belastungsminderung²⁵¹

2. Belastungsmindernde Maßnahmen für den Bereich "Tätigkeit"

An belastungsmindernden Maßnahmen für diesen Bereich sind im einzelnen vorzuschlagen:

- negativen Streß (Distreß) verringern durch individuelle Aufarbeitung von Streß ("Gib mir die **Gelassenheit**, die Dinge hinzunehmen, die ich nicht ändern kann, den **Mut**, die Dinge zu ändern, die ich ändern kann, und die **Weisheit**, das eine vom anderen zu unterscheiden."^{252, 253})

249 Zu III., Frage 3: "Sind Beeinträchtigungen durch Gerüche, Staub, chemische Stoffe gegeben?"

250 Zu III., Frage 4: "Reicht die Beleuchtung für die Erledigung der Arbeitsaufgaben aus (z.B. ist es hell genug, sind die Lampen flimmerfrei)?"

251 Zu III., Frage 5: "Ist die Gestaltung der Arbeitsumgebung so, daß man sich darin wohlfühlt (z.B. durch Sauberkeit, Ordnung, farbliche Gestaltung, wenig schädliche Umgebungseinflüsse)?" **Hinweis:** Diese Frage ist als Konnex des **Fragenbereichs III** anzusehen.

252 Nickel, Uwe / Kuch, Petra / Bauer, Wolfgang, Gesundes Arbeiten lernen. Das Arbeitsplatzprogramm, Universum Verlagsanstalt, Wiesbaden 1998, S. 72.

253 Zu IV., Frage 1: "Kommt es bei der Arbeit zu störendem Zeitdruck (z.B. durch Liefererschwierigkeiten, zu enge Termine)?"

- schnellere Anpassung der Qualifikation²⁵⁴ von Betriebsangehörigen
- deutlichere Vermittlung des Stellenwerts der jeweiligen Tätigkeit für den Gesamtprozeß²⁵⁵
- weitere Verbesserung der Arbeitsorganisation (wie z.B. Pausengestaltung ändern, Tätigkeitswechsel [hierzu siehe auch nachstehenden Punkt])²⁵⁶
- **Arbeitsplatzwechsel** (Die Arbeitsinhalte werden nicht verändert, sondern mehrere Mitarbeiter wechseln hier im Rhythmus die Arbeitsplätze.²⁵⁷), **Arbeitserweiterung** (Die Arbeitsinhalte werden vergrößert, d.h., den Beschäftigten werden mehrere ähnliche Arbeitsaufgaben übertragen, die aber auf gleichem Qualifikationsniveau liegen; dies führt zu höheren Zeitzyklen.^{258, 259})
- ausreichende Kontrolle sicherstellen und Rückmeldung über vollzogene Arbeitsschritte²⁶⁰

254 Zu IV., Frage 2: "Reicht die Qualifikation für die Erledigung der Arbeitsaufgaben aus (z.B. durch berufliche und betriebliche Qualifikation)?" – **Die hier formulierte Frage nach hinreichender Qualifikation aus beruflicher und betrieblicher Sicht ist von zentraler Bedeutung. – Wird tatsächlich in ausreichender Form auf eine den Veränderungen gerecht werdende Qualifikation der Beschäftigten geachtet?**

255 Zu IV., Frage 3: "Wird die Arbeitsleistung für den Betrieb als bedeutend eingeschätzt (z.B. durch positive Rückmeldung über die erbrachte Arbeit)?" **Anmerkung: Dies bedeutet nichts anderes als die Aufwertung der spezifischen Einzeltätigkeiten innerhalb eines Unternehmens. So stärkt die positive Rückmeldung über die geleistete Arbeit Mitarbeiter wie Betrieb. Eine konsequente Durchführung solcher Aktivitäten wird die Effizienz eines Unternehmens wesentlich steigern.**

256 Zu IV., Frage 4: "Erfolgt die Arbeit in einseitiger Körperhaltung (z.B. nur stehend, nur sitzend, gebückt)?"

257 Vgl. Breisig, Thomas, Betriebliche Sozialtechniken. Handbuch für Betriebsrat und Personalwesen, Luchterhand Verlag, Neuwied / Frankfurt am Main 1990, S. 92.

258 Vgl. Breisig, a.a.O. (Fn. 257), S. 92 f.

259 Zu IV., Frage 5: "Wird eintönige Arbeit verrichtet (z.B. durch sich oft wiederholende Handgriffe)?"

260 Zu IV., Frage 6: "Sind Fehlleistungen des einzelnen mit schwerwiegenden Folgen für den Betrieb oder andere Mitarbeiter verbunden (Arbeitsstelle mit hoher Verantwortung)?"

- **Arbeitsbereicherung** (Die Arbeitsinhalte werden derart verändert, daß den Mitarbeitern größere Dispositionsspielräume übertragen werden und somit auch höhere Qualifikationsanforderungen an sie gestellt werden.²⁶¹), **Gruppenarbeit** (Einer Arbeitsgruppe wird ein umfassender Arbeitsauftrag übertragen. Über die Art seiner Ausführung können die Mitglieder der Gruppe im Rahmen vorgegebener Ziele, Zeitvorgaben und technischer Bedingungen selbst entscheiden [z.B. über die Verteilung der Arbeitsaufgaben].^{262, 263})
- bessere Kennzeichnung der Gefahrstellen durch Warnzeichen, optische und akustische Warnsignale sowie ausreichende Markierung der brand- und explosionsgefährdeten Bereiche, verbesserte persönliche Schutzausrüstung zur Verfügung stellen und auch eine häufigere Kontrolle des Gebrauchs, darüber hinaus mehr Schulung und Information²⁶⁴

3. Förderung des Verhaltens zu mehr Sicherheit und Gesundheit

Die Beachtung der folgenden Leitgedanken trägt zu einem "Mehr an Sicherheit und Gesundheit" bei:²⁶⁵

- **Sicherheits- und gesundheitsgerecht verhalten werden sich nur die Mitarbeiter, welche über das Gefahrenpotential Kenntnis**

261 Vgl. Breisig, a.a.O. (Fn. 257), S. 93.

262 Vgl. Breisig, a.a.O. (Fn. 257), S. 56 f.

263 Zu IV., Frage 7: "Wird die Arbeit eigenverantwortlich eingeteilt (z.B. bei der Reihenfolge der Arbeit, beim Arbeitstempo, bei den Pausen)?"

264 Zu IV., Frage 8: "Gibt es am Arbeitsplatz besondere Gefährdungen (z.B. durch Hitzequellen, Explosionsgefahr, Absturzgefahr)?"

265 Vgl. Strothotte / Ziegenfuß, a.a.O. (Fn. 163), S. 67 – 70; Schneider, Helmut / Hoppe, Bernhard, Unterweisung in Handwerk und Industrie. Beispiele – Methoden – Tipps, 6. Auflage, Universum Verlagsanstalt, Wiesbaden 2003, S. 118 – 121. Siehe hierzu auch **Teil B I. 4.** und **Teil D I.**

haben: Alle Beschäftigten müssen die möglichen Gefahren am Arbeitsplatz kennen; dies bedingt eine gründliche Einführung und eine kontinuierliche Weiterbildung.

- **Beeinflussung und Ausbildung zu sicherheits- und gesundheitsgerechtem Verhalten muß mitarbeiterorientiert und praxisnah erfolgen:** Eine Anleitung erreicht ihr Ziel nur dann, wenn der Lernende den Sachinhalt und die Zusammenhänge verstanden hat. Aus diesem Grund ist die praktische Ausbildung am Arbeitsplatz von großer Bedeutung; diese muß systematisch aufgebaut und für den betreffenden Arbeitsplatz umfassend sein.
- **Vorgesetzte prägen die Sicherheits- und Gesundheitsmentalität im Betrieb; das Verhalten der Beschäftigten ist hiervon abhängig:** "Lippenbekenntnisse" bringen nur wenig; es bedarf vielmehr einer klaren Strategie, die vom Unternehmer vorgegeben und auch konsequent umgesetzt wird.
- **Produktion, Qualität, Sicherheit und Gesundheit sind gleichwertige Unternehmensziele; dies gilt auch in Ausnahmesituationen:** Insbesondere hier erfahren die Mitarbeiter, wie ernsthaft die Vorgesetzten mit der Einhaltung der Maßnahmen zur Sicherheit und Gesundheit umgehen.
- **Sicherheits- und gesundheitswidriges Verhalten darf weder bei Vorgesetzten noch bei Arbeitnehmern toleriert werden:** Für den Betreffenden sollte ein solches Verhalten mit Nachteilen verbunden sein.

- **Vorgesetzte müssen sich ihrer Vorbildfunktion bewußt sein:** Sie üben im positiven wie im negativen Sinn eine Vorbildrolle aus; es wäre wenig glaubwürdig, von den Beschäftigten Verhaltensweisen zu fordern, welche die Vorgesetzten selbst nicht einhalten.
- **Mitarbeiter müssen zu sicherheits- und gesundheitsgerechtem Verhalten motiviert werden:** Es ist Aufgabe der Vorgesetzten, die Beschäftigten zu eigenverantwortlichem Sicherheits- und Gesundheitsdenken anzuregen; hierbei wirkt folgendes unterstützend:
 - Information der Mitarbeiter über wichtige betriebliche Belange
 - Einbeziehung der Beschäftigten in Arbeitsorganisation und Arbeitsabläufe
 - offene Diskussion von Konflikten zwischen Betriebsangehörigen
 - gerechte und gleichmäßige Arbeitseinteilung
 - regelmäßige Veranstaltungen zur Förderung des Zusammenhalts
- **Erziehung und Ausbildung können Sicherheits- und Gesundheitsmaßnahmen nicht ersetzen:** Ein hohes Niveau bei Sicherheit und Gesundheit verlangt ein gutes Zusammenspiel zwischen den Menschen, der Technik und dem Umfeld.
- **Sicherheits- und gesundheitsgerechtes Verhalten im Betriebsalltag ist bei der Qualifikation der Beschäftigten ebenso zu berücksichtigen, wie Fachkompetenz oder Zuverlässigkeit:** Die Mitarbeiter müssen wissen und bemerken, daß von ihnen Verhaltensweisen erwartet werden, welche der Sicherheit und Gesundheit zuträglich sind, und nur diejenigen eine Vorgesetztenposition einnehmen können, die mit diesem Bewußtsein einiggehen.

- **Maßnahmen zur Sicherheit und Gesundheit beginnen bereits bei der Planung von Arbeitsstätten und Arbeitsabläufen:** Fehler und Mängel in der Planung führen zu Improvisationen und Streß; demnach gilt es, die sicherheits- und gesundheitsrelevanten Aspekte schon in der Planungsphase und bei der Arbeitsvorbereitung angemessen zu berücksichtigen.

4. Aktivitäten mit gesundheitspolitischer Zielsetzung

In den kleinen und mittleren Betrieben wird der Stellenwert des Arbeits- und Gesundheitsschutzes bzw. der alltägliche Umgang der Mitarbeiter mit gesundheitlichen Risiken viel stärker als in Großbetrieben durch einzelne Personen geprägt – vor allem durch Vorarbeiter, Meister oder die Betriebsinhaber selbst. Sie können hier viel bewegen, aber auch alles blockieren. Ihre Aufgeschlossenheit gegenüber gesundheitlichen Belangen ist entscheidend dafür, ob eine Verbesserung von Arbeitsbedingungen möglich ist oder nicht.

Bei der Motivation dieses Personenkreises zur Auseinandersetzung mit den Gesundheitsgefahren am Arbeitsplatz sind die Möglichkeiten der beruflichen Bildung bisher nicht ausgeschöpft. Fragen eines erweiterten bzw. umfassenden Arbeits- und Gesundheitsschutzes nehmen dort noch zu wenig Raum ein. Die Vermittlung von Arbeitsschutznormen allein reicht dazu nicht aus. Stattdessen sollten verstärkt Formen wie Projektunterricht, Betriebsexkursionen und auch erfahrungsorientierte Seminartage für das wichtige Thema "Arbeit und Gesundheit im Betrieb" genutzt werden.

5. Fazit

Der Grundgedanke betrieblicher Gesundheitsförderung bzw. des umfassenden Arbeits- und Gesundheitsschutzes – nicht allein auf die buchstabengetreue Erfüllung von Arbeitsschutzregeln zu bestehen, sondern problemorientiert vorzugehen, an den Belastungserfahrungen der Mitarbeiter anzusetzen und möglichst viel innerbetriebliches Know-how zur Problemlösung zu mobilisieren – kann ohne Vorbehalte auch auf die Klein- und Mittelbetriebe übertragen werden. Damit ist in diesen Betrieben mehr zu erreichen, als mit dem Hinweis auf Gesetze und Vorschriften.

Voraussetzung hierfür ist, ein Arbeitsklima zu schaffen, in dem die Arbeitsanforderungen nicht als "Zumutung", sondern vielmehr als "Herausforderung" erlebt werden. Die Beschäftigten müssen motiviert sein, eine entsprechende Mitarbeit erbringen zu wollen; dabei das rechte Maß von Nähe und Distanz zu finden, die eine vertrauensvolle wie professionelle Kooperation erst möglich macht, in der sich der einzelne gemäß seiner Qualifikation und Fähigkeiten produktiv entfalten kann, ist hier eine zentrale Aufgabe des Betriebsinhabers.

Weiterhin ist noch folgendes zu bemerken: Das Problem kleiner und mittlerer Unternehmen besteht meist darin, daß sie vor der Einführung spezifischer Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung aus Kostengründen dem skeptisch gegenüberstehen. Wenn jedoch ein konkreter Bedarf angemeldet wird, ist auch eine einvernehmliche Regelung der Kostenfrage möglich, da sich diese Kosten letztlich – wie auch die hier durchgeführte Untersuchung bestätigt – als eine gewinnbringende Investition erweisen (siehe hierzu die Ausführungen in **Teil C V.**).

VII. Sekundärauswertung gesundheitspolitischer Analysen

1. Krankenstandskenngößen der Berufsgruppe Dachdecker 1999

Übersicht 2: Krankenstandskennzahlen 1999
– Berufsgruppe Dachdecker

Krankenstands- kenngößen ²⁶⁷	Krankenkassen ²⁶⁶	AOK	HZK	IKK
Krankenstand (in %)				
▪ Hessen		6,7	6,9	6,8
▪ Deutschland		6,0	6,3	6,4

Auswertung:

Bei der unterschiedlichen Größenordnung der Krankenstände der drei in die vergleichende Analyse mit einbezogenen Krankenkassen AOK, HZK und IKK für die Beschäftigten-
gruppe der Dachdecker ergeben sich für Deutschland gesamt im Vergleich zu Hessen die Abweichungen folgendermaßen:

Die AOK und HZK haben jeweils eine geringfügige Abweichung von weniger als einem Prozent, während diese für die IKK unter einem halben Prozent liegt.

266 Bei diesen Krankenkassen ist die überwiegende Zahl der Mitarbeiter der untersuchten Unternehmen versichert.

267 Quelle: Eigene Darstellung. Bei den Daten handelt es sich um internes Zahlenmaterial der jeweiligen Krankenkasse (bezogen über die Gesprächspartner [siehe im Anhang]). Hierzu siehe auch die Anmerkung vorletzter und letzter Satz in der Fn. 218.

Außerdem ist festzustellen, daß der Krankenstand im Dachdeckerhandwerk in 1999 im Vergleich zu den anderen hier ausgewählten Berufs- bzw. Beschäftigtengruppen prozentual am höchsten liegt. Dies ergibt sich jedoch auch durch die witterungsbedingten Einflüsse, die besonders der Beruf des Dachdeckers mit sich bringt.

An dieser Stelle ist anzumerken, daß auf die vergleichende Darstellung einer weiteren gesundheitspolitischen Analyse – als der durch die Krankenkassen ermittelten Krankenstände – aus Gründen der Übersichtlichkeit verzichtet wurde (hierzu siehe auch **Teil C III.**).

Die vorgelegten Zahlen von AOK, HZK und IKK werden hier mit den Werten der durchgeführten Untersuchung in Beziehung gesetzt und die Feststellung getroffen, daß die für die Berufsgruppe der Dachdecker – durch die Krankenkassen – ermittelten Krankenstände ungefähr mit denen der untersuchten Unternehmen²⁶⁸ übereinstimmen.

268 Siehe hierzu **Teil C IV. 1. a.**

2. Krankenstandskenngrößen der Berufsgruppe Elektro-/Gas- und Wasserinstallateure 1999

Übersicht 3: Krankenstandskennzahlen 1999
– Berufsgruppe Elektro-/Gas- und Wasserinstallateure

Krankenstands- kenngrößen ²⁷⁰	Krankenkassen ²⁶⁹	AOK	IKK
Krankenstand (in %)			
▪ Hessen		4,5	4,0
▪ Deutschland		4,1	4,3

Auswertung:

Bei der unterschiedlichen Größenordnung der Krankenstände der zwei in die vergleichende Analyse mit einbezogenen Krankenkassen AOK und IKK für die Beschäftigtengruppe der Elektro-/Gas- und Wasserinstallateure ergeben sich für Deutschland gesamt im Vergleich zu Hessen überaus geringfügige Abweichungen von weniger als einem halben Prozent.

Weiterhin ist zu bemerken, daß der Krankenstand im Elektro-/Gas- und Wasserinstallateurhandwerk in 1999 im Vergleich zu den anderen hier ausgewählten Berufs- bzw. Beschäftigten-

269 Bei diesen Krankenkassen ist die überwiegende Zahl der Mitarbeiter der untersuchten Unternehmen versichert.

270 Quelle: Eigene Darstellung. Bei den Daten handelt es sich um internes Zahlenmaterial der jeweiligen Krankenkasse (bezogen über die Gesprächspartner [siehe im Anhang]). Hierzu siehe auch die Anmerkung vorletzter und letzter Satz in der Fn. 218.

gruppen gemeinsam mit dem Kraftfahrzeugmechaniker / -elektrikerhandwerk prozentual am niedrigsten liegt.

An dieser Stelle ist anzumerken, daß auf die vergleichende Darstellung einer weiteren gesundheitspolitischen Analyse – als der durch die Krankenkassen ermittelten Krankenstände – aus Gründen der Übersichtlichkeit verzichtet wurde (siehe hierzu auch **Teil C III.**).

Die vorgelegten Zahlen von AOK und IKK werden auch hier mit den Werten der durchgeführten Untersuchung in Beziehung gesetzt und die Feststellung getroffen, daß die für die Berufsgruppe der Elektro-/Gas- und Wasserinstallateure – durch die Krankenkassen – ermittelten Krankenstände in etwa mit denen der untersuchten Betriebe²⁷¹ übereinstimmen.

271 Siehe hierzu **Teil C IV. 1. b.**

3. Krankenstandskenngößen der Berufsgruppe Kraftfahrzeugmechaniker/-elektriker 1999

Übersicht 4: Krankenstandskennzahlen 1999
– Berufsgruppe Kraftfahrzeug-
mechaniker/-elektriker

Krankenstands- kenngößen ²⁷³	Krankenkassen ²⁷²	AOK	IKK
Krankenstand (in %)			
▪ Hessen		4,5	4,3
▪ Deutschland		4,1	4,1

Auswertung:

Bei der unterschiedlichen Größenordnung der Krankenstände der zwei in die vergleichende Analyse mit einbezogenen Krankenkassen AOK und IKK für die Beschäftigtengruppe der Kraftfahrzeugmechaniker/-elektriker ergeben sich für Deutschland gesamt im Vergleich zu Hessen auch überaus geringfügige Abweichungen von weniger als einem halben Prozent.

Darüber hinaus ist festzustellen, daß der Krankenstand im Kraftfahrzeugmechaniker/-elektrikerhandwerk in 1999 im Vergleich zu den anderen hier ausgewählten Berufs- bzw.

272 Bei diesen Krankenkassen ist die überwiegende Zahl der Mitarbeiter der untersuchten Unternehmen versichert.

273 Quelle: Eigene Darstellung. Bei den Daten handelt es sich um internes Zahlenmaterial der jeweiligen Krankenkasse (bezogen über die Gesprächspartner [siehe im Anhang]). Hierzu siehe auch die Anmerkung vorletzter und letzter Satz in der Fn. 218.

Beschäftigtengruppen gemeinsam mit dem Elektro-/Gas- und Wasserinstallateurhandwerk prozentual am niedrigsten liegt.

An dieser Stelle ist anzumerken, daß auf die vergleichende Darstellung einer weiteren gesundheitspolitischen Analyse – als der durch die Krankenkassen ermittelten Krankenstände – aus Gründen der Übersichtlichkeit verzichtet wurde (hierzu siehe auch **Teil C III.**).

Die vorgelegten Zahlen von AOK und IKK werden auch hier mit den Werten der durchgeführten Untersuchung in Beziehung gesetzt und die Feststellung getroffen, daß die für die Berufsgruppe der Kraftfahrzeugmechaniker/-elektriker – durch die Krankenkassen – ermittelten Krankenstände ungefähr mit denen der untersuchten Unternehmen²⁷⁴ übereinstimmen.

274 Siehe hierzu **Teil C IV. 1. b.**

4. Krankenstandskenngrößen der Berufsgruppe Maler und Lackierer 1999

Übersicht 5: Krankenstandskennzahlen 1999
– Berufsgruppe Maler und Lackierer

Krankenstands- kenngrößen ²⁷⁶	Krankenkassen ²⁷⁵	AOK	IKK
Krankenstand (in %)			
▪ Hessen		5,7	6,4
▪ Deutschland		5,4	5,3

Auswertung:

Bei der unterschiedlichen Größenordnung der Krankenstände der zwei in die vergleichende Analyse mit einbezogenen Krankenkassen AOK und IKK für die Beschäftigtengruppe der Maler und Lackierer ergeben sich für Deutschland gesamt im Vergleich zu Hessen die Abweichungen folgendermaßen:

Die AOK hat eine überaus geringfügige Abweichung von weniger als einem halben Prozent, während diese für die IKK leicht über einem Prozent liegt.

Des weiteren ist zu bemerken, daß der Krankenstand im Maler- und Lackiererhandwerk in 1999 im Vergleich zu den

275 Bei diesen Krankenkassen ist die überwiegende Zahl der Mitarbeiter der untersuchten Unternehmen versichert.

276 Quelle: Eigene Darstellung. Bei den Daten handelt es sich um internes Zahlenmaterial der jeweiligen Krankenkasse (bezogen über die Gesprächspartner [siehe im Anhang]). Hierzu siehe auch die Anmerkung vorletzter und letzter Satz in der Fn. 218.

anderen hier ausgewählten Berufs- bzw. Beschäftigtengruppen einen mittleren Wert aufweist.

An dieser Stelle ist anzumerken, daß auf die vergleichende Darstellung einer weiteren gesundheitspolitischen Analyse – als der durch die Krankenkassen ermittelten Krankenstände – aus Gründen der Übersichtlichkeit verzichtet wurde (siehe hierzu auch **Teil C III.**).

Die vorgelegten Zahlen von AOK und IKK werden auch hier mit den Werten der durchgeführten Untersuchung in Beziehung gesetzt und die Feststellung getroffen, daß die für die Berufsgruppe der Maler und Lackierer – durch die Krankenkassen – ermittelten Krankenstände in etwa mit denen der untersuchten Betriebe²⁷⁷ übereinstimmen.

²⁷⁷ Siehe hierzu **Teil C IV. 1. b.**

5. Krankenstandskenngrößen der Berufsgruppe Tischler 1999

Übersicht 6: Krankenstandskennzahlen 1999
– Berufsgruppe Tischler

Krankenstands- kenngrößen ²⁷⁹	Krankenkassen ²⁷⁸	AOK	HZK	IKK
Krankenstand (in %)				
▪ Hessen		4,8	5,2	6,0
▪ Deutschland		4,7	4,9	4,6

Auswertung:

Bei der unterschiedlichen Größenordnung der Krankenstände der drei in die vergleichende Analyse mit einbezogenen Krankenkassen AOK, HZK und IKK für die Beschäftigtengruppe der Tischler ergeben sich für Deutschland gesamt im Vergleich zu Hessen die Abweichungen folgendermaßen:

Die AOK und HZK haben jeweils eine überaus geringfügige Abweichung von weniger als einem halben Prozent, während diese für die IKK deutlich über einem Prozent liegt.

Zudem ist festzustellen, daß der Krankenstand im Tischlerhandwerk in 1999 im Vergleich zu den anderen hier ausge-

278 Bei diesen Krankenkassen ist die überwiegende Zahl der Mitarbeiter der untersuchten Unternehmen versichert.

279 Quelle: Eigene Darstellung. Bei den Daten handelt es sich um internes Zahlenmaterial der jeweiligen Krankenkasse (bezogen über die Gesprächspartner [siehe im Anhang]). Hierzu siehe auch die Anmerkung vorletzter und letzter Satz in der Fn. 218.

wählten Berufs- bzw. Beschäftigtengruppen ebenso einen mittleren Wert aufzeigt.

An dieser Stelle ist anzumerken, daß auf die vergleichende Darstellung einer weiteren gesundheitspolitischen Analyse – als der durch die Krankenkassen ermittelten Krankenstände – aus Gründen der Übersichtlichkeit verzichtet wurde (hierzu siehe auch **Teil C III.**).

Die vorgelegten Zahlen von AOK, HZK und IKK werden auch hier mit den Werten der durchgeführten Untersuchung in Beziehung gesetzt und die Feststellung getroffen, daß die für die Berufsgruppe der Tischler – durch die Krankenkassen – ermittelten Krankenstände ungefähr mit denen der untersuchten Unternehmen²⁸⁰ übereinstimmen.

6. Zusammenfassung

Die durch die Krankenkassen AOK, HZK sowie IKK ermittelten Krankenstandskennzahlen für die ausgewählten Berufs- bzw. Beschäftigtengruppen stimmen in etwa mit denen der untersuchten Betriebe überein; dies gilt auch für den Anteil der Arbeitsunfälle an dem jeweiligen Krankenstand, der ungefähr ein Prozent ausmacht.²⁸¹

Die hier ermittelten Zahlenwerte lassen den Schluß zu, daß in den untersuchten Unternehmen das Bewußtsein für einen Arbeits- und Gesundheitsschutz vorhanden ist, welches durch entsprechende, auf den jeweiligen Betrieb zugeschnittene Maßnahmen durchaus noch intensiviert werden kann – unter anderem unterstützt durch die Krankenkassen und Berufsgenossenschaften.

280 Siehe hierzu **Teil C IV. 1. b.**

281 Hierzu siehe auch **Teil C IV. 1. f.**, letzter Absatz.

VIII. Resümee

Die Förderung von Gesundheit in der Arbeitswelt hat eine doppelte Zielsetzung: Sie soll den Mitarbeitern dienen, indem sie auf die Entwicklung gesundheitsfördernder Verhaltens- und Lebensweisen hinwirkt, und sie soll gleichfalls der weiteren Entwicklung der Arbeitswelt nutzen, indem sie die gesundheitsförderliche Gestaltung der Arbeitsabläufe und Arbeitsplätze unterstützt.

Unter ökonomischen Gesichtspunkten bedeutet die Investition des Unternehmens in die Gesundheitsförderung einen Aufschub des Nutzens, der sich erst später in der Arbeitsunfähigkeitsstatistik bemerkbar macht, oder aber sich in Kategorien wie Arbeitszufriedenheit niederschlägt. Betriebliche Gesundheitsförderung ist dann am erfolgreichsten, wenn sie langfristig angelegt sowie eindeutig strukturiert ist, wenn die Beschäftigten eingebunden werden und wenn sich auch die Unternehmer mit den entsprechenden Aktivitäten und Maßnahmen identifizieren.

Für die Akzeptanz von Angeboten zur Gesundheitsförderung bestehen beim Handwerk gute Chancen in der strukturellen Homogenität ihrer Branchen, der stark ausgeprägten Solidarität und der damit verbundenen hohen Identifikation der Mitarbeiter mit Beruf und Betrieb. Die daraus resultierende Motivationskraft sollte im Interesse der Gesundheit aller im Handwerk Tätigen genutzt werden.

Diese Aspekte verdeutlichen, daß die verstärkte Nutzung der verschiedenen Möglichkeiten betrieblicher Gesundheitsförderung für die gesamte Belegschaft langfristig von großem Interesse ist. Der gezielten Förderung von Gesundheit in der Arbeitswelt kommt demnach auch künftig eine zentrale Bedeutung zu.

IX. Zwischenbemerkungen/Hinführung zu Teil D

In **Teil C** wurde durch die Präsentation der Untersuchungsergebnisse deutlich, daß bei Mitarbeitern und Inhabern von kleinen und mittleren Unternehmen ein Potential vorhanden ist, das – vor allem auch wegen der überschaubaren Strukturen dieser Unternehmen – effizient genutzt werden kann. Die unterschiedlichen Möglichkeiten zur Weiterentwicklung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes wurden bislang noch nicht ausgeschöpft.

Ein Handlungskonzept zur "Gesundheitsförderung im Klein- und Mittelbetrieb" wird in folgendem **Teil D** vorgestellt; dieses soll aufzeigen, in welcher Weise der Integrationsprozeß eines solchen Konzepts ablaufen sollte, um in den Betrieben kleiner und mittlerer Größenordnung im arbeits- und gesundheitspolitischen Bereich wirksam werden zu können.

Mit **Teil D** der Arbeit wird versucht, die bereits vorhandene Literatur zum Bereich der kleinen und mittleren Unternehmen um eine grundlegende Konzeption – die zusätzlich durch eine Befragung von 20 Klein- und Mittelbetrieben hinreichend abgesichert ist – zu erweitern und möglicherweise geplanten, neueren Arbeiten zu diesem Thema eine breitere Grundlage als bisher zu verschaffen.

Teil D: Handlungskonzept – Klein- und Mittelbetrieb

I. Prozeß zur Integration des modernen Arbeits- und Gesundheitsschutzes in die Unternehmensstruktur

Bei der Einführung, Durchführung und Verankerung der Verbesserung von Arbeits- und Gesundheitsschutz im Betrieb ist ein permanenter Prozeß notwendig, der hier Verhaltensänderungen auf allen Ebenen erfordert und zugleich auch möglich macht. Dieser Prozeß wird dann besonders erfolgreich verlaufen, wenn es gelingt, die betroffenen Mitarbeiter zu Beteiligten zu machen. Durch das Mitdenken und Mithandeln wird nicht nur die Motivation und Arbeitszufriedenheit gefördert, sondern auch die Eigenverantwortlichkeit entscheidend gestärkt und so situationsgerechte Lösungen geschaffen.

Aus diesem Zusammenhang wird offenkundig, daß die Vorteile den dafür erforderlichen organisatorischen und zeitlichen Aufwand deutlich übersteigen. Hierzu ist es notwendig, daß die Entscheidungsträger selbst von der Wirksamkeit der vorgeschlagenen Maßnahmen überzeugt sein müssen, die Bereitschaft zur Kooperation mit den Beschäftigten auf allen betrieblichen Ebenen gegeben ist, sich genügend Organisationsmitglieder hierfür engagieren oder zur Mitarbeit motiviert werden können, sowie die Mitwirkung der einzelnen Arbeitnehmer gründlich vorbereitet und organisiert wird.

Werden die Beschäftigten zumindest durch ansatzweise Veränderungen der Organisations- und Kooperationsstrukturen befähigt, selbstverantwortlich zu handeln, eröffnen sich gute Chancen für eine zukunftsweisende Unternehmensentwicklung. Der folgende Prozeßablauf unterstützt diese Entwicklung.

1. Einführende Überlegungen

Arbeits- und Gesundheitsschutz ist Ziel und auch Aufgabe des Unternehmers bzw. Betriebsinhabers. Sein Beitrag liegt in einer gelebten Vorbildfunktion, die den unternehmerischen Willen im Betrieb konsequent nach unten weiterträgt. Hierbei ist es erforderlich, daß sich der Betriebsinhaber darüber im klaren ist bzw. klar wird, welche Bedeutung Arbeits- und Gesundheitsschutz für das Unternehmen hat, welche Risiken Untätigkeit oder Gleichgültigkeit beinhalten und welchen Nutzen die Verbesserung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes dem Betrieb und den Mitarbeitern bringt. – Vorab ist zu prüfen, wie es um den Arbeits- und Gesundheitsschutz bestellt ist, z.B. durch **Ist-Diagnosen** etwa anhand von Interviews, Aktenstudium und Checklisten sowie durch **Gefährdungspotential-Diagnosen**, in denen beispielsweise die Unfallhäufigkeit im Verhältnis zu den bezahlten Arbeitsstunden oder die unfallbedingten Fehlzeiten ermittelt werden. Für diese Tätigkeiten ist durchaus der Einsatz von Experten des Arbeits- und Gesundheitsschutzes sinnvoll und auch hilfreich.²⁸²

An dieser Stelle ist es wichtig, die Vorbildfunktion des Unternehmers mit den Verhaltensweisen zu koordinieren, die von den Beschäftigten eines Unternehmens erbracht werden sollen: Einerseits hat der Betriebsinhaber darauf zu achten, daß die ihm gegenüber geäußerten Ansprüche der Mitarbeiter im Rahmen der wirtschaftlichen Möglichkeiten seines Unternehmens berücksichtigt werden, und andererseits müssen die Arbeitnehmer die an sie gestellten Anforderungen im Rahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in einem vertretbaren Maß erfüllen.

In den Klein- und Mittelbetrieben funktioniert diese Form der Koordination zumeist besser, da die Strukturen hier familiärer

²⁸² Siehe hierzu auch **Teil B** II. 2. und **Teil D** II.

und damit überschaubarer sind. So ist dies auch in Fragen des Arbeit- und Gesundheitsschutzes von besonderer Bedeutung. Die in diesen Betrieben vorzufindende enge Bindung der Beschäftigten an das Unternehmen ermöglicht es, Inhabern wie auch Mitarbeitern auf den jeweiligen Betrieb zugeschnittene Lösungen für den **"Schutz von Arbeit und Gesundheit"** zu finden.

2. Konzipierung und Steuerung des Prozesses

Die Konzipierung sowie die Steuerung des Prozeßablaufs sollte durch ein mit Fach- und Entscheidungskompetenz ausgestattetes "Gesundheitsteam"²⁸³ erfolgen und jeweils aus Unternehmern, Arbeits- und Gesundheitsschutzexperten, Meistern, Vorarbeitern sowie Arbeitnehmern bestehen. Aufgaben dieses Teams sind:

- partizipative Erarbeitung der betrieblichen Ziele und Aufgaben des Arbeits- und Gesundheitsschutzes
- Informationswege für Mitarbeiter festzulegen (siehe nachstehenden Punkt 3) mit dem Ziel ihrer Sensibilisierung für die Fragen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes
- Ermittlung der Kosten, die dem Unternehmen wegen ungenügender Maßnahmen im Arbeits- und Gesundheitsschutz entstanden sind und entstehen werden (siehe hierzu vorstehenden Punkt 1)
- realistische Ziele aufgrund bestehender Verhältnisse vorzugeben (z.B. Steigerung der Anzahl der Beschäftigten, die die persönliche Schutzausrüstung nutzen, auf über 90 %)

283 "Arbeitskreis Gesundheit" ("Runder Tisch in Sachen Gesundheit"). Hierzu siehe auch die Ausführungen in **Teil A** III. 6. b.

- Anreize für Mitarbeiter bei Erreichen von Zielen oder für Verbesserungs- und Vorbeugemaßnahmen zu schaffen (z.B. durch Anerkennung)
- Festlegung, wie mit den Fehlern und Mängeln im Bereich Arbeits- und Gesundheitsschutz künftig umgegangen werden soll (siehe nachstehende Punkte 5 und 6)
- geeignete Schulungsmaßnahmen zu planen und anzubieten (siehe nachstehenden Punkt 4)
- Unterstützung bei der Umsetzung von Maßnahmenvorschlägen sowie Erfolgskontrolle der durchgeführten Maßnahmen

3. Information der Beschäftigten

Eine Voraussetzung für das Engagement der Beschäftigten für die Verbesserung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes ist die Information über die Gefährdungen ihrer eigenen Gesundheit, der anderer Mitarbeiter sowie der der Umwelt. Dies gilt auch für die Vorteile, die ein gesundheitsbewußtes Verhalten für jeden einzelnen haben kann.

Zur Vermittlung dieser ersten Informationen sind zwei Schritte sinnvoll: Der **erste Schritt** sollte anläßlich einer Betriebsversammlung, über Mitarbeiterbriefe (etwa als Beilage zur Lohn-/ Gehaltsabrechnung) oder auf Plakaten und Faltblättern vollzogen werden. Der **zweite Schritt** sollte durch Besprechungen in der jeweiligen Arbeitsgruppe erfolgen. – Wesentliche Voraussetzung für die gewünschte Wirksamkeit solcher ersten Informationen ist, daß die Vorgesetzten selbst entsprechend informiert und geschult sind, denn ihre Mitarbeit und ihr Verständnis sind für den gesamten Prozeß von herausragender

Bedeutung. Selbstverständlich darf es bei diesen ersten Informationen nicht bleiben, das Thema ist immer wieder erneut in den Mittelpunkt zu rücken. Hierzu eignen sich besonders Erfolgsmitteilungen und Mitteilungen über die Anerkennung von besonderen Leistungen oder Verbesserungsvorschlägen, aber ebenso auch kritische Informationen über Unfälle, arbeitsbedingte Erkrankungen sowie sonstige Schäden und deren Kosten.

Hier wird deutlich, daß für die Stärkung des Prozesses zur Integration eines modernen bzw. erweiterten Arbeits- und Gesundheitsschutzes in die Unternehmensstruktur eine offene und auch kontinuierliche Informationspolitik notwendig ist: Um den Beschäftigten das Gefühl zu vermitteln, daß sie am Prozeß der Entscheidung teilnehmen, ist es erforderlich, ständig aktuelle Informationen zur Verfügung zu stellen.

Eine in dieser Weise praktizierte Informationspolitik bringt erhebliche Vorteile mit sich, wie die höhere Akzeptanz von Entscheidungen, die engagierte und selbstverantwortliche Umsetzung, das gegenseitige Vertrauen zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern, die Bereitschaft, Verantwortung aktiv mitzutragen sowie dem Willen, sich auch mit den Fragestellungen außerhalb des eigenen Verantwortungsbereichs zu befassen.

Insbesondere der letztgenannte dieser konzeptionellen Ansatzpunkte im Rahmen von "Kommunikation und Kooperation im Betrieb" bietet auch den hier in die Erhebung mit einbezogenen Unternehmen kleiner und mittlerer Größenordnung langfristig noch die Möglichkeit, Aktivitäten und Maßnahmen zur gesundheitlichen Förderung zu verstärken und weiterzuentwickeln.

4. Schulungsmaßnahmen

a. Grundsätzliche Überlegungen und Möglichkeiten

Gemeinsam mit den Beschäftigten ist zu ermitteln, welcher Schulungsbedarf allgemein und individuell besteht. Dazu gehören auch die gesetzlich vorgeschriebenen Unterweisungen, die vorbereitet und organisiert werden müssen.

So sind in diesem Zusammenhang unter anderem folgende Schulungsmaßnahmen zu berücksichtigen:

- **externe Schulungen,**²⁸⁴ wie z.B. Schulungen für die Fachkräfte für Arbeitssicherheit, Schulungen für die Meister, Erste-Hilfe-Kurse, Schulungen an neuen Maschinen und Geräten, Schulungen der Mitarbeiter über den Umgang mit Gefahrstoffen
- **interne Schulungen,** wie z.B. Schulungen der Arbeitnehmer durch die Fachkraft für Arbeitssicherheit (eventuell nach entsprechender Trainerqualifikation), Unterweisungen, besonders auch für neue Mitarbeiter und neue Tätigkeiten, Unterweisungen für den richtigen Umgang mit Sicherheitsausrüstungen und Geräten

Diese grundlegenden Schulungsmaßnahmen – deren Wichtigkeit und Notwendigkeit auch bei der durchgeführten Untersuchung seitens der Betriebsinhaber wie der Mitarbeiter zum Ausdruck gebracht wurde – sind zu beachten und sinnvollerweise im Rahmen eines Informations- und Motivationsseminars zu thematisieren. – Eine solche Seminarkonzeption wird in folgendem Abschnitt vorgestellt.

²⁸⁴ Beispielsweise durch Berufsgenossenschaft, Handwerkskammer, Innung, Rettungsdienste, Lieferanten.

b. Praxisorientiertes Konzept zur Unternehmensschulung

Hier werden Inhalte eines Informations- und Motivationsseminars im Rahmen des Unternehmermodells²⁸⁵ aufgezeigt:²⁸⁶

Sicherheit und Gesundheit im Betrieb

- Unternehmerposition im Klein- und Mittelbetrieb
- typische Arbeitssituationen im Unternehmen
- Unfallgefahren und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren
- Ermittlung von Gefährdungen und Belastungen

Wirtschaftliche Aspekte von Sicherheit und Gesundheit

- volks- und betriebswirtschaftliche Bedeutung
- Qualitätssicherung / Produkthaftung
- störungsfreier Betrieb
- Umweltsicherheit
- Krankenstand / Fluktuation
- Kosten für Unfälle / Berufskrankheiten / Schadensereignisse
- Firmenimage
- Prioritäten in der Planung

Verantwortung für Sicherheit und Gesundheit

- Verantwortungsbegriff
- Rechte und Pflichten
- Rechtsgrundlagen und Rechtsfolgen

Organisation der Sicherheit und Gesundheit

- innerbetriebliche und außerbetriebliche Organisation
- Unternehmermodell

285 Siehe hierzu die Ausführungen in **Teil B I. 4.**, erster und zweiter Absatz (einschließlich der folgenden Prinzipien).

286 Vgl. Strothotte, a.a.O. (Fn. 179), S. 460 f.; Perlebach, Edith, Betriebliches Gesundheitsmanagement aus Sicht der gewerblichen Berufsgenossenschaften, in: Gesundheitsmanagement – ein integriertes Programm der betrieblichen Förderung von Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz. Gesamtkonzept, Methoden, Rolle des Betriebsarztes (Hrsg. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin), Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven 2002, S. 32 f.

Motivation zu sicherem Verhalten

- Verhaltensbeeinflussung
- Konfliktlösung

Entwicklung von Handlungsprogrammen für den Unternehmer

Ausblick und Fortbildung

Der Gliederungspunkt "Entwicklung von Handlungsprogrammen für den Unternehmer" schließt die hier dargestellten Aspekte mit ein; diese sollten in die betrieblichen **Schulungsaktivitäten** der einzelnen Klein- und Mittelunternehmen konsequent mit einbezogen werden und so auch Eingang in den Arbeitsalltag finden.

5. Umsetzung von Maßnahmenvorschlägen

Probleme und Schwachstellen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes können am ehesten dort erkannt und auch beseitigt werden, wo sie auftreten: Für die Motivation der Beschäftigten ist hierbei wichtig, daß Verbesserungsvorschläge nicht grundlos abgeblockt oder verschoben werden. Vielmehr müssen die sinnvollen und realisierbaren Vorschläge zur Verbesserung der Arbeitssituation aufgegriffen und entsprechend einem von dem Gesundheitsteam erstellten Maßnahmenplan zügig umgesetzt werden.

Die dafür notwendigen Schritte zur Integration in den Betriebsablauf werden von diesem Team unterstützt, das auch den Erfolg kontrolliert.

6. Erfolgskontrolle

Eine Maßnahme ist in erster Linie unter den folgenden Kriterien zu bewerten:

- Hat die Maßnahme ihr Ziel "voll", "teilweise" oder "nicht" erreicht?
- Sind weitere Verbesserungen notwendig oder möglich?
- Welche Voraussetzungen müssen geschaffen werden, um den Erfolg zu gewährleisten?
- Muß die Akzeptanz der Mitarbeiter verbessert werden?

Nach Überarbeitung und Verbesserung der betreffenden Maßnahme stellt sich dann gegebenenfalls der gewünschte Umsetzungserfolg ein: Verbesserungen im "Bereich Arbeit und Gesundheit" führen zu einer sicht- und spürbaren Arbeitszufriedenheit und damit zu einem weitgehend reibungslosen Arbeitsablauf innerhalb des Betriebs.

7. Stabilisierung und Verbesserung des erreichten Standards

Bei der Verbesserung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes handelt es sich um einen permanenten Prozeß, der immer wieder neue Anregungen benötigt. Die Teamarbeit sollte daher dauerhaft im Unternehmen verankert werden. – Zum Verständnis von Gesundheit trägt auch bei, wenn es gelingt, die Übertragbarkeit von Maßnahmen aus dem betrieblichen in den privaten Bereich deutlich zu machen, beispielsweise im Umgang mit Gefahrstoffen in Betrieb und Haushalt (Reinigungsmittel, Klebstoffe, Farben, Lacke). Ein entsprechendes gesundheits- und umweltbewußtes Verhalten mindert so auch die Gefährdungen im außerbetrieblichen Bereich und bringt wiederum ein positives Feedback für das Unternehmen.

8. Stellungnahme

Ein moderner bzw. erweiterter Arbeits- und Gesundheitsschutz muß von den konkreten Gegebenheiten im Betrieb ausgehen und möglichst früh in die Verursachungskette des Entstehens von Erkrankungen eingreifen. Neben der Beseitigung einzelner markanter Belastungsfaktoren muß die Gesamtarbeitsituation vorbeugend gestaltet werden. Die Humanisierung der Arbeit kann in diesem Sinn als Basisstrategie gegenüber chronischen Verschleißerkrankungen gelten. Die Bedeutung des individuellen Bewältigungsverhaltens erfordert eine Verbesserung der Voraussetzungen hierfür im Rahmen der Arbeitsbedingungen. Erst dann kann Verhaltensbeeinflussung effektiv sein.

Für die Risikoerfassung und präventive Gestaltung ist die Einbeziehung der Beschäftigten einschließlich ihrer subjektiven Einschätzung notwendig. Die Aktivitäten und Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. des erweiterten Arbeits- und Gesundheitsschutzes müssen in die Routinen und Organisationsformen im Unternehmen integrierbar sein, sowie eine Reihe von anderen wichtigen betrieblichen Gestaltungsfeldern wie Personalführung und Qualifikationsmöglichkeiten mit einbeziehen.

Das Spektrum der angesprochenen Bereiche – von der Arbeitsumwelt über die Arbeitsorganisation, die Qualifikationsmöglichkeiten bis hin zu den Führungsstrukturen im Unternehmen – verdeutlicht, daß mit der Durchsetzung eines solchen Handlungskonzepts – welches hier langfristig die Förderung von Gesundheit in Klein- und Mittelbetrieben zum Ziel hat – auch mögliche Interessenkonflikte wesentlich besser zu bewältigen sind.

II. Merkmale eines integrierten Arbeits- und Gesundheitsschutzes in kleinen und mittleren Betrieben

– Eine konzeptionelle standardisierte Einzelbetrachtung

Für die Vielzahl der kleinen und mittleren Betriebe hat der HVBG "5 Bausteine für einen gut organisierten Betrieb – auch in Sachen Arbeitsschutz"²⁸⁷ erarbeitet. Dieser Leitfaden zur Organisation des Arbeitsschutzes in Klein- und Mittelunternehmen besteht aus fünf Elementen, die im folgenden näher beschrieben werden.²⁸⁸

1. Führung und Organisation

- **Arbeitsschutz als Betriebsziel²⁸⁹ deutlich machen:**²⁹⁰
 - Mitarbeiter überzeugen, daß sicherheits- und gesundheitsgerechtes Arbeiten nicht nur ihnen persönlich zugute kommt, sondern ebenso wie die Qualität der Arbeit zum Erfolg des Unternehmens beiträgt
 - Verbesserung des Arbeitsschutzes durch gemeinsam mit den Beschäftigten erarbeitete meßbare und realisierbare Ziele (z.B. Vermeidung von Verletzungen, Erkrankungen, Betriebsstörungen) vorgeben, die innerhalb einer Frist zu erreichen sind
 - Mitarbeiter über Ziele im Arbeitsschutz, beispielsweise in persönlichen Gesprächen oder durch Aushang am "Schwarzen Brett" informieren

287 Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.), 5 Bausteine für einen gut organisierten Betrieb – auch in Sachen Arbeitsschutz, Sankt Augustin 1999.

288 Hierzu siehe auch **Teil B** I. 3. und 4.

289 **D.h., den Unternehmerwillen in bezug auf Arbeitsschutz** (siehe hierzu auch **Teil D** I. 1.).

290 Vgl. Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.), a.a.O. (Fn. 287), S. 5.

- durch Einhaltung von Arbeitsschutzvorschriften und -maßnahmen den Beschäftigten ein Vorbild sein
 - sich persönlich in regelmäßigen Zeitabständen von der Beachtung der Schutzvorschriften und -maßnahmen überzeugen
 - Mitarbeiter auf Verstöße gegen Arbeitsschutzvorschriften und -maßnahmen ansprechen, Nachlässigkeiten nicht tolerieren, Sauberkeit und Ordnung durchsetzen
- **Erfüllung der Arbeitsschutzpflichten organisieren:**²⁹¹
- Festlegen, wer welche Aufgaben im Arbeitsschutz hat (hierbei, insbesondere in größeren Unternehmen, eine Übertragung von Arbeitsschutzaufgaben auf Vorgesetzte in Erwägung ziehen und in jedem Fall deutlich machen, daß der Vorgesetzte in seinem Verantwortungsbereich auch für den Arbeitsschutz zuständig ist)
 - zur Wahrnehmung von Arbeitsschutzaufgaben nur Beschäftigte auswählen, welche die nötige Fachkunde (theoretisches Wissen und praktische Erfahrung) besitzen und zuverlässig sind
 - Aufgaben schriftlich übertragen unter Angabe der übertragenen Pflichten, der Befugnisse, des Namens des Verpflichteten sowie Unterschrift des Unternehmers und des Verpflichteten
 - Zusammenarbeit im Arbeitsschutz unter Beteiligung von Fachkraft für Arbeitssicherheit und Betriebsarzt (bzw. entsprechenden überbetrieblichen Diensten) sowie Betriebsrat (wenn vorhanden), auch beim Tätigwerden von Fremdfirmen im eigenen Betrieb

291 Vgl. Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.), a.a.O. (Fn. 287), S. 6.

▪ **Bestellung der Fachkraft für Arbeitssicherheit und des Betriebsarzts:**²⁹²

- Fachkraft für Arbeitssicherheit und Betriebsarzt schriftlich bestellen (bzw. entsprechende überbetriebliche Dienste vertraglich verpflichten) und dabei die vorgeschriebenen Mindesteinsatzzeiten beachten (beim Einsatz von Leiharbeitnehmern Abstimmung mit Verleiher vornehmen)
- mit der BG abstimmen, ob zur sicherheitstechnischen Betreuung sinnvollerweise ein "Unternehmermodell" angewendet werden kann
- falls die zuständige BG das "Unternehmermodell" eingeführt hat, die von der BG angebotenen besonderen Informations- und Beratungsmaßnahmen für Unternehmer in Anspruch nehmen
- sich regelmäßig von der Qualität der sicherheitstechnischen und arbeitsmedizinischen Betreuung überzeugen

▪ **Informationen beschaffen und im Unternehmen weitergeben:**²⁹³

- zunächst gemeinsam mit Fachkraft für Arbeitssicherheit und Betriebsarzt (bzw. entsprechenden überbetrieblichen Diensten) feststellen, welche Gesetze, Verordnungen, Unfallverhütungsvorschriften und Regeln für die Sicherheit und Gesundheit im eigenen Betrieb von Bedeutung sind (dabei können auch Handwerkskammer und Innung helfen)
- diese Vorschriften beschaffen, verfügbar halten und für ständige Aktualisierung sorgen
- Erkenntnisse aus Mitteilungsblatt usw. der BG sammeln und für das Unternehmen nutzbar machen

292 Vgl. Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.), a.a.O. (Fn. 287), S. 7.

293 Vgl. Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.), a.a.O. (Fn. 287), S. 8 f.

- Arbeitsschutzvorschriften sowie sonstige Erkenntnisse betriebsbezogen auswerten und unter Berücksichtigung der verschiedenen Arbeitsplätze und Arbeitsverfahren in Betriebsanweisungen umsetzen (die Erstellung von Betriebsanweisungen ist für bestimmte Arbeiten durch Unfallverhütungsvorschrift vorgeschrieben)
 - in Betriebsanweisungen insbesondere folgende Angaben aufnehmen: Gefahren, die von Arbeitsmitteln und Arbeitsstoffen ausgehen bzw. bei bestimmten Tätigkeiten entstehen können, Schutzmaßnahmen und Verhaltensregeln zur Vermeidung der Gefahren, Instandhaltung und Entsorgung, Verhalten bei Störungen und Unfällen sowie Erste Hilfe
 - Seminare der BG besuchen oder Mitarbeiter teilnehmen lassen
- **Arbeitsschutz auch beim Einsatz von Fremdfirmen gewährleisten.**²⁹⁴
- bei der Auswahl von Fremdfirmen auch auf Arbeitsschutzgesichtspunkte Wert legen
 - beim Einsatz von Fremdfirmenmitarbeitern mit deren Unternehmer zusammenarbeiten und insbesondere besprechen, welche Arbeiten durchzuführen sind, welchen Gefahren die Fremdfirmenmitarbeiter in der Arbeitsstätte ausgesetzt sind und welche arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen gegebenenfalls vorgeschrieben sind
 - auf der Grundlage dieser Informationen gemeinsam mit dem anderen Unternehmer die zu treffenden Schutzmaßnahmen abstimmen, insbesondere die Fremdfirmenmitarbeiter über die speziellen Gefahren in der Arbeitsstätte zu unterweisen, bei möglicher gegenseitiger Gefährdung von Fremdfirmenmitarbeitern und

²⁹⁴ Vgl. Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.), a.a.O. (Fn. 287), S. 10.

Beschäftigten des eigenen Unternehmens eine Person zu bestimmen, welche die Arbeiten aufeinander abstimmt und die notwendigen Weisungen erteilt, sowie gegebenenfalls besondere Einrichtungen zur Gefahrenabwehr zur Verfügung zu stellen

- auch Mitarbeiter von Fremdfirmen auf sichere Durchführung der Arbeiten überwachen

▪ **Aufbewahren wichtiger Unterlagen:**²⁹⁵

- Dokumente, die der Unternehmer als Verantwortlicher seines Betriebs zu erstellen oder einzuholen hat, sorgfältig und geordnet aufbewahren; hierzu gehören unter anderem: Genehmigungen oder auch Erlaubnisbescheinigungen für Betriebsanlagen und Arbeitsverfahren, Übertragungsbestätigungen von Arbeitsschutzaufgaben, Nachweise der sicherheitstechnischen und arbeitsmedizinischen Betreuung, Unfallanzeigen, Darstellungen von den Ergebnissen der Gefährdungsbeurteilungen, Prüfprotokolle, Bestätigungen der Unterweisungen

2. Beurteilung der Arbeitsbedingungen

▪ **Gefährdungsbeurteilung planen:**²⁹⁶

- Informationsmaterial (Gefährdungskataloge, Prüflisten oder sonstige Arbeitshilfen) bei der BG anfordern bzw. um Unterstützung bitten
- Vorgehensweise bei der Gefährdungsbeurteilung und gegebenenfalls bei der Dokumentation festlegen (Zeitplan, Benennung geeigneter und qualifizierter Person für die Durchführung)

295 Vgl. Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.), a.a.O. (Fn. 287), S. 11.

296 Vgl. Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.), a.a.O. (Fn. 287), S. 13.

- Anlässe für die Durchführung einer Gefährdungsbeurteilung können beispielsweise sein: Erstbeurteilung bestehender bzw. neuer Arbeitsplätze, Einsatz von neuen Maschinen, Geräten, Einrichtungen, Arbeitsstoffen und Arbeitsverfahren, wesentliche Änderungen der Arbeitsbereiche, Tätigkeitsabläufe und Arbeitsorganisation sowie Unfälle, Beinahe-Unfälle, Berufskrankheiten oder häufig auftretende Erkrankungen, bei denen eine betrieblich bedingte Ursache vermutet werden kann
 - Fachkraft für Arbeitssicherheit und Betriebsarzt (bzw. entsprechende überbetriebliche Dienste) sowie Beschäftigte bei der Durchführung einbeziehen
- **Gefährdungsbeurteilung durchführen:**²⁹⁷
 - mögliche Gefährdungen etwa anhand von Prüflisten der BG ermitteln
 - ermittelte Gefährdungen beurteilen
 - bei Gefahren Arbeitsschutzmaßnahmen treffen
 - Prüfen, ob schon getroffene Schutzmaßnahmen ausreichend sind
 - gegebenenfalls erforderliche Verbesserungen bzw. Ergänzungen der Arbeitsschutzmaßnahmen vornehmen (Hinweise auf mögliche Schutzmaßnahmen in Gefährdungskatalogen der BG)
 - Kontrollieren, ob die angeordneten Arbeitsschutzmaßnahmen angewendet werden und wirksam sind
 - **Gefährdungsbeurteilung dokumentieren:**²⁹⁸
 - eine Dokumentation über das Resultat der durchgeführten Gefährdungsbeurteilung ist in allen Unternehmen mit mindestens elf Mitarbeitern zu erstellen

297 Vgl. Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.), a.a.O. (Fn. 287), S. 14.

298 Vgl. Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.), a.a.O. (Fn. 287), S. 15.

- aus der Dokumentation muß das Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung, die festgelegten Maßnahmen des Arbeitsschutzes sowie das Resultat der Überprüfung auf Durchführung und Wirksamkeit der Schutzmaßnahmen hervorgehen
- für die Dokumentation der Gefährdungsbeurteilung geben Formblätter der BG Orientierung (hierzu siehe auch vorstehenden Punkt)

3. Beteiligung und Unterweisung der Mitarbeiter

- **Feststellung der fachlichen Qualifikation und sonstigen Eignung der Beschäftigten:**²⁹⁹
 - für die Arbeitsaufgabe bestimmen, welche fachliche Qualifikation und gegebenenfalls besonderen Fähigkeiten der Beschäftigte haben muß
 - Qualifikation des Mitarbeiters unter anderem nachweisen lassen über Berufsausbildung durch Gesellen oder Meisterbrief und Lehrgangsbescheinigungen, berufliche Erfahrung durch Lebenslauf oder Zeugnisse früherer Arbeitgeber, berufliche Fortbildung durch Teilnahmebescheinigungen an Seminaren und Lehrgängen
 - zusätzliche Fähigkeiten und auch Kenntnisse durch Schulungen bzw. intensive Einarbeitung am Arbeitsplatz vermitteln
 - unter Berücksichtigung von der zu übernehmenden Aufgabe, deren Schwierigkeitsgrad, den Gefährdungen am Arbeitsplatz, der Fähigkeit des Beschäftigten, Schutzmaßnahmen richtig anzuwenden, feststellen, ob Mitarbeiter möglicherweise aufgrund gesundheitlicher

²⁹⁹ Vgl. Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.), a.a.O. (Fn. 287), S. 17 f.

Einschränkungen vorübergehend oder dauerhaft für die vorgesehene Tätigkeit nicht geeignet ist

- Beschäftigungsbeschränkungen und -verbote bei Jugendlichen, Schwangeren und stillenden Müttern sowie Frauen im gebärfähigen Alter, insbesondere im Hinblick auf schwere körperliche Arbeiten, Umgang mit Gefahrstoffen und mit infektionsgefährdendem Material beachten
- Einschaltung des Betriebsarztes (bzw. entsprechenden überbetrieblichen Dienstes) kann bei der Wahrnehmung der vorstehenden Aufgaben hilfreich sein

▪ **Mitarbeiter über Rechte und Pflichten in Kenntnis setzen:**³⁰⁰

- Rechte der Beschäftigten sind unter anderem: Vorschläge zu Arbeitsschutzmaßnahmen zu machen, Beratung durch Fachkraft für Arbeitssicherheit und Betriebsarzt (bzw. entsprechende überbetriebliche Dienste) in Anspruch zu nehmen, sich in Abhängigkeit von der Gefährdung arbeitsmedizinisch untersuchen zu lassen, falls Untersuchungen nicht aufgrund von Vorschriften ohnehin durchzuführen sind, sich bei unmittelbarer Gefahr durch sofortiges Verlassen des Arbeitsplatzes in Sicherheit zu bringen, ohne daß ihnen hierdurch Nachteile entstehen sowie sich an die staatlichen Arbeitsschutzbehörden zu wenden, wenn der Arbeitsschutz aus ihrer Sicht nicht gewährleistet ist
- Pflichten der Beschäftigten sind insbesondere: die Einhaltung von Vorschriften und innerbetrieblichen Anweisungen, die bestimmungsgemäße Verwendung von Arbeitsstoffen und Arbeitsmitteln, die Benutzung persönlicher Schutzausrüstung, die Unterstützung von Unternehmer, Vorgesetzten, Fachkraft für Arbeits-

³⁰⁰ Vgl. Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.), a.a.O. (Fn. 287), S. 18 f.

sicherheit und Betriebsarzt (bzw. entsprechenden überbetrieblichen Diensten) sowie Betriebsrat (wenn vorhanden) in bezug auf Arbeitsschutz, außerdem bei unmittelbar drohender Gefahr im Rahmen der eigenen Möglichkeiten tätig zu werden und unverzüglich den Vorgesetzten zu informieren sowie die umgehende Meldung von Gefährdungen und Mängeln am Arbeitsplatz, die nicht selber beseitigt werden können

- **Beschäftigte am Arbeitsschutz beteiligen:**³⁰¹
 - Beschäftigten klarmachen, was beim Arbeitsschutz von ihnen erwartet wird
 - Mitarbeiter bei der Lösung betrieblicher Probleme beteiligen und ihr Wissen um die Arbeitsabläufe für den Arbeitsschutz nutzen
 - Beschäftigte z.B. durch Anerkennung ermutigen, Verbesserungsvorschläge zu den Arbeitsabläufen im Sinn des Arbeitsschutzes zu machen sowie dafür sorgen, daß jeder Vorschlag ernstgenommen wird und der Mitarbeiter eine Antwort bekommt
 - Beschäftigte bei der Auswahl persönlicher Schutzausrüstung beteiligen, um die Tragebereitschaft zu erhöhen
 - Betriebsrat (wenn vorhanden) in alle Angelegenheiten des Arbeitsschutzes einbinden, um seine Unterstützung zu erhalten und seine Informations- und Mitwirkungsrechte zu wahren

301 Vgl. Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.), a.a.O. (Fn. 287), S. 20.

▪ **Mitarbeiter unterweisen:**³⁰²

- Erstunterweisungen bei neu eingestellten Mitarbeitern vor dem Beginn der Tätigkeit sowie vor der Aufnahme einer Tätigkeit an einem neuen Arbeitsplatz durchführen
- Wiederholungsunterweisungen in regelmäßigen Zeitabständen durchführen, mindestens einmal im Jahr sowie besondere Unterweisungsfristen in Vorschriften beachten
- Unterweisungen aus besonderem Anlaß durchführen, beispielsweise bei geänderter Arbeitsaufgabe, beim Einsatz einer neuen Maschine oder eines neuen Gefahrstoffs, bei neuen bzw. geänderten Arbeitsverfahren oder Arbeitsabläufen, bei sicherheitswidrigem Verhalten sowie nach Unfällen, Beinahe-Unfällen oder Störungen
- zum Inhalt von Unterweisungen gehört insbesondere die Vermittlung der Betriebs- und Arbeitsanweisung und das Resultat der Gefährdungsbeurteilung
- bei Unterweisungen besonders beachten: Unterweisung praxisbezogen und möglichst vor Ort, d.h., am Arbeitsplatz vornehmen, da anschaulicher als theoretischer Vortrag sowie Beschäftigten durch selbständige Behandlung von Themen, gezielte Fragen und praktische Tätigkeit einbinden und überdies vergewissern, ob die Unterweisung verstanden wurde
- Fremdfirmenmitarbeiter und Leiharbeitnehmer gezielt hinsichtlich spezieller Gefahren im Unternehmen unterweisen (grundsätzlich klären, welche Unterweisungen von seiten der Fremdfirma bereits durchgeführt wurden)
- auch Mitarbeitern, welche die deutsche Sprache nicht beherrschen, sind die oben genannten Informationen

³⁰² Vgl. Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.), a.a.O. (Fn. 287), S. 21 f.

- auf geeignete Weise verständlich zu machen (durch Dolmetscher, schriftliche Übersetzungen usw.)
- Unterweisungen schriftlich festhalten und von dem Beschäftigten bestätigen lassen

- **Beschäftigte bedarfsgerecht weiterbilden:**³⁰³
 - Ausbildungsbedarf ermitteln (z.B. wegen neuer Arbeitsabläufe oder Maschinen), hierbei auch die Interessen der Mitarbeiter berücksichtigen
 - regelmäßige Weiterbildung bestimmter Beschäftigter vorsehen (insbesondere Fachkraft für Arbeitssicherheit, Betriebsarzt und Ersthelfer)
 - Weiterbildungsangebote beispielsweise der Berufsgenossenschaft erfragen und nutzen

4. Planung des Arbeitsschutzes

- **Arbeitsschutz bei Einkauf und bei Auftragsvergaben berücksichtigen:**³⁰⁴
 - bei der Gestaltung von Räumlichkeiten und der Errichtung von Anlagen eine Beratung hinsichtlich des Arbeitsschutzes einholen (z.B. von der BG)
 - bei der Neuanschaffung von Maschinen und Geräten darauf achten, daß die jeweilige Bauart dem aktuellen Stand der Technik entspricht
 - bei der Beschaffung von Arbeitsstoffen prüfen, ob diese als Gefahrstoffe eingestuft sind (vor der Bestellung Hersteller bzw. Händler fragen, ob inzwischen weniger gefährliche oder ungefährliche Ersatzstoffe auf dem Markt sind, die für die geplante Anwendung ebenso in Betracht kommen)

303 Vgl. Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.), a.a.O. (Fn. 287), S. 23.

304 Vgl. Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.), a.a.O. (Fn. 287), S. 25.

- vor der Beauftragung von Fremdfirmen darauf achten, daß diese die Voraussetzungen für eine sicherheits- und gesundheitsgerechte Leistungserbringung erfüllen (etwa durch sichere Maschinen, qualifizierte Mitarbeiter, Erfahrungswerte aus früheren Einsätzen)
- **Einhaltung der Rangfolge von Schutzmaßnahmen:**³⁰⁵
 - anhand der Gefährdungsbeurteilung über die zu treffenden Schutzmaßnahmen entscheiden; hierfür gilt folgende Rangfolge:
 1. Gefährdungen am Arbeitsplatz nach Möglichkeit von vorne herein vermeiden,
 2. ist dies nicht möglich, verbleibende Gefährdungen der Betriebsangehörigen durch technische bzw. organisatorische Maßnahmen beseitigen oder zumindest verringern, beispielsweise durch Einbau von Schutzvorrichtungen, durch räumliche Absperrungen oder Absprache der Arbeitszeiten,
 3. hinweisende Sicherheitstechnik (Sicherheits- und Gesundheitsschutzkennzeichnung) unterstützend einsetzen und
 4. persönliche Schutzausrüstung erst benutzen, wenn keine andere Schutzmöglichkeit besteht
- **Auswahl und Einsatz persönlicher Schutzausrüstung:**³⁰⁶
 - ermitteln, welche persönliche Schutzausrüstung geeignet und erforderlich ist (bei der Eignung nicht nur die Schutzwirkung, sondern auch ergonomische Belange berücksichtigen)
 - Mitarbeiter an der Auswahl und Erprobung der Schutzausrüstung beteiligen, auch um die Tragebereitschaft zu erhöhen

305 Vgl. Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.), a.a.O. (Fn. 287), S. 26.

306 Vgl. Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.), a.a.O. (Fn. 287), S. 27.

- Beschäftigte unterweisen, wann und wie die persönliche Schutzausrüstung zu benutzen ist
 - regelmäßige Wartung und Austausch persönlicher Schutzausrüstung bei Bedarf sicherstellen
- **Organisation von den arbeitsmedizinisch notwendigen Untersuchungen:**³⁰⁷
- Tätigkeiten ermitteln, die eine arbeitsmedizinische Untersuchung der Mitarbeiter erfordern
 - mit dem Betriebsarzt (bzw. entsprechenden überbetrieblichen Dienst) die Durchführung vorgeschriebener Untersuchungen rechtzeitig vereinbaren
 - für die Einhaltung der Untersuchungsfristen innerbetriebliche Regelungen vorsehen oder Betriebsarzt (bzw. entsprechenden überbetrieblichen Dienst) hiermit beauftragen

5. Sicherheits- und Fehlermanagement

- **Durchführung von regelmäßigen und vorbeugenden Kontrollen:**³⁰⁸
- im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung oder aus besonderem Anlaß Sicherheitsbegehungen durchführen (hierbei nach Bedarf Fachkraft für Arbeitssicherheit und Betriebsarzt [bzw. entsprechende überbetriebliche Dienste] sowie Betriebsrat [wenn vorhanden] einbeziehen)
 - feststellen, ob alle Einrichtungen erfaßt sind und für die erforderlichen Prüfungen Sorge tragen (gegebenenfalls ist der Abschluß eines Wartungsvertrags mit externen Dienstleistern, wie z.B. Herstellern, empfehlenswert)

307 Vgl. Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.), a.a.O. (Fn. 287), S. 27.

308 Vgl. Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.), a.a.O. (Fn. 287), S. 29.

- **Fehler erkennen und auswerten:**³⁰⁹
 - Beschäftigte ermutigen, aufgetretene Störungen, Mängel im Arbeitsschutz, vermutete Gefährdungen ihrer Gesundheit oder Beinahe-Unfälle sofort zu melden und **"Fehler als Chance für Verbesserungen"** zu verstehen
 - festlegen, wem die Erkenntnisse gemeldet werden sollen und was dann zu geschehen hat
 - Ursachen für Störungen oder Fehler durch Mitarbeitergespräche und Besichtigung des betroffenen Arbeitsplatzes aufklären
 - Informationen auswerten und umgehend Abhilfemaßnahmen treffen

- **Planen für Notfälle:**³¹⁰
 - überlegen, welche Notfälle im Betrieb auftreten können (dabei Resultate der Gefährdungsbeurteilung berücksichtigen)
 - Alarmplan mit wichtigen Informationen (Anweisungen für das Verhalten in Notfällen sowie Notruf- und andere wichtige Telefonnummern) erstellen und auffällig aushängen (beispielsweise in der Nähe des Telefons), gegebenenfalls mit der örtlichen Feuerwehr abstimmen
 - Fluchtwege und Notausgänge einrichten und deutlich kennzeichnen (Türen und Notausgänge nicht abschließen oder mit Gegenständen versperren, regelmäßig kontrollieren bzw. kontrollieren lassen)
 - für die Unfallerstversorgung und Brandbekämpfung die vorgeschriebenen Hilfsmittel (Verbandskasten, Feuerlöscher usw.) an leicht zugänglichen und allen Mitarbeitern bekannten Orten bereithalten (bei Auswahl

309 Vgl. Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.), a.a.O. (Fn. 287), S. 29.

310 Vgl. Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.), a.a.O. (Fn. 287), S. 30.

- der Orte mögliche Gefährdungsschwerpunkte beachten und Aufbewahrungsorte kennzeichnen
- Ersthelfer in vorgeschriebener Zahl benennen und für entsprechende Aus- und Weiterbildung sorgen
- Beschäftigte über alle getroffenen Vorkehrungen für außergewöhnliche Vorkommnisse informieren
- zur Überprüfung der Wirksamkeit des Notfallplans praktische Übungen, gegebenenfalls mit Beteiligung der Feuerwehr, durchführen

6. Positionierender konzeptioneller Nutzen

Die Konzeption im Sinn des erweiterten bzw. ganzheitlichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes integriert verhältnis- wie verhaltenspräventive Maßnahmen: Diese sind die gesundheitsgerechte Gestaltung der Arbeit (Arbeitsbedingungen), d.h., von Arbeitsmitteln, Arbeitsstoffen, Arbeitsorganisation, Arbeitsabläufen, Arbeitsumgebung und Betriebsklima sowie die Motivierung und Befähigung der Mitarbeiter zu sicherheits- und gesundheitsgerechtem Verhalten am Arbeitsplatz und in der Freizeit.

So wird durch das Ineinandergreifen von gesundheitsgerechten Arbeitsbedingungen (**Verhältnisprävention**) und sicherheits- und gesundheitsgerechtem Verhalten (**Verhaltensprävention**) eine Senkung der Unfallhäufigkeit, eine Verminderung des Auftretens von Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Erkrankungen, eine Verbesserung von Befindlichkeit und Gesundheitszustand der Beschäftigten sowie eine Erhöhung ihres Bewältigungsvermögens für nicht vermeidbare Belastungen und Beanspruchungen ermöglicht.

Dies schlägt sich in einem störungsfreieren Miteinander bei der Arbeit und auch in niedrigeren Fehlzeiten nieder und darüber

hinaus in einer Erhöhung der Qualität von Arbeit und Arbeitsergebnis.

An dieser Stelle ist zu bemerken, daß die Leistungen des einzelnen Arbeitnehmers in keinem anderen Bereich der Wirtschaft so entscheidend für die Qualität des Produkts sind, wie in den kleinen und mittleren Betrieben des Handwerks. Voraussetzung dafür ist jedoch, daß die Maßnahmen zur Verhältnis- und Verhaltensprävention in einer ausgewogenen Relation zueinander stehen. – Insbesondere bei diesen Betrieben, zu denen auch die hier untersuchten gehören, gilt in jedem Fall, daß die entsprechende Nutzung dieser Konzeption des Arbeits- und Gesundheitsschutzes als überaus effektiv einzuschätzen ist. Damit diese Konzeption nicht nur kurzfristig, sondern auch mittel- bzw. langfristig erfolgreich ist, sollten die folgenden Punkte berücksichtigt werden:³¹¹

1. Betrieblicher Arbeits- und Gesundheitsschutz ist in erster Linie ein Thema des Unternehmers, da von ihm hauptsächlich die Initiative zu entsprechenden Aktivitäten und Maßnahmen ausgeht.
2. Arbeits- und Gesundheitsschutz, der nicht nur primär aus wirtschaftlichen Gründen erfolgt, sondern auch eine Verbesserung des Krankenstands und der Arbeitsbedingungen zum Ziel hat, ist ein guter Ausgangspunkt für ein erfolgreiches Unternehmen.
3. Betrieblicher Arbeits- und Gesundheitsschutz wird durch die Nutzung von externen Unterstützungs- und Beratungsangeboten begünstigt.

311 Vgl. Packebusch, Lutz / Herzog, Barbara / Laumen, Sandra, Erfolg durch Arbeitsschutz. Bilanzierung der Einflussfaktoren im Bereich Sicherheit und Gesundheitsschutz auf den betrieblichen Erfolg kleiner und mittlerer Unternehmen, Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven 2003, S. 91; Schliephacke, Jürgen, Führungswissen Arbeitssicherheit. Aufgaben – Verantwortung – Organisation, 2. Auflage, Erich Schmidt Verlag, Berlin 2003, S. 81.

Zusammenfassung

Die Arbeitswelt ist ein zentraler Lebensbereich des Menschen. Sie kann die Gesundheit auf vielfältige Weise fördern, jedoch auch die Entstehung von Gesundheitsstörungen begünstigen oder verursachen. Daher bietet die Arbeitswelt zahlreiche Möglichkeiten für präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen. In diesem Zusammenhang wird die besondere Rolle des Betriebs als Aktionsort deutlich: An keinem anderen Ort läßt sich gezielter auf die Verflechtungen von Verhalten, ökologischer und sozialer Umwelt eingehen; hier kann vor allem zielgruppenspezifisch und damit erfolgversprechend gearbeitet werden.

Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der WHO hat mit ihrer Vorgabe, sichere, anregende, befriedigende sowie angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen herzustellen, einen umfassenden Ansatz der Humanisierung der Arbeit umrissen. Dies hat auch Anstöße für die Weiterentwicklung der Gesundheitspolitik und insbesondere des Arbeitsschutzes gegeben. Die aus dem europäischen Recht kommende Arbeitsschutzreform von 1996 hat neue Standards und Instrumente geschaffen: Sie verlangt eine umfassende Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsrisiken und eine menschengerechte Gestaltung der Arbeit. Zudem verpflichtet sie die Unternehmen zu einem umfassenden Arbeits- und Gesundheitsschutzmanagement, um den Arbeitsschutz optimal zu gestalten und ständig zu verbessern. Weiterhin verpflichtet sie zu einer systematischen Arbeitsweise, indem die Präventionsmaßnahmen von einer ganzheitlichen Ermittlung und Beurteilung von Gefährdungen erfolgen muß. Außerdem legt sie fest, daß die Mitarbeiter aktiv im Arbeits- und Gesundheitsschutz zu beteiligen sind.

Mit der Verabschiedung des Arbeitsschutzgesetzes hat sich der traditionelle gesetzliche Arbeitsschutz seit 1996 grund-

legend geändert; in diesem Zusammenhang wird von einem Paradigmenwechsel gesprochen – weg von einem reduzierten Arbeitsschutzverständnis, hin zu einem erweiterten Arbeits- und Gesundheitsschutzkonzept. Das neue Arbeitsschutzverständnis orientiert sich an dem Menschenbild und Gesundheitsverständnis der WHO.

Gesundheitsförderung nach den Kriterien der Ottawa-Charta im Bereich der Arbeitswelt umzusetzen, geht somit über den traditionellen gesetzlichen Arbeitsschutz hinaus. Mit betrieblicher Gesundheitsförderung verbinden sich beispielsweise auch solche Komponenten, wie die Schaffung konsistenter Anforderungsstrukturen, abwechslungsreiche und anspruchsvolle Aufgabenzuschnitte, die Erweiterung zeitlicher und inhaltlicher Handlungs- und Entscheidungsspielräume oder die Stärkung sozialer Unterstützungspotentiale im Unternehmen. In diesem Sinn muß präventives und gesundheitsförderndes Handeln das gesamte betriebliche Bedingungsgefüge in seinen technischen, organisatorischen, sozialen und kommunikativen Dimensionen im Blick haben. Ein zentrales Erfordernis hierbei ist die direkte Beteiligung der Betroffenen.

So setzt eine optimale Umsetzungsstrategie für Arbeits- und Gesundheitsschutzmaßnahmen in Klein- und Mittelunternehmen einen bestehenden Konsens zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern, die Bereitschaft der Beteiligten, das vorherrschende Rollenverständnis und Rollenverhalten zu hinterfragen und gegebenenfalls zu ändern, die positive Einstellung des Unternehmers bzw. Inhabers, der den Arbeits- und Gesundheitsschutz nicht nur als Kostenfaktor sieht, sondern dessen komplexen Nutzen für seinen Betrieb erkennt, die Vorbildfunktion des Unternehmers sowie die Einbeziehung der Beschäftigten bei der Entwicklung und Umsetzung der Maßnahmen, z.B. im Rahmen eines Gesundheitsteams voraus.

Erkenntnisgewinn und Ausblick

Gesundheitsförderung im Betrieb richtet ihre Aufmerksamkeit auf die Entwicklung und Stärkung der individuellen Ressourcen und Kompetenzen der einzelnen Mitarbeiter sowie auf die gesundheitsförderliche Gestaltung der Lebens- und Arbeitsumwelt der Beschäftigten zur Förderung von positiver Gesundheit.

Betriebliche Gesundheitsförderung setzt neben dem zentralen Element der gesundheitsgerechten Gestaltung der Arbeit auf die Reduzierung möglicher pathogener Risiken. Auf eine strikte Trennung zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention wird verzichtet. In der betrieblichen Gesundheitsförderung ergänzen sich diese beiden Präventionskonzepte. Zudem orientiert sich Gesundheitsförderung im Betrieb sowohl an gesunden als auch an gesundheitlich beeinträchtigten Mitarbeitern, um ihnen ein höheres Maß an Selbstbestimmung in bezug auf ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie so zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.

Mit dieser Zielsetzung verfolgt die betriebliche Gesundheitsförderung eine ganzheitliche Strategie: Anknüpfend an den traditionellen Arbeits- und Gesundheitsschutz und dessen Defizite im Hinblick auf physische und psychische Belastungen in der sich verändernden Arbeitswelt versucht die betriebliche Gesundheitsförderung, das wichtige Thema Gesundheit mit weiteren Handlungsfeldern im Betrieb wie Organisations- und Personalentwicklung zu verbinden.

Der Erfolg dieser Projekte wird vorwiegend in Abhängigkeit der Intensität der Kooperation aller wichtigen Gesundheitsakteure im Unternehmen und des Grads der Einbeziehung der Beschäftigten zu beurteilen sein. Entscheidend ist hierbei,

inwieweit die Mitarbeiter von Betroffenen zu Beteiligten gemacht werden können.

Dies läßt den Schluß zu, daß eine konsequente Gesundheitsförderung, welche in die bestehenden Strukturen des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes integriert wird oder diese ergänzt, auf Dauer auch die Unternehmen entlastet: Bei dem Tempo der technischen Neuerungen und Veränderungen der Arbeitswelt kann nicht auf jede neue Gefahr mit einer neuen Vorschrift reagiert werden. Die Verantwortlichen in den Betrieben müssen in Zukunft den Schutz und die Förderung von Gesundheit noch mehr als bisher in Eigenregie leisten.

Auch zukünftig werden spezielle Fragen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes im Betrieb spezielle Antworten erfordern. Eine konsequente Gesundheitsförderung in den Unternehmen wird jedoch in vielen Fällen kostengünstiger und effektiver sein als neue Vorschriften und auf Dauer sowohl die Betriebe als auch die Gesetzgebung entlasten.

Es ist hier auch eine Frage der wissenschaftlichen Bearbeitung dieses Komplexes, die dementsprechend weitergeführt werden muß. Letztlich wird sich jedoch in den Unternehmen entscheiden, ob die in dieser Arbeit dargestellte theoretische Konzeption – besonders auch hinsichtlich der Klein- und Mittelbetriebe – künftig zu einer Komponente avanciert, die den Erfolg von Unternehmen maßgeblich mitbestimmt.

Betriebliche Gesundheitsförderung ist demnach eine Aufgabe, die aufgrund der vielschichtigen Einflüsse – zu denen auch Freizeitverhalten und persönliche Faktoren gehören – nur kooperativ und interdisziplinär zu lösen ist.

Koda

Der **Prozeß des Gestaltens von Gesundheit** erfordert somit Kreativität und Engagement, vor allem aber Ehrlichkeit und den festen Willen, gemeinsam etwas bewegen zu wollen. Gesundheitsförderung ist ein gewinnorientierter Arbeitsansatz, eine offensive und lebensbejahende Vorgehensweise; sie ist ein Beitrag für eine nachhaltige individuelle und gesellschaftliche Entwicklung.

Abkürzungsverzeichnis

a.a.O.	am angegebenen Ort
Abs.	Absatz
AG	Aktiengesellschaft
AMD	Arbeitsmedizinischer Dienst
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse(n)
ArbSchG	Arbeitsschutzgesetz
ASiG	Arbeitssicherheitsgesetz
BG	Berufsgenossenschaft(en)
BGV	Berufsgenossenschaftliche Vorschriften
BKK	Betriebskrankenkasse(n)
BKK BV	Bundesverband der Betriebskrankenkassen
bzw.	beziehungsweise
d.h.	das heißt
d.V.	der Verfasser
EG	Europäische Gemeinschaft
EU	Europäische(n) Union
EWG	Europäische Wirtschaftsgemeinschaft
f.	folgende (Seite)
Fn.	Fußnote
GmbH	Gesellschaft mit beschränkter Haftung
GRG	Gesundheits-Reformgesetz
Hrsg.	Herausgeber
HVBG	Hauptverband der gewerblichen Berufs- genossenschaften
HZK	Krankenkasse für Bau- und Holzberufe
IKK	Innungskrankenkasse(n)
Jg.	Jahrgang
KFZ	Kraftfahrzeug
KOPAG	Kooperationsprogramm Arbeit und Gesundheit
Nr.	Nummer

o.S.	ohne Seite(nangabe)
S.	Seite
SGB	Sozialgesetzbuch
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung
SGB VII	Sozialgesetzbuch Siebtes Buch – Gesetzliche Unfallversicherung
usw.	und so weiter
VGB	Verzeichnis der Unfallverhütungsvorschriften der gewerblichen Berufsgenossenschaften
vgl.	vergleiche
WHO	World Health Organization (Weltgesundheitsorganisation)
z.B.	zum Beispiel

Literaturverzeichnis

- Abholz, Heinz-Harald, Früherkennung – Mehr an Gesundheit? Eine klinisch-epidemiologische Analyse, in: Psychosozial, 12. Jg., Heft II (Nr. 42)/1990, S. 43 – 54
- Arbeitskammer des Saarlandes (Hrsg.), Bericht an die Regierung des Saarlandes 1997 zur wirtschaftlichen, ökologischen, sozialen und kulturellen Lage der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Schwerpunktthema: Mehr Arbeitsplätze in kleinen und mittleren Unternehmen, Saarbrücken 1997
- Badura, Bernhard, Gesundheitsförderung und Prävention aus soziologischer Sicht, in: Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis (Hrsg. Peter Paulus), GwG-Verlag, Köln 1992, S. 43 – 51
- Badura, Bernhard, Gesundheitsförderung durch Arbeits- und Organisationsgestaltung. Die Sicht des Gesundheitswissenschaftlers, in: Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen (Hrsg. Jürgen M. Pelikan/Hildegard Demmer/Klaus Hurrelmann), Juventa Verlag, Weinheim/München 1993, S. 20 – 33
- Badura, Bernhard/Müller, Brigitte/Münch, Eckhard, Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt, in: Betriebliche Gesundheitszirkel (Hrsg. Gerhard Westermayer/Bernhard Bähr), Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen/Stuttgart 1994, S. 3 – 9
- Badura, Bernhard/Ritter, Wolfgang, Qualitätsmanagement in der betrieblichen Gesundheitsförderung, in: Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung, 19. Jg., Heft 2/1996, S. 58 f.

- Becker, Peter, Die Bedeutung integrativer Modelle von Gesundheit und Krankheit für die Prävention und Gesundheitsförderung – Anforderungen an allgemeine Modelle von Gesundheit und Krankheit, in: Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis (Hrsg. Peter Paulus), GwG-Verlag, Köln 1992, S. 91 – 107
- Behrendt, Jörn-Uwe, Gesundheit und Umweltbildung, in: Gesundheit fördern statt kontrollieren. Eine Absage an den Mustermenschen (Hrsg. Alf Trojan/Brigitte Stumm), Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main 1992, S. 213 – 228
- Bieneck, Hans-Jürgen, Institutionen, Akteure und Probleme der Arbeits- und Sozialpolitik, in: Handbuch Arbeitswissenschaft (Hrsg. Holger Luczak/Walter Volpert), Schäffer-Poeschel Verlag, Stuttgart 1997, S. 777 - 781
- Bindzius, Fritz/Coenen, Wilfried/Perlebach, Edith, Zusammenarbeit von Unfall- und Krankenversicherung bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren am Beispiel des "Kooperationsprogramms Arbeit und Gesundheit" (KOPAG), in: Die BG. Fachzeitschrift für Arbeitssicherheit, Gesundheitsschutz und Unfallversicherung in Betrieb und Verwaltungspraxis, Heft 5/1997, S. 232 - 238
- Bobzien, Monika, Kontrolle über das eigene Leben gewinnen. Empowerment als professionelles Konzept in der Selbsthilfeunterstützung – Aspekte aktivierender Beratung, in: Blätter der Wohlfahrtspflege. Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit, 140. Jg., Heft 2/1993, S. 46 - 49
- Bödeker, Wolfgang/Kreis, Julia, Der ökonomische Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung, in: Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung, 25. Jg., Heft 4/2002, S. 106 – 109

- Brandenburg, Uwe, Rechnen sich Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung für das Unternehmen?, in: Blickpunkt Krankenstand – Wettbewerbsvorteil Gesundheitsförderung. Modelle und Praxiserfahrungen (Hrsg. Alfons Schröer), Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven 1998, S. 71 – 83
- Braun, Bernhard/Lächele, Birgit, Probleme und Möglichkeiten der Gesundheitsförderung im Handwerk am Beispiel eines Gemeinschaftsprojekts der IKK Aalen, der Württembergischen Bau-Berufsgenossenschaft und der Bau-Innung, in: Betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und Erfahrungen bei der Realisierung (Hrsg. Peter Nieder/Britta Susen), Verlag Paul Haupt, Bern/Stuttgart/Wien 1997, S. 233 – 258
- Braun, Martin/Ritter, Albert/Schmauder, Martin/Wienhold, Lutz, Managementsysteme mit integriertem Arbeitsschutz in Ländern der EU. Analyse und Bewertung ihrer praktischen Eignung unter besonderer Berücksichtigung der Anforderungen für Klein- und Mittelunternehmen, Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven 1999
- Breisig, Thomas, Betriebliche Sozialtechniken. Handbuch für Betriebsrat und Personalwesen, Luchterhand Verlag, Neuwied/Frankfurt am Main 1990
- Büchner, Wolfgang, Das Projekt "Arbeitsmedizinische Betreuung in Kleinbetrieben" (AMIK) der Maschinenbau- und Metall-Berufsgenossenschaft, in: Gesundheit nicht nur denken. Handlungsansätze für Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung in Nordrhein-Westfalen (Hrsg. Kurt Bodewig), Klartext Verlag, Essen 1998, S. 113 – 122

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.),
Cardiff Memorandum zur betrieblichen Gesundheits-
förderung in Klein- und Mittelbetrieben. Europäisches
Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung,
Cardiff (Wales) 24. bis 25. April 1998, Dortmund 1998

Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung (Hrsg.),
Arbeitssicherheit '99. Unfallverhütungsbericht Arbeit,
Bericht der Bundesregierung über den Stand der
Unfallverhütung und das Unfallgeschehen in der
Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1998, Bonn
1999

Bundesverband der Betriebskrankenkassen (Hrsg.), Luxem-
burger Deklaration zur betrieblichen Gesundheits-
förderung in der Europäischen Union. Europäisches
Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung,
Luxemburg 27. bis 28. November 1997, Essen 1997

Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Leit-
begriffe für Gesundheitsförderung. Glossar zu
Konzepten, Strategien und Methoden der Gesund-
heitsförderung, 2. Auflage, Verlag Peter Sabo,
Schwabenheim an der Selz 1999

Coenen, Wilfried, Verhütung arbeitsbedingter Gesundheits-
gefahren ... eine neue Dimension des Arbeits-
schutzes?, in: Die BG. Fachzeitschrift für Arbeits-
sicherheit, Gesundheitsschutz und Unfallversicherung
in Betrieb und Verwaltungspraxis, Heft 5/1997,
S. 222 - 231

Conrad, Günter/Schmidt, Werner, Glossar. Gesundheits-
förderung: Eine Investition für die Zukunft. Inter-
nationale Konferenz, Bonn 17. bis 19. Dezember
1990. Nachdruck, Fränkische Nachrichten, Tauber-
bischofsheim 1990

- Cordes, Hermann, Gesundheitsförderung im Betrieb aus der Sicht eines Unternehmens, in: Betriebliche Gesundheitszirkel (Hrsg. Gerhard Westermayer/Bernhard Bähr), Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen/Stuttgart 1994, S. 249 – 253
- Demmer, Hildegard, Betriebliche Gesundheitsförderung – von der Idee zur Tat. Europäische Serie zur Gesundheitsförderung Nr. 4 der Weltgesundheitsorganisation (WHO), Ley & Wiegand, Wuppertal 1995
- Demmer, Hildegard/Kunkel, Karin, Gesundheitsförderung im Betrieb – Chancen für Europa, in: Betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und Erfahrungen bei der Realisierung (Hrsg. Peter Nieder/Britta Susen), Verlag Paul Haupt, Bern/Stuttgart/Wien 1997, S. 29 - 50
- Ducki, Antje/Greiner, Birgit, "Gesundheit ist mehr als Beeinträchtigungsfreiheit". Eine handlungstheoretische Betrachtungsweise von Gesundheit (Bericht Nr. 24), Technische Universität Berlin, Institut für Humanwissenschaft in Arbeit und Ausbildung, Berlin 1990
- Duden. Band 5: Das Fremdwörterbuch, 4. Auflage, Bibliographisches Institut, Mannheim/Wien/Zürich 1982
- Eberle, Gudrun, Leitfaden Prävention, Asgard-Verlag, Sankt Augustin 1990
- Franzkowiak, Peter/Wenzel, Eberhard, Die Gesundheits-erziehung im Übergang zur Gesundheitsförderung. Konzeptionen und Praxisansätze zwischen biomedizinischem Modell und ökologischen Perspektiven, in: Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis. Mitteilungen der DGVT, 17. Jg., Heft 2/1985, S. 240 – 256

- Franzkowiak, Peter/Wenzel, Eberhard, Gesundheitsförderung. Karriere und Konsequenzen eines Trendbegriffs, in: Psychosozial, 12. Jg., Heft II (Nr. 42)/1990, S. 30 - 42
- Fromm, Christine, Soziale Typik und Gesundheit im handwerklichen Kleinbetrieb, in: Arbeit und Gesundheit im Kleinbetrieb. Forschungsergebnisse und Präventionserfahrungen, Tagungsband Nr. 104 (Hrsg. Sozialforschungsstelle Dortmund Landesinstitut), Dortmund 1998, S. 11 – 25
- Göckenjan, Gerd, Gesundheitsbegriff – warum Gesundheit definieren?, in: Gesundheit fördern statt kontrollieren. Eine Absage an den Mustermenschen (Hrsg. Alf Trojan/Brigitte Stumm), Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main 1992, S. 40 – 49
- Gratz, Wolfgang, Institutionen verändern. Empowerment, Organisationsentwicklung und systematische Beratung – Wie werden aus hilflosen Helfern machtvolle Kämpfer gegen Verkrustung und Klientelisierung?, in: Blätter der Wohlfahrtspflege. Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit, 140. Jg., Heft 2/1993, S. 64 – 66
- Grossmann, Ralph, Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung – Organisationsentwicklung durch Projektmanagement, in: Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen (Hrsg. Jürgen M. Pelikan/Hildegard Demmer/Klaus Hurrelmann), Juventa Verlag, Weinheim/München 1993, S. 43 – 60
- Grossmann, Ralph/Scala, Klaus, Gesundheit durch Projekte fördern. Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement, Juventa Verlag, Weinheim/München 1994

- Haug, Christoph von, Gesundheitsbildung im Wandel. Die Tradition der europäischen Gesundheitsbildung und der "Health Promotion"-Ansatz in den USA in ihrer Bedeutung für die gegenwärtige Gesundheitspädagogik, Verlag Julius Klinkhardt, Bad Heilbrunn 1991
- Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.), BG-Statistiken für die Praxis 1998. Aktuelle Zahlen und Zeitreihen aus der Unfallversicherung der gewerblichen Wirtschaft, Sankt Augustin 1999
- Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.), BGZ-Report 2/99. Arbeitsunfallstatistik, Sankt Augustin 1999
- Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.), 5 Bausteine für einen gut organisierten Betrieb – auch in Sachen Arbeitsschutz, Sankt Augustin 1999
- Hemmer, Edmund, Arbeits- und Gesundheitsschutz. Eine Unternehmensbefragung, Deutscher Instituts-Verlag, Köln 1999
- Horn, Klaus, Gesundheitserziehung. Grenzen individueller Problemlösungsstrategien, in: Gesundheit und Krankheit als Bildungsproblem (Hrsg. Angela Venth), Verlag Julius Klinkhardt, Bad Heilbrunn 1987, S. 146 – 177
- Hurrelmann, Klaus, Sozialisation und Gesundheit. Somatische, physische und soziale Risikofaktoren im Lebenslauf, 3. Auflage, Juventa Verlag, Weinheim/München 1994
- Kentner, Michael, Gesundheits- und Arbeitsschutz in kleineren und mittleren Unternehmen. Probleme bei Konzeption und Umsetzung, in: Arbeitsmedizin – Sozialmedizin – Umweltmedizin. Zeitschrift für Praxis, Klinik, Wissenschaft und Begutachtung, 32. Jg., Heft 12/1997, S. 493 – 496

- Kerkau, Katja, Betriebliche Gesundheitsförderung. Faktoren für die erfolgreiche Umsetzung des Gesundheitsförderungskonzepts in Unternehmen, Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg 1997
- Kickbusch, Ilona, Vom Umgang mit der Utopie. Anmerkungen zum Gesundheitsbegriff der Weltgesundheitsorganisation, in: Gesundheit und Krankheit als Bildungsproblem (Hrsg. Angela Venth), Verlag Julius Klinkhardt, Bad Heilbrunn 1987, S. 119 – 129
- Kickbusch, Ilona, Vorwort, in: Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen (Hrsg. Jürgen M. Pelikan/Hildegard Demmer/Klaus Hurrelmann), Juventa Verlag, Weinheim/München 1993, S. 9 – 12
- Kittner, Michael, Arbeits- und Sozialordnung. Ausgewählte und eingeleitete Gesetzestexte, 21. Auflage, Bund-Verlag, Köln 1996
- Kittner, Michael/Pieper, Ralf, Arbeitsschutzgesetz. Basis-kommentar, Bund-Verlag, Köln 1997
- Kittner, Michael, Arbeits- und Sozialordnung. Ausgewählte und eingeleitete Gesetzestexte, 24. Auflage, Bund-Verlag, Frankfurt am Main 1999
- Kleiber, Dieter, Gesundheitsförderung. Hintergründe, Grundauffassungen, Konzepte und Probleme, in: Psychomed. Zeitschrift für Psychologie und Medizin, 4. Jg., Heft 4/1992, S. 220 – 230
- Kliemt, Gundolf, Neue Unterstützungskonzepte sind unerlässlich, in: Gefahrstoffe in Klein- und Mittelunternehmen. Vorträge der Informationstagung am 7. und 8. März 1996 in Dortmund (Hrsg. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin), Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven 1997, S. 5 – 20

- Krüger, Wolfgang, Ökonomische Aspekte des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in kleinen und mittleren Betrieben, in: Integration von Arbeits- und Gesundheitsschutz in die Unternehmensführung von Klein- und Mittelbetrieben. Informationsveranstaltung vom 5. Juni 1999 in Berlin (Hrsg. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin), Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven 2000, S. 37 – 46
- Kuhn, Joseph/Lück, Patricia, Arbeitsschutz, betriebliche Gesundheitsförderung, Organisationsentwicklung: die betriebliche Gesundheitspolitik auf innovativen Wegen, in: Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung, 18. Jg., Heft 3/1995, S. 74 – 77
- Kuhn, Karl, Zum Stand der betrieblichen Gesundheitsförderung, in: Gesundheitsförderung im Betrieb (Hrsg. Uwe Brandenburg/Karl Kuhn/Bodo Marschall/Carl Verkoyen), Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven 1996, S. 131 – 148
- Laaser, Ulrich/Hurrelmann, Klaus/Wolters, Paul, Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung, in: Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis (Hrsg. Klaus Hurrelmann/Ulrich Laaser), Beltz Verlag, Weinheim/Basel 1993, S. 176 - 203
- Lafaille, Robert, Auf dem Weg zu einer Gründung der Gesundheitswissenschaften. Möglichkeiten, Herausforderungen, Fallstricke, in: Provokationen zur Gesundheit. Beiträge zu einem reflexiven Verständnis von Gesundheit und Krankheit (Hrsg. Eberhard Göpel/Ursula Schneider-Wohlfart), 2. Auflage, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main 1995, S. 229 – 266

- Lehmann, Harald/Lehmann, Manfred/Pott, Elisabeth, Gesundheitsförderung – eine Herausforderung für Institutionen der Gesundheitserziehung. Dargestellt am Beispiel der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, in: Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung, 14. Jg., Heft 1/1991, S. 3 – 7
- Lehmann, Harald, Trends betrieblicher Gesundheitsförderung in den alten Bundesländern, in: Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen (Hrsg. Jürgen M. Pelikan/Hildegard Demmer/Klaus Hurrelmann), Juventa Verlag, Weinheim/ München 1993, S. 176 – 183
- Leube, Konrad, Gesetzliche Unfallversicherung – SGB VII. Leitfaden für die Praxis, Universum Verlagsanstalt, Wiesbaden 1997
- Lobnig, Hubert, Anleitung zur Selbständigkeit. Empowerment und Psychiatrie – Ansätze, Erfahrungen und Ergebnisse aus einem Modellprojekt selbsthilfeorientierter Patientenarbeit, in: Blätter der Wohlfahrtspflege. Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit, 140. Jg., Heft 2/1993, S. 61 – 63
- Marstedt, Gerd/Mergner, Ulrich, Soziale Dimensionen des Arbeitsschutzes. Ein Handbuch für die staatliche Arbeitsschutzaufsicht, Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven 1995
- Matschke, Barbara, Gesundheitsförderung als betriebliches Alltagshandeln. Möglichkeiten und Grenzen der Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen, in: Gesundheitsförderung als betriebliches Alltagshandeln in kleinen und mittleren Unternehmen. Workshop vom 8. Juni 1996 in Berlin (Hrsg. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin), Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven 1997, S. 8 – 17

- Milz, Helmut, Persönliche Gesundheit in ökosozialer Verantwortung. Perspektiven, Widersprüche, offene Fragen, in: Provokationen zur Gesundheit. Beiträge zu einem reflexiven Verständnis von Gesundheit und Krankheit (Hrsg. Eberhard Göpel/Ursula Schneider-Wohlfart), 2. Auflage, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main 1995, S. 17 – 32
- Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen (Hrsg.), Präventiver Arbeitsschutz in Klein- und Mittelbetrieben. Anforderungen, Probleme und Lösungskonzepte, Düsseldorf 1997
- Nickel, Uwe/Kuch, Petra/Bauer, Wolfgang, Gesundes Arbeiten lernen. Das Arbeitsplatzprogramm, Universum Verlagsanstalt, Wiesbaden 1998
- Nieder, Peter/Susen, Britta, Betriebliche Gesundheitsförderung und Organisationsentwicklung – Am Beispiel des Projekts "Gesundheit gewinnt", in: Personalführung, 27. Jg., Heft 8/1994, S. 696 – 701
- Nieder, Peter/Harms, Martina, Betriebliche Gesundheitsförderung. Anforderungen, Umsetzung, Erfolgsfaktoren, in: Personalführung 28. Jg., Heft 5/1995, S. 416 – 424
- Nieder, Peter, Betriebliche Gesundheitsförderung, in: Betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und Erfahrungen bei der Realisierung (Hrsg. Peter Nieder/Britta Susen), Verlag Paul Haupt, Bern/Stuttgart/Wien 1997, S. 15 – 27
- Orfeld, Barbara/Sochert, Reinhold, 50 "Models of Good Practice". Betriebliche Gesundheitsförderung in europäischen Klein- und Mittelunternehmen, Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven 2003

- Otte, Rainer, Gesundheit im Betrieb. Leistung durch Wohlbefinden, Frankfurter Allgemeine Zeitung, Frankfurt am Main 1994
- Packebusch, Lutz/Herzog, Barbara/Laumen, Sandra, Erfolg durch Arbeitsschutz. Bilanzierung der Einflussfaktoren im Bereich Sicherheit und Gesundheitsschutz auf den betrieblichen Erfolg kleiner und mittlerer Unternehmen, Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven 2003
- Paulus, Peter, Zur Einführung. Prävention, Gesundheitsförderung und psychosoziale Praxis, in: Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis (Hrsg. Peter Paulus), GwG-Verlag, Köln 1992, S. 9 – 16
- Pelikan, Jürgen M./Demmer, Hildegard/Hurrelmann, Klaus, Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung – Einführung in die Thematik, in: Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen (Hrsg. Jürgen M. Pelikan/Hildegard Demmer/Klaus Hurrelmann), Juventa Verlag, Weinheim/München 1993, S. 13 – 17
- Perlebach, Edith, Betriebliches Gesundheitsmanagement aus Sicht der gewerblichen Berufsgenossenschaften, in: Gesundheitsmanagement – ein integriertes Programm der betrieblichen Förderung von Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz. Gesamtkonzept, Methoden, Rolle des Betriebsarztes (Hrsg. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin), Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven 2002, S. 27 – 38
- Pinter, Harald, Institutionen und Rechtsgrundlagen des Arbeitsschutzes, in: Handbuch Arbeitswissenschaft (Hrsg. Holger Luczak/Walter Volpert), Schäffer-Poeschel Verlag, Stuttgart 1997, S. 819 – 823

- Pröll, Ulrich, Prävention in der handwerklich-kleinbetrieblichen Arbeitswelt. Wege zu einem milieugerechten Leitbild, in: ARBEIT. Zeitschrift für Arbeitsforschung, Arbeitsgestaltung und Arbeitspolitik, 7. Jg., Heft 3/1998, S. 219 - 237
- Rappaport, Julian, Ein Plädoyer für die Widersprüchlichkeit. Ein sozialpolitisches Konzept des "empowerment" anstelle präventiver Ansätze, in: Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis. Mitteilungen der DGVT, 17. Jg., Heft 2/1985, S. 257 – 278
- Renn, Heinz, Von der Gesundheitserziehung zur Gesundheitsförderung – Am Beispiel der Suchtprävention, in: Gesundheit fördern statt kontrollieren. Eine Absage an den Mustermenschen (Hrsg. Alf Trojan/Brigitte Stumm), Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main 1992, S. 183 – 212
- Rosenbrock, Rolf, Prävention – warum sie nicht stattfindet und was zu tun ist, in: Dr. med. Mabuse. Zeitschrift im Gesundheitswesen, 12. Jg., Heft Nr. 47/1987, S. 50 - 57
- Rosenbrock, Rolf, Betriebliche Gesundheitspolitik und Organisationsentwicklung, in: Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen (Hrsg. Jürgen M. Pelikan/Hildegard Demmer/Klaus Hurrelmann), Juventa Verlag, Weinheim/München 1993, S. 123 – 140
- Rückert, Anette, Arbeits- und Gesundheitsschutz, in: Handbuch Arbeitswissenschaft (Hrsg. Holger Luczak/Walter Volpert), Schäffer-Poeschel Verlag, Stuttgart 1997, S. 1037 – 1041

- Saam, Joachim, Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren durch die Gmünder ErsatzKasse (GEK) – Entwicklung und Erprobung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements in Klein- und Mittelunternehmen, in: Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung, 25. Jg., Heft 4/2002, S. 117 f.
- Schaefer, Gerhard, "Leben" und "Gesundheit" – begriffliche Dimensionen einer positiven Gesundheitserziehung, in: Weltgesundheitsthema 1988. Gesundheit für alle – alles für die Gesundheit (Hrsg. Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e.V.), Bonn 1988, S. 18 – 29
- Schliephacke, Jürgen, Führungswissen Arbeitssicherheit. Aufgaben – Verantwortung – Organisation, Erich Schmidt Verlag, Berlin 2000
- Schliephacke, Jürgen, Führungswissen Arbeitssicherheit. Aufgaben – Verantwortung – Organisation, 2. Auflage, Erich Schmidt Verlag, Berlin 2003
- Schlüter, Andreas, Arbeitsschutzgesetz. Leitfaden für die Praxis, Universum Verlagsanstalt, Wiesbaden 1998
- Schnabel, Claus, Betriebliche Fehlzeiten. Ausmaß, Bestimmungsgründe und Reduzierungsmöglichkeiten, Deutscher Instituts-Verlag, Köln 1997
- Schneider, Helmut/Hoppe, Bernhard, Unterweisung in Handwerk und Industrie. Beispiele – Methoden – Tipps, 6. Auflage, Universum Verlagsanstalt, Wiesbaden 2003
- Schneider-Wohlfart, Ursula/Risse-Engels, Elisabeth/Wack, Otto Georg/Wolf, Rainer, Zur ganzheitlichen Sichtweise von Mensch, Gesundheit und Krankheit, in: Provokationen zur Gesundheit. Beiträge zu einem reflexiven Verständnis von Gesundheit und Krankheit (Hrsg. Eberhard Göpel/Ursula Schneider-Wohlfart), 2. Auflage, Mabuse-Verlag, Frankfurt am Main 1995, S. 87 – 100

- Schröder, Alfons/Sochert, Reinhold, Gesundheitsförderung durch Gesundheitszirkel. Das Konzept des BKK BV, in: Betriebliche Gesundheitszirkel (Hrsg. Gerhard Westermayer/Bernhard Bähr), Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen/Stuttgart 1994, S. 62 – 71
- Schulte-Cloos, Christian, Gesundheitsförderung. Ein Arbeitsfeld für Sozialpädagogen/-arbeiter?, in: Zwischen Selbsthilfe und Sozialen Diensten. Beiträge zur Theorie und Praxis sozialer Arbeit (Hrsg. Benno Hafeneger/Gerd Schirrmacher), Brandes & Apsel Verlag, Frankfurt am Main 1991, S. 62 – 74
- Sievers, Burkhard, Theorie und Praxis der Organisationsentwicklung, in: Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen (Hrsg. Jürgen M. Pelikan/Hildegard Demmer/Klaus Hurrelmann), Juventa Verlag, Weinheim/München 1993, S. 34 – 42
- Stark, Wolfgang, Die Menschen stärken. Empowerment als eine neue Sicht auf klassische Themen von Sozialpolitik und sozialer Arbeit, in: Blätter der Wohlfahrtspflege. Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit, 140. Jg., Heft 2/1993, S. 41 – 44
- Stein, Michael, Entwicklung eines Modells zur Beschreibung des Transferprozesses am Beispiel Arbeitsschutz, Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven 2002
- Steinbach, Manfred, Eröffnungsrede, in: 40 Jahre Gesundheits-erziehung in der Bundesrepublik Deutschland: Rückblick – Ausblick – Perspektiven. Dokumentation des gleichnamigen Symposiums, Bonn 3. bis 4. April 1989 (Hrsg. Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e.V.), Bonn 1989, S. 11 – 15

- Strothotte, Gerhard/Ziegenfuß, Bernd G., Sicherheit und Gesundheit in Kleinbetrieben, Universum Verlagsanstalt, Wiesbaden 1997
- Strothotte, Gerhard, Das Unternehmermodell – Förderung der Eigenverantwortung im Arbeitsschutz in kleinen und mittleren Unternehmen, in: Die BG. Fachzeitschrift für Arbeitssicherheit, Gesundheitsschutz und Unfallversicherung in Betrieb und Verwaltungspraxis, Heft 8/1999, S. 458 – 462
- Stürk, Peter, Wegweiser Arbeitsschutzgesetz. Kurzinformation für die Praxis, 4. Auflage, Erich Schmidt Verlag, Berlin 2004
- Thiehoff, Rainer, Betriebliches Gesundheitsschutzmanagement. Möglichkeiten erfolgreicher Interessenbalance, Erich Schmidt Verlag, Berlin 2000
- Trojan, Alf, Gesundheit fördern oder kontrollieren? Ein kritischer Streifzug durch die Präventionslandschaft, in: Gesundheit fördern statt kontrollieren. Eine Absage an den Mustermenschen (Hrsg. Alf Trojan/Brigitte Stumm), Fischer Taschenbuch Verlag, Frankfurt am Main 1992, S. 9 – 35
- Trojan, Alf, Ohnmacht kränkt. Empowerment wirkt gesundheitsfördernd – Zur Stärkung der Selbsthilfe- und Durchsetzungsfähigkeiten von einzelnen und von Gruppen, in: Blätter der Wohlfahrtspflege. Deutsche Zeitschrift für Sozialarbeit, 140. Jg., Heft 2/1993, S. 58 - 61
- Troschke, Jürgen von, Voraussetzungen und Ziele einer modernen Gesundheitserziehung, in: Weltgesundheitsthema 1988. Gesundheit für alle – alles für die Gesundheit (Hrsg. Bundesvereinigung für Gesundheitserziehung e.V.), Bonn 1988, S. 34 – 45

- Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO), New York 1946, in: Dokumente der Gesundheitsförderung. Internationale und nationale Dokumente und Grundlagentexte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung im Wortlaut und mit Kommentierung (Hrsg. Peter Franzkowiak/Peter Sabo), 2. Auflage, Verlag Peter Sabo, Mainz 1998, S. 60 f.
- Verlag für Gesundheitsförderung (Hrsg.), Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung der WHO 1986. Nachdruck der autorisierten Fassung, Gamburg 1993
- Waldeck, Dieter, Arbeitsschutzmanagementsysteme, in: sicher ist sicher. Zeitschrift für Arbeitsschutz, 49. Jg., Heft 2/1998, S. 83 – 86
- Weltgesundheitsorganisation (Hrsg.), Glossar. Gesundheitsförderung, Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg 1998
- Wieland, Klaus, Rehabilitation, in: Handbuch Arbeitswissenschaft (Hrsg. Holger Luczak/Walter Volpert), Schäffer-Poeschel Verlag, Stuttgart 1997, S. 847 – 851
- Wynne, Richard, Gesundheit am Arbeitsplatz, in: Europäisches Netzwerk "Betriebliche Gesundheitsförderung": 1. Treffen der Mitgliedstaaten, Vorträge des Workshops am 21. Juni 1995 in Dortmund (Hrsg. Bundesanstalt für Arbeitsschutz), Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven 1996, S. 73 – 95
- Zangemeister, Christof/Nolting, Hans-Dieter, Kosten-Wirksamkeits-Analyse im Arbeits- und Gesundheitsschutz. Einführung und Leitfaden für die betriebliche Praxis, 3. Auflage, Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven 1999

ANHANG

Anlagenverzeichnis

Fragebogen zur Gesundheitssituation am Arbeitsplatz
(Seite 1 bis 7)

Verzeichnis der untersuchten Betriebe

Aufstellung über die Mitarbeiter in Institutionen,
mit denen Gespräche geführt wurden

Fragebogen

zur Gesundheitssituation am Arbeitsplatz

I. Grundlegende Fragen zur Arbeitssituation

(Zutreffendes bitte ankreuzen [x])

1. Ergeben sich durch die Arbeit gesundheitliche Risiken?
 - 1.1 ☐ ja (1)
 - 1.2 ☐ im allgemeinen ja (2)
 - 1.3 ☐ teils, teils (3)
 - 1.4 ☐ im allgemeinen nein (4)
 - 1.5 ☐ nein (5)

2. Erfolgt die Arbeit in Schichten oder zu ungünstigen Tageszeiten?
 - 2.1 ☐ sehr häufig (1)
 - 2.2 ☐ häufig (2)
 - 2.3 ☐ manchmal (3)
 - 2.4 ☐ selten (4)
 - 2.5 ☐ sehr selten (5)

3. Wird über schlechtes Betriebsklima geklagt?
 - 3.1 ☐ sehr häufig (1)
 - 3.2 ☐ häufig (2)
 - 3.3 ☐ manchmal (3)
 - 3.4 ☐ selten (4)
 - 3.5 ☐ sehr selten (5)

II. Fragen zum Arbeitsplatz

(Zutreffendes bitte ankreuzen [x])

1. Genügen die räumlichen Verhältnisse am Arbeitsplatz (z.B. Platz an der Maschine, am Werk Tisch)?
 - 1.1 ☐ ja (5)
 - 1.2 ☐ im allgemeinen ja (4)
 - 1.3 ☐ teils, teils (3)
 - 1.4 ☐ im allgemeinen nein (2)
 - 1.5 ☐ nein (1)

-
2. Stehen ausreichend technische Hilfsmittel (z.B. Maschinen, Geräte, Werkzeuge) zur Verfügung?
- 2.1 ☐ ja (5)
- 2.2 ☐ im allgemeinen ja (4)
- 2.3 ☐ teils, teils (3)
- 2.4 ☐ im allgemeinen nein (2)
- 2.5 ☐ nein (1)
3. Sind diese Hilfsmittel auf dem aktuellen Stand der Technik?
- 3.1 ☐ ja (5)
- 3.2 ☐ im allgemeinen ja (4)
- 3.3 ☐ teils, teils (3)
- 3.4 ☐ im allgemeinen nein (2)
- 3.5 ☐ nein (1)
4. Erfordert die Ausstattung des Arbeitsplatzes eine nicht gesunde Körperhaltung (z.B. gebückte Haltung wegen zu niedriger Tischhöhe, hochgezogene Schultern wegen zu hoher Arbeitshöhe)?
- 4.1 ☐ ja (1)
- 4.2 ☐ im allgemeinen ja (2)
- 4.3 ☐ teils, teils (3)
- 4.4 ☐ im allgemeinen nein (4)
- 4.5 ☐ nein (5)
5. Wird über die Ausstattung des Arbeitsplatzes geklagt (z.B. über beschädigte Einrichtungen, nicht funktionsfähige technische Hilfen)?
- 5.1 ☐ ja (1)
- 5.2 ☐ im allgemeinen ja (2)
- 5.3 ☐ teils, teils (3)
- 5.4 ☐ im allgemeinen nein (4)
- 5.5 ☐ nein (5)

III. Fragen zur Arbeitsumgebung

(Zutreffendes bitte ankreuzen [x])

1. Treten Beeinträchtigungen durch Geräusche oder Lärm auf (z.B. Maschinenlärm, Straßenlärm, Geräusche durch Geräte)?
 - 1.1 ☐ sehr häufig (1)
 - 1.2 ☐ häufig (2)
 - 1.3 ☐ manchmal (3)
 - 1.4 ☐ selten (4)
 - 1.5 ☐ sehr selten (5)

2. Sind Beeinträchtigungen durch klimatische Faktoren (z.B. Hitze, Kälte, Zugluft) vorhanden?
 - 2.1 ☐ sehr häufig (1)
 - 2.2 ☐ häufig (2)
 - 2.3 ☐ manchmal (3)
 - 2.4 ☐ selten (4)
 - 2.5 ☐ sehr selten (5)

3. Sind Beeinträchtigungen durch Gerüche, Staub, chemische Stoffe gegeben?
 - 3.1 ☐ sehr häufig (1)
 - 3.2 ☐ häufig (2)
 - 3.3 ☐ manchmal (3)
 - 3.4 ☐ selten (4)
 - 3.5 ☐ sehr selten (5)

4. Reicht die Beleuchtung für die Erledigung der Arbeitsaufgaben aus (z.B. ist es hell genug, sind die Lampen flimmerfrei)?
 - 4.1 ☐ ja (5)
 - 4.2 ☐ im allgemeinen ja (4)
 - 4.3 ☐ teils, teils (3)
 - 4.4 ☐ im allgemeinen nein (2)
 - 4.5 ☐ nein (1)

5. Ist die Gestaltung der Arbeitsumgebung so, daß man sich darin wohlfühlt (z.B. durch Sauberkeit, Ordnung, farbliche Gestaltung, wenig schädliche Umgebungseinflüsse)?

- 5.1 ☐ ja (5)
- 5.2 ☐ im allgemeinen ja (4)
- 5.3 ☐ teils, teils (3)
- 5.4 ☐ im allgemeinen nein (2)
- 5.5 ☐ nein (1)

IV. Fragen zur Tätigkeit

(Zutreffendes bitte ankreuzen [x])

1. Kommt es bei der Arbeit zu störendem Zeitdruck (z.B. durch Liefererschwierigkeiten, zu enge Termine)?

- 1.1 ☐ sehr häufig (1)
- 1.2 ☐ häufig (2)
- 1.3 ☐ manchmal (3)
- 1.4 ☐ selten (4)
- 1.5 ☐ sehr selten (5)

2. Reicht die Qualifikation für die Erledigung der Arbeitsaufgaben aus (z.B. durch berufliche und betriebliche Qualifikation)?

- 2.1 ☐ ja (5)
- 2.2 ☐ im allgemeinen ja (4)
- 2.3 ☐ teils, teils (3)
- 2.4 ☐ im allgemeinen nein (2)
- 2.5 ☐ nein (1)

3. Wird die Arbeitsleistung für den Betrieb als bedeutend eingeschätzt (z.B. durch positive Rückmeldung über die erbrachte Arbeit)?

- 3.1 ☐ ja (5)
- 3.2 ☐ im allgemeinen ja (4)
- 3.3 ☐ teils, teils (3)
- 3.4 ☐ im allgemeinen nein (2)
- 3.5 ☐ nein (1)

-
4. Erfolgt die Arbeit in einseitiger Körperhaltung (z.B. nur stehend, nur sitzend, gebückt)?
- 4.1 ☐ sehr häufig (1)
- 4.2 ☐ häufig (2)
- 4.3 ☐ manchmal (3)
- 4.4 ☐ selten (4)
- 4.5 ☐ sehr selten (5)
5. Wird eintönige Arbeit verrichtet (z.B. durch sich oft wiederholende Handgriffe)?
- 5.1 ☐ sehr häufig (1)
- 5.2 ☐ häufig (2)
- 5.3 ☐ manchmal (3)
- 5.4 ☐ selten (4)
- 5.5 ☐ sehr selten (5)
6. Sind Fehlleistungen des einzelnen mit schwerwiegenden Folgen für den Betrieb oder andere Mitarbeiter verbunden (Arbeitsstelle mit hoher Verantwortung)?
- 6.1 ☐ sehr häufig (1)
- 6.2 ☐ häufig (2)
- 6.3 ☐ manchmal (3)
- 6.4 ☐ selten (4)
- 6.5 ☐ sehr selten (5)
7. Wird die Arbeit eigenverantwortlich eingeteilt (z.B. bei der Reihenfolge der Arbeit, beim Arbeitstempo, bei den Pausen)?
- 7.1 ☐ sehr häufig (1)
- 7.2 ☐ häufig (2)
- 7.3 ☐ manchmal (3)
- 7.4 ☐ selten (4)
- 7.5 ☐ sehr selten (5)

8. Gibt es am Arbeitsplatz besondere Gefährdungen
(z.B. durch Hitzequellen, Explosionsgefahr, Absturzgefahr)?
- 8.1 ☐ sehr häufig (1)
8.2 ☐ häufig (2)
8.3 ☐ manchmal (3)
8.4 ☐ selten (4)
8.5 ☐ sehr selten (5)

V. Fragen zur Organisation

(Zutreffendes bitte ankreuzen [x])

1. Erfolgt die Arbeitsverrichtung allein?
- 1.1 ☐ sehr häufig (1)
1.2 ☐ häufig (2)
1.3 ☐ manchmal (3)
1.4 ☐ selten (4)
1.5 ☐ sehr selten (5)
2. Oder wenn nicht: Wird eine gute Teamarbeit geleistet
(z.B. durch gute Verständigung der Mitarbeiter unter-
einander und mit den Vorgesetzten)?
- 2.1 ☐ ja (5)
2.2 ☐ im allgemeinen ja (4)
2.3 ☐ teils, teils (3)
2.4 ☐ im allgemeinen nein (2)
2.5 ☐ nein (1)
3. Werden die Arbeitsanweisungen gut verständlich
vermittelt (z.B. durch genaue Angaben für den Auftrag,
klare Verantwortlichkeiten)?
- 3.1 ☐ ja (5)
3.2 ☐ im allgemeinen ja (4)
3.3 ☐ teils, teils (3)
3.4 ☐ im allgemeinen nein (2)
3.5 ☐ nein (1)

4. Treten Störungen im Arbeitsablauf auf (z.B. durch unklare Organisation, defekte Maschinen, Geräte)?

4.1 ☐ sehr häufig (1)

4.2 ☐ häufig (2)

4.3 ☐ manchmal (3)

4.4 ☐ selten (4)

4.5 ☐ sehr selten (5)

5. Wird nach den Ursachen von Fehlern gesucht (Fehleranalyse)?

5.1 ☐ ja (5)

5.2 ☐ im allgemeinen ja (4)

5.3 ☐ teils, teils (3)

5.4 ☐ im allgemeinen nein (2)

5.5 ☐ nein (1)

Verzeichnis der untersuchten Betriebe

- **Berufsgruppe Dachdecker**
 - a) Bärwald & Zinn GmbH, Dachdeckermeisterbetrieb
Helmarshäuser Str. 14, 34128 Kassel
 - b) Jörg's Dachdecker GmbH
Wolfhager Str. 109, 34019 Kassel
 - c) Bernd Lasch, Dachdeckermeister
Am Schorn 2, 34277 Fuldabrück
 - d) Heinrich Rudolph, Dacheindeckungen GmbH
Schwanenweg 9, 34123 Kassel

- **Berufsgruppe Elektro-/Gas- und Wasserinstallateure**
 - a) Haus-Technik Eckhardt, Strom – Wasser – Gas
Mittelstr. 10, 34246 Vellmar
 - b) Rainer Hagemann, Sanitär- und Heizungsbau
Langenhofsweg 4, 34134 Kassel
 - c) Heim & Jörges GmbH, Installation – Heizungsbau
Kronenstr. 13, 34128 Kassel
 - d) Elektro-Löwer GmbH
Holländische Str. 86, 34246 Vellmar
 - e) Klaus Rinder GmbH, Sanitär – Elektro – Heizung
Leuschnerstr. 10, 34134 Kassel

- **Berufsgruppe Kraftfahrzeugmechaniker/-elektriker**

- a) Karl Weinhold, Mercedes-Benz
Vertragswerkstatt der DaimlerChrysler AG
Berliner Str. 8, 34560 Fritzlar
- b) Georg Wolf, Woki KFZ-Meisterbetrieb
Justus-Liebig-Str. 2, 34253 Lohfelden

- **Berufsgruppe Maler und Lackierer**

- a) August Bischoff GmbH, Malerbetrieb
Hausmannstr. 24, 34123 Kassel
- b) Klaus Brede, Malermeister
Wolfhager Str. 308, 34128 Kassel
- c) Richard Doose, Malermeister
Karthäuserstr. 1 A, 34117 Kassel
- d) Klaus Spangenberg GmbH, Malerbetrieb
Lerchenfeldstr. 27, 34128 Kassel

- **Berufsgruppe Tischler**

- a) Baum & Söhne, Tischlerei
Sandershäuser Str. 17, 34123 Kassel
- b) Marko Kersten, Ladenbau
Im Baumhof 17, 34128 Kassel
- c) Erich Mennickheim GmbH, Tischlerei
Lange Wender 8, 34246 Vellmar
- d) Hartmut Prüfer, Tischlerei
W.-Halberstadt-Str. 1, 34131 Kassel
- e) Hans Walter & Sohn GmbH, Fenster – Haustür
Theodor-Haubach-Str. 11, 34132 Kassel

Aufstellung über die Mitarbeiter in Institutionen, mit denen Gespräche geführt wurden

- **persönlich**
 - a) Herrn Martin Adelman, Facharzt für Arbeits- und Umweltmedizin, Leitender Arzt des AMD-Zentrums Kassel: Bau-Berufsgenossenschaft Frankfurt am Main (Hauptverwaltung), Arbeitsmedizinischer Dienst (AMD), Zentrum Kassel, Kirchweg 31, 34121 Kassel
 - b) Herrn Diplom-Ingenieur Edelhard Amenda, Technischer Aufsichtsbeamter: Bau-Berufsgenossenschaft Frankfurt am Main (Hauptverwaltung), Hauptabteilung Arbeitssicherheit, Zentrum Kassel, Kirchweg 31, 34121 Kassel
 - c) Herrn Diplom-Verwaltungswirt Werner Engelhardt, Vorstand: BKK – Betriebskrankenkasse Henschel Plus, Josef-Fischer-Str. 10, 34127 Kassel
 - d) Frau Diplom-Pädagogin Ulrike Fischer, Projektmanagerin: AOK – Die Gesundheitskasse in Hessen, Service Gesunde Unternehmen, Friedrichsplatz 14, 34117 Kassel
 - e) Herrn Rechtsanwalt Manfred Helmke, Geschäftsführer: Kreishandwerkerschaft Kassel, Scheidemannplatz 2, 34117 Kassel
 - f) Herrn Diplom-Ingenieur Rudolf Schillbach, Technischer Betriebsberater: Handwerkskammer Kassel, Scheidemannplatz 2, 34117 Kassel
 - g) Herrn Axel Schönewolf, stellvertretender Leiter: HZK – Krankenkasse für Bau- und Holzberufe, Untere Königsstr. 76 – 82, 34117 Kassel

▪ **telefonisch**

- a) Herrn Manfred Cryns: IKK – Innungskrankenkasse
Bundesverband, Abteilung Gesundheit,
Friedrich-Ebert-Straße (TechnologiePark),
51429 Bergisch-Gladbach
- b) Herrn Clemens Dieterich: Wissenschaftliches
Institut der AOK, Kortrijker Str. 1,
53177 Bonn
- c) Herrn Diplom-Ingenieur Burghard Jamrow, Technischer
Aufsichtsbeamter: Berufsgenossenschaft der
Feinmechanik und Elektrotechnik Köln
(Hauptverwaltung), Technischer Aufsichtsdienst,
Gustav-Heinemann-Ufer 130, 50968 Köln
- d) Herrn Diplom-Ingenieur Ralf Kesselkaul, Technischer
Aufsichtsbeamter: Süddeutsche Metall-
Berufsgenossenschaft Mainz (Hauptverwaltung),
Technischer Aufsichtsdienst,
Wilhelm-Theodor-Römheld-Str. 15, 55130 Mainz
- e) Herrn Diplom-Ingenieur Ulrich Leber, Berater
für Betriebstechnik: Landesfachverband Holz- und
Kunststoffverarbeitendes Handwerk Hessen,
Leihgesterner Weg 20, 35392 Gießen
- f) Herrn Diplom-Ökonom Reinhard Schlosser, Berater
für Betriebswirtschaft: Landesfachverband Holz- und
Kunststoffverarbeitendes Handwerk Hessen,
Leihgesterner Weg 20, 35392 Gießen
- g) Herrn Diplom-Ingenieur Andreas Schrage, Sicherheits-
technischer Berater: Holz-Berufsgenossenschaft
München (Hauptverwaltung), Sicherheitstechnischer
Dienst, Dienststelle Bielefeld, Turnerstr. 5 – 9,
33602 Bielefeld