

KURZINFORMATION

BAU UND TECHNIK

HIS

HOCHSCHUL-INFORMATION-SYSTEM, GOSERIEDE 9, 30159 HANNOVER

Juni 2001

B 3 / 2001

Gesundheitsförderung in der Hochschule

HIS-Abteilung III
Friedrich Stratmann, Joachim Müller
Tel.: (0511) 1220-256 / -269
Fax: (0511) 1220-250
E-Mail: stratmann@his.de / jmueller@his.de

HIS Hochschul-Informationssystem GmbH
Goseriede 9, 30159 Hannover

Juni 2001

Vorwort

Das Thema „Gesundheitsförderung“ hat in den Hochschulen seit einigen Jahren erheblich an Bedeutung gewonnen. Ursächlich hierfür ist vor allem das novellierte Arbeitsschutzgesetz, in dem der Präventionsauftrag auf arbeitsbedingte Gesundheitsbeeinträchtigungen ausgedehnt wurde. Hinzu kommt, dass auch die öffentlichen Einrichtungen in Deutschland die innerbetriebliche Gesundheitsförderung verstärkt als Mittel gezielter Personal- und Organisationsentwicklung einsetzen. Betrachtet man die gegenwärtigen Aktivitäten im Hochschulbereich, wird allerdings deutlich, dass sie in einem Spannungsfeld unterschiedlicher Interessenspositionen stehen.

HIS verfolgt mit dieser Kurzinformation das Ziel, diesen unterschiedlichen Sichtweisen eine Plattform und damit zugleich Auskunft über derzeitige Rahmenbedingungen, Zielsetzungen und Praxiserfahrungen bei der Gesundheitsförderung in Hochschulen zu geben.

Konkreter Anlass für die vorliegende Publikation war ein Workshop zum Thema „Arbeitsplatz Hochschule: Gesundheitsförderung - ein Beitrag zur Organisationsentwicklung und zum Arbeitsschutz“, den HIS gemeinsam mit dem ZTW der TU Clausthal, der Landesunfallkasse Niedersachsen und dem Arbeitskreis „Gesundheitsfördernde Hochschule“ im Dezember 2000 veranstaltet hat. An Beispielen aus Hochschulen und anderen öffentlichen Einrichtungen wurden Erfahrungen mit der praktischen Umsetzung von Konzepten und Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung vorgestellt. Es wurde zudem ausgelotet, ob die Gesundheitsförderung ein neues Tätigkeitsfeld für die traditionell mit Aufgaben des Arbeitsschutzes in den Hochschulen betrauten Personen darstellt und zudem neue Kooperationen mit hochschulinternen und hochschulexternen Partnern (z.B. Krankenkassen) möglich macht.

Die positive Resonanz der Seminarteilnehmer auf die Vorträge haben HIS und die Landesunfallkasse Niedersachsen veranlasst, die Praxisberichte aus den Hochschulen einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich zu machen.

Die ReferentInnen haben ihre Vorträge für diese Dokumentation überarbeitet und verschriftlicht, jedoch die speziell auf die genannte Veranstaltung abgestimmte zielgruppenorientierte Darstellung beibehalten.

Den Referenten soll für ihre Mühe, die sie sowohl mit dem Veranstaltungsbeitrag selbst als auch mit der Erstellung ihrer schriftlichen Ausarbeitung hatten, an dieser Stelle noch einmal ausdrücklich gedankt werden.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort

Rahmenbedingungen und thematische Relevanz

1	Arbeitsplatz Hochschule: Gesundheitsförderung - ein Beitrag zur Organisationsentwicklung und zum Arbeitsschutz (Reiner Schmutnig)	1
2	Die Fehlzeitenquote - Aussagekraft und Beeinflussbarkeit von Arbeitsunfähigkeitsdaten (Michael Kentner).....	3
3	Von der betrieblichen Gesundheitsförderung zum betrieblichen Gesundheitsmanagement (Hans-Joachim Görres).....	11
4	Gesundheitsmanagement in öffentlichen Verwaltungen (Thomas Altgeld).....	15
5	Ansatz und Ziele einer gesundheitsfördernden Hochschule (Silke Gräser, Wilfried Belschner)	23

Praxisberichte

Erfahrungsberichte aus der Hochschulpraxis und Sichtweisen der beteiligten Akteure

6	Gefährdungsbeurteilung nach dem Arbeitsschutzgesetz (Friedrich Stratmann, Joachim Müller)	31
7	Das Magdeburger Projekt „Gesunde Hochschule“ (Georg Köhler)	37
8	Die Oldenburger Charta der Gesundheitsförderung - das Projekt gesundheitsfördernde Universität Oldenburg (Wilfried Belschner, Silke Gräser)	49
9	Gesundheitslabor für Studierende an der Universität Bielefeld (Sabine Meier)	53
10	Gesundheitsförderung aus der Sicht einer Sicherheitsfachkraft am Beispiel der Universität Potsdam (Helga Krieger).....	55
11	Organisations- und Personalentwicklung: Handlungsspielräume für Personaldezernenten und Personalräte (Kristin Unnold)	59

Der außeruniversitäre Bereich

12	Gesundheitsmanagement im Rahmen eines integrierten Systems (Stefan Bacmeister, Hagen Wieneke).....	63
13	Erfahrungen aus der öffentlichen Verwaltung bei der Durchführung von Gesundheitsmanagement-Projekten (Volker Kirschbaum)	71

Rainer Schmutnig, Landesunfallkasse
Niedersachsen

Arbeitsplatz Hochschule: Gesundheitsförderung – ein Beitrag zur Organisationsent- wicklung und zum Arbeits- schutz¹

Meine sehr geehrten Damen und Herren,

im Namen der Landesunfallkasse Niedersachsen begrüße ich Sie recht herzlich zu dem Workshop:

„Arbeitsplatz Hochschule: Gesundheitsförderung – ein Beitrag zur Organisationsentwicklung und zum Arbeitsschutz.“

Der Workshop setzt die gute Tradition der inhaltlichen und organisatorischen Zusammenarbeit der TU Clausthal, der Hochschul-Informationssystem GmbH und der Landesunfallkasse Niedersachsen fort. Mit einigem Stolz möchte ich an dieser Stelle exemplarisch an die für die Hochschullandschaft zum Teil richtungweisenden Veranstaltungen zu den Themen ergonomische Bildschirmarbeit, soziale Kompetenz im Arbeitsschutz und sicherer Hochschulsport, die neben klassischen Themen zum Technischen Arbeits- und Umweltschutz stattgefunden haben, erinnern.

Bei diesen Veranstaltungen hat es sich immer als belebend erwiesen weitere sachkompetente Partner zu gewinnen. Daher freue ich mich besonders beim heutigen Workshop den Arbeitskreis „Gesundheitsfördernde Hochschule“ als Mitveranstalter begrüßen zu dürfen.

Für einige von Ihnen mag sich nun die Frage stellen, warum sich ein Unfallversicherungsträger mit großem Interesse dem Thema Gesundheitsförderung im Hochschulbereich widmet.

Hierzu die folgenden Erklärungsansätze:

Spätestens mit Inkrafttreten des Arbeitsschutzgesetzes und des Sozialgesetzbuches VII ist bei den Unfallversicherungsträgern eine erhebliche Bewegung in Hinblick auf das Arbeitsschutzverständnis eingetreten. Das traditionelle Handwerk der Gefahrenabwehr mit einem engen Gefährdungsbegriff sowie möglichst eindeutigen Kausalbeziehungen erfüllt

nicht mehr die Inhalte des vorgegebenen erweiterten Präventionsbegriffes. Als eine wichtige Konsequenz hieraus verändern die Unfallversicherungsträger ihr personelles Profil und stellen vermehrt Mediziner, Psychologen, Pädagogen und Arbeitswissenschaftler für den Präventionsbereich ein.

Auch wenn der gesetzliche Auftrag zur Verhütung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren mit allen geeigneten Mitteln noch nicht mit einem salutogenen Ansatz, beispielsweise entsprechend der Luxemburger Deklaration zur Gesundheitsförderung, nach der u.a. auch das Wohlbefinden am Arbeitsplatz entwickelt werden soll, gleichzusetzen ist, verändern sich eindeutig die Präventionsziele. Moderne Unfallversicherungsträger sehen sich als sachkompetente Dienstleister mit hoheitlichen Aufgaben. Sie verschieben ihre Themenschwerpunkte von den kontrollierenden Revisionstätigkeiten in Richtung Fachberatung und Fortbildung insbesondere mit der Zielsetzung zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren.

Die Veränderung des Arbeits- und Sozialrechtes hat natürlich auch erhebliche Auswirkungen auf die innerbetrieblichen Arbeitsschutzorganisationen der Hochschulen und wissenschaftlichen Einrichtungen. So erhalten u.a. die Dienstvorgesetzten noch mehr Rechtsverantwortung und müssen für eine Verbetrieblichung des Arbeitsschutzes sorgen. Hiermit ist automatisch eine Aufwertung der Fachbereichs- bzw. Institutsebene verbunden.

Weiterhin werden sich Hochschulen zukünftig insbesondere vor dem Hintergrund einer zunehmenden Finanzautonomie vermehrt auf die Funktionsfähigkeit der Organisation und der erbrachten Leistungen überprüfen müssen. So laufen an verschiedenen Hochschulen Projekte zum Personal-, Umwelt- und Gesundheitsschutzmanagement, teilweise bis hin zu einer erfolgreichen Auditierung. Auch wenn die Unfallversicherungsträger bisher noch keine offizielle Empfehlung für ein auditiertes Arbeitsschutz-Managementsystem abgegeben haben, werden diese Entwicklungen nicht mehr zu stoppen sein.

Wenn nun Hochschulen aus Image-, Strategie-, Finanz- oder Wollensgründen Arbeits- und Gesundheitsschutz als gleichrangiges „Unternehmensziel“ neben der Sicherstellung einer hohen Ausbildungs- und Forschungsqualität definieren, so stellt sich die Frage nach den zukünftigen Akteuren in diesem System.

¹ Begrüßung der Seminarteilnehmer am 23. Oktober 2000 durch Herrn R. Schmutnig.

Bisher wurde Arbeits- und Gesundheitsschutz überwiegend mit den Personengruppen der Sicherheitsingenieure und Arbeitsmediziner personalisiert. Zukünftig gilt es jedoch, alle mit den Fragen des Gesundheitsschutzes befassten Personengruppen innerhalb der Hochschulen in einen sinnvollen und nachhaltigen Dialog zu bringen und so langfristig die schon vorhandenen Ressourcen und Kenntnisse besser zu nutzen.

Diesen Prozess zu initiieren oder zu intensivieren und gleichzeitig Kontakte zu externen Kooperationspartnern herzustellen ist Ziel des Workshops.

Zur Dokumentation der Beiträge und Teile der Diskussion wurde es von den Veranstaltern einheitlich als sinnvoll angesehen im Nachgang einen Tagungsband zu erstellen, der dann von interessierten Personen erworben werden kann.

Ich wünsche uns allen drei spannende und informative Diskussionstage und eröffne hiermit den Workshop.

Der Autor

Der BOR Rainer Schmutnig ist seit 1985 in der gemeinsamen Präventionsabteilung, ehemals Abteilung Unfallverhütung, des GUV Hannover und der Landesunfallkasse Niedersachsen tätig. Als Aufsichtsperson betreut er u.a. eine Vielzahl von wissenschaftlichen und medizinischen Einrichtungen. Für das Sachgebiet „Hochschulen und Laboratorien“ nimmt er koordinierende Grundsatzaufgaben wahr.

Kontakt: rainer.schmutnig@guvh.de

Michael Kentner, IAS Institut für Arbeits- und Sozialhygiene Stiftung, Karlsruhe

Die Fehlzeitenquote - Aussagekraft und Beeinflussbarkeit von Arbeitsunfähigkeitsdaten

Nachdruck aus "Arbeitsmedizin Sozialmedizin Umweltmedizin", 34. Jahrg., Seiten 450-455, Heft 11 (November 1999) mit freundlicher Genehmigung des Gantner Verlags Stuttgart, Postfach 10 17 42, 70015 Stuttgart

Zusammenfassung

Daten zur Frühinvalidisierung und zur Arbeitsunfähigkeit (AU) stellen Prozessdaten aus Routinevorgängen unseres Sozialwesens dar. Damit liegt es auf der Hand, diese Daten heranzuziehen, um die Morbidität oder aber Zusammenhänge zwischen Arbeit und Erkrankungsgeschehen zu beschreiben. Leichter ist bei genauer Prüfung festzustellen, dass derartige Sekundärdatenauswertungen wenig solide Ergebnisse erbringen, speziell was Kausalverknüpfungen zwischen Arbeitsfaktoren und sog. arbeitsbedingten Erkrankungen anbelangt.

Die Arbeitsunfähigkeitsquote stellt ein Produkt aus Krankheit, Befindlichkeit, individueller Einstellung zur Arbeit und dem sozialen Umfeld dar. Letzteres wird entscheidend geprägt durch Führungs- und Organisationsstrukturen im Betrieb. Deswegen greifen die meisten Programme zur Senkung der Arbeitsunfähigkeit zu kurz. Sie kurieren am Symptom und nicht an den wahren Ursachen. Niedrige Arbeitsunfähigkeits-Quoten und gleichzeitig verbesserte Produktivität der Gesamtbelegschaft werden nachhaltig durch eine Unternehmenskultur erreicht, die auf der Förderung von Motivation, Befindlichkeit und Gesundheit basiert.

Schlüsselwörter: Arbeitsunfähigkeit – Arbeitsbedingte Erkrankungen – Fehlzeitenquote

Abstract

Data on early invalidity and unfitness for work are process data from routine procedures of our social welfare system.. It therefore seems obvious that these data should be used to describe morbidity or relationships between work and the occurrence of disease. Unfortunately, after more careful consideration, one discovers that the evaluation of such second-

ary data does not yield reliable results, in particular for causal links between work factors and so-called work-related diseases.

The rate of absenteeism is a product of illness, well-being, the individual attitude to work and the social environment. The latter is determined to a great extent by the leadership and organisational structures in the company. For this reason most of the programmes for reducing unfitness for work do not reach far enough. They try to cure symptoms and not the true causes. Lower rates of unfitness for work and the simultaneous improvement of the productivity of the whole workforce can be lastingly achieved by a working culture based on the fostering of motivation, well-being and health.

Keywords: unfitness for work – work-related diseases – rate of absenteeism

1 Einleitung

Früher betrachtete man hohe Fehlzeiten ähnlich kritisch wie heute, nahm sie aber letztlich fatalistisch hin. Dann lernte man, dass Fehlzeiten mit steigender Arbeitslosenquote, bei schlechtem betriebswirtschaftlichen Ergebnis sowie Urlaubszeit fallen und am Wochenende und bei positiven Konjunkturdaten ansteigen. Weiterhin zeigte sich, dass es erhebliche Unterschiede hinsichtlich der Branchen und auch der Krankenkassen gab. Der Verdacht auf einen beeinflussenden Mitarbeiterfaktor wurde genährt.

Letztendlich kostet Arbeitsunfähigkeit Geld. Die volkswirtschaftliche Gesamtrechnung bietet mehrere Möglichkeiten, die jährlichen Kosten, die durch Arbeitsunfähigkeit (AU) hervorgerufen werden, darzustellen. Man kann dies beispielsweise über die Berechnung der Produktionsausfallkosten oder die Kosten für die Lohnfortzahlung inkl. kalkulatorischer Kosten tun. Hieraus resultieren derzeit für Deutschland Jahresbeiträge von ca. 100 Mrd. DM und mehr [3].

Die Erkenntnis, dass Arbeitsunfähigkeit nicht unabwendbar ist, nicht nur etwas mit Gesundheit und Krankheit zu tun hat und vermeidbare Kosten verursacht, führte zu Gegenstrategien. Diese reichen von Einzelaktionen mit unterschiedlichen Ansatzpunkten [1] bis hin zu unternehmensweiten Bekämpfungskampagnen gerade in der jüngeren Vergangenheit [3, 18, 21].

In den allermeisten Fällen konnten Erfolge vermeldet werden. Die AU-Quoten sanken. Das geschah aber nicht nur lokal, sondern bundesweit. Seit Anfang der 90er Jahre ist eine fast kontinuierliche Absenkung der AU-Quote festzustellen [18]. Auf der Basis der Sollarbeitszeit ging sie von 5,17% (1991) auf 4,20 % (1997) zurück und ist damit so niedrig wie nie zuvor. Nebenbei: Die Krankenkassen berechnen die AU-Quote u. a. inkl. der Wochenendtage als Basis um ca. 1 % höher als die Unternehmen [24].

Wem gehört nun der Erfolg, den Aktivisten oder den Faktoren, die diesem Trend zugrunde liegen? Was bewirken AU-senkende Strategien im Betrieb? Es hat den Anschein, dass häufig ganz gut gezielt, aber trotzdem daneben geschossen wird.

2 Macht Arbeit krank?

Die statistische Aufbereitung von administrativen Prozessdaten aus der Sozialversicherung musste schon immer herhalten, vorsätzlich oder fahrlässig, teilweise auch im guten Glauben, um Erwünschtheiten und Vorurteile zu begründen.

Mit der Frührentendebatte begann eine immer noch anhaltende Diskussion über Wert oder Unwert von Routinedaten aus der Sozialversicherung in der Beurteilung der Morbidität und der Beschreibung gesellschaftlicher Phänomene.

Anfang der 70er Jahre kam es zu einem stetigen Anstieg des prozentualen Anteils der Frührenten an der Gesamtzahl aller Renten, der Frührentenquote [10, 11]. Sozialpolitiker aller Couleur und viele Sozialwissenschaftler sahen dies damals als schlagenden Beweis dafür, dass Arbeit krank macht. Dieses Argument passte in die damalige sozial- und tarifpolitische Landschaft und unterstützte die zahlreichen Ansätze zur Humanisierung des Arbeitslebens [Übersicht bei 15]. 1985 jedoch sank diese Frührentenquote wieder dramatisch ab [16]. Was war geschehen? Man hatte einfach zur Kenntnis genommen, dass die Frührentenquote ganz entscheidend von der demographischen Entwicklung geprägt wird. Bei steigender Lebenserwartung sinkt die Quote, weil die dramatischen Krankheitsprozesse als Ursache der Frühinvalidisierung in höhere Altersstufen verschoben werden. So war von 1950 bis 1971 eine kontinuierliche Verringerung der Frührentenquote festzustellen, ohne dass man damals im Umkehrschluss auf eine gesundheitsfördernde Wirkung der Arbeit geschlossen hätte. Der Anstieg der Frührenten-

quote von 1972 bis 1984 hingegen war überwiegend auf die 1072 eingeführte flexible Altersgrenze zurückzuführen. Eine weitere rentenrechtliche Änderung zog dann 1985 besonders bei Frauen dramatische Abstürze der Frührenten-Quote nach sich. Grund waren rentenrechtliche Neuregelungen im Rahmen des Haushaltsbegleitgesetzes mit deutlich höherer Hürdensetzung bei den Zugangsvoraussetzungen zur Frührente [17]. Damit wurden die Kassandrarufer hinsichtlich der auch so schlimmen krankmachenden Arbeitswelt leiser. Allerdings ist festzustellen, dass sorgfältige sozialempirische Fall-Kontroll-Studien solide Hinweise dafür lieferten, dass Arbeitsfaktoren teilsächlich bei der Entstehung von Frühinvalidität eine Rolle spielen. Es sind fast ausschließlich chronische Erkrankungen, die berufs- oder erwerbsunfähig machen. Diese chronischen Erkrankungszustände sind meist multifaktoriell begründet, d. h. neben Belastungen aus dem Arbeitsleben sind Prädisposition, Faktoren der persönlichen Lebensführung und Einflüsse aus dem privaten Umfeld zu berücksichtigen [7, 13, 17].

3 Arbeitsbedingte Erkrankungen

Ähnliche Missverständnisse und selektive Betrachtungsweisen sind bei der Interpretation des Phänomens Arbeitsunfähigkeit zu beobachten. Interessant ist, dass hier, je nach Lagerzugehörigkeit, ein und derselbe Grund sowohl für die krankmachende Wirkung der Arbeit als auch für Fehlverhalten des Arbeitnehmers, das Blaumachen, herangezogen wird.

Ein Blick in die jüngere Historie bringt Aufklärung. Überlappend zur beschriebenen Frührentendebatte wandte man sich der Auswertung von AU-Daten zu. Triebfeder war – ebenso wie bei den Frührenten – der immerfort schwelende Verdacht, dass die Arbeitswelt neben Arbeitsunfällen und definierten Berufskrankheiten auch entscheidend in der Gesamtentwicklung chronischer Erkrankungen mit zu berücksichtigen ist. Gedacht wurde in erster Linie an Krebserkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie Krankheiten des Stütz- und Bewegungsapparates. Neben den bereits erwähnten Ideologien standen auch handfeste finanzielle Überlegungen aus dem Einnahme- und Verteilungsmonopol der Sozialversicherung hinter dieser Vorstellung. Die krankheitsverursachende Wirkung des Arbeitslebens können sich nicht nur auf Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten beschränken, sondern umfassen den gesamten Bereich der sog. arbeitsbedingten Erkrankungen. Folglich müsse die gesetzliche Unfallversicherung bei dem ihr

eigenen gesetzlichen Präventionsauftrag und bei der Kompensation von Gesundheitsschäden einen weit größeren Kreis von Erkrankungen berücksichtigen. Die daraus folgende Beitragsanhebung bei der gesetzlichen Unfallversicherung würde dann die Krankenversicherung und gleichzeitig auch die Arbeitnehmer entlasten, da die Finanzierung der gesetzlichen Unfallversicherung alleinige Aufgabe des Arbeitgebers ist [15].

Zahlreiche, meist von den Krankenkassen angestoßene sozialwissenschaftliche Forschungsvorhaben [z. B. 5] befassten sich mit diesem Thema. Die Ergebnisse waren meist widersprüchlich. Die vermuteten Wechselbeziehungen zwischen Berufsbezeichnung, beruflicher Tätigkeit und einzelner Arbeitsbelastung einerseits und der Arbeitsunfähigkeit andererseits sind schwach oder aber durch nicht erfasste oder nur schwer greifbare zusätzliche Einflüsse (z. B. die persönliche Lebensführung) geprägt, so dass zufällige Beziehungsmuster auftreten. Damit konnte auf diesem Wege in keiner Untersuchung eine Erkrankung gefunden werden, die sämtliche Kriterien für die Anerkennung als Listenberufskrankheit erfüllte. Was sich allerdings verfestigte, war die Erfahrungstatsache und die schon in den Studien zur Frühinvalidisierung bestätigte Erkenntnis, dass die Zivilisationskrankheiten etwas mit Belastungen am Arbeitsplatz zu tun haben, aber eben nur im Sinne einer Gelegenheitsursache [6, 7]. Die Juristen verstehen darunter, dass der Erfolg, also die Erkrankung, auch ohne diese Einwirkung in etwa derselben Schwere zu etwa demselben Zeitpunkt aufgetreten wäre.

4 Wie senkt man Arbeitsunfähigkeit?

Dies alles stärkt nun bei dem einen oder anderen Unternehmer den Verdacht, dass die Fehlzeitenquote in seinem Betrieb weniger auf die Arbeitsverhältnisse, sondern vielmehr auf eine lasche Arbeitsmoral zurückzuführen ist und liefert den Hintergrund für ein Szenario im Betrieb, das häufig nach folgendem Muster abläuft.

Phase 1: Durch außer- und innerbetriebliche Vergleiche von Fehlzeitquoten wird ein Blaumacherpotential ausgelotet. Weiter wird kalkuliert, was beispielsweise die Reduzierung von 1 % Arbeitsunfähigkeit im Betrieb an Kosteneinsparung bringt. In größeren Betrieben kommen dabei imposante Beträge heraus.

Phase 2: Die Geschäftsführung beschließt Maßnahmen zur Reduzierung des Krankenstandes. Meist wird dieses Ziel delegiert.

Personalabteilung und mittleres Management werden aufgefordert, sich damit zu befassen.

Phase 3: Nach Literaturstudien, Befragungen anderer Firmen und der eventuellen Hinzuziehung externer Berater wird ein Programm aufgelegt, das von vertrauensbildenden Maßnahmen (Motivationsgespräch) über Kontrollmechanismen (Mitarbeiter-, Personal-, Fehlzeitengespräch) bis hin zur kollektiven Androhung (Gratifikation nur bei vorgegebener Senkung der AU-Quote, Standortverlagerung nur dann nicht, wenn entsprechende Betriebsvereinbarung zustande kommt) reichen kann. Flankiert wird der Maßnahmenkatalog durch Gesprächsschulungen, Standardisierung der Gespräche und Dokumentation der Maßnahmen und Ergebnisse [29].

Phase 4: Der Krankenstand sinkt.

Phase 5: Nach einer Konsolidierungsphase steigt die AU-Quote wieder. Es haben sich Routinen und Umgehungsstrategien im AU-Senkungs-Regime eingespielt.

Innerhalb dieser klassischen Abfolge werden meist folgende Fehler begangen. In Phase 1 erfolgt eine einseitige Schuldzuweisung an die Personen, die eine AU-Bescheinigung vorlegen. Phase 2 schließt das Topmanagement aus dem Veränderungsprozess aus. In Phase 3 wird meist zu schematisch agiert. Die Zielgruppe, bei der die getroffenen Maßnahmen einen Anwesenheitsverbesserungs-Prozess einleiten könnten, wird nur ungenügend definiert. In Phase 4 und 5 folgt dem Jubel über den anfänglichen Erfolg schnell die Ernüchterung. Die Nachhaltigkeit der Krankenstands-senkung fehlt, innerbetriebliche Vertrauensverhältnisse sind durch Verletzung von Persönlichkeitsrechten angeknackst, das Betriebsklima hat sich durch Polarisierung und Entsolidarisierung verschlechtert und – wenn man Pech hat – gab es auch noch negative Schlagzeilen in der lokalen Presse.

Die Bekämpfung des Fetisches Fehlzeitenquote führt mittelfristig also in die falsche Richtung, ganz einfach deshalb, weil dabei am Symptom und nicht an den wahren Ursachen kuriert wird, weil man den schnellen, in pekuniären Einheiten berechenbaren Erfolg sucht. Der Initiator will ja möglichst schnell die Früchte seines AU-Senkungsprogramms ernten.

Was aber sind die wahren Ursachen der Arbeitsunfähigkeit?

5 Wie wird krankgeschrieben?

Im Prinzip handelt es sich bei der Krankschreibung um einen Aushandlungsprozess zwischen Patient und Arzt, in dem die unterschiedlichsten Faktoren und Motive zum Tragen kommen. Wie schwer ist der Erkrankungszustand? Welche berufliche Tätigkeit wird ausgeübt? Eine stark laufende Nase bei grippalem Infekt erlaubt keine Tätigkeit am Band. Gleichwohl wäre aber Büroarbeit noch möglich. Oder werden dann die anderen Mitarbeiter angesteckt? Macht die Arbeit Spaß? Gibt es Ärger mit dem Vorgesetzten? Liegt eine familiäre Notsituation vor?

Die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit hat jedoch insbesondere unter dem Gesichtspunkt zu erfolgen, dass der Patient aufgrund von Krankheit seine bisherige berufliche Tätigkeit nicht mehr oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Krankheit ausüben kann [4]. Deswegen sind beim Arzt Kenntnisse über die real existierende Arbeitswelt wichtig. Häufig beschränkt sich der Erfahrungshorizont des Arztes auf Ferienjobs aus der Studienzeit sowie eigene Klinik- und Praxistätigkeit. Deswegen ist das Bild von den Arbeitsbedingungen bei der Krankschreibung maßgeblich von der Darstellung des Patienten geprägt. Bei kausal unklaren Beschwerden trifft der Schuldspruch meist die Arbeitswelt oder die Umwelt.

Bei bösartiger Interpretation kann man die Krankschreibung als kostenlose Marketing-Maßnahme für den Arzt einstufen. Sie liegt außerhalb aller Budgets und Kostendeckungsverfahren. Auch der Patient zahlt nichts dafür. Nur dem Betrieb entstehen je nach Berechnungsmodus Kosten zwischen 400 bis 1000 DM pro Tag für die ersten 6 Wochen Arbeitsunfähigkeit (z. B. 1). Das Interesse der Krankenkassen wird erst dann geweckt, wenn die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall zu Ende geht.

Das Ergebnis des AU-Aushandlungsprozesses wird auf einem gelben Schein dokumentiert: Krankenkasse, Personalien, Dauer der Arbeitsunfähigkeit, Befund, Diagnose. Die beiden letzten Angaben werden meist recht flüchtig vermerkt, es kommt ja in erster Linie auf die Zeitdauer an.

Das Original der AU-Bescheinigung wird der Krankenkasse vorgelegt. Der erste Durchschlag ohne Befund und Diagnose geht zum Arbeitgeber und der zweite Durchschlag verbleibt beim Arzt. Dies nun sind die Urdatenträger für vielfältige statistische Auswertungen in den Betrieben und Krankenkassen. Der Betrieb stellt damit seine AU-Statistik auf, ohne davon Kenntnis zu haben, welche Beschwer-

den und welche Erkrankungen zugrunde liegen. Die Kasse verschlüsselt die meist recht flüchtig niedergeschriebene Diagnose akribisch in den ICD-Code, ohne Kenntnisse darüber, welche Belastungen die betroffene Personal am Arbeitsplatz ausgesetzt ist. Aber gerade in der exakten Verknüpfung von Belastungen am Arbeitsplatz und Diagnose liegt der Schlüssel zur Aufhellung von Ursache-Wirkungs-Zusammenhängen beim Phänomen der arbeitsbedingten Erkrankungen [145, 15].

6 AU-Datenanalyse: Betriebliche Ebene

Die Erfahrung lehrt, dass drei Kategorien von Arbeitsunfähigkeit definiert werden können: Erstens pflegebedürftige und schwerkranke Patienten, z. B. Zustand nach schwerer Operation, Herzinfarkt. Zweitens Patienten, die zwar Befindlichkeitsstörungen oder leichtere vorübergehende Krankheiten (z. B. grippaler Infekt, Muskelzerrung) aufweisen, aber gleichwohl unter Umständen noch arbeiten könnten. Drittens Mitarbeiter, für die Arbeitsunfähigkeit einen Weg darstellt, nicht primär mit Krankheit zusammenhängende Probleme (z. B. unversorgtes Kleinkind, Hausbau) zu lösen oder besonderen Vorlieben nachzugehen [11]. Erfahrungsgemäß sind bei AU-Quoten zwischen 8 bis 10 Prozent und mehr die AU-Fälle in etwa drittelparitätisch auf diese Gruppen verteilt. Niedrigere AU-Quoten gehen mit einer Unterrepräsentation der Gruppen zwei und drei einher. In Zeiten mit starkem sozioökonomischen Druck kann sich auch eine paradoxe Gruppierung herausbilden: Patienten, die trotz schwerer Erkrankung zur Arbeit gehen.

Trifft man gezielte Maßnahmen zur Kranstandssenkung, ist es natürlich von großem Vorteil, insbesondere Gruppe drei und die unmotivierte Teilmenge aus Gruppe zwei vom definitiv kranken Rest gesondert zu betrachten. Dies gelingt auf Betriebsseite wegen der grundsätzlich eingeschränkt verfügbaren Informationen über den Gesundheitszustand nur unzureichend. Es bleibt also scheinbar nicht anderes übrig, als rasenmähergleich das Kontroll- und Repressalienkonzept auch im falschen Sektor durchzuziehen.

7 AU-Datenanalyse: Ebene der Krankenversicherung

Der Datenschutz stellt hierzulande die Persönlichkeitsrechte vor den Gesundheitsschutz und vor die ärztliche Pflicht zur Ursachenaufklärung von Krankheiten. Man mag dies beklagen oder

nicht, fest steht: Diese Prioritätenfestsetzung erschwert sozialempirische und epidemiologische Ursachenforschung ungemein.

Vor der Auswertung von Sekundärdaten sollte man sich Klarheit darüber verschaffen, wie diese Daten erhoben worden sind und wer und zu welchem Zweck sie gesammelt hat. Die Qualität einer Studie wird bei noch so ausgeklügelter Auswertungsmethodik entscheidend durch die Datenbasis bestimmt [9]. Einige Anhaltspunkte sprechen dafür, dass AU-Daten recht weiche Daten sind. Bislang ist keine Studie bekannt geworden, die die Validität der Diagnosen auf dem Gelben Schein untersucht hätte.

Trotzdem haben sich der Bundesverband der Betriebskrankenkassen [5] in Essen und einige große Allgemeine Ortskrankenkassen daran gemacht, den arbeitsbedingten Erkrankungen auf die Spur zu kommen. Wenn schon keine Lastenverschiebung von den Krankenkassen auf die gesetzliche Unfallversicherung realisiert werden kann, dann sollte es doch wenigstens möglich sein, Verursachungsschwerpunkte für arbeitsbedingte Erkrankungen in den Betrieben zu identifizieren, um dann gezielte präventive Maßnahmen einzuleiten. Die gesetzliche Basis hierzu bietet der erweiterte Präventionsauftrag für die gesetzliche Unfallversicherung, festgelegt in § 14 Abs. 2 Unfallversicherungseinordnungsgesetz (SGB VII) aus dem Jahre 1996. Ergänzt wird dieser Paragraph durch die "Rahmenvereinbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung zur Zusammenarbeit bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren" vom Oktober 1997 [22]. Danach sollen die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und die Krankenkassen das Ziel fördern, Erkenntnisse über Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen und deren gesundheitlichen Auswirkungen zu gewinnen.

Den vermeintlichen Königsweg zu diesem Ziel stellt die Verknüpfung von AU-Daten und Angaben zu Arbeit, Beruf und beruflicher Tätigkeit dar. Dieser Weg ist zwar verlockend – die Daten sind ja schon da –, aber aussichtslos.

Wirkungsvolle Prävention kann nur dann betrieben werden, wenn die wahren Ursachen für Einschränkungen von Befindlichkeit und Gesundheit bekannt sind. Die beschriebene Methodik ist nicht in der Lage, diese Zusammenhänge in der erforderlichen Trennschärfe zu bewerten; denn hier sind im Übermaß Faktoren im Spiel, die einen störenden Einfluss auf die Ursache-Wirkungszusammenhänge haben [1]. Sie heißen Bias und Confounder. Der Epi-

demiologe scheut sie wie der Teufel das Weihwasser. Deswegen versucht er, sie auszuschalten oder zumindest zu kontrollieren [23].

Unter Bias versteht man systembedingte verfälschende Einflüsse. Die AU-Daten werden nicht zum Zwecke der Epidemiologie erhoben. Sie sind Bestandteil eines administrativen Prozesses. Die Diagnosesicherheit ist niedrig anzusetzen, Verdachtsdiagnosen sind an der Tagesordnung. Die AU-Schreibung bezieht sich auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit. Sie lässt frühere Arbeitssituationen und im Zusammenhang mit der AU-Schreibung irrelevante weitere Diagnosen unberücksichtigt. Nach dem Erwerbsleben auftretende Erkrankungen werden nicht erfasst.

Dieser Bias ist unabänderlich. Hinzu kommt eine Vielzahl von Confoundern, die zwar meist durch zusätzliche Erhebungen kontrollierbar wären, aber so vielfältig sind, dass die jegliches Studiendesign sprechen würden. Unter Confoundern versteht man Störvariablen, die ähnliche oder gleiche Wirkungen herstellen können wie die Zielvariablen. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit sind diese Bestimmungsfaktoren der quantitativen und qualitativen Dimensionen der Arbeitsunfähigkeit in der Tabelle aufgelistet.

Bias und Confounder treten in vielfältige Wechselbeziehungen. Hierzu zwei Beispiele: Die bekannten konjunkturabhängigen Schwankungen der AU zeigen Veränderungen auf der Verhaltensebene von Arzt und Patient. Bei zunehmender Unsicherheit des Arbeitsplatzes geht man weniger zum Arzt. Findet trotzdem ein Arztbesuch statt, wird weniger krank geschrieben.

Beispiel Nummer zwei ist der Healthy worker effect. Hierunter versteht man Selektionsphänomene, die zu paradoxen Ergebnissen führen. Häufig findet man in Arbeitsbereichen mit definitiv hohen gesundheitlichen Belastungen besonders niedrige AU-Quoten. Die weniger belastbaren Mitarbeiter sind aus diesem Bereich ausgeschieden, es hat sich eine survivor population herausgebildet. Neben solchen positiven Healthy worker effects gibt es auch negative. So sammeln sich leistungsgewandete und meist mit hohem Arbeitsunfähigkeitspotential belastete Mitarbeiter gerade in Arbeitszonen mit niedrigen Belastungen.

Mit einem Schuss Polemik kann man zusammenfassend konstatieren, dass bei der Analyse der AU-Daten zur Identifikation krankmachender Arbeitsfaktoren mit einem methodisch unzureichendem Instrumentarium (AU-

Statistik) ein nicht ausreichend definiertes Phänomen (arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren) unter Umkehrung der Kausalkette (Ursache ← Wirkung) und Nichtberücksichtigung der Zeitachse untersucht werden soll.

8 Wert der AU-Daten

Trotzdem sind die AU-Daten für die Prävention nutzbar, allerdings nicht zur Aufdeckung von Kausalverknüpfungen, aber immerhin zur Ableitung von Hypothesen. Warum ist die AU-Quote in vielen Bereichen des öffentlichen Dienstes höher als in Industrieunternehmen? Warum hat das Handwerk niedrigere Quoten als die Industrie? Warum fehlen in der einen Abteilung mehr Mitarbeiter als in der anderen? Vergleiche auf der Aggregationsebene Region, Branche, Einzelunternehmen, Betriebsbereich, Abteilung/Werkstatt machen Sinn, wenn wesentliche prägende Strukturelemente, wie beispielsweise das Verhältnis Männer/Frauen oder Arbeiter/Angestellte, mit berücksichtigt wurde.

Werden diese Untersuchungsergebnisse dann noch zusammengespielt mit arbeitsphysiologischen, arbeitstoxikologischen und arbeitspsychologischen Analysen, Daten aus arbeitsmedizinischen Vorsorge- und Screeninguntersuchungen, Mitarbeiterbefragungen, Ergebnissen aus Gesundheitszirkeln sowie Befragungen interner und externer Experten, dann ergibt sich in einer Gesundheitsberichterstattung ein umfassendes und differenziertes Bild der betrieblichen Belastungssituation [8, 20].

"Defizite im Führungsverhalten demotivierter Mitarbeiter" als Hauptursache für besonders hohe Krankenquoten im öffentlichen Dienst war die Quintessenz einer jüngst veröffentlichten Studie der Bertelsmann Stiftung [2]. Was der aufmerksame Betriebspraktiker längst weiß – jede Führungskraft produziert bei den Mitarbeitern eine spezifische AU-Quote, egal wo sie arbeitet – wird jetzt auch durch die Sozialwissenschaften in teilweise aufwendigen Studien herausgearbeitet. Leider werden nicht immer die richtigen Schlussfolgerungen gezogen. Im kürzlich veröffentlichten Abschlussbericht des Kooperationsprogramms Arbeit und Gesundheit (KOPAG), eines Gemeinschaftsprojekts des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen und des Hauptverbandes der gewerblichen Berufsgenossenschaften [5], wurden AU-Diagnosen aufwendig mit betrieblichen Belastungsfaktoren verknüpft. Die kognitiven Belastungen (u. a. unvollständige Arbeitsaufgaben, mangelnder Handlungsspielraum, Monotonie) standen bei den AU-

Begründungen insgesamt und auch bei meisten Einzeldiagnosen ganz im Vordergrund. Das bedeutet nun aber nicht, dass psychosoziale Belastungssituationen der Hauptverursachungsfaktor für diverse Krankheiten sind, neun, sie sind nur der wichtigste Grund für Arbeitsunfähigkeit.

9 Umfassender Lösungsansatz

Die AU-Quote ist also in der modernen Arbeitswelt im wesentlichen der kombinierte Ausfluss aus Krankheit, individueller Einstellung zur Arbeit und psychosozialen Rahmenbedingungen. Wenn AU-Quoten nachhaltig positiv beeinflusst werden sollen, dann bedarf es teilweise beträchtlicher kultureller und organisatorischer Veränderungsprozesse in den Unternehmen unter Einbeziehung des Top-Managements. Dies bedeutet insbesondere Förderung von Motivation, Arbeitszufriedenheit und Gesundheit sowie Identifikation mit der Arbeit und dem Unternehmen durch eine hohe Qualität der zwischenmenschlichen Beziehungen. Die demnach wichtigste Schnittstelle im Arbeitsleben, die Schnittstelle Mensch/Arbeit wird in der modernen Industriegesellschaft durch die Schnittstelle Mensch/Mensch zu nehmen ergänzt. Unterstützend wirken hier gute Kommunikation, partnerschaftliches Führungsverhalten, teilautonome Handlungsspielräume, Eigenverantwortlichkeit, Vermeidung von Monotonie, Teamarbeit, Zeitsouveränität [1]. Bei guter Organisation und bei ausgewogenem Führungsverhalten weiß der Vorgesetzte, ob ein Mitarbeiter wirklich krank ist und deswegen fehlt, oder ob er sich vor der Arbeit drückt.

Es wäre sozialromantisch, wenn man meinte, dass jeder Mitarbeiter durch sozial intelligente Praktiken und organisationspsychologische Veränderungen vermehrt motivierbar sei. Auf Vertrauen und weniger auf Kontrolle basierender Umgang miteinander kann auch zum Missbrauch anstiften. Der Weg zur Corporate fitness oder zur Healthy company – wie immer man das auch bezeichnen mag –, also letztlich zu verbesserter Produktivität, führt einzig und allein über die intensive Pflege der Human resources, verbunden mit ein wenig Kontrolle, um die schwarzen Schafe ebenfalls in die Herde einzugemeinden. Dieser Ansatz stelle eine nicht leichte, aber lohnende Daueraufgabe dar und kann nicht durch rigide AU-Senkungsmaßnahmen ersetzt werden.

<p>Betrieb</p> <ul style="list-style-type: none"> – Groß, Kleinbetrieb – Organisation (flache, tiefe Hierarchie; Anzahl der Mitarbeiter pro Vorgesetzten etc.) – Fertigung (Fließfertigung, teilautonome Gruppenarbeit etc.) – privat, staatlich – Unternehmensstruktur (großer Standort, dislozierte Struktur) <p>Produkt, Dienstleistung</p> <ul style="list-style-type: none"> – Identifikationsmöglichkeit – Sozialprestige – tradiert, innovativ <p>Vorgesetzter</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ausbildung – Persönlichkeitsmerkmale – Führungsverhalten <p><i>berufliche Tätigkeit</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – gewerblich, angestellt – Produktion, Verwaltung – selbstbestimmt, fremdbestimmt – Kündigungsfrist – Schichtform – körperlich schwer – psychomentele Belastungen – definitive Gesundheitsgefahren <p>Einkommen</p> <ul style="list-style-type: none"> – Höhe – fix, variabel (leistungsabhängig, ergebnisbezogen) Zielvereinbarungssysteme mit Geld gekoppelt 	<p><i>intrapersonale Faktoren</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Alter, Geschlecht – berufliche Qualifikation – Bildungsstand – Arbeitszufriedenheit – Zugehörigkeitsdauer zum Betrieb – Erkrankungsdisposition – zeitaufwendige, risikobehaftete Hobbies – Selbstbehandlung ohne Arztkontakt <p><i>privates, soziales Umfeld</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Wohnsituation – schulpflichtige Kinder – pflegebedürftige Familienangehörige – alleinstehend, verheiratet – Alleinverdiener, Doppelverdiener – allgemeine private Vermögenslage – ethnische Herkunft <p><i>regionale Faktoren</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Stadt, Land (landwirtschaftlicher Nebenerwerb) – Anfahrt zur Arbeit – Höhe der Arbeitslosenquote <p><i>medizinische Versorgung</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Arztdichte – AU-Schreibungs-Verhalten einzelner Ärzte <p>Legislative</p> <ul style="list-style-type: none"> – Modus der Lohnfortzahlung im Krankheitsfall – Höhe der Arbeitslosen- und Sozialhilfe <p>Volkswirtschaft</p> <ul style="list-style-type: none"> – Konjunktur – Lage auf dem Arbeitsmarkt
---	---

Tab. 1: Bestimmungsfaktoren der quantitativen und qualitativen Dimensionen der Arbeitsunfähigkeit. Je nachdem, welche Zielvariablen ausgewählt werden, wirken die verbleibenden Bestimmungsfaktoren als Confounder, die noch dazu interagieren können.

10 Literatur

[1] Badura, B., E. Münch, W. Ritter: Partnerschaftliche Unternehmenskultur und betriebliche Gesundheitspolitik – Fehlzeiten durch Motivationsverlust? Verlag Bertelsmann Stiftung, Gütersloh 1997

[2] Bertelsmann Stiftung: Krankenquote im öffentlichen Dienst besonders hoch (Defizite im Führungsverhalten demotivierter Mitarbeiter). Hintergrundinformation zur Pressemitteilung vom 6.11.1998

[3] Brandenburg, U., K. Kuhn, B. Marschall (Hrsg.): Verbesserung der Anwesenheit im Betrieb – Instrumente und Konzepte zur Erhöhung der Gesundheitsquote. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Tb 84, Dortmund/Berlin 1998

[4] Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (Hrsg.): Richtlinien über die Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit und die Maßnahmen zur

stufenweisen Wiedereingliederung (3. September 1991)

[5] Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (Hrsg.): Erkennen und Verknüpfen arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren – Ergebnisse aus dem Kooperationsprogramm Arbeit und Gesundheit (KOPAG). Dobler, Alfeld 1998

[6] Faßmann, H., M. Kentner, J. Passenberger, R. Wasilewski: Frühinvalidisierung – Ergebnisse einer Untersuchung in Baden-Württemberg. Mögliche Ursachen der vorzeitigen Berentung wegen Berufs- und Erwerbsunfähigkeit in Arbeit, Umwelt und Lebensgewohnheiten. Hrsg.: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung, Baden-Württemberg. Graphische Betriebe, Süddeutscher Zeitungsdienst, Stuttgart 1984

[7] Faßmann, H. M. Kentner, J. Passenberger, R. Wasilewski: Frühinvalidisierung – ein multi-

faktorielles Geschehen. Dtsch. Ärztebl. 81 (1984) 2695-2698

[8] Funke, U.: Betriebliche Gesundheitsberichte als Instrumente der Prävention. Arbeitsmed. Sozialmed. Präventivmed. 33 (1998) 104-109

[9] Hoffmeister, H., M. Szklo: Epidemiological practices in assessing small effects. Int. Arch. Occup. Environ. Health 70 (1997) 67-70

[10] Kentner, M.: Frühinvalidität: Entwicklung und Ursachen. Dtsch. Ärztebl. 80 (1993) 35-40

[11] Kentner, M.: Zur Wirtschaftlichkeit werksärztlicher Dienste in Mittel- und Großbetrieben. Arbeitsmed. Sozialmed. Umweltmed. 29 (1994) 115-122

[12] Kentner, M., W. Hop, D. Weltle, H. Valentin: Frühinvalidität in der Bundesrepublik Deutschland und in West-Berlin von 1950-1980 – Ursachen, Entwicklung, Bedeutung. Wissenschaftliche Reihe des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Band 18, Deutscher Ärzte Verlag, Köln-Lövenich 1983

[13] Kentner, M., K. Brendel, R. Spiegel, D. Weltle, H. Faßmann, W. Oberlander, J. Passenberger, R. Wasilewski: Arbeitsbelastungen und Frühinvalidisierung. In: Schriftenreihe des Institut für empirische Soziologie, Nürnberg Bd. 6.: Arbeitswelt und Frühinvalidität (1985)

[14] Kentner, M., H. Valentin: Stellungnahme zur Arbeit von M. Blohmke und E. Loskot "Berufsspezifische Auswertung und Interpretation von Diagnosen der vorzeitigen Berentung und der stationären Heilbehandlungen". Zbl. Arbeitsmed. 36 (1986) 242-254

[15] Kentner, M., H. Valentin: Arbeitsbedingte Gesundheitsschäden und Frühinvalidisierung – Resultate und Konsequenzen aus neuen Untersuchungen. Arbeitsmed. Sozialmed. Präventivmed. 21 (1986) 25-32

[16] Kentner, M., L. Wolff, D. Weltle: Zur Sozialabhängigkeit der Frührentenstatistik. Öff. Gesundh.-Wes. 12 (1990) 675-680 H. Valentin

[17] Kentner, M., H. Valentin: Identification and Prevention of Work-related Diseases and Premature Incapacity. Zbl. Hygiene 193 (1993) 495-512

[18] Kuhn, K.: Die Entwicklung der Gesundheitsquoten in der Bundesrepublik Deutschland. In: [3]

[19] Mall, G., M. Sehling: Das Fehlzeiten-Informationen-Management. expert verlag, Remmingen-Malmsheim 1998

[20] Nieder, P.: Wie lassen sich Fehlzeiten reduzieren: Ein Überblick. In: [3]

[21] Spies, S., H. Beigel: Einer fehlt und jeder braucht ihn – Wie Opel die Abwesenheit senkt. Ueberreuter, Wien 1996

[22] Spitzenverbände der Krankenkassen und der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung: Rahmenvereinbarung zur Zusammenarbeit bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren. Bergisch-Gladbach/Sankt Augustin 28.10.1997

[23] Valentin, H., M. Kentner: Epidemiologie in der Arbeitsmedizin. In: H. Valentin et al. (Hrsg.): Arbeitsmedizin, Bd. 1: Grundlagen für Prävention und Begutachtung, Thieme, Stuttgart 1985

[24] Zoike, E.: Zur aktuellen Krankenstands-entwicklung der Betriebskrankenkassen. Die BKK 10 (1997) 427-432

Der Autor

Professor Dr. Michael Kentner ist Geschäftsführer der IAS Institut für Arbeits- und Sozialhygiene Stiftung in Karlsruhe.

Kontakt: m.kentner@ias-stiftung.de

Hans-Joachim Görres, AOK-Institut für Gesundheitsconsulting, Hannover

Von der betrieblichen Gesundheitsförderung zum betrieblichen Gesundheitsmanagement

Das Modellvorhaben "Prospektiver Beitragsbonus" der AOK Niedersachsen

1 Einleitung

Seit 1990 werden von der AOK Niedersachsen (AOKN) Projekte zur betrieblichen Gesundheitsförderung durchgeführt. Positive Erfahrungen aus über 150 Projekten, gewachsene Kontakte in Handwerk, Industrie und Verwaltung sowie die politische Unterstützung dieser Ansätze haben die AOKN bestärkt, derartige Produkte flächendeckend anzubieten und entsprechende Fachkräfte einzustellen. Der wachsende Erfolg und die steigende Nachfrage bestätigte die AOKN in ihren Zielen und führte folgerichtig im Mai 2000 zur Gründung des *AOK-Instituts für Gesundheitsconsulting* in Hannover mit derzeit 29 Mitarbeitern in ganz Niedersachsen. Die Aufgabenschwerpunkte des Instituts liegen im Bereich des betrieblichen Gesundheitsmanagements und reichen von Einzelprodukten (Arbeitsunfähigkeitsanalysen, Mitarbeiterbefragungen) über Beratungsleistungen und Seminare bis hin zum Projektmanagement. Zeitlich markiert die Gründung des Instituts einen Wendepunkt in der betrieblichen Gesundheitspolitik der AOKN: den Übergang von der betrieblichen Gesundheitsförderung zum *betrieblichen Gesundheitsmanagement*. Wesentlichen Anstoß hierzu gab das seit 1996 laufende *Modellvorhaben „Prospektiver Beitragsbonus“*, dessen Ziele, Inhalte und Verfahren eine einschneidende Weiterentwicklung der bis dahin bestehenden Gesundheitsförderungsansätze darstellen. In seinem Grundansatz ist dieses Modellvorhaben bereits heute zum Maß zukünftiger Gesundheitsaktivitäten in Betrieben, auch über Niedersachsen hinaus, geworden.

2 Das Modellvorhaben „Prospektiver Beitragsbonus“ der AOK Niedersachsen

Das Modellprojekt ist eine Erprobungsregelung im Sinne des Sozialgesetzbuchs V. Es ist auf Antrag von der Aufsichtsbehörde, dem niedersächsischen Ministerium für Frauen, Arbeit und

Soziales mit einer Laufzeit von 8 Jahren genehmigt worden und wird vom Institut für Technologie und Arbeit e.V. an der Universität Kaiserslautern wissenschaftlich begleitet. Das Institut ist auch mit der abschließenden Evaluation der Ergebnisse betraut. Die Bewertung der Ergebnisse durch die gesundheitspolitischen Instanzen und Akteure wird darüber entscheiden, ob und in welcher Form ein solches Projekt zukünftig als Kassenleistung angeboten werden kann.

Die Ziele des Modellvorhabens sind einfach, klar – und anspruchsvoll in der Umsetzung. Die Gesundheitssituation der Mitarbeiter in den Modellbetrieben und -verwaltungen soll nachweislich Gegenstand systematischen, umfassenden und langfristigen Handelns sein und als kontinuierlicher Verbesserungsprozess (KVP) organisiert werden. Betriebe, die diese Anforderungen erfüllen und in einer schriftlichen Bewerbung nachweisen, erhalten nach positiver Bewertung durch das unabhängige wissenschaftliche Institut einen Beitragsnachlass in Höhe eines Zwölftels des Jahresbeitrags zur Krankenversicherung ihrer AOK-versicherten Mitarbeiter. Dieser *Bonus* wird *nach* erfolgreicher Bewerbung für die folgenden 12 Monate gewährt (prospektiv) und verlängert sich *nach* erfolgreicher neuer Bewerbung um weitere 12 Monate.

Allein formal gesehen überwindet dieses Verfahren einige Fehler der Vergangenheit: durchaus anspruchsvolle und erfolgreiche Projekte wurden nach Ende nicht mehr weitergeführt, gerieten in Vergessenheit, blieben auf Grund ihres Pilotcharakters und Inseldaseins gesamtbetrieblich anekdotisch. Der Ansatz des Bonusprojekts dagegen verlangt eine *gesamtbetriebliche Ausrichtung* und den Nachweis *kontinuierlicher Bemühungen*. Darüber hinaus – und dies macht einen weiteren wesentlichen Unterschied aus –, befördert die interne und externe Pflicht zur *Evaluation* bei allen Beteiligten ein zielgerichtetes und effektives Handeln bei der Planung und Umsetzung von Gesundheitsmaßnahmen. Damit sind bereits Aspekte der Qualitätssicherung angesprochen. Hinzu kommt die Anforderung an einen dynamischen, zukunftsgerichteten Verbesserungsprozess der gesamten betrieblichen Gesundheitssituation. Es wird deutlich, dass ein solch anspruchsvolles und weitreichendes Vorgehen nur durch die Initiative, Zielvorgabe und aktive Teilnahme des betrieblichen Top-Managements umgesetzt werden kann. Um das Interesse und die Beteiligung des Managements sicherzustellen, mussten bei der Entwicklung des Projektdesigns drei Aspekte gleichrangig berücksichtigt werden:

- der hohe Aufwand für das Modellvorhaben muss sich in bestehende Managementkonzepte integrieren lassen bzw. darf bei der Entwicklung derartiger betriebsspezifischer Konzepte nicht hinderlich sein;
- die Nutzenkette des Modellvorhabens für das Management muss deutlich kommuniziert werden. Da sich dieser Nutzen (etwa: Gesundheit – Wohlbefinden – Zufriedenheit – Motivation – Qualität – Produktivität - Kosteneinsparung über geringere Fehlzeiten und Arbeitsunfälle) erst über einen längeren Zeitraum einstellen und stabilisieren kann;
- musste es zum Anstoß für ein solch ambitioniertes Vorhaben einen Anreiz geben - den Bonus.

Mit diesem Grundkonzept und der nachfolgend beschriebenen Vorgehensweise und Organisation der Prozesse in den Betrieben konnte die AOKN die Weltgesundheitsorganisation (WHO) mit ihrem Europabüro in Kopenhagen als Partner gewinnen. Die WHO unterstützt das Modellvorhaben und präsentierte es auf der 5. weltweiten Folgekonferenz nach Ottawa im Juni 2000 in Mexico City als eines von 2 europäischen Projekten.

3 Grundaufbau und Ablauf des Bonusprojekts

Im Zentrum der Aufbauorganisation eines Bonusprojekts steht der *Steuerkreis*, ein Gremium, das als zentrales Entscheidungs-, Steuer- und Kontrollorgan für die Prozesse und Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsaktivitäten unabdingbar ist. Aus der zentralen Funktion ergibt sich seine Zusammensetzung. Hierzu gehören Vertreter des Top-Managements und des Betriebsrats ebenso wie wichtige Funktionsträger des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes (Fachkraft für Arbeitssicherheit, Werksarzt) und Führungskräfte aus den wichtigen Bereichen, der Personalleiter, ein Vertreter der AOK als Projektkoordinator und Berater und - wenn möglich - der Vertreter der zuständigen Berufsgenossenschaft. Die Zusammensetzung spiegelt beispielhaft den gewollten vertikalen, horizontalen und fachlichen Durchdringungsgrad im Vorgehen wieder.

Je nach Größe des Betriebs und des Umfangs der Maßnahmen wird der Steuerkreis, um arbeitsfähig zu bleiben, Aufgaben und operative Verantwortung an ein Projektteam oder Teilprojektarbeitsgruppen delegieren. Er wird jedoch vom Start an genau überdenken, wie er die Aktivitäten möglichst friktionslos in die normalen Betriebsabläufe integriert, etwa in

betriebliche Kommunikationspläne oder durch Neuzuschnitt der Aufgaben bisheriger Gremien, ohne selbstverständlich deren gesetzliche Anforderungen zu konterkarieren (Arbeitsschutzausschuss).

Ebenso wie der Steuerkreis bilden die drei Säulen der *Ist-Analyse* zu Beginn eines Bonusprojekts *Muss-Kriterien*. Dies sind im einzelnen eine *Mitarbeiterbefragung* zum Betriebsklima und zu subjektiven Gesundheitsbeschwerden, eine *Arbeitsunfähigkeitsanalyse* sowie eine *Arbeitsplatzbegehung*. Die Ist-Analyse erhebt subjektive wie objektive Grunddaten zur Gesundheitssituation. In einem ersten Schritt ist es Aufgabe des Steuerkreises, diese Daten gründlich zu analysieren und daraus realistische, pragmatische und überprüfbare Verbesserungsziele abzuleiten und deren betriebliche Umsetzung und Organisation einzuleiten. Es werden Messgrößen und Messzeitpunkte zur Wirksamkeitsüberprüfung festgelegt sowie die damit verbundenen Fragen der Budgetierung und Freigabe entsprechender finanzieller Mittel beschlossen. Mit der Überprüfung der Angemessenheit und Wirksamkeit der angestrebten Ziele schließt sich ein kleiner Regelkreis, der mit der Optimierung des weiteren Vorgehens in Hinblick auf die Festsetzung neuer oder anderer Ziele in einen KVP-Prozess überführt wird. Der Gesamtprozess wird auf diese Weise im Ganzen und in seinen Teilen von derartigen Regelkreisen mit dem Ziel der kontinuierlichen Verbesserung gelenkt.

Um den *Bonus* zu erhalten, führt der Betrieb den Nachweis seiner Aktivitäten und Ergebnisse anhand einer schriftlichen *Selbstbewertung*, die vom Institut für Technologie und Arbeit anhand eines umfassenden Bewertungsmodells bewertet wird. Als ein anerkanntes Hilfsmittel ermöglicht dieses Modell sowohl *Ergebnisse* als auch deren betriebliche *Voraussetzungen* sowie beider systematischen Zusammenhang zu beurteilen. Da Voraussetzungen des *betrieblichen Gesundheitsmanagements* und Ergebnisse nicht in einem zeitlich unmittelbaren Zusammenhang stehen (Maßnahmen und Prozesse zur Verbesserung der betrieblichen Gesundheitssituation brauchen Zeit, bis sie sich in gesicherten Ergebnissen niederschlagen), wird in der Bewertung der ersten beiden Jahre ein stärkeres Gewicht auf die Bewertung der Voraussetzungen gelegt (s. Abb. 1).

Das Ergebnis der Bewertung erhält das Unternehmen in Form eines Feedback-Reports, der die Stärken und Verbesserungspotenziale des betrieblichen Ansatzes und Vorgehens aufzeigt und nach einem Punktsystem bewertet.

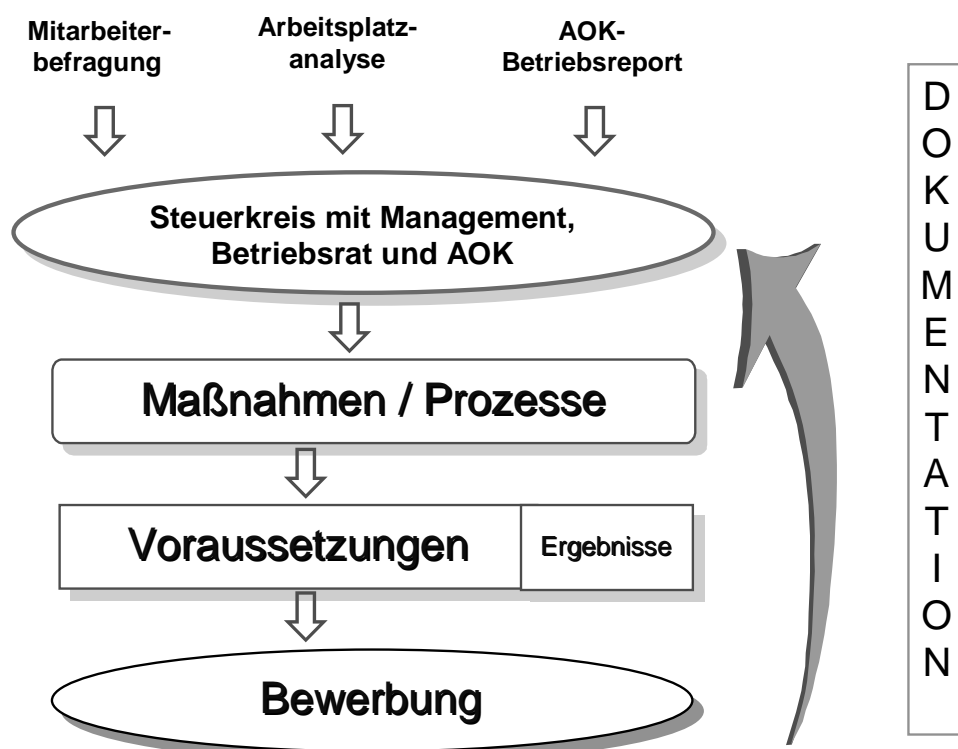


Abb. 1: Grundaufbau und Ablauf eines Bonusprojekts

Hat der Betrieb dabei 30 Prozent der maximal möglichen Punkte erreicht, gilt dies als ein Nachweis fundierten Vorgehens und er erhält für die folgenden 12 Monate den Beitragsbonus. Bei Nichterreichen der erforderlichen Punktzahl ist eine neue Bewerbung frühestens nach 6 Monaten möglich.

4 Betriebliches Gesundheitsmanagement und Selbstbewertung

Die bisherige Darstellung des Modellvorhabens zeigt wesentliche Merkmale eines *betrieblichen Gesundheitsmanagements* auf und gibt mit dem Instrument der Selbstbewertung dem Management ein Werkzeug zu einer systematischen, mehrdimensionalen Durchdringung und Bewertung seiner Aktivitäten und Ergebnisse in Hinblick auf eine kontinuierliche Verbesserung der betrieblichen Gesundheitssituation an die Hand. Das Bewertungsmodell mit seinen 9 Kriterien (s. Abb. 2) ist keine Handlungsanleitung. Es enthält in seinen Kriterien und insgesamt 17 Unterkriterien Anforderungen, die bei der Beschreibung betriebsspezifisch konkretisiert werden müssen. Um dies an einem Beispiel zu demonstrieren: Es bleibt jedem Betrieb freigestellt, welche Schlüsselprozesse des *betrieblichen Gesundheitsmanagements* (Kriterium: betriebliches Gesundheitssystem und Prozesse), bezogen auf seine

Ziele (Kriterium: Strategie & Planung), er beschreibt. In der Beschreibung muss allerdings ein systematischer Bezug deutlich werden, der sich des Weiteren in Ergebnissen und entsprechend positiven Trends (Ergebniskriterien) ausdrücken wird. Dass dabei etwa der Beitrag der Führungskräfte einen entscheidenden Anteil hat, wird im ersten Kriterium berücksichtigt. Das Modell ermöglicht so jedem Betrieb, in einer umfassenden mehrdimensionalen Analyse seine Strukturen und Prozesse – nicht nur gesundheitsbezogene – zu optimieren. Der Feedback-Report des Instituts wird dabei als externes Korrektiv des internen Selbstbewertungsprozesses sinnvoll einbezogen.

Aus dieser knappen Darstellung soll deutlich werden, was *betriebliches Gesundheitsmanagement* ausmacht. Es ist ein Teilführungssystem zur Sicherung und kontinuierlichen Verbesserung der Gesundheit aller Mitarbeiter eines Unternehmens. Seine wesentlichen Merkmale sind:

- Integration des Themas Gesundheit in bestehende betriebliche Strukturen und Prozesse (Gesundheit als betriebliche Routine, als Tagesgeschäft)
- Überführung von Gesundheitszielen in Regelkreise kontinuierlicher Verbesserung

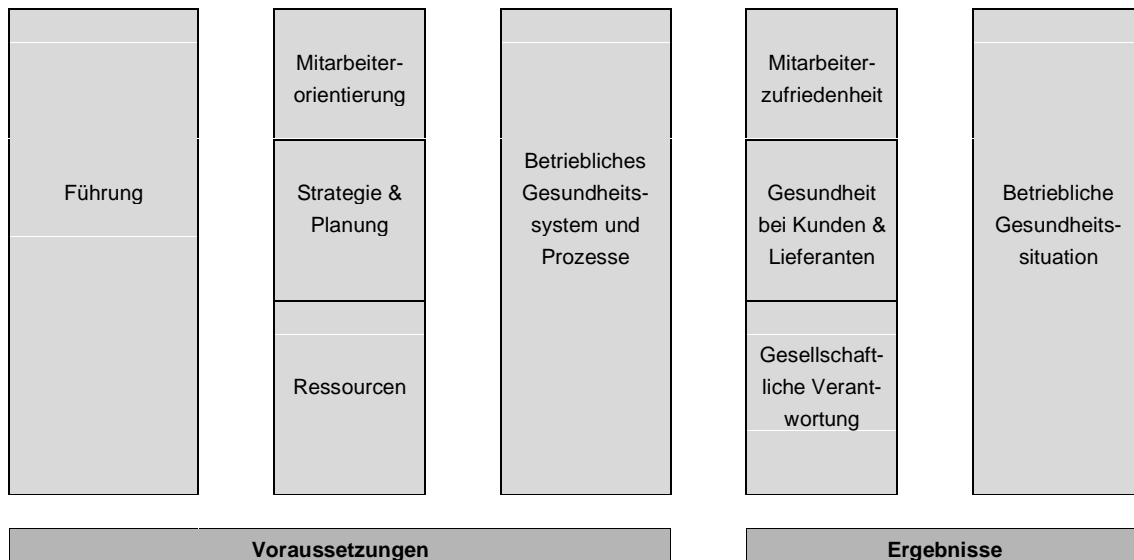


Abb. 2: Bewertungsmodell Bonus

- Einbettung in bestehende Managementsysteme oder -aktivitäten wie Total Quality Management, KVP oder Gruppenarbeit
- Krankheitsunspezifische umfassende Gesundheitsdefinition in Anlehnung an die Ottawa-Charta der WHO (etwa Selbstgestaltungs- und Entfaltungsmöglichkeiten als Quelle von Gesundheit)

5 Erfahrungen und Ergebnisse

Nach knapp vier Jahren Laufzeit können wir an dieser Stelle lediglich ein Zwischenresümee ziehen. Endgültige Ergebnisse liegen noch nicht vor. Erste Tendenzen bei den 18 Betrieben, die bereits ein- bis viermal erfolgreich eine Bewerbung durchlaufen haben, deuten auf vergleichsweise günstige Kennzahlen bei Krankenständen und Unfallzahlen hin. Auch gibt es positive Entwicklungen bei den Werten zum Betriebsklima. Dabei zeigen sich erkennbar Zusammenhänge mit der Entwicklung des *betrieblichen Gesundheitsmanagements* anhand der Selbstbewertungsunterlagen und den erzielten Punktwerten. Dennoch ist es derzeit noch zu früh, von einem *Zwischenergebnis* zu sprechen, zumal weitere wichtige Kennzahlen wie bestimmte Leistungsausgaben der Krankenkasse nur nach längeren Zeiträumen sinnvolle Aussagen zulassen.

Deutlichere Aussagen lassen sich dagegen zu den grundsätzlichen Zielsetzungen des Bonusystems machen. So hat sich sehr schnell gezeigt, dass der finanzielle Anreiz geholfen hat, Betriebe für diesen anspruchsvollen An-

satz zu gewinnen, dass er aber sehr schnell seine Antriebskraft verliert, wenn die Unternehmen die Vorteile des am Bewertungsmodell orientierten Vorgehens erkennen. Dabei überschreiten die getätigten Investitionen in der Regel sehr schnell und deutlich den *Bonus*. Als wichtiger erweist sich für die meisten Betriebe dagegen das Vorgehen, das, je nach individueller Ausgangssituation, vielfach zu einer systematischeren und komplexeren Herangehensweise bei der Organisation ihrer Strukturen und Prozesse geführt hat – und dies nicht nur in Fragen der Mitarbeitergesundheit und -zufriedenheit. Zu den Ergebnissen zählt auch, dass von den ursprünglichen Teilnehmern ca. ein Drittel aus dem Modellprojekt ausgeschieden sind, sei es wegen nicht erfolgreicher Bewerbung oder aufgrund anderer Prioritäten, die für die Anforderungen dieses Vorhabens keinen Raum ließen. Dies wiederum spricht für die Ernsthaftigkeit und Bedeutung dieses Ansatzes.

Der Autor

Dipl.-Sozialwirt Hans-Joachim Görres ist seit 1991 bei der AOK – Die Gesundheitskasse für Niedersachsen mit der konzeptionellen Entwicklung und Durchführung von Projekten der betrieblichen Gesundheitsförderung betraut. Seine Aufgaben im AOK-Institut für Gesundheitsconsulting bestehen in der Beratung und Begleitung mehrerer Unternehmen bei der Teilnahme am Modellvorhaben „Prospektiver Beitragsbonus“ und im internen Projektmanagement.

Gesundheitsmanagement in öffentlichen Verwaltungen

Vorbemerkung

Obwohl in der Öffentlichkeit überwiegend davon ausgegangen wird, im öffentlichen Dienst sei die Krankheitsrate gegenüber der Wirtschaft zu hoch, haben sich öffentliche Arbeitgeber bislang nur wenig mit den Krankenständen in den Dienststellen und den Möglichkeiten eines dienststellenbezogenen Gesundheitsmanagements auseinandergesetzt. Gegenüber modernen Großunternehmen liegt die Entwicklung effektiver Gesundheitsmanagementstrategien und die Umsetzung des neuen Arbeitsschutzgesetzes in öffentlichen Verwaltungen um Jahre zurück.

1 Krankenstände im öffentlichen Dienst eine nahezu unbekannte Größe?

Die Defizite beginnen bereits bei der Erfassung des Krankenstandes. Auf Bundesebene wird der Krankenstand von Angestellten und Beamten beispielsweise erst seit 1997 systematisch erfasst. In Niedersachsen gab es wie in den anderen Bundesländern bis 1998 keine systematische flächendeckende Erhebung des Krankenstandes. Diese wurde dort erst im Rahmen der Personalentwicklung durch einen gemeinsamen Runderlass vom 26.01.1998 begonnen. Auf der Ebene der Kommunen ergibt sich eine ähnliches Bild. Ob und wie Krankenstände erfasst werden obliegt allein den einzelnen Kommunalverwaltungen selbst. Deshalb haben die wenigsten Kommunalverwaltungen in der Bundesrepublik eine differenzierte Krankenstandserfassung implementiert oder gar eine betriebliche Gesundheitsberichterstattung entwickelt. Lediglich einige Kommunen mit besonderen Interessen oder besonderen Problemlagen verfügen über kontinuierliche Datenerfassungsroutinen. Teilweise wurden diese auch nur für spezielle Teilbereiche der Kommunalverwaltung mit erhöhten Krankenständen, etwa Verkehrsbetriebe, Grünflächenämter oder Krankenhäuser vorangetrieben.

Die besonderen Schwierigkeiten in der Krankenstandserfassung liegen in der Heterogenität der öffentlichen Verwaltungen, die sich grob in Kommunal-, Landes- und Bundesverwaltung sowie als Sonderbereich die quasi-öffentlichen Sozialversicherungsträger untergliedern lassen. Dies führt zu einer ungeheuren Streuung von Zuständigkeiten, Dienststellen und Einsatzorten. Hinzu kommen die verschiedenen Beschäftigungsstadien, d.h. die Untergliederung in Beamte und Angestellte. Für erstere liegen keine Daten der gesetzlichen Krankenversicherer vor.

Die verfügbaren Krankheitsstatistiken der gesetzlichen Krankenversicherer, die allerdings nur für Angestellte im öffentlichen Dienst gelten, zeigen für den öffentlichen Sektor gegenüber den anderen erfassten Sektoren die größte Anzahl von AU-Fällen (vgl. Badura u.a. 2000). Allerdings erweist es sich als schwierig, die Daten direkt miteinander zu vergleichen. Bei einer vergleichende Analyse stellt sich schnell heraus, dass die Hauptursachen für höhere Krankenstände im öffentlichen Dienst vor allem in der Personalstruktur zu suchen sind. Diese unterscheidet sich signifikant von der Personalstruktur anderer Sektoren in Hinblick auf das Durchschnittsalter, den Anteil älterer MitarbeiterInnen und den Anteil Schwerbehinderter. 1997 lag der Anteil Schwerbehinderter im öffentlichen Dienst etwa um die Hälfte höher als im Durchschnitt aller Wirtschaftszweige mit 5,6 % gegenüber 3,9 % (vgl. Bundesanstalt für Arbeit 1998, S. 277). In Schulen hat der Anteil jüngerer Lehrkräfte in den letzten zehn Jahren ständig abgenommen. Nach dem Einstellungsboom der 70er Jahre folgte hier quasi ein Einstellungsstopp in den 80er und 90er Jahren, dessen Folgen für den LehrerInnenarbeitsmarkt gravierend waren. Stellten 1970 beispielsweise noch die unter 45-jährigen hauptberuflichen LehrerInnen in allgemeinbildenden Schulen den Großteil der Lehrkörper mit 70 % dar, waren sie 1998 bereits mit 41 % in der Minderheit (vgl. Institut der Deutschen Wirtschaft 1999). Diese vergleichsweise ungünstige Altersstruktur lässt sich für fast alle Bereiche der öffentlichen Verwaltung konstatieren. Während innerhalb von Großunternehmen der Privatwirtschaft ältere ArbeitnehmerInnen immer vorzeitig in den Ruhestand geschickt oder zu Lasten der Sozialversicherungsträger aus dem Berufsleben gedrängt wurden, sind Vorruhestandsregelungen im öffentlichen Dienst eher vorsichtig gewesen bei gleichzeitigem Zwang zum Stellenabbau. Dies führte zu der jetzigen Personalstruktur mit ihren Folgen in Form höherer Krankenstände.

Wie sehen diese Krankenstände nun im Einzelnen aus? Bei der Erfassung des Krankenstandes in der niedersächsischen Landesverwaltung wurden folgende Kriterien erfasst:

- Dauer der Erkrankung: erfasst werden die Abwesenheitstage durch Erkrankung und Anschlussbehandlung oder Kur- und Sanatoriumsaufenthalte. Dazu gehören auch Erkrankungen aufgrund von Dienst- und Arbeitsunfällen sowie Ausfallzeiten durch Berufskrankheiten. Fehltage aufgrund von Mutterschutzregelungen gehören nicht dazu. Außerdem wird die unterschiedliche Dauer der Erkrankung nach Zeiträumen kategorisiert: Kurzzeiterkrankungen (1 bis 3 Arbeitstage), mittelfristige Erkrankungen (4 bis 20 Arbeitstage) und langfristige Erkrankungen (länger als 20 Arbeitstage). Im

Unterschied zu den gesetzlichen Krankenversicherungen werden nur Arbeitstage und nicht Kalendertage erfasst.

- Beschäftigungsstatus (Beamtin, Beamter, Angestellte, Arbeiterinnen und Arbeiter)
- Laufbahngruppen und vergleichbare Angestellte (einfacher, mittlerer, gehobener und höherer Dienst).
- Altersschichtung (z.B. Bedienstete unter 35 Lebensjahren, Bedienstete von 35 bis 50 Lebensjahren und Bedienstete über 50 Lebensjahre)
- Geschlecht
- Beschäftigungsumfang

Die Gesamterhebung hat für die Erhebungszeiträume 1998 und 1999 folgende Daten ergeben (die Prozentsätze beziehen sich auf 251 Arbeitstage/Jahr):

Erhebungszeitraum	Durchschnittliche Fehltage / Beschäftigte					
	Erkrankungstage (abs.)	Erkrankungstage (%)	Kur / Sanatorium (abs.)	Kur / Sanatorium (%)	Insgesamt	Insgesamt (%)
1998	12,44	4,96	0,29	0,11	12,73	5,07
1999	13,07	5,21	0,36	0,14	13,43	5,35

Tab. 1: Erfassung des Krankenstandes in der niedersächsischen Landesverwaltung (Vgl. Landesamt für Statistik, 2000)

Bei einem Vergleich der niedersächsischen Erhebungen mit den Daten aus der Erhebung des Bundes sind im Wesentlichen fast identische Werte feststellbar, mit einer Einschränkung,

nämlich, dass der Anteil der Kurzzeiterkrankungen (1 bis 3 Tage) beim Bund erheblich niedriger ist.

	1-3 Tage	4 – 20 Tage	über 20 Tage	Kur/Sanatorium Tage
Niedersachsen 1998	19,8 %	38,7 %	39,2 %	2,3 %
		77,9 %		
Niedersachsen 1999	20,2 %	40,6 %	36,5 %	2,7 %
		77,1 %		
Bund 1998/99	11,3 %	86,8 %		1,9 %

Tab. 2.: Vergleich der niedersächsischen ausgewerteten Erhebungen mit den Daten aus der Erhebung des Bundes (Vgl. Landesamt für Statistik, 2000)

Die Daten sind kaum vergleichbar mit den Statistiken der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), weil die Berechnungen aufgrund von Kalendertagen erfolgt und außerdem Kuren und ein Teil der Kurzzeiterkrankungen nicht erfasst werden.

Das ist bedauerlich, da die Krankenstandsdaten der gesetzlichen Krankenversicherer sich nach Berufsgruppen gliedern lassen, was weder bei der Statistik des Bundes noch bei der des Landes Niedersachsen möglich ist.

Die Untergliederung nach Berufsgruppen zeigt ein heterogenes Bild, allerdings werden hier nur, wie bereits erwähnt, Angestellte erfasst, da nur diese in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert sind.

Folgende Tabelle (Tab. 3) der Krankenstände in öffentlichen Verwaltungen und Sozialversicherungen mit Daten aus dem Jahr 1998 zeigt die Heterogenität der Krankenstände besonders deutlich:

Tätigkeit	Krankenstand in Prozent	Anteil der Arbeitsunfälle an den AU-Tagen in Prozent
Hochschullehrer, Dozenten	1,3	1,9
Gymnasiallehrer	2,3	1,6
Datenverarbeitungsfachleute	3,4	1,4
Real-, Haupt-, und Sonderschullehrer	3,5	3,0
Soldaten, Grenzschutz-, und Polizeibedienstete	7,7	3,2
Hilfsarbeiter	8,0	6,0
Straßenreiniger, Abfallbeseitiger	8,2	7,0
Waldarbeiter	8,3	15,2

Tab. 3: Tabelle der Krankenstände in öffentlichen Verwaltungen und Sozialversicherungen mit Daten aus dem Jahr 1998 (Vgl. Badura u.a. 2000, S. 546)

2 Gesundheitsmanagement in öffentlichen Einrichtungen

Da Krankenstände bislang kaum in öffentlichen Verwaltungen ausreichend wahrgenommen wurden, sind Gesundheitsmanagementstrategien hier bislang auch nur für einzelne Bereiche diskutiert und angewendet worden. Aktivitäten sind vor allem in Schulen, Krankenhäusern und Verkehrsbetrieben zu verzeichnen. Dabei kamen die Anstöße insbesondere von Modellprojekten auf Europa-, Bundes- und Länderebene. Schulen und Krankenhäuser wurden von der Weltgesundheitsorganisation explizit als „Settings“, das heißt herausgehobene Orte, in denen Gesundheitsförderungsansätze umgesetzt werden sollen definiert (vgl. Altgeld/Laser/Walter 1997).

1992 haben die WHO, der Europarat und die EU das Gemeinschaftsprojekt "Europäisches Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen" lanciert, an dem 39 europäische Staaten beteiligt sind. Seitdem sind in Deutschland drei erfolgreiche Bund-Länder-Modellversuche zum Themenfeld Gesundheitsfördernde Schule durchgeführt worden, in denen Aktivitäten unterstützt wurden, Schule als einen gesundheitsfördernden Arbeits- und Lernort zu gestalten.

Die wichtigsten Ziele der "Gesundheitsfördernden Schulen" sind die Schaffung und Verankerung einer gesundheitsfördernden Lebenswelt "Schule" durch:

- Entwicklung der persönlichen Kompetenzen des Einzelnen in der Schule sowie der

ganzen Schulgemeinschaft in Hinblick auf gesundheitsbewusstes, eigenverantwortliches Handeln.

- Definieren von klaren Zielen und Schaffen von guten Beziehungen unter LehrerInnen und SchülerInnen.
- Förderung von gemeinschaftlichen Problemlösungen in Schulen sowie das Ausloten der Verfügbarkeit von Gemeinderesourcen.
- Sensibilisierung für einen Gesundheitsbegriff, der körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden umfasst.

Alle am Schulleben beteiligten Personen können sich auf ihre Weise aktiv mit der gesundheitsfördernden Gestaltung ihres Arbeits- und Lernumfeldes auseinander setzen. Bei dem Ansatz der „Gesundheitsfördernden Schule“ geht es um eine Veränderung der Schule insgesamt. Es geht um Veränderungen des Unterrichts, des Schullebens, der Organisations- und Schulentwicklung bis hin zur Neuordnung der Bildungspolitik. Ziel ist die ganzheitliche Förderung der Gesundheit der in der Schule lernenden, lehrenden und anderweitig tätigen Personengruppen.

Die meisten teilnehmenden Schulen haben den Fokus auf Aktivitäten mit SchülerInnen und die Verbesserung des allgemeinen Schulklimas gelegt. Epidemiologische Daten zur LehrerInnengesundheit liegen in Deutschland aufgrund der eingangs beschriebenen Unzulänglichkeiten nicht vor. In Niedersachsen wurden Schulen sogar aus dem gemeinsamen Runderlass ausgenommen. Spezifische Belastungen von Schulformen oder –standorten

sind bislang nicht untersucht worden, außerdem stehen den Beschäftigten im Schuldienst keine Betriebsärzte beratend zur Verfügung. (vgl. Piper/Szymanek, 1998).

1996 wurde in Niedersachsen durch das Kultusministerium an der Universität Lüneburg ein Forschungsprojekt „LehrerInnen-Gesundheit“ gestartet, das sich mit objektiven und subjektiven Belastungsmomenten des Schulalltags und deren Veränderungsmöglichkeiten auseinandersetzt. Im Pilotteil des Forschungsprojektes wurden ExpertInnen gebeten, die Belastungen in niedersächsischen Schulen einzuschätzen. In einer vom Kultusministerium initiierten Netzwerkgruppe arbeiten Vertreter und Vertreterinnen des Niedersächsischen Kultusministeriums, der Bezirksregierungen, des Niedersächsischen Landesinstitutes für Lehrerfortbildung, der Landesvereinigung für Gesundheit Nds. e.V. sowie der Universität Lüneburg an Konzepten, die dazu beitragen sollen, die „Gesunde Schule“ zu fördern. Eine Übertragung der Ergebnisse auf Verwaltungsbereiche wird angestrebt.

Im Jahr 1997 wurde von uns eine landesweite Befragung niedersächsischer Lehrkräfte zu Stressbelastungen durchgeführt. Hierbei ging es um Einschätzungen zu den Bereichen: Belastungen, Entlastungen und Wohlbefinden durch Lehrkräfte verschiedener Schulformen. Aus den facettenreichen Ergebnissen wird deutlich, dass es nicht nur wichtig ist, schulischen Stress (wie z.B. Lärm, Umgang mit verhaltensauffälligen Kindern und Jugendlichen) als objektive Belastungsmomente zu sehen, sondern die subjektiv sehr unterschiedlichen Wahrnehmungen und Verarbeitungsweisen bei Lehrkräften zu berücksichtigen. Neben der Stressbelastung hat also die subjektive Stressverarbeitung einen hohen Stellenwert bei dem Umgang mit Schulalltagssituationen. (vgl. Sieland/Tacke 1999).

Die Notwendigkeit und Dringlichkeit von Organisations- und Personalentwicklung im Krankenhaus wird von niemandem in Frage gestellt. 1996 wurde das Deutsche Netzwerk Gesundheitsfördernder Krankenhäuser gegründet. In der Gründungserklärung wird das Selbstverständnis als nationales Netzwerk des internationalen Netzwerkes Gesundheitsfördernder Krankenhäuser der Weltgesundheitsorganisation beschrieben. Danach sind die beteiligten Krankenhäuser bestrebt »neben einer bestmöglichen medizinischen Versorgung auch über die Medizin hinausweisende Unterstützung zu geben für einen höheren Gesundheitsgewinn der PatientInnen, der MitarbeiterInnen und der Allgemeinheit. Assozi-

ierte krankenhaushnahe Institutionen helfen, diese Bemühungen zu verwirklichen« (vgl. Pelikan/ Wolff, 1999, S. 34).

In der acht Paragraphen umfassenden Erklärung werden die grundsätzlichen Handlungsmaxime und Ziele für gesundheitsfördernde Krankenhäuser festgelegt, u.a. die ganzheitliche Betrachtung des Menschen, ein angestrebtes überdurchschnittlich hohes Qualitätsniveau, die Achtung der PatientInnenpersönlichkeit und die Vernetzung mit europäischen und internationalen Initiativen in diesem Bereich. In das nationale Netzwerk aufgenommen wurden bisher 27 Mitgliedskrankenhäuser, allerdings sind hier überproportional viele konfessionell getragene Krankenhäuser Mitglied und Krankenhäuser in öffentlicher Trägerschaft unterrepräsentiert.

3 Verwaltungsreform als Einstiegspunkt in Gesundheitsmanagement

Durch einen enormen Kostendruck und Sparzwänge sind die öffentlichen Verwaltungen in den letzten zehn Jahren vermehrt darauf angewiesen, ihre Ressourcen so effektiv wie möglich einzusetzen und die Aufgaben so wirtschaftlich wie möglich zu erfüllen. Verwaltungsmodernisierung und die Einführung neuer Steuerungsmodelle sind die wesentlichen Herausforderungen für die öffentlichen Verwaltungen auf allen Ebenen gewesen. Die Hauptziele der Verwaltungsmodernisierung sind:

- Aufgabenkritik, d.h. eine Überprüfung des vorhandenen Aufgabenspektrums unter der Fragestellung, welche Aufgaben notwendigerweise von der öffentlichen Verwaltung wahr genommen werden müssen und welche durch andere Träger effektiver und möglicherweise kostengünstiger erfüllt werden können.
- Abbau von ineffektiven Entscheidungs- und Arbeitsstrukturen, d.h. wie in der Privatwirtschaft die Einführung flacherer Hierarchien und die Ausweitung von Entscheidungsspielräumen auf MitarbeiterInnenenebene.
- Prozess- und Ergebnisorientierung, d.h. die Einführung von Produktbeschreibungen statt starrer Strukturorientierung.
- Kostenbewusstsein durch die Einführung von Kosten-Leistungsrechnung.
- Personalentwicklung.

In ihrem so entwickelten neuen Verständnis als Dienstleistungseinrichtung soll die Verwaltung verstärkt auf motivierte Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und betriebswirtschaftliches

Denken und Handeln setzen. Mit diesen Prozessen, die auf den verschiedenen Verwaltungsebenen bislang nur teilweise umgesetzt worden sind, gehen erhöhte Qualitätsanforderungen einher, die sich sowohl auf die Leistungen der Beschäftigten beziehen als auch auf die Rahmenbedingungen. Die behördlichen Arbeitsprozesse, Arbeitsbedingungen der Beschäftigten und die Führungsorganisation müssen deshalb fortlaufend verbessert und optimiert werden.

Die Verwaltungsmodernisierung eröffnet jedoch für die Beschäftigten nicht nur neue Handlungsspielräume, sondern bringt auch spezifische neue Belastungssituationen mit sich, die bis dato in öffentlichen Verwaltungen eher unbekannt waren:

- Unsicherheit, Veränderungsängste bis hin zu konkreten Existenzängsten
- Erhöhter Leistungsdruck durch Leistungsvergleiche
- Kosten- und Einsparungsdruck
- Versagensängste aufgrund vielfacher Umstellungsnotwendigkeiten
- Übertragene Prozess- und Ergebnisverantwortung

Außerdem verläuft die Umsetzung der Verwaltungsmodernisierung nicht spannungsfrei. Etliche Ressortegoismen müssen zunächst überwunden werden und die Fokussierung der Reformdiskussion auf eine reine Privatisierungsdebatte, wie sie oft geführt wird, wird von vielen Beschäftigten ebenfalls als zusätzliche Belastung empfunden. Dennoch bietet gerade die Reformdebatte mit ihrem neuen Fokus auf Personalentwicklung und Erhöhung der Verantwortungsbereiche der einzelnen Beschäftigten einen idealen Einstiegspunkt in die Einführung von Gesundheitsmanagement. Gesundheitsmanagement muss nach dem neuen Arbeitsschutzgesetz ein integraler Bestandteil der Personalentwicklung sein. Mit der EG-Rahmenrichtlinie aus dem Jahr 1989 und dem Arbeitsschutzgesetz von 1996 ist eine Neuorientierung des traditionellen Arbeitsschutzes eingeleitet worden. Das Arbeitsschutzgesetz verpflichtet alle Arbeitgeber, für die zur Planung und Durchführung von Arbeitsschutzmaßnahmen geeignete Organisation zu sorgen und Vorkehrungen zu treffen, dass diese Maßnahmen erforderlichenfalls bei allen Tätigkeiten und eingebunden in die betrieblichen Führungsstrukturen beachtet werden. Gesundheitsmanagementsysteme sind für öffentliche Arbeitgeber ein geeignetes Mittel, um den sich

aus dem Arbeitsschutzgesetz ergebenden Verpflichtungen nachzukommen. Außerdem wirken sich viele Maßnahmen der Personalentwicklung wirken sich direkt oder indirekt positiv auf die gesundheitliche Entwicklung der Beschäftigten aus.

Auch in der niedersächsischen Landesverwaltung kam der Impuls zur Implementierung eines Gesundheitsmanagements innerhalb der Landesverwaltung von Seiten der Verwaltungsmodernisierung und Personalentwicklung. Eine behördenübergreifende Projektgruppe erarbeitete dort 2000 eine umfangreiches Konzept, das ab dem Sommer 2001 umgesetzt werden soll. In anderen Bundesländern waren in erster Linie erfolgreiche Aktivitäten zur Einführung von Gesundheitsmanagement auf Länderebene in den Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg zu verzeichnen.

In Bremen ist 1998 ein Rahmenkonzept zur "Gesundheitsförderung im bremischen öffentlichen Dienst" vom Senat beschlossen worden, über das eine Vereinbarung zwischen dem Gesamtpersonalrat für das Land und der Stadtgemeinde zur Umsetzung geschlossen wurde. Das Konzept beinhaltet unter anderem die Einrichtung einer ressortübergreifenden Steuerungsgruppe, die Einführung von Gesundheitsberichterstattung sowie die Durchführung von Gesundheitszirkeln. Eine flächendeckende Krankenstandsstatistik wurde zum Januar 1999 eingeführt. Außerdem wurde im selben Jahr mit der Erprobung des Rahmenkonzeptes in mehreren Einrichtungen des Justizvollzuges begonnen.

In Hamburg wurde auf Dienststellenebene bereits 1995 ein Modellprojekt zur Gesundheitsförderung unter dem Namen "profit" durchgeführt. Die Beschäftigten der Besoldungs- und Versorgungsstelle erarbeitete bis Ende 1997 beachtliche Empfehlungen zur Gesundheitsförderung, von denen eine ganze Reihe zwischenzeitlich umgesetzt werden konnten, insbesondere die Empfehlungen, die sich direkt auf das Arbeitsumfeld und die Arbeitsplatzausstattung bezogen, z.B. Gestaltung der Eingangsbereiche oder Einrichtung von Anrufbeantwortern. Außerdem wurden Seminare zur Gesundheitsförderung als Führungsaufgabe angeboten und durchgeführt. Eine Übertragung des Modellprojektes auf andere Dienststellen steht noch aus.

Für die etwa 150 000 Beschäftigten des öffentlichen Dienstes in Berlin ist im August 1999 ein Rahmenkonzept zum Gesundheitsmanagement zwischen Senat, nachgeordneten Behörden, Gewerkschaften und Gesamtpersonalrat vereinbart worden. Das Rahmenkonzept be-

schreibt die generellen Vorgehensweisen und die einzelnen Instrumente. Es beinhaltet außerdem eine Vereinbarung zur Qualifizierung der Führungskräfte und Interessenvertretungen. Eine zentrale, flächendeckende Krankenstandserhebung ist noch in der Vorbereitung.

Da das Konzept der Landesverwaltung in Niedersachsen neu erarbeitet wurde und viele Elemente aufgreift, die in anderen landesbezogenen Konzepten eine wesentliche Rolle spielen, zugleich aber einige wesentliche Neuerungen beinhaltet soll es nachfolgend modellhaft für Gesundheitsmanagement in öffentlichen Verwaltung detaillierter vorgestellt werden.

4 Gesundheitsmanagement in der Landesverwaltung in Niedersachsen

In Niedersachsen wurde 1999 ein Projekt zur "Reduzierung von Fehlzeiten / Frühpensionierungen und Unterstützung eines dienststelleninternen Gesundheitsmanagements" im Rahmen der niedersächsischen Staatsmodernisierung ins Leben gerufen. Auf einem Konzept zur Personalentwicklung aufbauend soll Gesundheitsmanagement eine integrierte, systematische Strategie der Organisations- und Personalentwicklung darstellen, die darauf abzielt, Krankheiten am Arbeitsplatz vorzubeugen, Gesundheitspotentiale zu stärken und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu fördern. Die Einrichtung einer interministeriellen Projektgruppe, in die auch externer Sachverständiger der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen und des Weiterbildungsstudiengangs Arbeitswissenschaften der Universität Hannover eingebunden war folgte unmittelbar auf eine der erfolgreichsten Veranstaltungen der Verwaltungsmodernisierung zum Thema "Gesundheitsförderung als Aufgabe der Personalentwicklung". Diese Veranstaltung hatte 1998 die Schnittstellen zwischen den Handlungsfeldern Verwaltungsreform, Organisations- und Personalentwicklung und Gesundheitsmanagement in vielfältiger Weise aufgezeigt.

Mit dem Runderlass vom 26.01.1998 zur statistischen Erhebung des Krankenstandes war vorher bereits ein erster Schritt zur systematischen Erhebung von Basisdaten zu den krankheitsbedingten Fehlzeiten in der niedersächsischen Landesverwaltung getan worden. Dieses Instrument der Ist-Analyse kann aber effektiv genutzt werden, wenn es als Baustein in ein systematisches Konzept von Gesundheitsförderung eingebunden ist.

Der Projektauftrag definierte nachstehende Ziele:

- Erarbeitung eines Leitfadens für die dezentrale Entwicklung von systematischen Gesundheitsförderungsprogrammen in den einzelnen Dienststellen, einschließlich entsprechender Maßnahmen zur Evaluation bzw. zum Qualitätsmanagement
- Einbringung von Vorschlägen zur gezielten Auswertung und ggf. Weiterentwicklung von Krankenstandsstatistiken sowie für die Erhebung und Nutzung weiterer Daten einer dienststelleninternen Gesundheitsberichterstattung (z.B. Mitarbeiterbefragung)
- Entwürfe für den Aufbau geeigneter dienststelleninterner Organisationsstrukturen und Beteiligungsformen einschließlich der Vernetzung mit gleich gerichteten Aktivitäten, insbesondere mit dem Arbeitsschutz
- Darstellung von Schnittstellen und Integrationsmöglichkeiten mit den übrigen Modernisierungsaktivitäten, insbesondere den Konzepten und Maßnahmen der Personalentwicklung. (vgl. Niedersächsisches Innenministerium, 1998)

Außerdem sollte die Bildung von behördenübergreifenden Netzwerken zur Erschließung von Synergieeffekten und die Kooperationsmöglichkeiten mit den Krankenkassen, der Landesunfallkasse Niedersachsen und weiteren Einrichtungen zur Nutzung der dort vorhandenen Erfahrungen mit der betrieblichen Gesundheitsförderung weiter voran getrieben werden durch die Definition konkreter Handlungsschritte.

Der Projektauftrag wurde 2000 erfolgreich umgesetzt. In dem von der Projektgruppe erarbeiteten Leitfaden werden die Prinzipien und Umsetzungsmöglichkeiten eines dienststelleninternen Gesundheitsmanagements definiert und veranschaulicht. Der Leitfaden baut auf den Prinzipien der Luxenburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung auf. Diese sind Ganzheitlichkeit, Partizipation, Integration und Projektorganisation. Darüber hinaus werden die ebenfalls vom Europäischen Netzwerk für Gesundheitsförderung entwickelten sechs Qualitätskriterien (Unternehmenspolitik, Personalwesen und Arbeitsorganisation, Konzept, Soziale Verantwortung, Maßnahmen auf der Verhältnis- und Verhaltenesebene, Evaluation) zur Grundlage des Leitfadens gemacht und Umsetzungsschritte (Steuerungsschritte, Dienstvereinbarungen,

Gesundheitszirkel, Bestandsaufnahme der Belastungen und Ressourcen, Gesundheitsförderungsmaßnahmen sowie Evaluationsmöglichkeiten) beschrieben. Insofern unterscheidet sich der Leitfaden kaum von den Strategien vergleichbarer Großunternehmen oder anderer Landesverwaltungen. Eine wesentliche Besonderheit des niedersächsischen Leitfadens ist jedoch die Ergänzung der Vorgehensweise durch eine geschlechtsspezifisch differenzierende Sichtweise, wie sie durch die europäische Politik des Gender Mainstreaming formuliert wurde. Gender Mainstreaming bezeichnet eine Strategie zur Durchsetzung des Gleichheitsgrundsatzes der Geschlechter, nach der bei allen politischen Entscheidungen und Plänen eine geschlechterbezogene Sichtweise berücksichtigt werden muss. Bezogen auf das Gesundheitsmanagement muss deshalb die Arbeitssituation von Männern und Frauen genauer betrachtet werden. Von entscheidender Bedeutung für die gesundheitliche Situation von Frauen ist etwa die Aufhebung der unverändert andauernden geschlechtlichen Arbeitsteilung.

Diese wird an folgenden Beispielen deutlich:

- Frauen üben spezielle Berufe aus. Über die Hälfte der erwerbstätigen Frauen arbeitet in nur wenigen Berufsgruppen, z.B. Pflegeberufen und persönliche Dienstleistungen am Menschen.
- Frauen arbeiten häufiger an Arbeitsplätzen mit geringeren Handlungs- und Entscheidungsspielräumen, an denen es wenig Aufstiegsmöglichkeiten gibt.
- Außerdem arbeiten sie wesentlich häufiger als Männer in Teilzeitarbeit (ca. 40% aller erwerbstätigen Frauen und rd. 10% der erwerbstätigen Männer). Für Teilzeitarbeit entscheiden sich Frauen, um z.B. Kinderbetreuung und Erwerbsarbeit besser miteinander vereinbaren zu können. Sie haben von daher schlechtere Chancen zum beruflichen Aufstieg und zur Teilnahme an Weiterbildungsmaßnahmen und Aktivitäten, die für die Entwicklung persönlicher Fähigkeiten von Bedeutung sind.

Deshalb sollen im Rahmen des Gesundheitsmanagements in der niedersächsischen Landesverwaltung unter anderem Erhebungsinstrumente zur Erfassung geschlechtsspezifischer Belastungen entwickelt werden und diese Belastungserfassung soll auch innerhalb von Gesundheitszirkeln eine wesentliche Rolle spielen. Außerdem werden die vorgeschlagenen Maßnahmen unter dem Blickwinkel ihrer

jeweiligen Auswirkungen auf beide Geschlechter begutachtet und differenziert.

Über den Leitfaden hinaus wurde ein Qualifizierungskonzept für MultiplikatorInnen und Schlüsselpersonen des Gesundheitsmanagements (u.a. Personalvertretungen, Dienststellenleiter, Arbeitsmediziner und Frauenbeauftragte) erarbeitet, das in den Fortbildungsinstitutionen des Landes umgesetzt werden soll. Außerdem empfahl die Projektgruppe die Einrichtung einer Agentur "Praxisbüro Gesundheitsmanagement", die als erste Anlaufstelle für interessierte Dienststellen fungieren soll und Beratungs- und Qualifizierungsangebote vermitteln. Zur Umsetzung des umfangreichen Konzeptes sollen zunächst Modellbehörden ausgewählt werden, in denen die einzelnen Instrumente und Maßnahmen erprobt werden sollen. Die Modellphase startet ebenfalls im Sommer 2001.

4 Fazit

Das niedersächsische Beispiel zeigt, dass sich selbst große öffentliche Verwaltungen "bewegen" können, wie es der ironische Titel einer anderen Broschüre zur Verwaltungsmodernisierung beschreibt (vgl. Presse- und Informationsstelle der Niedersächsischen Landesregierung, 1997) Gesundheitsförderung in öffentlichen Verwaltungen verläuft jedoch nicht spannungsfrei und reibungslos. Es bietet für die MitarbeiterInnen die Chance, Handlungsspielräume zu vergrößern, die Motivation zu steigern und die Arbeitszufriedenheit zu erhöhen. Gesundheitsmanagement passt als Konzept deshalb ausgezeichnet in das breite Spektrum der Verwaltungsmodernisierung, die sich auf MitarbeiterInnenebene nahezu identische Zielsetzungen gegeben hat. Es kann deshalb auch eine ganze Reihe von Synergieeffekten mit anderen Prozessen der Verwaltungsreform, beispielsweise der kontinuierlichen Verbesserungsprozesse oder neuen Steuerungsinstrumenten, auslösen. Außerdem wird über Gesundheitsmanagement auch endlich ein effektiver Arbeits- und Gesundheitsschutz in öffentlichen Verwaltungen umgesetzt.

Allerdings muss eingeräumt werden, dass die Handlungsspielräume von Gesundheitsmanagement in öffentlichen Verwaltungen auch begrenzt sind. Eine wesentliche Ursache für Unzufriedenheit auf Seiten der Beschäftigten, die Regelungen des Beamtenrechtes und des Bundesangestelltentarifes, liegen außerhalb der Reichweiten. Außerdem stehen die Behörden vor der widersprüchlichen Herausforde-

rung, einerseits Personal abzubauen und Kosten zu sparen und andererseits höhere Leistungsanforderungen an die Beschäftigten zu stellen und diese zu motivieren. Gesundheitsmanagement kann dazu beitragen, Überforderungen oder Unterforderungen zu vermeiden. Gerade diese Chancen müssen die verantwortlichen Dienststellenleiter und Personalvertretungen erkennen und die vorhandenen bzw. ausbaubaren Handlungs- und Entscheidungsspielräume optimal nutzen.

Literatur

T. Altgeld, I. Laser, U. Walter (Hrsg.): Wie kann Gesundheit verwirklicht werden? Gesundheitsfördernde Handlungskonzepte und gesellschaftliche Hemmnisse, Weinheim und München 1997

B. Badura, M. Litsch, C. Vetter (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 1999, Berlin Heidelberg New York 2000

U. Brandenburg, P. Nieder, B. Susen (Hrsg.): Gesundheitsmanagement in Unternehmen, Weinheim und München, 2000

Niedersächsisches Innenministerium: Die Niedersächsische Landesverwaltung durch Personalentwicklung zukunftsfähig gestalten, Hannover 1997

Niedersächsisches Innenministerium: Reduzierung von Fehlzeiten/ Frühpensionierungen und Unterstützung eines dienststelleninternen Gesundheitsmanagements – Projektskizze (unveröffentlichtes Manuskript) 1998

Niedersächsisches Innenministerium: Gesundheitsförderung als Aufgabe der Personalentwicklung, Hannover 1999

J. M. Pelikan, S. Wolff (Hrsg.): Das gesundheitsfördernde Krankenhaus, Weinheim und München 1999

Niedersächsisches Landesamt für Statistik, Statistische Monatshefte 5/2000, Hannover 2000

Piper, P. Szymanek, Taten statt Warten, in: Beispiele, Heft 4/98, Hannover 1998, S. 24 – 26

Presse- und Informationsstelle der Niedersächsischen Landesregierung: Und sie bewegt sich doch – Die Landesverwaltung reformiert und modernisiert sich, Hannover 1997

Senat der Freien und Hansestadt Hamburg: profit – Gesundheitsförderung in der Besoldungs- und Versorgungsstelle, Hamburg 1998

B. Sieland, M. Tacke: Stressverminderung als gesundheitsförderliche Maßnahme, in: Niedersächsisches Innenministerium, Gesundheitsförderung als Aufgabe der Personalentwicklung, Hannover 1999, S. 32 - 39

Der Autor

Thomas Altgeld, Diplompsychologe, Geschäftsführer der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V.; Arbeitsschwerpunkte; systemische Organisationsentwicklung und –beratung, Aufbau landesweiter Netzwerke, Qualitätsmanagement in der Gesundheitsförderung, Öffentlichkeitsarbeit und Fundraising.

Kontakt: Email: lv-gesundheit.nds@t-online.de

Silke Gräser, Wilfried Belschner, Universität Oldenburg

Ansatz und Ziele einer Gesundheitsfördernden Hochschule

1 Der Arbeitskreis 'Gesundheitsfördernde Hochschule'

Der deutsche Arbeitskreis "Gesundheitsfördernde Hochschule" ging 1995 aus dem Forschungsverbund Gesundheitswissenschaften Niedersachsen hervor und wird durch die Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen koordiniert. Diesem Arbeitskreis gehören mittlerweile Hochschulen und Fachhochschulen aus der ganzen Bundesrepublik an. Unsere Zielsetzung in diesem Arbeitskreis ist es, interessierten Hochschulen den Erfahrungsaustausch darüber zu ermöglichen, wie an den Hochschulen gesundheitsfördernde Lebens- und Arbeitsbedingungen geschaffen werden können. Dabei steht im Fokus des Arbeitskreises eine Ausrichtung an Gesundheit, nicht an Krankheit. Wir nennen das eine salutogene Orientierung. Salutogen bedeutet die Frage nach der Entstehung von Gesundheit im Gegensatz zur pathogenen Frage nach der Entstehung von Krankheit. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheit folgendermaßen: "Gesundheit ist ein Zustand umfassenden körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen." Gesundheit in diesem Verständnis zu fördern ist eine anspruchsvolle Aufgabe, denn hier genügt es nicht, eine einzelne Gesundheitsaktion in der Hochschule zu veranstalten. Die Gesundheitsfördernde Hochschule zielt auf viel mehr: sie will die gesamte Organisation Hochschule gesundheitsfördernd umgestalten. Doch was bedeutet eine gesundheitsfördernde Hochschulkonzeption? Grundlage der Gesundheitsförderung und der Arbeit des Arbeitskreises ist die Ottawa-Charta der Gesundheitsförderung, 1986 als gemeinsame Erklärung der Mitgliedsstaaten verabschiedet. In ihr heißt es: "Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen" (WHO, 1986). Eine gesundheitsfördernde Hochschule soll Menschen dabei unterstützen und sie befähigen, ihr größtmögliches Potential an Gesundheit zu entwickeln. Dabei grenzt sich die Gesundheitsförderung grundsätzlich ab von einem Menschenbild, in dem es vorwiegend um die

individuelle Verantwortung für Gesundheit geht; vielmehr integriert sie die strukturellen Bedingungen, die die Lebenswelten von Menschen ausmachen. Ausgangspunkt ist die Überlegung, dass Menschen in einer Wechselbeziehung zu ihrer Umwelt stehen, und so auch ihre Definitionen und ihr Verständnis von Gesundheit und Krankheit durch die Bedingungen geprägt sind, die sie in ihrer persönlichen, sozialen und gesellschaftlichen Umgebung vorfinden. Die gesundheitsfördernde Hochschule integriert also sowohl die individuellen als auch die strukturellen Bedingungen, die Lebenswelten von Menschen gestalten. Sie richtet sich einerseits an Individuen, indem sie Kompetenzen zur Gesundheit vermitteln will; andererseits richtet sie sich an die organisatorischen Bedingungen, die ein Mehr oder Weniger an Gesundheit in ihrem täglichen Leben ermöglichen. Die Gesundheitsförderung spricht hier von dem Settingansatz. Der Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschule verfolgt einen setting-orientierten Ansatz der Gesundheitsförderung. Ein Setting umfasst die Gesamtheit der eine Lebenswelt prägenden Bedingungen einer Gruppe in einem umgrenzten sozialen System (z.B. Stadt, Betrieb, Schule, Hochschule, Krankenhaus oder Gefängnis) (Gräser, 2000a,b).

Die gesundheitsfördernde Hochschule umfasst alle Mitglieder der Hochschule und sämtliche Entscheidungsstrukturen und -ebenen. Die Arbeit des Arbeitskreises zielt darauf, an den strukturellen Bedingungen einer Organisation anzuknüpfen, die Organisation als Ganzes zu sehen und die Gesundheit der gesamten Organisation zu fördern. In der Ottawa-Charta der Gesundheitsförderung heißt es: "Gesundheitsförderung ist im Sinne des Setting-Ansatzes dort zu verorten, wo Menschen leben, arbeiten und ihre Freizeit verbringen" (WHO, 1986).

2 Hochschule als Lebenswelt

Lebenswelten sind zentrale Ansatzpunkte für Gesundheitsförderung. Die Hochschule ist Lebens- und Arbeitswelt für rund 500.000 Bedienstete und rund 1,8 Millionen Studierende in Deutschland. Für all diese Menschen ist die Hochschule eine Organisation und eine Lebenswelt, in der sowohl die Studierenden als auch die in der Hochschule Beschäftigten einen Großteil ihrer Zeit verbringen, in dem sie leben, lernen und arbeiten, in dem sie sich wohl oder unwohl fühlen. In der doppelten Funktion einer Hochschule als Bildungsinstitution und Betrieb eröffnen sich als Zielgruppen sowohl die Beschäftigten im Unternehmen Hochschule als auch die Studierenden. Die

Hochschule als Organisation gibt Bedingungen vor, die Wohlbefinden und Gesundheit ermöglichen und fördern oder verhindern und blockieren (vgl. Sonntag, Gräser, Stock & Krämer, 2000). So geraten die Bedingungen von Gesundheit in der Hochschule, die über strukturelle und organisatorische Komponenten beeinflussbar sind, in das Zentrum der Gesundheitsförderung. So sind dann auch die zentralen Fragen des Arbeitskreises:

- Welches sind die gesundheitsrelevanten Bedingungen an der Hochschule?
- Wie wird Gesundheit im Setting Hochschule hergestellt und aufrechterhalten?

Gesundheitsförderung meint bei den Studierenden die eher klassischen Bereiche, wie Bewegung und Ernährung, aber auch die gesundheitsfördernde Gestaltung von Lehrplänen und Lehrformen, ein Angebot psychosozialer Dienste, studienphasenspezifische Angebote, die gesundheitsfördernde Gestaltung von Gebäuden, Lehrräumen und Freizeitbereichen u. v. m. (vgl. auch Gräser, 2000a,b). Bei den Beschäftigten heißt Gesundheitsförderung Arbeitszufriedenheit, ein gesundes Betriebsklima, gesundheitsfördernde Kommunikations- und Informationsstrukturen, eine ergonomische und sichere Arbeitsplatzgestaltung, Arbeitsschutz und Arbeitssicherheit, aber auch beispielsweise die Rolle von Führungskräften für die Gestaltung einer gesundheitsfördernden Hochschule. Die Vielfalt dieser Aspekte macht deutlich, dass Gesundheit an der Hochschule eine Querschnittsaufgabe sein muss, an der viele verschiedenen Professionen in der Hochschule zusammenarbeiten müssen. Das betrifft im Beschäftigten-Bereich im Grunde alle, die in irgendeiner Form mit gesundheitlichen und umweltgestalterischen Fragen an der Hochschule befasst sind, also sowohl Betriebsärztinnen und -ärzte, Sicherheitsingenieure und -ingenieurinnen als auch Personalräte, Personaldezernate, Vertreter und Vertreterinnen des Hochschulsports, Gesundheitsbeauftragte, Beauftragte von Personalfortbildungen, Umweltbeauftragte usw.

3 Ziele und Prinzipien einer gesundheitsfördernden Hochschule

Grundsätzlich ist zu unterscheiden zwischen Gesundheitsförderung in der Hochschule und einer gesundheitsfördernden Hochschule. Während sich die Gesundheitsförderung in der Hochschule auf einzelne, punktuelle Aktivitäten und einzelne Aktionen zur Gesundheitsförderung bezieht (wie z.B. die Durchführung eines Gesundheitstages oder ein besonderes

Bewegungsangebot wie z.B. eine Rückenschule) schließt der Ansatz der gesundheitsfördernden Hochschule explizit die gesamte Organisation und alle Mitglieder der Hochschule in den Prozess ein. „Gesundheitsförderung bedeutet, das Kriterium Gesundheit in die Handlungs- und Entscheidungsprozesse eines Systems einzuführen“ (Grossmann & Scala, 1994). Damit bietet Gesundheitsförderung ein Dach für Aktivitäten der Gesundheitsförderung im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung ebenso wie in der Gestaltung von Studienbedingungen. Betriebliche Gesundheitsförderung ist eine Teilkomponente der gesundheitsfördernden Hochschule, die sich auf die Aspekte der Hochschule als Unternehmen bezieht und vor allem die Beschäftigten in den Mittelpunkt von Aktivitäten zur Gesundheitsförderung stellt. Schließlich wirken sich, in einem Verständnis der Organisation als System, auch Interventionen der betrieblichen Gesundheitsförderung auf das Gesundheitsbewusstsein der gesamten Hochschule aus. Was sind nun die Oberziele einer gesundheitsfördernden Hochschule? Zu den Zielen gehören:

- die Förderung gesunder und nachhaltiger Politik und Planung in der gesamten Hochschule
- die Bereitstellung gesunder Arbeitswelten
- das Angebot gesunder und unterstützender sozialer Umwelten
- die Einführung und Verbesserung der Gesundheitsversorgung
- die Unterstützung persönlicher und sozialer Entwicklung
- die Sicherstellung einer gesunden und nachhaltigen Umwelt
- die Ermutigung zu weiterem wissenschaftlichen Interesse und zu Entwicklungen in der Gesundheitsförderung
- die Entwicklung von Verbindungen zur Gemeinde

Die Zielgruppen einer gesundheitsfördernden Hochschule können sein:

- Studierende oder bestimmte Zielgruppe unter den Studierenden
- Beschäftigte oder bestimmte Zielgruppe der Beschäftigten
- die lokale Gemeinde oder eine bestimmte Zielgruppe innerhalb der Gemeinde
- (vgl. Dooris, 1997, 2000)

Im Hinblick auf die Umsetzung der vielfältigen Aufgaben einer gesundheitsfördernden Hochschule ist es notwendig, sich an grundlegenden Prinzipien der Gesundheitsförderung zu orientieren. Zu diesen grundlegenden Prinzipien der Gesundheitsförderung gehören:

- eine Gesundheits- statt Krankheitsorientierung,
- der Lebens- und Umweltbezug,
- die Gemeinwesenorientierung,
- die Partizipation aller Mitglieder
- die Emanzipation (Befähigung u. Kompetenzerweiterung von Einzelnen/Gruppen)
- eine Prozess- statt Ergebnisorientierung (GMK, 1991)

4 Der Setting-Ansatz der WHO

Der Setting-Ansatz ist ein zentrales Konzept der Gesundheitsförderung für die Entwicklung von Gesundheit von Systemen und Organisationen. Die WHO (1999) versteht Settings als wichtige Ansatzpunkte für eine multisektorale Strategie zur Förderung der Gesundheit. Auf Basis des Setting-Ansatzes entstanden durch die Initiative der WHO regionale, nationale und europäische Projekte und Netzwerke wie das „Gesunde-Städte-Projekt“, das „Netzwerk Gesundheitsfördernde Schulen“, das Projekt „Gesundheitsförderndes Krankenhaus“, „Gesunder Betrieb“ und „Gesundes Gefängnis“. Alle diese Netzwerke arbeiten orientiert am Settingansatz an der Umsetzung von gesundheitsfördernden Bedingungen in den unterschiedlichen Organisationen und arbeiten übergreifend nicht nur in Deutschland, sondern auch in Europa.

Gesundheitsfördernde Hochschulen, die ein Gesamtkonzept mit Unterstützung der WHO bereits entwickelt und umgesetzt haben, gibt es bereits in England. Die University of Central Lancashire, die University Lancaster, the Medical School of Newcastle sind Beispiele in

Großbritannien, die bereits Gesamtstrategien entwickelt haben. Die WHO konnte dabei auf Konzepte und Erfahrungen aus den anderen Setting-Projekten zurückgreifen. Mitte 1997 initiierte die WHO einen Runden Tisch in Lancaster (Großbritannien), in dem unter Beteiligung des Arbeitskreises und der Universität Oldenburg Kriterien und Strategien zur Umsetzung von gesundheitsfördernden Hochschulen entwickelt wurden (vgl. Tsouros, Dowding & Dooris, 1998; Tsouros, 2000). Das europäische Projekt "Health Promoting Universities" ist seit 1997 offiziell in das Arbeitsprogramm des Projektes "Gesunde Städte" miteinbezogen. Ein Europäisches Netzwerk "Health Promoting Universities" wird derzeit durch die WHO vorbereitet. Dabei ist das Interesse an dem Konzept nicht auf Europa beschränkt, vielmehr kommen Anfragen an den Arbeitskreis auch aus Australien, Neuseeland, Taiwan und den USA.

5 Zur Umsetzung einer gesundheitsfördernden Hochschule

Eine gesundheitsfördernde Hochschule braucht die Synergie-Effekte, die entstehen, wenn Ressourcen in der Hochschule zusammengefasst werden. Dazu muss also eine Struktur geschaffen werden, die in der Lage ist, eine gesundheitsfördernde Gesamtkonzeption umzusetzen. Hier ein Beispiel der Organisationsstruktur in Großbritannien, in der University of Central Lancashire (Dooris, 2000).

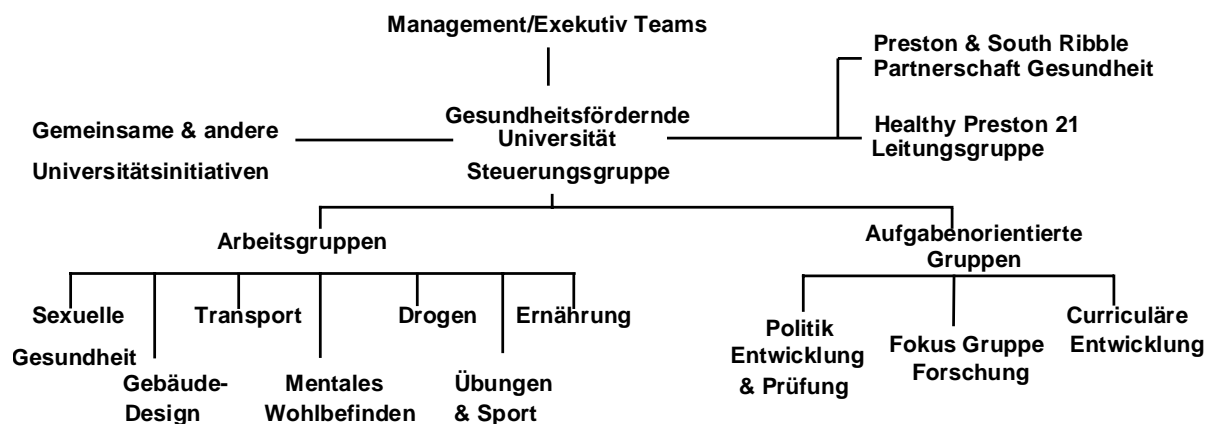


Abb. 1: Organisationsstruktur der University of Central Lancashire (Dooris, 2000, übersetzt von Silke Gräser)

Eine solche Organisationsstruktur eines Projektes Gesundheitsfördernde Hochschule bedeutet einen Politik- und Strategiewechsel im Sinne von Gesundheitsförderung. Dieser ist herbeizuführen durch die Einbeziehung gesundheitsfördernder Aspekte in die alltäglichen Aktivitäten, die volle Partizipation aller Teile eines Settings und die Bewertung der Gesundheitsförderung (vgl. Baric & Conrad, 1999).

Hochschulen haben ganz unterschiedliche Voraussetzungen. Zur Umsetzung einer gesundheitsfördernden Hochschule bedarf es eines systematischen Vorgehens, das mit einer Analyse der spezifischen Situation an der

jeweiligen Hochschule beginnen sollte und gleichzeitig zur Evaluation, einer Bewertung der Gesundheitsförderung, genutzt werden kann. Ein erster Schritt einer gesundheitsfördernden Hochschule sollte daher eine Analyse des gesundheitlichen Ist-Zustandes der jeweiligen Hochschule sein.

Franzkowiak (2000) formuliert auf Basis der fünf allgemeinen Setting-Merkmale von Ashton (1998) einer gesundheitsfördernden Hochschule eine Struktur für eine hochschulbezogene Gesundheitsberichterstattung (HGBE). Daraus leitet Franzkowiak Ansatzpunkte und Leitfragen einer interventionsorientierten HGBE ab.

<i>HGBE-Bereiche</i>	<i>Inhalte</i>	<i>Ableitungen für Gesundheitsförderung</i>
<i>Allgemeine Rahmenbedingungen, Organisationskultur und Leitbild(er), Verhältnis von Lehre und Forschung</i>	politische, ökonomische und kulturelle Rahmenbedingungen und Leitbilder der Organisation Hochschule und einzelner Fachbereiche/Einrichtungen; Standorte und ihre materiellen und natürlichen Umweltbedingungen; Gebäude; Ergonomie des Lernens/Lehrens; Versorgungsstruktur (Mensa, Wohnheime, Freizeiteinrichtungen etc.)	Benennung prioritärer gesundheitsrelevanter Strukturmerkmale und -probleme der Hochschule bzw. einzelner Organisationseinheiten
<i>Ausstattung, Arbeits- und Studienbedingungen</i>	Personal- und Sachausstattung; Arbeitsgestaltung, Arbeitsmittel, Arbeitsschutz; Lehr-Lern-Ausstattung, Personalschlüssel Lehrende – Lernende, Didaktik und Studienorganisation; Studienbedingungen, -erfolge, -abbrüche	Benennung prioritärer gesundheitsrelevanter Leistungs- und Ausstattungsmerkmale und -probleme der Hochschule bzw. einzelner Organisationseinheiten
<i>Gesundheitliche Lage und Gesundheitsgefährdungen der Hochschulmitglieder</i>	Arbeits- und Studienzufriedenheit; Lebenskompetenzen, soziale Unterstützung, Belastungen und Stressbewältigung; Gesundheitsverhalten, Gesundheitsgefährdungen/Risikofaktoren; somatische, psychische und psychosoziale Beschwerden und Krankheiten, Krankenstand/Fehlzeiten, Arbeitsunfähigkeit (AU-Tage), arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen; Behinderungen, Frühberentungen (Mortalität, Lebenserwartung) → differenziert nach: Studierenden; Lehrenden, Verwaltung/Hausdiensten, assoziierten MitarbeiterInnen und Diensten, nach Geschlecht, u. U. auch nach: Standorten, Abteilungen, Fachbereichen, Sondereinrichtungen	Benennung prioritärer Gesundheitsmerkmale und -probleme der Hochschulmitglieder bzw. der Mitglieder einzelner Organisationseinheiten
<i>Ressourcen und Inanspruchnahme</i>	betriebsärztlicher Dienst; Beratung- und Versorgungseinrichtungen und deren Beschäftigte; Leistungen und Inanspruchnahme von gesundheitlicher Information, Beratung, Gesundheits- und Arbeitsschutz, medizinischer Versorgung an der Hochschule	Benennung prioritärer Beratungs-, Gesundheitschutz- und Versorgungsprobleme an der Hochschule bzw. in einzelnen Organisationseinheiten
<i>Finanzierung und Steuerung</i>	Ausgaben, Kosten und Preise, Finanzierung und Steuerung von Gesundheitsaufklärung und -beratung, von Prävention und Gesundheitsförderung, von Arbeits- und Gesundheitsschutz an der Hochschule	Benennung prioritärer Steuerungsprobleme in ihrer Auswirkung auf Prävention und Gesundheitsförderung in der Hochschule
<i>Vernetzung und Gemeindeförderung</i>	gesundheitsbezogene Vernetzung/Kooperation mit anderen Einrichtungen, Einbindung in die Gemeinde	Benennung prioritären Vernetzungs- und Kooperationsbedarfs innerhalb und außerhalb der Hochschule
<i>Weiterentwicklung und Veränderung</i>	Entwicklungslinien, Zukunftsszenarien, Veränderungsnotwendigkeiten und -modelle	Benennung prioritären Interventionsbedarfs in der Hochschule bzw. einzelnen Organisationseinheiten sowie in der Interaktion mit hochschulexternen Partnern

Abb. 2: Spezifische HGBE-Berichtsstruktur (Franzkowiak, 2000)

Allgemeine Rahmenbedingungen, Leitbild und Außenwirkung

- Sind die Arbeits-, Lern- und Lebens-/Freizeitbedingungen gesund für alle Beteiligten?
- Sind alle Hochschulangehörigen im Stand ihrer bestmöglichen Gesundheit?
- Sind Lehren, Lernen und Forschung und deren strukturelle wie organisatorische Rahmenbedingungen in optimaler Weise realisiert?
- Sind alle Verbesserungsmöglichkeiten von medizinischer, Verhaltens- und Verhältnisprävention an der Hochschule bekannt und ausgeschöpft?
- Bestehen ausreichende gesundheitsfördernde Verbindungen und Vernetzungen mit der Gemeinde?
- Ist ein Leitbild der nachhaltigen Gesundheitsplanung und Gesundheitsförderung in allen Bereichen der Hochschule vorhanden oder in Entwicklung? Ist das Leitbild Teil der kontinuierlichen Organisationsentwicklung?
- Hat die Hochschule eine gesunde Außenwirkung? Wird dadurch die Attraktivität für Studierende, Berufungen und Arbeitende erhöht? Ist damit eine Verbesserung der Wettbewerbschancen verbunden?
- Unterstützt die Hochschule die Gesundheitssicherung und -entwicklung in der Gemeinde? Welche Wechselwirkungen gibt es zwischen Gemeinde und Hochschule?

Spezifische Arbeitsbedingungen, Gesundheitsförderung und Gesundheitsdienste

- Werden allen Mitgliedern und MitarbeiterInnen der Hochschule gesunde Lern- und Arbeitsbedingungen, gesundheitsfördernde Arbeits-, Lern- und Forschungsplätze bereitgestellt?
- Gibt es für alle Fachbereiche, Einrichtungen und MitarbeiterInnen ein gesundes und unterstützendes soziales Umfeld?
- Wird die persönliche und soziale Entwicklung von Studierenden und MitarbeiterInnen erleichtert und gefördert?
- Wird die Einrichtung und kontinuierliche Verbesserung von Arbeits- und Gesundheitsschutz der MitarbeiterInnen und Studierenden als Pflichtaufgabe begriffen und ohne Einschränkungen umgesetzt? Wird die angemessene Umsetzung unabhängig überprüft?
- Besteht ein betriebsärztlicher Dienst? Wird er effektiv genutzt, arbeitet er effizient?
- Ist die Erhaltung und Erhöhung von Gesundheit und Produktivität aller MitarbeiterInnen, Lehrenden und Studierenden gesichert? Werden durch gesundheitsfördernde Interventionen krankheitsbedingte Abwesenheiten und Ausfallzeiten nachhaltig abgebaut?
- Werden ausreichende, leicht zugängliche und problemnahe Basisgesundheits- und Beratungsdienste an der Hochschule bereitgestellt?
- Sind eine nachhaltige Versorgung mit gesunder Ernährung (Mensa, Cafeterien) und Möglichkeiten der Bewegung und Erholung sichergestellt?

Forschung, Lehre, Lernbedingungen und Effektivität

- Ist Gesundheitsförderung ein (zentrales) Thema der akademischen Anstrengungen in der Hochschule? Wie kann der Stellenwert von Gesundheitsförderung in Lehre und Forschung erhöht werden?
- Werden die Lehr-/Lernleistungen an der Hochschule nachhaltig verbessert? Wie werden diese Verbesserungen evaluiert? Können die StudienabbrecherInnenzahlen abgebaut werden?
- Kann die Effektivität und Effizienz der Hochschule, ihrer Studiengänge, Forschungseinrichtungen und aller Beteiligten erhöht und gesichert werden?

Abb. 3: Ansatzpunkte und Leitfragen einer interventionsorientierten HGBE (Franzkowiak, 2000)

Eine Zielsetzung in Richtung auf mehr Gesundheit an der Hochschule sollte sich aber nicht nur an den Aufgabenfeldern einer setting-orientierten Gesundheitsförderung, sondern auch an gesundheitsfördernden Handlungsstrategien orientieren, denn sie sind wichtige Bedingungen für eine gesundheitsfördernde Hochschulkonzeption. Zentrale Handlungsstrategien der Gesundheitsförderung müssen bei der Umsetzung einer gesundheitsfördernden Hochschulkonzeption beachtet werden:

- Partizipation: Beteiligung aller Gruppen in einem Setting

Denn: Selbstbestimmung erfordert die Möglichkeit zur Partizipation, und Gesundheitsförderung ist nur dann erfolgreich, wenn die betroffenen Gruppen in den Planungsprozess involviert sind.

- Empowerment (Ermächtigung)

Denn: Ermächtigung der Betroffenen führt zu einem Gefühl von Kontrolle über die eigenen Lebensumstände und fördert so Gesundheit.

- Intersektorale Zusammenarbeit

Denn: Gesundheit ist ein umfassendes Anliegen, das sich nicht nur auf den Gesundheitssektor bezieht, sondern alle Politikbereiche mit einbezieht.

- Kooperation und Netzwerkarbeit sind zentrale Strategien der Gesundheitsförderung!

Denn: Kommunikation und Information sind Voraussetzungen für die Ermöglichung von Selbstbestimmung über Gesundheit.

- Gesundheitsförderung heißt prozessorientiertes Vorgehen.

Denn: Gesundheitsförderung zielt auf ein höheres Maß an Selbstbestimmung über die Gesundheit von Menschen und orientiert sich somit an den spezifischen Gegebenheiten eines Settings und der darin lebenden Menschen.

Literatur

Ashton, John (1998): The historical shift in public health. In A. Tsouros, G. Dowding, M. Dooris, J. Thompson (Eds.). Health Promoting Universities. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Baric, Leo & Conrad, Günter (1999): Gesundheitsförderung in Settings. Gamberg: Verlag für Gesundheitsförderung G. Conrad.

Dooris, Mark (1997): Health Promoting University Project. Phase I: Progress & Evaluation Report. University of Central Lancashire.

Dooris, Mark (2000): Promoting sustainable health within a university setting: A case study. In: U. Sonntag, S. Gräser, C. Stock & A. Krämer (Hrsg.), Gesundheitsfördernde Hochschulen. Weinheim: Juventa.

Franzkowiak, Peter (2000): Gesundheitsberichterstattung im Setting Hochschule. In U. Sonntag, S. Gräser, C. Stock & A. Krämer (Hrsg.). Gesundheitsfördernde Hochschulen. Weinheim, München: Juventa.

GMK (1991): Entschließung der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister/innen und Senator/innen der Länder.

Gräser, Silke (2000a): Die Netzwerkperspektive in der Gesundheitsförderung als Ansatz für professionelles Handeln. Gruppendynamik und Organisationsberatung, 3, 303-320.

Gräser, Silke (2000b): PsyBe: Ein Modell zur Gesundheitsförderung in der Studienabschlußphase. In: U. Sonntag, S. Gräser, C. Stock, A. Krämer: Gesundheitsfördernde Hochschulen. Weinheim, München: Juventa.

Grossmann, Ralph & Scala, Klaus (1994): Gesundheit durch Projekte fördern. Weinheim, München: Juventa.

Sonntag, Ute; Gräser, Silke; Stock, Christiane & Krämer, Alexander (Hrsg.) (2000): Gesundheitsfördernde Hochschulen. Weinheim, München: Juventa.

Tsouros, Agis D.; Dowding, Gina & Dooris, Mark (Eds.) (1998): Strategic Framework for the health Promoting Universities project. In A. D. Tsouros, G. Dowding, J. Thompson, M. Dooris: Health Promoting Universities - Concept, Experience and framework for action. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

Tsouros, Agis D. (2000): Health Promoting Universities: concept and strategy. In U. Sonntag, S. Gräser, C. Stock & A. Krämer. Gesundheitsfördernde Hochschulen. Weinheim, München: Juventa.

WHO (1999): Health21: The health for all policy framework for the WHO european region. European health for all series no. 6.

WHO (1986): Ottawa-Charter for Health Promotion. Health Promotion, 1, iii-v.

Die Autoren

Dipl.-Psych. Silke Gräser ist seit 1993 wissenschaftliche Mitarbeiterin im Fach Psychologie, AE Gesundheits- und Klinische Psychologie der Universität Oldenburg. Seit 1992 auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung tätig, u.a. Erfahrungen als Koordinatorin des Gesundheitsplenums Oldenburg. Ansprechpartnerin für internationale Beziehungen im Arbeitskreis Gesundheitsfördernde Hochschule. Arbeitsschwerpunkte: Gesundheitspsychologie, Institutionelle Gesundheitsförderung und Interventionsmethoden, Evaluation.

Kontakt: silke.graeser@uni-oldenburg.de

Prof. Dr. Wilfried Belschner ist seit 1974 Professor für Psychologie an der Universität Oldenburg der AE Gesundheits- und Klinische Psychologie. Zu seinen Schwerpunkten gehören die Gesundheitspsychologie, Public Health und die Transpersonale Psychologie. Er ist 1. Vorsitzender des Deutschen Kollegiums für Transpersonale Psychologie und Psychotherapie und Leiter der Transpersonalen Studien und des Kontaktstudiums Qigong.

Kontakt: wilfried.belschner@uni-oldenburg.de

Informationen im Internet unter:

www.uni-oldenburg.de/psychologie/gesundheit

www.dktp.org

Friedrich Stratmann, Joachim Müller, HIS
Hochschul-Informationssystem GmbH
Hannover

Gefährdungsbeurteilung nach dem Arbeitsschutzgesetz – ein Instrument auch für die betriebliche Gesundheitsförderung?

1 Vorbemerkung

Arbeitsschutz im "modernen" Sinn erweitert die traditionelle Zielsetzung des "Verhütens von Unfällen" (Unfallschutz) zu einer aktiven, präventiven Form des allgemeinen "Gesundheits-schutzes". Ziel ist es, vielfältige Formen und Symptome arbeitsbedingter Erkrankungen rechtzeitig zu erkennen und frühzeitig Gegenmaßnahmen zu ergreifen. Hintergrund für die erweiterte Zielsetzung ist der vermehrte Einsatz neuer Technologien, der mit deutlichen Umbrüchen der betrieblichen Arbeitsbedingungen verbunden ist.

Hierdurch wandeln sich Gefährdungen und Belastungspotentiale. Traditionelle Arbeitsbereiche mit arbeitsbedingten Belastungen (z.B. mit körperlicher Schwerarbeit) verlieren an Gewicht, während psychomentele und psychosoziale Arbeitsbedingungen an Bedeutung gewinnen. Dieser Wandel eröffnet Möglichkeiten in der Praxis, Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung näher zusammenzubringen.

Ein wichtiges Instrument für die Praxis stellt hierbei eine Gefährdungsbeurteilung gemäß novelliertem Arbeitsschutzgesetz von 1997 dar.

Das Arbeitsschutzgesetz verpflichtet *"durch eine Beurteilung der für die Beschäftigten mit ihrer Arbeit verbundenen Gefährdung zu ermitteln, welche Maßnahmen des Arbeitsschutzes erforderlich sind."* (§ 5 Abs. 2). Der Arbeitgeber muss die Ergebnisse der Gefährdungsbeurteilung dokumentieren. Er *"muss über die je nach der Art der Tätigkeiten und der Zahl der Beschäftigten erforderlichen Unterlagen verfügen, aus denen das Ergebnis der Gefährdungsbeurteilung, die von ihm festgelegten Maßnahmen des Arbeitsschutzes und das Ergebnis ihrer Überprüfbarkeit ersichtlich sind."* (§ 6 Abs. 1).

Vor diesem Hintergrund sind seit Anfang 1997 von den zuständigen Fachministerien, von den Unfallversicherungsträgern, von Fachverlagen und Einzelexperten diverse Konzepte entwickelt worden, die bei der Gefährdungsbeurteilung Gestaltungs- und Verfahrenshilfe geben sollen.¹

Die Hochschulen haben sich auf verschiedenen Ebenen mit diesen Vorschlägen befasst. Als Ergebnis wurde jedoch festgehalten, dass die heterogene Struktur der Hochschule mit einer Vielzahl von unterschiedlichsten Fächern und Arbeitsverfahren mit den vorgelegten Konzepten nicht oder nur mit hohem personellen Aufwand abgebildet werden kann.

HIS hat daraufhin mit dem Arbeitskreis „Arbeits- und Umweltschutz der Universitätskanzler“ 1997 ein Konzept und ein Erhebungsverfahren² entwickelt, dass in der Folgezeit von einer Reihe von Hochschulen erfolgreich eingesetzt worden ist. HIS selbst hat den Einsatz an der TU Berlin, der FU Berlin und der Universität Lüneburg³ wissenschaftlich begleitet und die Ergebnisse dokumentiert. Im Folgenden sollen Methode⁴ und Ergebnisse kurz vorgestellt werden.

¹ Bundesverband der Unfallkassen (Hrsg.): Beurteilung von Gefährdungen und Belastungen am Arbeitsplatz. München, Mai 1997 [<http://www.unfallkassen.de>]; BG Chemie: Gefährdungsanalyse. Merkblätter A 016/A017. Heidelberg 1997; Unterstützung der Betriebe bei der Gefährdungsbeurteilung. Auflistung von Materialien der Berufsgenossenschaften, in: Die BG, Januar 1998, S. 53 ff.; Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Das neue Arbeitsschutzgesetz. Gefährdungen. Erkennen, Bewerten, Beseitigen. Faltblatt. Bonn, August 1997; Dies.: Ermittlung gefährdungsbezogener Arbeitsschutzmaßnahmen im Betrieb – Ratgeber -. Dortmund/Berlin 1997 (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin S 42); Gruber, H.; Mierdel, B.: Leitfaden für die Gefährdungsbeurteilung. Bochum, 1997

² HIS Hochschul-Informationssystem: Gefährdungsermittlung und -beurteilung in Hochschulen nach § 5 Arbeitsschutzgesetz. 2. Verb. Aufl. Stratmann, F. [Bearb.], Hannover, November 1997; ein alternatives Konzept im Hochschulbereich: Universität Bonn/Universität Hamburg: Beurteilung und Dokumentation der Arbeitsbedingungen gemäß der §§ 5 und 6 Arbeitsschutzgesetz. Einführung mit Anlagen "Typisierte Arbeitsplätze" und "Klassifikation der Gefährdungsfaktoren". August 1997

³ HIS Hochschul-Informationssystem: Gefährdungsbeurteilung nach dem Arbeitsschutzgesetz an der Technischen Universität Berlin. Stratmann, F.; Schmidt, W. [Bearb.], Hannover, Juli 1998; Ders.: Gefährdungsbeurteilung an der Freien Universität Berlin. Müller, J.; Stratmann, F.; Schmidt, W. [Bearb.], Hannover, Februar/Oktober 2000; Ders.: Bericht zur Gefährdungsbeurteilung und Mitarbeiterbefragung an der Universität Lüneburg. Müller, J.; Gilch, H. [Bearb.], Hannover, Dezember 2000

⁴ Der effiziente Einsatz des HIS-Erhebungsbogens in den Hochschulen TU Berlin, FU Berlin und Universität Lüneburg resultierte auch aus umfangreichen vorbereitenden und begleitenden Maßnahmen vor Ort (z.B. Abstimmung mit dem Personalrat, Informationsveranstaltungen, Hotline, Kontrolle des Rücklaufs).

2 Erhebungsmethode

Flächendeckender Ansatz

Das HIS-Konzept geht von einer flächendeckenden Vorgehensweise aus, um der Hochschulleitung in Wahrnehmung ihrer Organisationsverantwortung Basisinformationen zur Gefährdungs- und Belastungssituation in der Hochschule zu ermitteln, damit sie notwendige – insbesondere bei akuter Gefährdung - Maßnahmen ergreifen kann. Eine zwar informative, jedoch notwendig selektive Aufzeichnungspraxis der Fachkräfte für Arbeitssicherheit in den bestehenden „Begehungsakten“ erscheint als Informationsgrundlage nicht ausreichend.

Der zentrale Adressat des Arbeitsschutzgesetzes ist der Arbeitgeber. Er hat die Verantwortung für die Sicherheit und den Gesundheitsschutz im Betrieb. Diese hat die Fachkraft für Arbeitssicherheit nicht! Sie hat vielmehr den Arbeitgeber bei seinen Aufgaben zu unterstützen.

Die Arbeitgebertverantwortung in einer Hochschule ist aufgrund bereichsspezifischer Verantwortungsebenen nicht homogen. Anders als im Industriebetrieb (Pflichtenübertragung) sind diese in hohem Maße bereits auf gesetzlicher Ebene fixiert (Landeshochschulgesetze). Als Beispiele seien erwähnt: Hochschullehrer mit selbständiger Wahrnehmung von Aufgaben in Forschung und Lehre, Fachbereichs-, Instituts-, Hochschulleitung. Diese dezentrale, eigenständige Verantwortung korrespondiert mit einer zentralen Organisationsverantwortung für den Vollzug von Vorschriften des Arbeits- und Umweltschutzes, die bei der Hochschulleitung liegt. Für die Aufgaben Gefährdungsbeurteilung und Dokumentation hat die Leitung der Hochschule eine Beurteilung vor Ort durch die dort Verantwortlichen zu veranlassen, nicht jedoch selbst durchzuführen; die zentral angesiedelten Fachkräfte für Arbeitssicherheit haben von daher auch nur das Konzept bzw. die Instrumentarien bereitzustellen.

Für eine schnelle und flächendeckende Ermittlung dieser Basisdaten lässt sich nur die Methode „Befragung über Erhebungsbogen“ einsetzen.

Erfassungsbereich

Das Erhebungskonzept ist arbeits- bzw. tätigkeitsbereichsbezogen ausgerichtet.

Unter Arbeits- bzw. Tätigkeitsbereich werden hier identische Beschäftigungsgruppen in einem Fachgebiet zusammengefaßt, soweit die dortigen Arbeitsplätze Merkmale besitzen, aus denen weitgehend identische Gefährdungen resultieren können. Beispiele: In den chemischen Laboren eines Fachgebiets sind die Gefährdungsmerkmale für alle Beschäftigten

i.d.R. identisch und können deshalb unter dem Arbeits- bzw. Tätigkeitsbereich „Labor“ zusammengefaßt werden.

Nach den Erfahrungen von HIS können die meisten Arbeits- bzw. Tätigkeitsbereiche in Hochschulen den Typisierungen - Labor/ Technikum, Werkstätten und Verwaltung/Bürobereiche - zugeordnet werden. Sonderbereiche sind u.a. in den Fachgebieten Sport, Landwirtschaft, Veterinärmedizin sowie in den Servicebereichen Logistik, Gebäudemanagement und Lagerung festzustellen.

Gefährdungs- und Belastungsarten

Das HIS-Konzept lehnt sich an die Gliederung des Ratgebers der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin⁵ an. Hierbei kann grob unterschieden werden zwischen:

- Gefährdungen durch den Gebrauch von Geräten/Maschinen/Bauteilen (mechanische, elektrische und physikalische Gefährdungen sowie Gefährdungen durch Wärme/Kälte/Druck/Lärm),
- Gefährdungen durch den Einsatz von Arbeitsstoffen,
- Gefährdungen und Belastungen durch die Arbeitsumgebung (Raumklima, Beleuchtung, Arbeitsfläche, Arbeitsplatzausstattung) und
- sonstigen Gefährdungen/Belastungen (z.B. schwere und/oder einseitige körperliche Arbeit, Zwangshaltungen (Überkopparbeit), Bildschirmarbeit, soweit sie Körperhaltung und Augen belastet).

Die Ermittlung und Beurteilung von psychischen Belastungen sowie belastenden Auswirkungen durch die Arbeitsorganisation auf Beschäftigte berühren in hohem Maße auch das Verhältnis zwischen Vorgesetzten (Arbeitgeber) und Mitarbeitern; und weil die Belastungen häufig sehr personenbezogen (persönlich) und auf den Arbeitsbereich bezogen sind, ist die Ermittlung und Beurteilung problematisch und oft nicht oder kaum adäquat darstellbar.

⁵ Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin: Ermittlung gefährdungsbezogener Arbeitsschutzmaßnahmen im Betrieb – Ratgeber. Dortmund und Berlin 1997 (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin S 42)

Diesbezügliche Angaben sollten deshalb in Feinanalysen durch eine Fachkraft für Arbeitsmedizin oder einen Arbeits- und Organisationspsychologen vertieft werden. An der Universität Lüneburg wurde diesem Aspekt durch eine begleitende Mitarbeiterbefragung Rechnung getragen.

(Arbeits-)Schutzmaßnahmen

Das HIS-Konzept beschränkt Schutzmaßnahmen auf zentrale Schlüsselmaßnahmen. Sie sind den Gefährdungen/Belastungen bezüglich

- baulich/technischer Maßnahmen am Arbeitsplatz, im Raum bzw. an Geräten und Maschinen (z.B. Abzug, Schutzvorrichtung),
- organisatorischer Maßnahmen (z.B. regelmäßige Prüfungen, Kennzeichnung von Gefahren, Qualifikation der Mitarbeiter, Betriebsanweisung, Unterweisung) sowie
- personenbezogener Maßnahmen (z.B. persönliche Schutzausrüstung, arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung)

zuzuordnen. Mit Schlüsselmaßnahmen (z.B. Betriebsanweisungen und Unterweisungen) kann implizit auch auf die Durchführung von Einzelmaßnahmen (z.B. Zugangsbeschränkungen für einen Gefahrstoffbereich) geschlossen werden.

Beurteilungskriterien

Das HIS-Konzept läßt als „Screening-Verfahren“ - anders als ja/nein-Checklisten - den Verantwortlichen vor Ort bewußt Spielräume und Kompetenz bei der Risiko- und Gefahrenbeurteilung; fachliche Kompetenz deshalb, weil die Verantwortlichen und ihre Arbeitsteams im Rahmen ihrer Forschungsautonomie Verfahrensweisen und Stoffeinsatz selbständig festlegen und für die Folgen ihres Tuns selbstverständlich auch verantwortlich sind. In Einzelfällen sind allerdings durchaus Kompetenzlücken (z.B. bei Kenntnissen über chronische Stoffgefährdungen) zuzugestehen.

Die Beurteilung der Maßnahmen durch die Verantwortlichen erfolgt in drei Richtungen als ausreichend, mit dem Hinweis auf veranlaßte Maßnahmen oder mit dem Hinweis auf Handlungs- und Beratungsbedarf. In den beiden letztgenannten Fällen bedarf es grundsätzlich einer Erläuterung und Kommentierung.

3 Erhebungsergebnisse

3.1 Strukturinformationen

Die flächendeckende Gefährdungsbeurteilung nach dem HIS-Konzept hat für den Arbeits-, Gesundheits- und Umweltschutz in den untersuchten Hochschulen wichtige Strukturinformationen ermittelt, die u.a. Rückschlüsse auf die Verteilung von speziellen Arbeits- und Tätigkeitsbereichen, von Arbeitsplätzen, von Arbeitsweisen sowie von gefährdungsrelevanten Anlagen zulassen (siehe exemplarisch Abb. 1 bis Abb. 4)

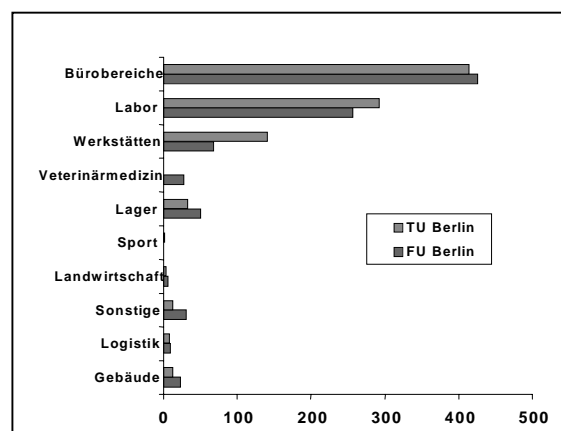


Abb. 1: Anzahl der Arbeits- und Tätigkeitsbereiche

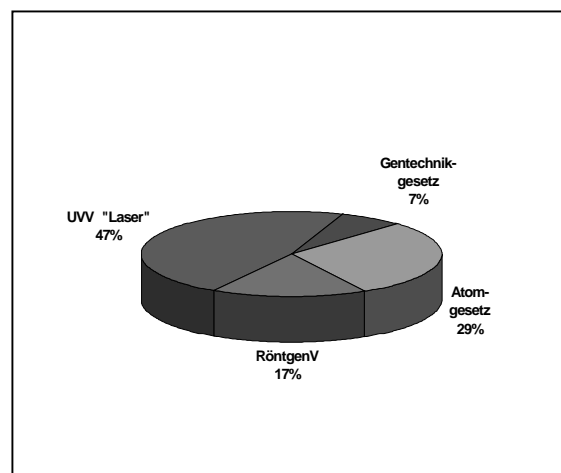


Abb. 2: Genehmigungs- und anzeigebedürftige Anlagen (TU Berlin)

3.2 Gefährdungsprofile

Für typische Arbeitsbereiche bzw. Arbeitsweisen und Gefährdungsmerkmale lassen sich Gefährdungsprofile erstellen. Hiermit können fächerübergreifend typische Gefährdungen besser erkannt und damit auch standardisierte Schutzmaßnahmen getroffen werden. Mit Gefährdungsprofilen können auch Plausibilitätsprüfungen im Kontext der Erfahrungen und Erwartungen des Fachpersonals für den Arbeitsschutz vorgenommen werden. Beispielfähig seien die Profile für Chemielabor und Verwaltungsbereiche angeführt

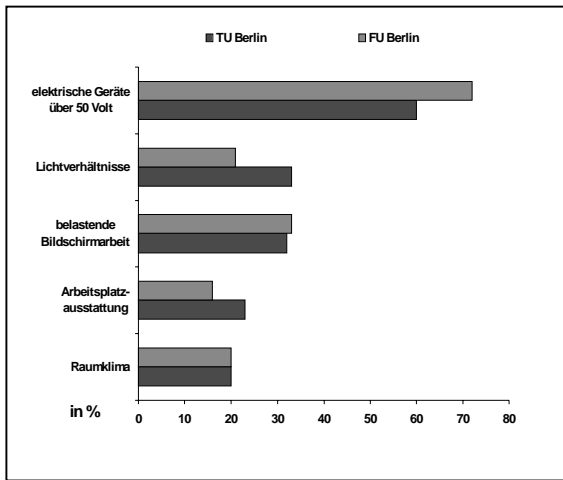


Abb. 3: Gefährdungs-/Belastungsprofil „Verwaltung“

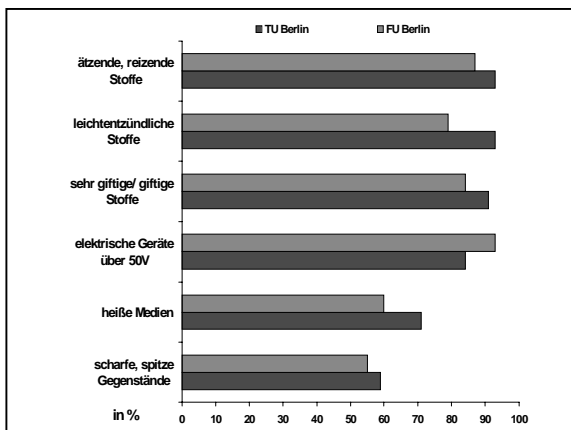


Abb. 4: Gefährdungsprofil „Chemielabor“

3.3 Schutzmaßnahmen

Im Hochschulbereich erweist sich über alle Tätigkeitsbereiche die geeignete Qualifikation der MitarbeiterInnen als wichtigste Schutzmaßnahme. Ergänzt wird diese durch Betriebsanweisungen bzw. Betriebsanleitungen, die der schriftlichen Dokumentation von not-

wendigen Kenntnissen über Gefährdungen und Schutzmaßnahmen dienen. Sie bilden zugleich eine Grundlage für Unterweisungen (> 60 %), in denen die Inhalte den Mitarbeitern bzw. Studierenden vermittelt werden.

Die Ergebnisse machen deutlich, dass in der Hochschule - angesichts heterogener Arbeitsplätze und Verfahren und einer hohen Personalfuktuation - organisatorischen Schutzmaßnahmen ein hoher Stellenwert zukommt.

Gefährdungsspezifisch spielen jedoch auch andere Schutzmaßnahmen eine wichtige Rolle: Raum- und arbeitsplatzbezogene Schutzmaßnahmen (z.B. Abzüge bei Gefahrstoffumgang), Prüfungen (z.B. als obligatorische zweijährige Prüfung, bei elektrischen Geräten über 50 Volt).

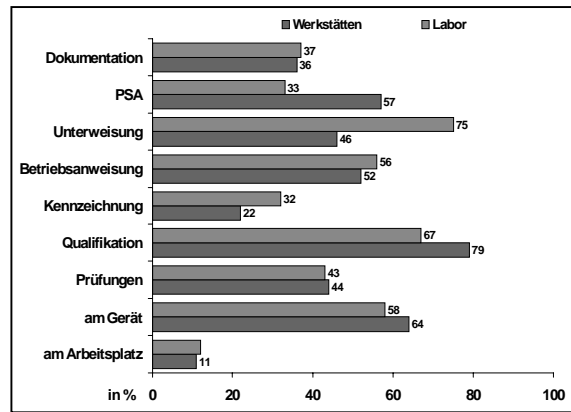


Abb. 5: Schutzmaßnahmen bei der Gefährdung durch „ungeschützte bewegliche Maschinenteile“ (TU Berlin)

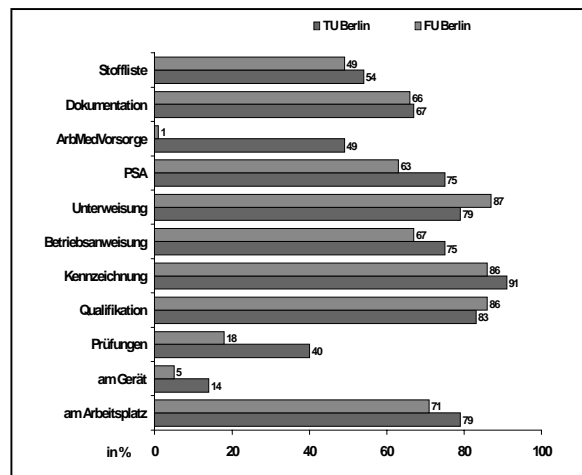


Abb. 6: Schutzmaßnahmen bei der Gefährdung durch den „Einsatz leichtentzündlicher Arbeitsstoffe“

Der intensive Gebrauch von persönlicher Schutzausrüstung in den Hochschulwerkstätten hat seine Ursache in einer langen Tradition in den Handwerksbereichen, den Arbeitsschutz in erster Linie über die persönliche Schutzausrüstung umzusetzen.

3.4 Handlungs- und Beratungsbedarf

Die flächendeckende Gefährdungsbeurteilung in den begleiteten Hochschulen hat in den Arbeitsbereichen Labor und Werkstatt nur in 20 % der Gefährdungsmerkmale einen Handlungs- und Beratungsbedarf ausgemacht. Akuter Handlungsbedarf, nimmt man einmal laufende bauliche Sanierungsmaßnahmen (als bereits aktivierte Handlungen aus) ist nur in wenigen Fällen festgestellt worden und dann auch sogleich von den Fachgebieten unter Einschaltung von Fachpersonal und technischen Abteilungen beseitigt worden. Einzelbeispiele für Handlungsbedarf sind in Abb. 7 dokumentiert.

- Einbau von Chemikalien-, Säure- und Laugenschränken dringend erforderlich
- Hebebühne ohne Schutzvorrichtung; an der Hauswand sind Quetschungen möglich
- Der Strahlenschutzbeauftragte ist krankheitsbedingt sehr häufig abwesend
- Undichte Fenster - seit 15 Jahren
- Termindruck und zeitweise massive Beschimpfungen durch Studienbewerber
- Hygiene - Mäuse: Toiletten sind für Jedermann (-frau) zugänglich! Z.T. mehr als unhygienisch verschmutzt

Abb. 7: Beispiel für Handlungsbedarf

Ein relativ höherer Beratungsbedarf bei den Belastungen im Büro-(Verwaltungs-)bereich (bei gleichzeitig absolut weniger potentiellen Gefährdungen und Belastungen gegenüber Labors und Werkstätten) überrascht bei näherer Analyse nicht, da in diesem Tätigkeitsbereich fast ausschließlich Merkmale zur "Arbeitsumgebung" (Raumklima, Beleuchtung, Arbeitsmobiliar) abgefragt wurden, die zu Belastungen bzw. Gesundheitsbeeinträchtigungen bei der eigentlichen Bürotätigkeit führen können; diese werden aber immer subjektiv von den MitarbeiterInnen als eine „unbehagliche“ Arbeitsatmosphäre interpretiert. Belastungen werden zudem häufig als nur zu „beseitigendes Defizit“ wahrgenommen. Schutzmaßnahmen, wie wärmere Kleidung, bei als zu niedrig empfundenen Raumtemperaturen werden dann auch eher als nicht ernst zunehmende Ratschläge interpretiert.

Im Vergleich zur Gesamtsumme des Beratungsbedarf im Bürobereich ist der Maßnahmen- bzw. Beratungsbedarf beim Arbeitsplatzmerkmal "belastende Bildschirmarbeit" eher gering. Allerdings ist der Bedarf hier häufig gekoppelt mit anderen Mängeln (z.B. nicht geeigneter Beleuchtung oder ergonomisch ungünstiger Körperhaltung). Es sind also häufig die Rahmenbedingungen und weniger die Arbeit am Bildschirm selbst, die als "belastender Faktor" gesehen werden.

Wie sich Belastungen auswirken bzw. welche Ursachen sie haben, konnten die befragten Mitarbeiter an der Universität Lüneburg konkretisieren:

- Physische Belastungen: Augenschmerzen, Muskelverspannungen, Rückenschmerzen; Ursachen: u.a. Bildschirmarbeit, Mobiliar
- Psychische Belastungen: Stress, Mobbing, Unter-, Überforderung; Ursachen: u.a. Personalmangel
- Arbeitsumgebung: Raumluft, Nebengeräusche, schlechte Beleuchtung, Belästigung durch Rauch, Schmutz.

Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang auch ein anderes Ergebnis der Mitarbeiterbefragung: Arbeitgeber und Arbeitnehmer beurteilen vorhandene Belastungen zwar in der Größenordnung ähnlich; tendenziell zeigt sich aber auch, dass die Arbeitnehmer insbesondere die physischen Belastungen häufiger angeben, als Arbeitgeber diese erkennen.

4 Schlußfolgerungen

Geeignetes Konzept

Das HIS-Erhebungskonzept hat sich unter der Zielsetzung, flächendeckend in einer Forschungseinrichtung, wie einer Universität, mit einer Vielzahl von heterogenen Arbeitsplätzen und Verfahrensweisen und einer hohen Personalfuktuation, Gefährdungen zu ermitteln, Schutzmaßnahmen zuzuordnen und diese von den Verantwortlichen vor Ort beurteilen zu lassen, bewährt. Es hat sich insbesondere für große Hochschulen mit einer Vielzahl von Laboren, Technika und Werkstätten als geeignetes Instrument erwiesen.

Beurteilungsvermögen der Fachverantwortlichen

Bestätigt wurde auch, dass die Fachverantwortlichen mit ihren Mitarbeitern vor Ort in der Lage sind, die aus den Forschungs- und Lehrprozessen resultierenden Gefährdungen fest-

zustellen und unter den besonderen Rahmenbedingungen von Forschung und Lehre geeignete Schutzmaßnahmen zu treffen. Eine wichtige Bedingung ist jedoch, dass die Gefährdungsbeurteilung in einem kommunikativen Prozeß vorgenommen wird, in dem zum einen unterschiedliche Fachkompetenzen („Blickwinkel“) berücksichtigt, zum anderen auch in einem Klima der Offenheit „individuelle“ Belastungen angezeigt werden können. Letzteres ist jedoch, so die Ergebnisse der Universität Lüneburg, aufgrund von Abhängigkeiten beeinflusstester Strukturen in den Fachbereichen nur bedingt möglich.

Der von den Verantwortlichen gemeldete Beratungs- und Handlungsbedarf bezieht sich mehrheitlich auf bauliche und technische Mängel der Infrastruktur, die überwiegend nicht in ihrem Verantwortungsbereich liegen, sondern deren Mängelbeseitigung durch die Zentralverwaltung zu bewältigen sind.

Das Beurteilungsvermögen von Gefährdungen und Schutzmaßnahmen durch Verantwortliche und Mitarbeiter vor Ort ist umso höher, je enger die Gefährdung mit der arbeitsspezifischen Verfahrensweise zusammenhängt (z.B. Gefahrstoffe und Chemie, mechanische Gefährdung und Maschinenbau) und umso geringer, je randständiger die hieraus entstehende Gefährdung den Betroffenen erscheint (z.B. bei Hilfsfunktionen durch elektrische Geräte). Das Beurteilungsvermögen ist darüber hinaus auch Abbild von Aktivitäten des örtlichen Fachpersonals, der Sicherheitsbeauftragten und der Aufsichtsbehörden, die den Kenntnisstand der Verantwortlichen und Mitarbeiter in Fragen des Arbeitsschutzes erweitert haben.

Berücksichtigung von Schwächen

Eine Evaluierung des HIS-Konzepts vor Ort hat ergeben, dass es bedingt durch die Methode Befragung einige Defizite bei der Gefährdungsbeurteilung gibt, die man kennen sollte:

- Das HIS-Konzept erhebt nicht den Anspruch einer arbeitswissenschaftlichen Gefährdungsanalyse, mit der einzelne Arbeitsweisen und Arbeitsabläufe bezüglich möglicher Unfallträchtigkeiten untersucht werden.
- Gefährdungen, die auf augenfällige Schwachpunkte zurückzuführen sind (z.B. mangelnde Ordnung, kurzfristige Zweckentfremdung, überarbeitungswürdige Betriebsanweisungen), werden bei der Beurteilung nach dem HIS-Konzept nur selten noch als latente „Gefährdung“ gesehen.
- Schutzmaßnahmen wurden fast immer hinsichtlich des „Ob“, nur selten hinsichtlich des

„Wie“ beurteilt. Aktivitäten, mit der Beurteilung von Gefährdungen und Schutzmaßnahmen auch gleichzeitig eine „Qualitätsprüfung“ der eigenen Schutzmaßnahmen vorzunehmen, konnten nur in Einzelfällen initiiert werden.

- Der täglichen Arbeit immanente Gefährdungen und Belastungen werden durch die Mitarbeiter häufig nicht mehr als solche wahrgenommen.

Implikationen für den Gesundheitsschutz

Die genannten Defizite können allerdings in keiner Weise die positiven Implikationen für den Arbeits- und Gesundheitsschutz in den Hochschulen beeinträchtigen. Dabei leistet die Gefährdungsbeurteilung auch einen Beitrag zur Gesundheitsförderung, indem die Erhebungsergebnisse auch im Rahmen der Prävention eingesetzt werden. Einige Perspektiven seien hier genannt.

- Die Gefährdungsbeurteilung liefert Basisinformationen zur Entwicklung hochschulpolitischer Strategien im Arbeits- und Gesundheitsschutz in Fragen der Rechtssicherheit, Risikovorsorge; Imagebildung, Prozessbeherrschung und Kostensenkung.
- Die Gefährdungsbeurteilung trägt zur Entwicklung von gezielten Programmen und „Kampagnen“ im Arbeits- und Gesundheitsschutz bei.
- Die Gefährdungsbeurteilung liefert Basisdaten zur gezielten Einzelberatung durch das Fachpersonal für Arbeits-, Gesundheitsschutz und Arbeitsmedizin bei der Problemlösung vor Ort.
- Die Gefährdungsbeurteilung sorgt für einen Qualitätsvergleich im Arbeits- und Gesundheitsschutz zwischen Fachgebieten, Fachbereichen und Instituten.
- Die Gefährdungsbeurteilung bietet die Möglichkeit zur Nutzung von hochschulinternem Know-how in den vielen dezentralen Einrichtungen.

Die Autoren

Dr. Friedrich Stratmann ist seit 1986 wissenschaftlicher Mitarbeiter bei der HIS Hochschul-Informationssystem GmbH. Als stellvertretender Abteilungsleiter ist er dort verantwortlich für die Arbeitsbereiche Arbeits- und Umweltschutz sowie Technische Versorgung und Gebäudemanagement.

Dipl.-Geograph Joachim Müller ist seit 1991 Mitarbeiter der HIS Hochschul-Informationssystem GmbH und arbeitet als Projektleiter im Arbeitsbereich Arbeits- und Umweltschutz.

Kontakt: stratman@his.de

Das Magdeburger Projekt "Gesunde Hochschule"¹

1 Das Konzept

Auf Grund erfolgreich durchgeführter Projekte im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung in den Jahren 1995 bis 1998 entstand die Idee, das Konzept einer ganzheitlichen Salutogenese auch für die Hochschule nutzbar zu machen. Aus diesem Ansatz heraus wurde ein Verbundprojekt „Gesunde Hochschulen“, unter Beteiligung der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg sowie der Fachhochschule Magdeburg, konzipiert.

Grundlage für das systematisch-ganzheitliche Vorgehen bildet ein Gesundheitsbegriff, der sich sowohl an der nun schon klassischen Definition der WHO orientiert als auch das salutogenetische Konzept von Aaron ANTONOVSKY berücksichtigt. „Gesundheit“ meint danach nicht nur das Fehlen körperlicher Beeinträchtigungen, sondern bezieht zugleich psychische Aspekte, wie *Wohlbefinden* und *Zufriedenheit*, ein. In der „Mensch-Umwelt-Auseinandersetzung“ kann weiterhin der transaktionale wie kontextuale Charakter der „Gesundheit“ hinsichtlich der sozialen Dimension verdeutlicht werden. Dies impliziert insgesamt für die individuelle Gesundheit einen Gleichgewichtszustand, aufgrund der Wechselwirkung und Auseinandersetzung von Risikofaktoren und Ressourcen der Gesundheit, zwischen Anspannung und Entspannung (vgl. zusammenfassend Abbildung 1).

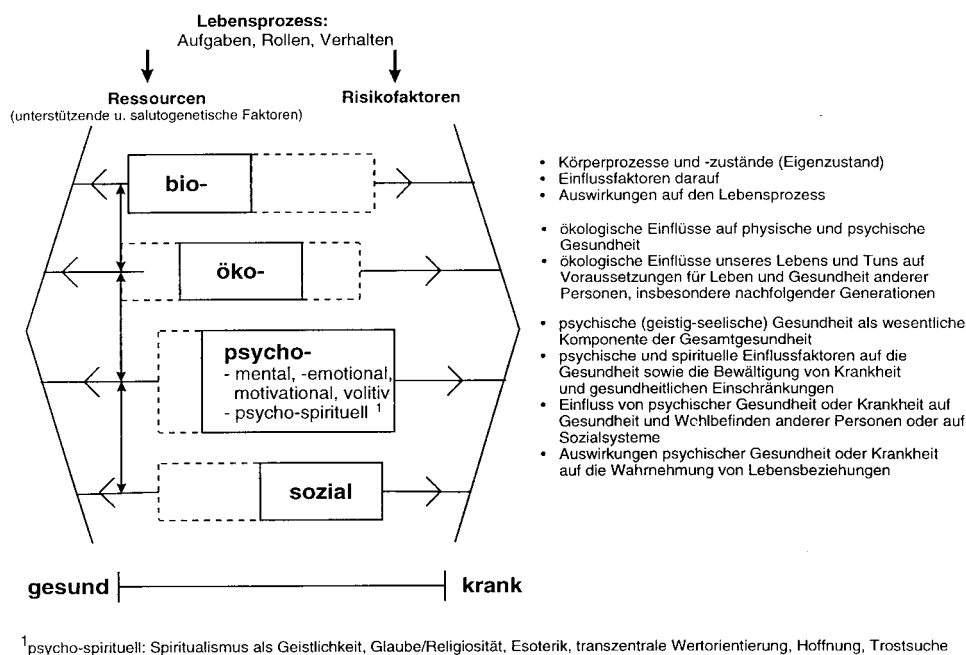


Abb. 1: Schematische Darstellung des bio-psycho-sozialen Modells der Gesundheit (Mehrebenenkonzept) modifiziert nach HAJEK (1999)

Die angesprochene „Ganzheitlichkeit“ zielt dabei einerseits auf die Betrachtung des Menschen als psycho-somatisch-soziale Einheit und andererseits auf die Berücksichtigung des

komplexen Zusammenspiels sowie vielschichtiger Wechselwirkungen unterschiedlicher Einflussgrößen auf die Gesundheit. Für das „Magdeburger Projekt“ erfährt dieser breite

¹ Die Inhalte und Angaben sind den im Quellenverzeichnis aufgeführten Dokumenten entnommen; im einzelnen wird innerhalb dieser Ausführungen darauf nicht gesondert verwiesen.

Rahmen eine Eingrenzung - und zwar durch den Fokus auf die inhaltlichen Ebenen von *Arbeit* und *Studium*. In den Blick geraten damit insbesondere die Facetten bezüglich der Bewältigung von Anforderungen, die sich aus der Erfüllung von Arbeits- (bzw. Studien-) und

Lebensrollen ergeben. Sehr wohl können damit ebenfalls anscheinende Risiken thematisiert werden, welche sich durchaus als positive Aspekte relativieren, insofern eine erfolgreiche Bewältigung im Ergebnis vorliegt (vgl. Abb. 2).

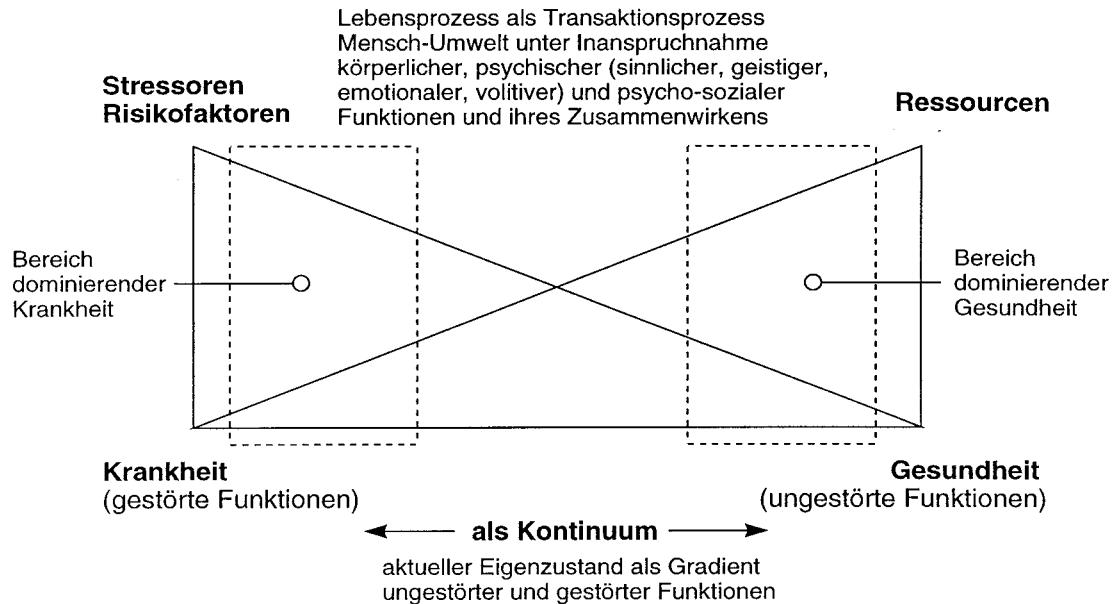


Abb. 2: Schemata des Gesundheits-Krankheitsmodells in Anlehnung an ANTONOVSKY (1987)

„Gesundheitsförderung“ umfasst im „Magdeburger Projekt“ fünf Komplexe. Primär handelt es sich um die relevanten Merkmale der Arbeits- bzw. Studiensituation, worunter u.a. die spezifischen Aufgaben, Anforderungen und Belastungen zählen wie auch die Organisationskultur einschließlich der Angebote der Organisation „Hochschule“. Ferner spielen die gesundheitsrelevanten Faktoren außerhalb der Hochschule eine Rolle. Hier sei u.a. auf die familiäre Situation, möglichen Nebentätigkeiten, gesellschaftlichen Engagements, dem Freizeit- und Erholungsverhalten aber auch bestimmten ökologischen Aspekten hingewiesen. Ein dritter Komplex bezieht sich auf psychologische Fragestellungen in diesem Zusammenhang. Wichtig für die Gesundheit scheinen persönliche Bewältigungsweisen und selbstverständlich deren Voraussetzungen zu sein, neben signifikanten Attributionsstilen und allgemeinen Fragen zum individuellen Erleben. Weiterhin wird dem epidemiologischen Bereich Aufmerksamkeit geschenkt. Im Vordergrund stehen hier Fragen, nach dem Umgang mit und der Bewältigung von Krankheit, Behinderung und Leistungsminderung.

Schließlich, fünftens, ist auch der gesellschaftliche Kontext insgesamt zu hinterfragen. Im „Magdeburger Projekt“ wird damit Gesundheitsförderung als Einheit von Verhaltens- und Verhältnisprävention verstanden.

Unter „Verhältnisprävention“ fällt die strategische Orientierung hinsichtlich solcher Gestaltungsmaßnahmen, welche an eine gesundheitsförderliche Organisation der Arbeits-, Lern- und Lebensverhältnisse anknüpfen. Die „Verhaltensprävention“ umfasst vor allem die Förderung der Eigenkompetenz für den verantwortungsvollen Umgang mit Gesundheitsbelangen. Dies schließt sowohl die Motivation als auch die gezielte Qualifikation zur Ausbildung salutogener Verhaltensmuster und Lebensstile ein. Einerseits wird dem *pathogenetischen Aspekt* damit Rechnung getragen, d.h. ein Erkennen und Minimieren von Risikofaktoren für die Gesundheit und individuelle Leistungsfähigkeit. Andererseits liegt zugleich die Aufmerksamkeit auf dem *salutogenetischen Aspekt*, worunter das Erkennen und Erzeugen sowie die Nutzung von Ressourcen für die Gesunderhaltung und -förderung zu verstehen ist.

2 Zielstellung des Vorhabens der salutogenen Organisations- und Kompetenzentwicklung

Das „Magdeburger Projekt“ verfolgt konsequent einen partizipativen Ansatz der Gesundheitsförderung. Angesprochen sind daher alle Mitarbeiter und -innen, einschließlich der Studierenden, sich zu beteiligen. Grundsätzlich geht es um eine dauerhafte und nachhaltige Entwicklung sowie Förderung der Gesundheit. Einerseits besteht die Aspiration des Vorhabens in der Entwicklung und Förderung individueller *Gesundheitskompetenzen*, in der Verknüpfung von Dürfen und Können. Andererseits handelt es sich parallel dazu, um den langfristig-dauerhaften gestalterischen Einfluss, den Gedanken der Salutogenese innerhalb der Organisation strukturell zu verankern. Vereinfacht gesagt, dreht es sich um die Ausprägung einer organisationalen Gesundheitskultur innerhalb der Hochschule als Ganzes.

Damit wird die Annahme verfolgt, dass dieses Vorgehen erheblich dazu beiträgt, den Gesundheitsgedanken sowohl für die interne Entwicklung der Hochschule wie für eine externe Wirkung „dynamisieren“ zu können - im Sinne eines eigenständigen Fortwirkens. Insofern ergibt sich damit ein Ausstrahlungseffekt, der auf andere soziale Topi und Lebensbereiche übergeht.

Ausgehend von dieser Grundannahme, werden vor allem die Absolventen der Hochschule als *Multiplikatoren* des Gesundheitsgedankens angesehen. Gerade deren Einstellungen, Erfahrungen und Kenntnisse sowie die ausgebildeten Erwartungshaltungen, sorgen für eine breite Implementierung der Salutogenese innerhalb der Gesellschaft.

Die Abbildung 3 fasst das Grundanliegen sowie die strategischen Stoßrichtungen des Vorhabens zusammen.

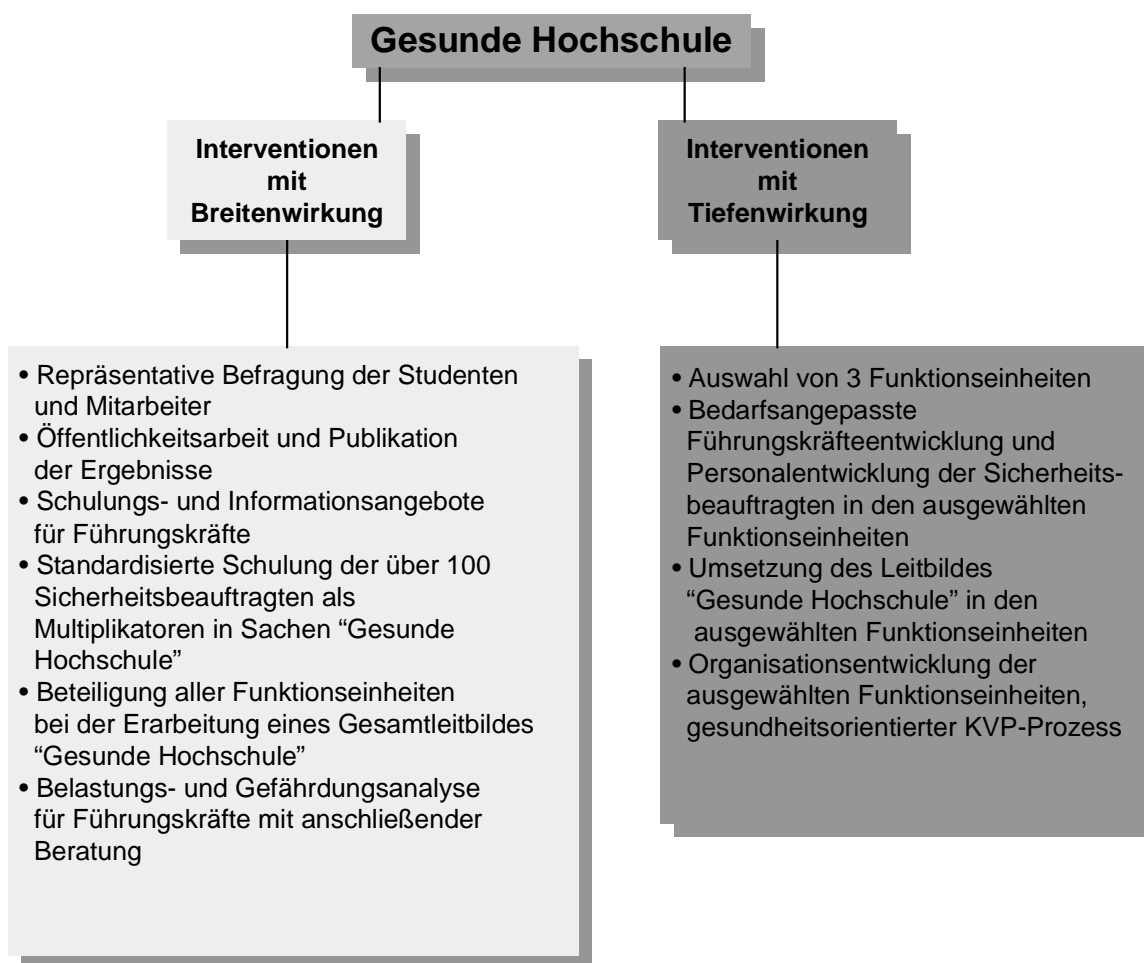


Abb. 3: Übersicht der strategischen Ausrichtung des „Magdeburger Projekts“, entsprechend der grundlegenden Zielstellung des Vorhabens

3 Gesundheit als allgemeines Thema innerhalb der Hochschule

Aus der Vielzahl der Aktivitäten der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg unter dem Supremat der Gesundheitsförderung sollen zwei konkrete empirische Untersuchungen und ein Teil-Projektvorhaben exemplarisch vorgestellt werden, um die Relevanz einer ganzheitlichen Gesundheitsförderung zu veranschaulichen.

3.1 Bildschirmanalyse

Im Rahmen der „Bildschirmanalyse“, im Zusammenhang mit dem Projekt *Gesundes Büro*, wurde insbesondere deutlich, dass auch und gerade soziale Komponenten einen nicht un-

erheblichen Einfluss auf das Wohlbefinden und die Zufriedenheit der Mitarbeiter und -innen haben, neben den ergonomischen und organisatorisch-strukturellen Faktoren.

Bei den „Gestaltungsmängeln“ an Bildschirmarbeitsplätzen waren die sozialen Komponenten mehrheitlich und deutlich maßgeblich für die Einschätzung der Qualität des Arbeitsplatzes. So gaben beispielsweise 54% der Befragten an, dass der Zeitdruck einen maßgeblichen Einfluss auf das Arbeitsklima und damit auf das individuelle Befinden ausübe. Ebenso nachteilig wird eine schwierige Entscheidung gewürdigt (52% der Befragten). Nur vereinzelt werden genuin epidemiologische und ergonomische Aspekte von den Arbeitsplatzinhabern benannt (vgl. Abb. 4).

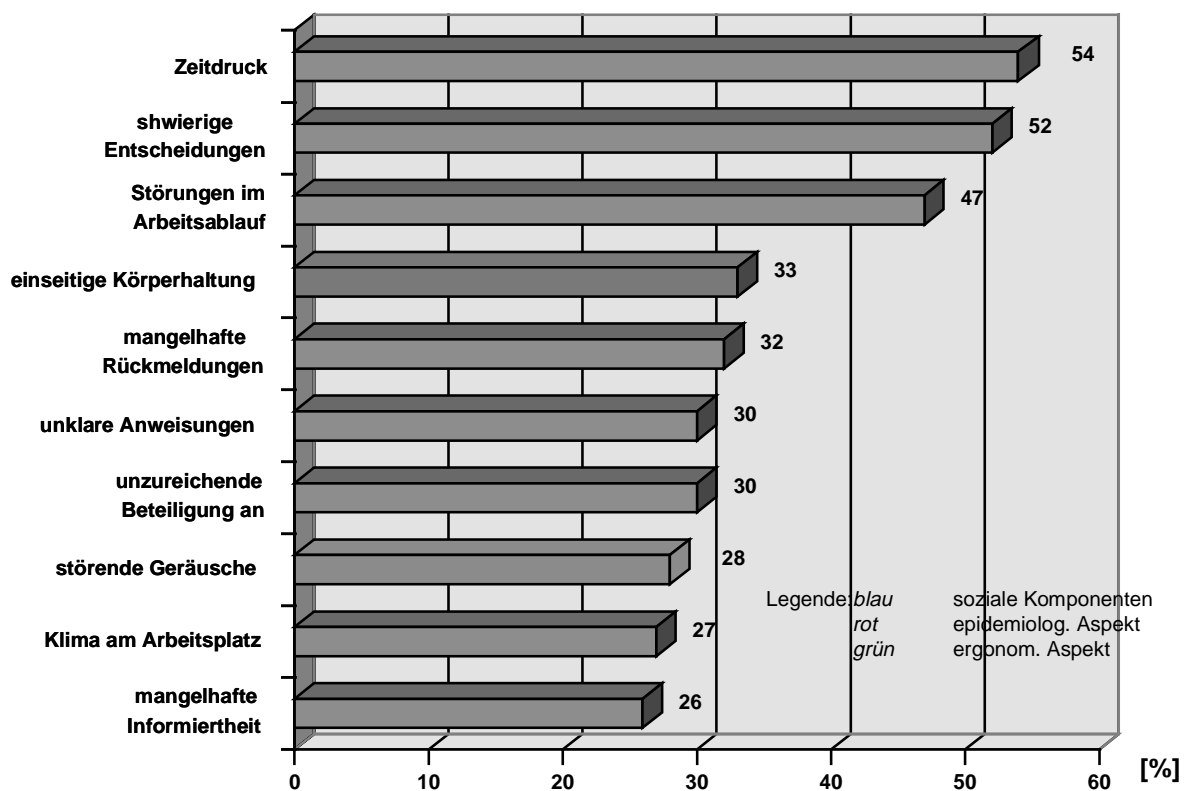


Abb. 4: Bewertung der Arbeit an Bildschirmarbeitsplätzen durch die Arbeitsplatzinhaber [Anteil der Arbeitsplätze mit erlebten Gestaltungsmängeln]

Selbstverständlich soll an dieser Stelle nicht unerwähnt bleiben, dass im Zusammenhang mit erlebten Belastungen und gesundheitlichen Beschwerden insbesondere die epidemiologischen und ergonomischen Aspekte in den Vordergrund treten. Es zeigt sich aber auch in

diesem Fall der soziale Kontext in Verbindung mit psychischen Momenten. So gaben 33% der Befragten an, geistig erschöpft zu sein und immerhin 29% der befragten bemerken an sich ein stetes Stressgefühl (vgl. Abb. 5).

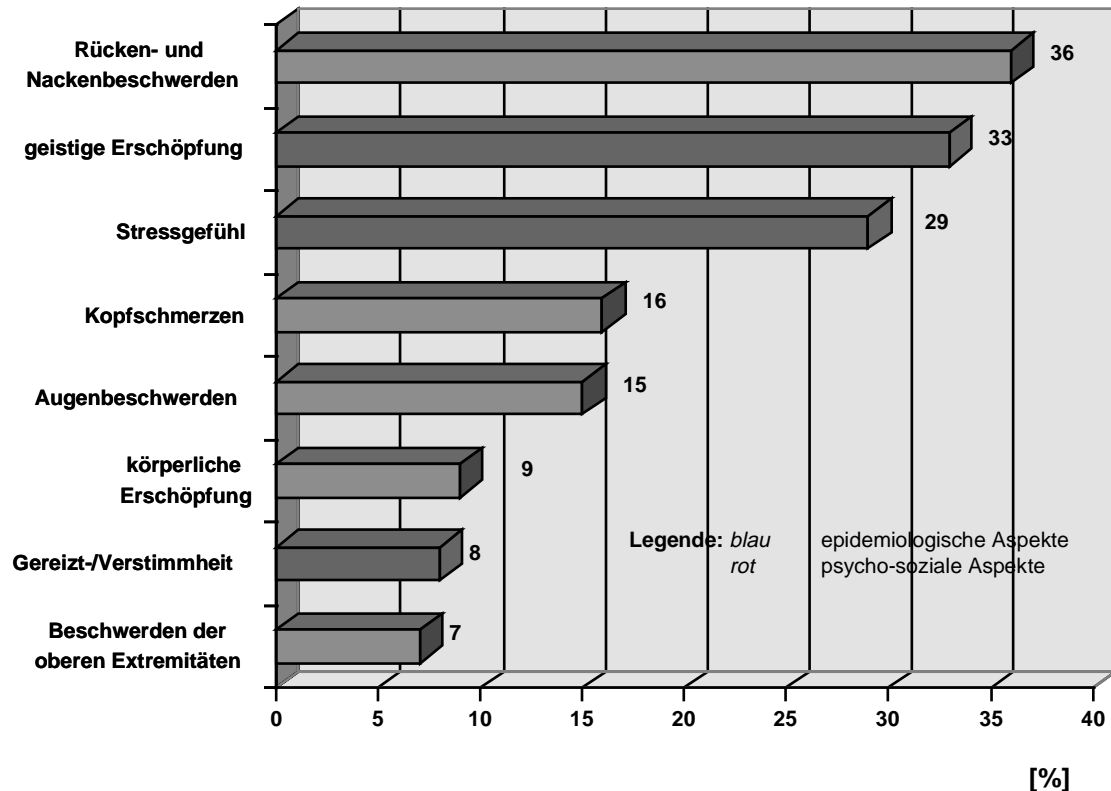


Abb. 5: Erlebte Beeinträchtigungen und gesundheitliche Beschwerden

3.2 Gesundheitskoalition Führungskräfte und Sicherheitsbeauftragte

Hier geht es hauptsächlich um die Herausbildung eines neuen Rollenverständnisses bei den Leitern auf allen Strukturebenen der Hochschule sowie den Sicherheitsbeauftragten unter dem Supremat des partnerschaftlich-partizipativen Ansatzes der Gesundheitsförderung, welcher von einer einheitlichen Konzeption der Organisations- und Personalentwicklung ausgeht. Das Ziel besteht in der Transformation des setting-Konzeptes der WHO in die alltägliche Arbeitsaufgabenerfüllung. Diese Integration rückt vor allem eine stetige bedingungsbezogene Anpassung und Verbesserung der Arbeitsabläufe in den Vordergrund der gesundheitsförderlichen Bemühungen.

Die Einbeziehung der Führungskräfte orientiert sich maßgeblich an zwei miteinander verbundenen sachlogischen Erwägungen:

- Die Leiter sind selbst Betroffene einer hohen und komplexen Belastungskonstellation bei oft ungenügend ausgeprägten Management-, Belastungsbewältigungs- und Gesundheitskompetenzen.
- Sie üben einen nicht unerheblichen Einfluss auf ihre Mitarbeiter und -innen im Zusammenhang gesundheitsförderlicher Einstellungen und Verhaltensweisen aus.

Im Blick der Betrachtung von Sicherheitsbeauftragten kommen Überlegungen zum Tragen, die "konventionelle" Aufgabenstellung des klassischen Arbeits- und Gesundheitsschutzes zu erweitern. Insbesondere erfasst diese Erweiterung spezifische bedarfsorientierte Motivierungs-, Schulungs- und Trainingsmaßnahmen sowie Angebote für methodische Unterstützungen bei salutogenen Maßnahmen der

Intervention wie Prävention (u.a. bei einer erweiterten Belastungs- und Gefährdungsanalyse unter Einbeziehung psychischer und sozialer Faktoren).

Im Rahmen eines von der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg unter Leitung von Prof. Dr. Wolfgang Quaas veranstalteten Workshop am 11.07.2000 wurden verschiedene Arbeitskreise gebildet. Darunter befanden sich solche, die sich explizit mit Überlegungen und Erfahrungen zu relevanten Fragen der Einbeziehung von Führungskräften und Sicherheitsbeauftragten im Zusammenhang mit einer dauerhaften und nachhaltigen Gesundheitsförderung an Hochschulen beschäftigten. Grundsätzlich darf im Ergebnis der vielseitigen und interessanten Beiträge festgehalten werden, dass die Implementierung der Idee „Gesundheitsförderliche Hochschule“ transparent für alle Involvierten, d.h. sowohl für sämtliche Mitarbeiter und -innen der Hochschule als auch für ihre Studierenden, sein muss, die auf die Herstellung eines breiten Konsens ausgerichtet ist.

Im Vordergrund sollten hierbei zuerst Maßnahmen der Verhältnisprävention stehen. Darüber hinaus gewinnt die Vermittlung von Kenntnissen über Zusammenhänge und Einflussgrößen auf die Gesundheit besonderes Gewicht. Eine Verankerung von gesundheitsförderlichen Leitbildern und die praktische Umsetzung von eben solchen Führungsstilen sollte am Beginn der salutogenen Bemühungen stehen. Innerhalb dieses Rahmens kommt den nachfolgenden Aspekten zur dauerhaften Nachhaltigkeit der Gesundheitsförderung eine vermehrte Bedeutung zu:

- Erarbeitung von gesundheitsförderlichen Führungsrichtlinien (Leitbilder)
- permanente Fort- und Weiterbildung
- Verbesserung der Organisation der Arbeit
- ständige Beratungs- und Supervisionsangebote
- Einfluss auf das außeruniversitäre Umfeld (u.a. Kita-Plätze, Kulturangebote)

Dies erfordert eine fundierte Informationsgewinnung über die tatsächlichen Gegebenheiten an der Hochschule. Zugleich kann damit die Möglichkeit über eine transparente Vermittlung zu den Zielen und Vorteilen des Konzeptes „Gesunde Hochschule“ in weiten Bereichen hergestellt werden. Daneben ist die Freiwilligkeit eines Engagements hierzu stets zu betonen. So kann u.a. das Konzept einer gesundheitsförderlichen Hochschule über eine Projektarbeit erfolgen, die Modellcharakter besitzt und deren Resultate fortlaufend publiziert werden.

Dadurch kann sowohl die Vermittlung der Idee der Salutogenese als auch die Mitwirkung an der Ausgestaltung des Konzeptes erreicht werden. Dies wiederum fördert die Eigendynamik zur Entfaltung als Selbstzweck und manifestiert sich letztlich als Ausdruck legitimer Bedürfnisse vieler Hochschulangehörigen.

Bei den Sicherheitsbeauftragten dienen wesentlich zwei Maßnahmen dazu, sie in das Konzept der Salutogenese einzubinden. Einerseits handelt es sich um die Schulung und breite Information der Sicherheitsbeauftragten zur fachlichen und methodischen Kompetenzhebung (so bspw. für den Umgang mit Arbeitsbelastungen). Andererseits ist die konsequente Hilfe und Unterstützung der Hochschulleitung insgesamt als auch aller Leiter sicherzustellen (so u.a. durch den Abbau von Wissensdefiziten der Leiter über die Aufgaben und Befugnisse der Sicherheitsbeauftragten). So kann sich der Leiter auf den Sicherheitsbeauftragten bei Fragen der Gesundheitsförderung stützen und der Sicherheitsbeauftragte erhält bei seinem Leiter den erforderlichen Rückhalt zur Umsetzung gesundheitsförderlicher Aspekte.

3.3 Mitarbeiterbefragung²

An der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg wurde im Sommersemester 2000 eine schriftliche Befragung mit explorativen Charakter durchgeführt, in die sämtliche Beschäftigte der Universität einbezogen wurden, d.h. sowohl das wissenschaftliche als auch das nicht-wissenschaftliche Personal. Das Ziel der Studie bestand in der Generierung spezifischer Erkenntnisgrundlagen und Überlegungen, die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitglieder der Universität zu schützen und zu fördern. Es konnten 205 auswertbare Fragebögen bis dato gewonnen werden. Ausgegeben wurden insgesamt 3.500 Fragebögen. Dies entspricht einer Rücklaufquote von ca. 5,8%.

Im Mittelpunkt der hier vorgetragenen Betrachtung stehen bestimmte Aspekte des subjektiv eingeschätzten psycho-somatisch-sozialen Gesundheitszustandes aus Sicht der Befragten. Einbezogen werden zur Bestimmung des psycho-somatisch-sozialen Gesundheitszustandes die Items der Fragen 8 bis 12 des Fragebogens für die Mitarbeiter. Neben dem körperlichen und dem seelisch-geistigen Zustand werden ebenfalls soziale wie kognitive Aspekte darin abgebildet.

² Es handelt sich hierbei um vorläufige Aussagen aus einer aktuellen explorativen Befragung, zu denen noch keine Dokumentation vorliegt.

Die jeweiligen Items sind ordinal skaliert von 1 („sehr schlecht“ bzw. „anfällig“ und „nie“) bis 5 („sehr gut“ bzw. „sehr robust“ und „sehr häufig“) und lauten:

- meinen Gesundheitszustand bewerte ich insgesamt... (Frage 8)
- meinen körperlichen Zustand bewerte ich insgesamt... (Frage 9)
- meinen seelisch-geistigen Zustand bewerte ich insgesamt... (Frage 10)
- den Grad meiner gesundheitlichen Robustheit bewerte ich insgesamt... (Frage 11)
- das Thema „meine persönliche Gesundheit“ beschäftigt mich... (Frage 12)

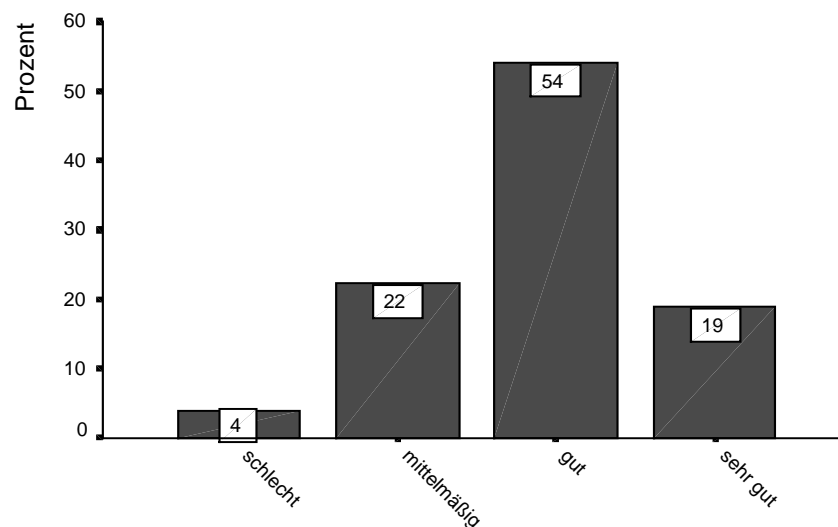
Im Ergebnis können die folgenden Befunde darüber festgemacht werden:

1. Die allgemeine Bewertung des Gesundheitszustandes:

Die Mehrheit der Befragten (n = 204) gab hierzu an, dass sie ihren Gesundheitszustand gut bis sehr gut einschätzen. Bemerkenswert ist, dass niemand meinte, sein Gesundheitszustand sei sehr schlecht. Immerhin äußerten jedoch gut 4% der teilnehmenden Mitarbeiter und -innen, ihr allgemeiner Gesundheitszustand sei schlecht. Knapp ein Viertel aller Befragten gab an, er sei mittelmäßig.

Wenn der Zentralwert, in diesem Falle der Median, zugrunde gelegt wird, so zeigt sich aber dennoch ein positives Bild. Der Median konnte mit einem Wert von 3,9 ermittelt werden. Zu berücksichtigen ist jedoch eine relativ breite Streuung der subjektiven Einschätzung des Befindens. Als geeignetes Streuungsmaß für das vorliegende ordinale Datenniveau wurde der mittlere Quartil (mQ) bestimmt. Die Berechnung erbrachte einen Wert von 1,33. Die nachfolgende Darstellung (vgl. Übersicht 1) veranschaulicht den vorgetragenen Befund.

Übersicht 1: Einschätzung des Gesundheitszustandes



n=204 (Median 3,9/mQ 1,33)

Abb. 6: Einschätzung des Gesundheitszustandes

2. Die Beurteilungen zum körperlichen Zustand:

Ein ähnliches Bild zeichnet sich im Zusammenhang mit der subjektiven Einschätzung zum körperlichen Zustand ab. Weit über die Hälfte der Befragten meinten, er sei gut bis sehr gut. Wiederum äußerte sich keiner der teilnehmenden Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen, in einem sehr schlechten körperlichen Zustand zu sein.

Dennoch differenziert sich das Bild zur körperlichen Befindlichkeit gegenüber der Einschätzung zum allgemeinen Befinden. Denn hier meinten weniger Befragte in einer sehr guten körperlichen Verfassung zu sein, wie auch ein mittelmäßiges körperliches Befinden zu haben. Etwas mehr meinten jedoch, insgesamt 5%, einen schlechten körperlichen Zustand konstatieren zu müssen.

Insgesamt betrachtet zeichnet sich sehr wohl ein positives Bild ab. Der Zentralwert (Median) liegt bei 3,88. Somit kann, ausgehend vom subjektiven Befinden der Befragten, angegeben werden, dass die körperliche Verfassung durchgängig als gut eingeschätzt werden darf.

Die Verteilung weist darüber hinaus ein recht homogenes Urteil der Befragten aus. Der mittlere Quartil konnte mit einem Wert von 0,66 ermittelt werden. Die graphische Darstellung verdeutlicht diesen Befund (vgl. Übersicht 2).

Übersicht 2: Die körperliche Zustandsbeurteilung

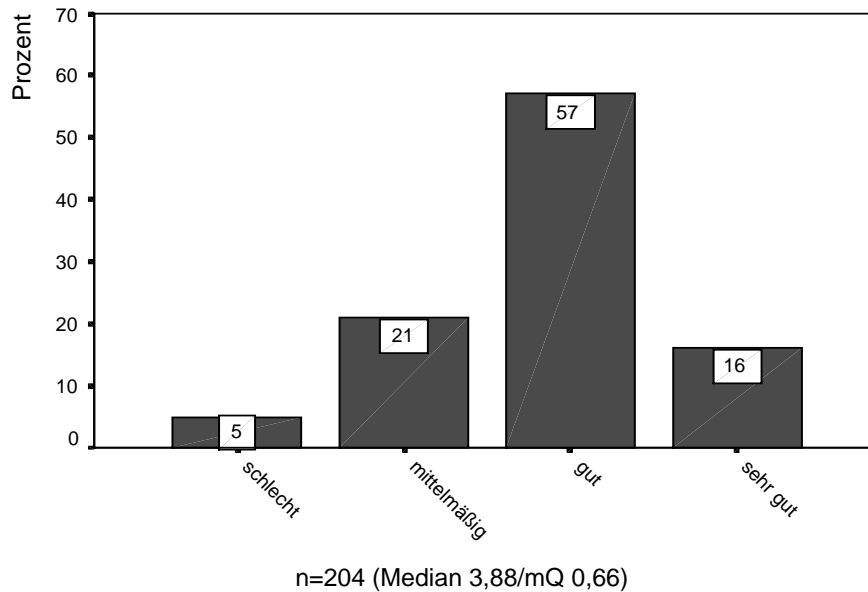


Abb. 7: Die körperliche Zustandsbeurteilung

Übersicht 3: Der seelisch-geistige Zustand

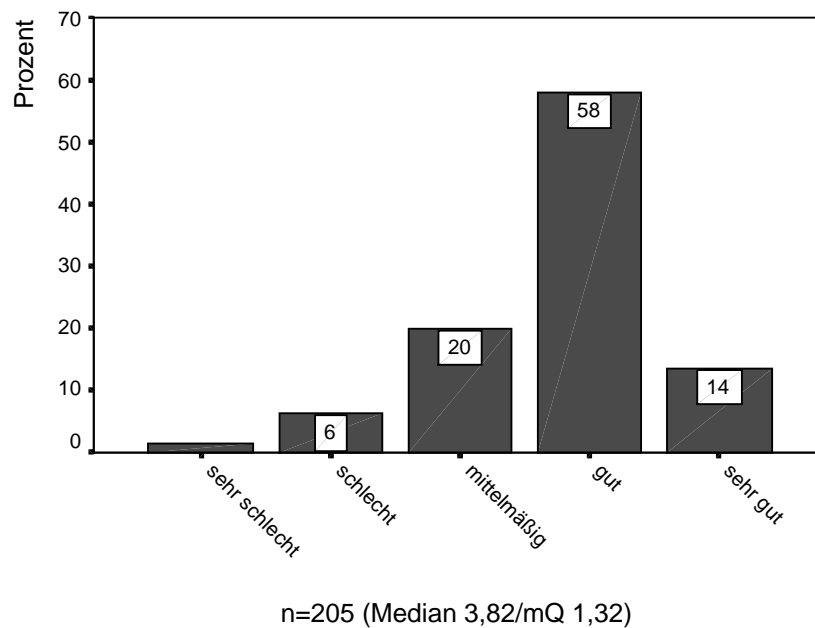


Abb. 8: Der seelisch-geistige Zustand

3. Einschätzungen des seelisch-geistigen Zustandes:

Erfreulich ist die Feststellung, dass deutlich über die Hälfte aller Befragten angeben, in guter bis sehr guter psychischer Verfassung zu sein. Dem gegenüber gibt aber etwa jeder Fünfte an, dass sein seelisch-geistiger Zustand mittelmäßig sei. Und über 6% aller an der Befragung teilnehmenden Personen äußern sich dahingehend, in einer schlechten bis sehr schlechten psychischen Verfassung zu sein.

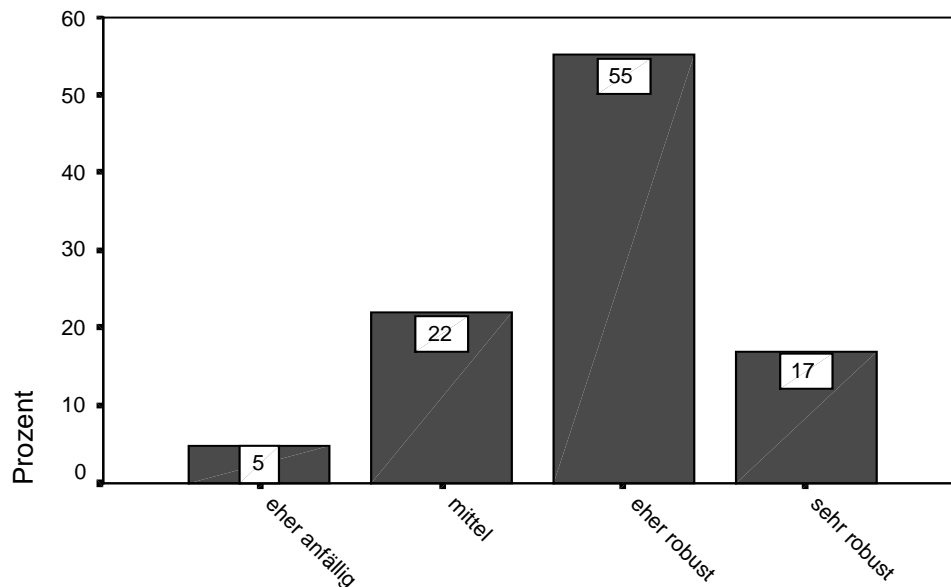
Der ermittelte Median mit einem Wert von 3,82 lässt den Schluss zu, dass insgesamt gesehen der seelisch-geistige Zustand mit gut bewertet werden kann. Die Streuung, der berechnete mittlere Quartil beträgt 1,32, zeigt jedoch, dass dieses Urteil keineswegs für alle gleichermaßen so zutrifft. Der vorliegende Befund wird wiederum graphisch dargestellt in der Übersicht 3.

4. Zur Beurteilung der gesundheitlichen Robustheit:

Auf der Skale von 1 („anfällig“) bis 5 („sehr robust“) verorten sich deutlich über die Hälfte der Befragten im Bereich „robust“. Gut jeder Fünfte gibt an, seine gesundheitliche Robustheit sei mittelmäßig. Erfreulich ist, dass sich niemand im Bereich der untersten Ausprägung „anfällig“ verankert sieht, und nur etwa jeder Zwanzigste angibt, seine gesundheitliche Robustheit sei eher anfällig, also nicht sonderlich ausgeprägt.

Daraus lässt sich ein durchaus positives Bild entnehmen. Der Median beträgt 3,87 und zeigt damit deutlich einen positiv zu nennenden Gesamtzustand an. Allerdings, wie erwähnt, ist jedoch das Bild von einer recht hohen Varianz, bezüglich der Selbsteinschätzung, begleitet. Mit einem Wert von 1,32 liegt der mittlere Quartil recht hoch, so dass von einer eher breiteren Streuung gesprochen werden muss. Es folgt wiederum eine Überblicksdarstellung zur Veranschaulichung des verbalen Befundes (vgl. Übersicht 4).

Übersicht 4: Grad der gesundheitlichen Robustheit



n=203 (Median 3,87/mQ 1,32)

Abb. 9: Grad der gesundheitlichen Robustheit

5. Die individuelle Auseinandersetzung mit dem Thema „persönliche Gesundheit“:

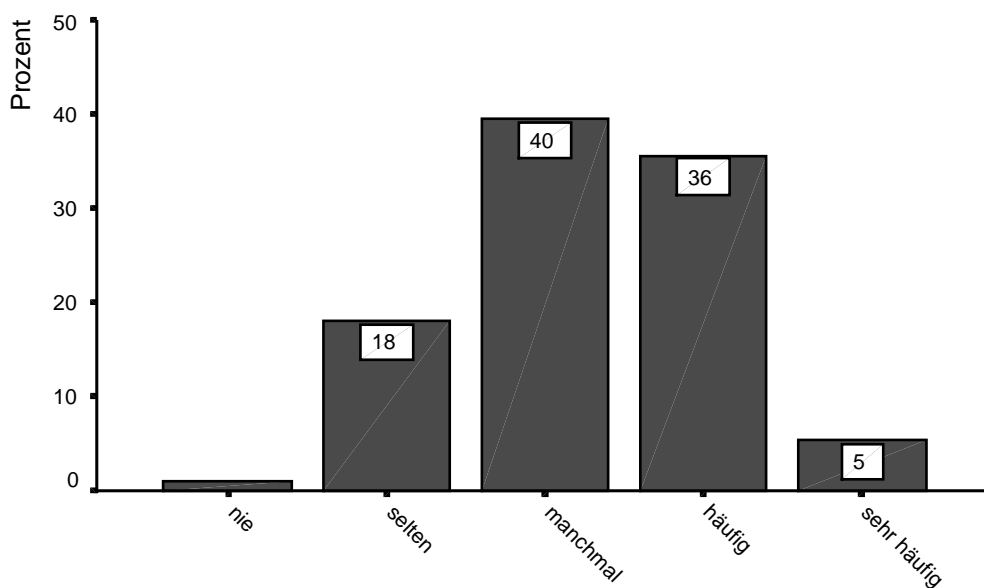
Hierunter wird die Ausprägung der eher kognitiven Präsenz der individuellen Beschäftigung mit Gesundheitsbelangen verstanden. Wiederrum wurde mit einer Ordinalskala von 1 („nie“) bis 5 („sehr häufig“) gearbeitet und damit die verstandene Ausprägung zu erfassen versucht.

Anhand des vorliegenden Ergebnisses kann festgehalten werden, dass die überwiegende Mehrheit sich mehr oder weniger bewusst mit dem Thema beschäftigt. Anders formuliert, es gibt kaum jemanden, der angibt, sich damit nicht zu beschäftigen. Fast jeder Zwanzigste setzt sich mit diesem Thema sehr häufig auseinander. Gut 36% aller Befragten geben an,

sich häufig damit zu beschäftigen. Annähernd die Hälfte, d.h. fast jeder Zweite meint, sich hin und wieder Gedanken über seine persönliche Gesundheit zu machen. Rund jeder Fünfte beschäftigt sich nur selten mit diesem Themenkomplex. In nur einem Prozent aller Fälle kommt es vor, dass sich Personen nie mit der persönlichen Gesundheit befassen.

Der Zentralwert (Medianwert von 3,29) vermittelt eine akzeptable positive Tendenz hin, zu einer Beschäftigung mit diesem Thema. Allerdings wird anhand des Streuwertes ($mQ = 1,43$) deutlich, dass diese Tendenz keineswegs einheitlich für alle Befragten zutrifft, sondern weit mehr, recht breit variiert. Auch dieser Befund wird in der anschließenden Übersicht 5 veranschaulicht.

Übersicht 5: Beschäftigung mit der persönlichen Gesundheit



n=204 (Median 3,29/mQ 1,43)

Abb. 10: Beschäftigung mit der persönlichen Gesundheit

6. (Vorläufiges) Fazit:

Obwohl anhand der vorgestellten Momente durchaus ein überwiegend positives Bild konstatiert werden kann, so geschieht dies als Ausdruck einer Häufigkeitsverteilung. Daher kann es im Sinne der hier vorgestellten ganzheitlichen Gesundheitsförderung nicht befriedigen.

Denn nicht alle Befragten verorten sich innerhalb eines als positiv zu bezeichnenden Raumes. Grund genug, den möglichen Ursachen, sei es individuenorientiert auf der Verhaltens- und Erlebensebene, sei es organisationsbezogen auf der Verhältnissebene, nachzugehen und gegebene gesundheitliche Risiken möglichst auszuschließen.

Die Zusammenführung (mittels Summen-score) der betrachteten Items, außer dem, der Beschäftigung mit dem Thema Gesundheit, zum Komplex des *psycho-somatisch-sozialen Gesundheitszustandes*, nach individueller Einschätzung, belegt den genannten Befund anschaulich. Zwar bewegt sich die deutliche Mehrheit aller Befragten im positiven Bereich der Skala (die Skalenmitte liegt bei 12, zwischen den bei-

den Endpolen 4 bzw. 20), doch sind sehr wohl auch Personen auszumachen, die sich im eher negativen Bereich der Skala verorten lassen. Dies bestätigt auch der erhobene Mittelwert von 15,4 bei einer erfreulich geringen Streuung (Standardabweichung beträgt 2,44). Die anschließende Übersicht 6 stellt das Ergebnis noch einmal graphisch dar.

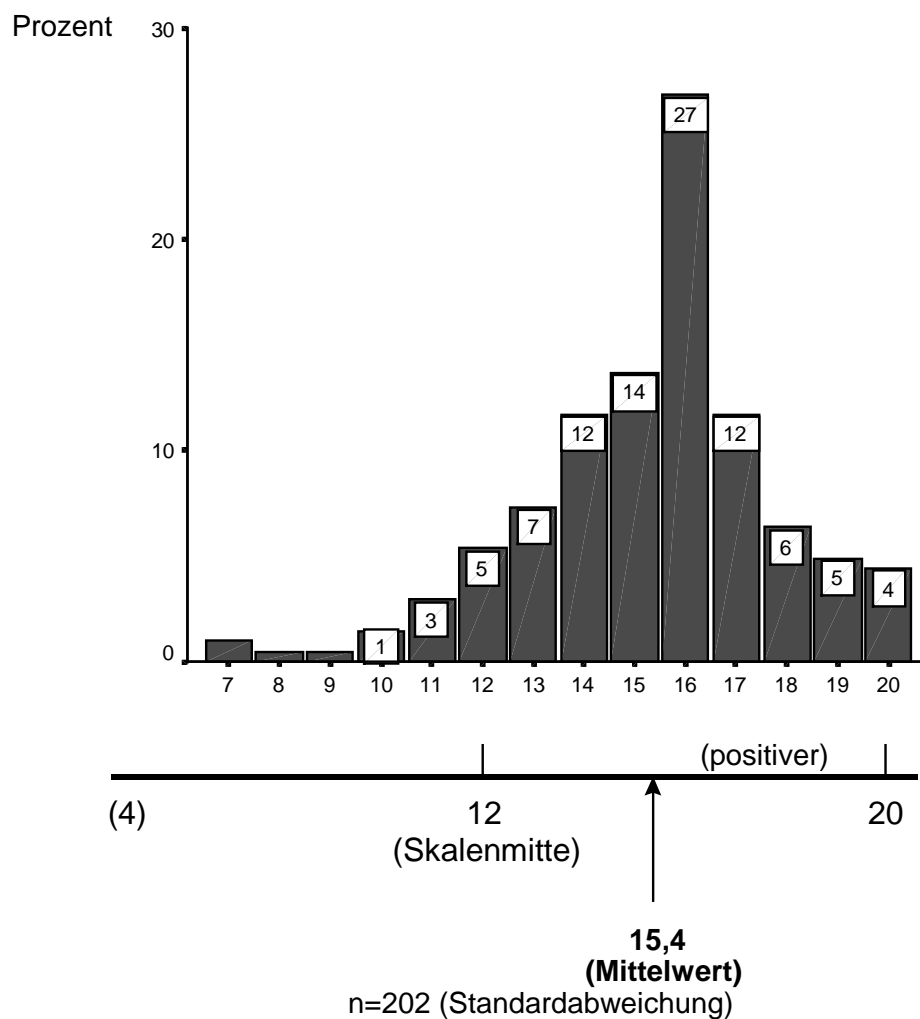


Abb. 11: Der psycho-somatisch-soziale Gesundheitszustand in der individuellen Selbstwahrnehmung

Literatur- und Quellenangabe

Bürgermeister, C., Köhler, L., Pohlandt, A., Quaas, W.: Psychische Belastung bei Bildschirmarbeit - (k)ein Problem?, in: W. Quaas: „Arbeits- und Organisationspsychologie als integrativer Bestandteil ingenieurwissenschaftlicher und betriebswirtschaftlicher Zukunftsgestaltung“ (Tagungsband), Universität Magdeburg 1999, S. 121 - 135.

Quass, W.: Gesunde Hochschulen - Modellprojekt für einen zukunftsorientierten ganzheitlichen Gesundheitsschutz (Projektangebot), Universität Magdeburg 2000.

Schmicker, S.: Entwicklung von Führungskräften und Sicherheitsbeauftragten zu einer Koalition Gesundheit und Gesundheitsförderung vor Ort (Projektantrag), Universität Magdeburg 2000.

Der Autor

Georg Köhler M.A. ist am ISOZ (Institut für Soziologie) der Universität Magdeburg beschäftigt; Schwerpunkt Organisation.

Kontakt: georg.koehler@gast.uni.magdeburg.de

Wilfried Belschner, Silke Gräser, Universität Oldenburg

Die Oldenburger Charta der Gesundheitsförderung – das Projekt gesundheitsfördernde Universität Oldenburg

1 Vorbemerkung

Zur Universität Oldenburg gehören ca. 11.000 Studierende und ca. 1500 Beschäftigte. In einer wenig industrialisierten Region wie Oldenburg übernimmt die Hochschule als Arbeitgeber und als bevorzugter Studienort in der Region Verantwortung für rund 12.500 Menschen. Seit 1995 ist die Universität Mitglied im Arbeitskreis "Gesundheitsfördernde Hochschule" und bemüht sich um die Umsetzung einer gesundheitsfördernden Hochschulkonzeption an der Oldenburger Universität. An einem Round-Table-Treffen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Lancaster (Großbritannien) zur Entwicklung von Richtlinien für gesundheitsfördernde Hochschulen in einem Europäischen WHO-Netzwerk hat die Universität im Juli 1997 mitgewirkt.

Ein erster Schritt im Prozess der Implementierung in der Universität Oldenburg war die Durchführung einer Befragung zu den strukturellen Voraussetzungen für Gesundheit und Gesundheitsförderung an der Hochschule. Schlüsselpersonen aus Einrichtungen der Hochschule, deren Aufgaben zentrale Aspekte der Gesundheitsförderung betreffen (z.B. Psychosoziale Beratung, Personaldezernat, Sicherheitsingenieur, Gleichstellungsstelle, Copernicus AG) wurden Ende 1999 zu einem Projekt Gesundheitsfördernde Hochschule befragt. Als Einstieg in den Prozess einer gesundheitsfördernden Hochschule wurde mit dieser Maßnahme u.a. die Sensibilität für gesundheitsfördernde und salutogene Aspekte in der Hochschule unterstützt. Diese Erhebung wird derzeit von einer Diplomandin ausgewertet; erste Ergebnisse sprechen für eine Motivation und eine positive Erwartungshaltung der Befragten, ein Projekt Gesundheitsfördernde Hochschule anzugehen.

Ein wichtiger und zentraler Schritt war die Durchführung der Tagung "Leitbild Gesundheit als Standortvorteil" mit den beiden Schwerpunkten "Gesundes Studieren" und "Betriebliche Gesundheitsförderung" im Mai 2000 (vgl. Belschner & Gräser, 2001). Das Anliegen einer gesundheitsfördernden Hochschule wurde für

die Universität öffentlich und sichtbar; Zielsetzung war es, ein gemeinsames Verständnis von Gesundheit zu entwickeln und gleichzeitig eine Standortbestimmung für die Universität vorzunehmen. Die bereits existierenden gesundheitsfördernden Angebote der einzelnen Institutionen innerhalb der Universität (z.B. Psychosoziale Beratungsstelle, Zentrale Studienberatung, PsyBe - ein Angebot zur gesundheitsfördernden Studienendphase, ASTA, Hochschulsport, Betriebliche Sozialberatung und Suchtprävention, Gleichstellungsstelle, Personalrat, Betriebsärztin, Sicherheitsingenieurin, Studentenwerk) sollten sichtbar werden, und Vernetzung und Kooperation sollte angeregt und erleichtert werden. Ein erster sich daran anschließender Erfolg war die Gründung einer Projektgruppe "Betriebliches Gesundheitsmanagement". In diesem Expertenteam arbeiten derzeit der Vertreter der betrieblichen Sozial- und Suchtberatung, die Sicherheitsingenieurin, die Betriebsärztin, zwei Mitglieder der Personalvertretung, eine Vertreterin der Personalweiterbildung, ein Vertreter des Personaldezernates und eine Mitarbeiterin aus der AG Gesundheitsforschung/ Gesundheitsförderung des Fachbereiches Psychologie zusammen.

Zur Implementierung des Projektes Gesundheitsfördernde Hochschule gehört aber auch die Entwicklung der Oldenburger Charta zur Gesundheitsförderung. Die Oldenburger Charta der Gesundheitsförderung wurde von Prof. Dr. Wilfried Belschner und Dipl.-Psych. Silke Gräser im Rahmen der Tagung "Leitbild Gesundheit als Standortvorteil" an der Universität Oldenburg im Mai 2000 erarbeitet und liegt den Einrichtungen der Universität vor. Die Charta ist eine Adaptation der Vereinbarung CORPORATE POLICY IN HEALTH der University of Central Lancashire (April 1997) und der JAKARTA DECLARATION on Leading Health Promotion into the 21st Century der WHO (July 1997). Ziel der Charta ist es, unter Bezugnahme auf die spezifischen lebensweltlichen Bedingungen der Hochschule, Gesundheit als Entscheidungskriterium in alle relevanten Bereiche und Ebenen einzuführen. Hier bedarf es struktureller Vorarbeiten und Vereinbarungen, die die Achtung des Kriteriums Gesundheit in der Hochschule festschreiben. In diesem Sinne ist die Oldenburger Charta ein gemeinsames Verständnis, Zielbestimmung und handlungsleitende Grundlage zugleich.

2 Die Oldenburger Charta der Gesundheitsförderung.

2.1 Das Verständnis von Gesundheit aus Sicht der Universität Oldenburg

In ihrem Verständnis von Gesundheit folgt die Universität Oldenburg der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und anderen Autoren, indem sie Gesundheit als positiven Begriff und nicht nur als die Abwesenheit von Krankheit auffasst. Gesundheit meint physisches, psychisches, soziales und spirituelles Wohlbefinden der ganzen Person oder einer Gemeinschaft. Gesundheit wird beeinflusst durch ein komplexes Zusammenspiel von persönlichen, umweltbezogenen und sozio-ökonomischen Faktoren.

Die Universität Oldenburg erkennt ihre Verantwortung für die Verankerung eines solchen umfassenden Verständnisses von Gesundheit und die Verpflichtung zur Entwicklung und Förderung von Gesundheit innerhalb ihres Settings, d. h. ihrer Organisationskultur, ihrer Leitung, ihrer Strukturen und ihrer Vorgehensweisen an. Mit Hilfe dieses Gesundheitsverständnisses wird sie sich zu einer gesundheitsfördernden Organisation zum Schutz und zur Förderung des Wohlbefindens ihrer Bediensteten, Studierenden und des weiteren Umfeldes entwickeln. *Gesundheitsförderung ist eine Schlüsselinvestition.*

2.2 Oldenburger Charta zur Gesundheitsförderung

Die Oldenburger Charta zur Gesundheitsförderung orientiert sich an sechs Aspekten einer gesundheitsfördernden Hochschule:

- der Hochschulpolitik,
- dem Arbeitsplatz Hochschule,
- dem Studienort Hochschule,
- der Bildungsinstitution Hochschule,
- der Nachhaltige Hochschule und
- der Hochschule als Teil der Kommune.

Die Hochschulpolitik

Die Universität Oldenburg wird eine Verpflichtung zur Gesundheitsförderung in ihren Hochschulentwicklungsplan und in ihre Maßnahmenkataloge aufnehmen und auch bei Verträgen für Projekte, Kooperationen und Dienstleistungen berücksichtigen. Dazu dienen:

- die Entwicklung von Implementierungs-Leitlinien zu vereinbarten Gesundheitsthemen,
- die Einführung von Gesundheit als zentrales Kriterium bei der Entwicklung von Maßnahmen, in der Planung und bei Verträgen,
- ein Monitoring von universitären Entscheidungen und Verfahrensweisen hinsichtlich ihrer Auswirkungen auf die Gesundheit,
- die Ausweitung der Partizipation an universitären Gestaltungs- und Entscheidungsprozessen,
- die Entwicklung der Führungsqualitäten, die für den Aufbau und die Sicherstellung einer Infrastruktur der Gesundheitsförderung notwendig sind.

Der Arbeitsplatz Hochschule

Die Universität Oldenburg wird sich dafür einsetzen, dass für die Bediensteten ein Arbeitsplatz bereitgestellt wird, der sie in ihrer Tätigkeit und in ihren Handlungskompetenzen unterstützt, wahrnimmt und der für ihre Gesundheit förderlich ist. Dazu dienen:

- die Identifizierung von gesundheitsbezogenen Aufgaben und Bedürfnissen und deren handlungsorientierte Würdigung,
- der Respekt gegenüber den Grenzen zwischen Arbeit und Freizeit,
- die Entwicklung einer Organisationskultur, die durch Integrität, Aufgeschlossenheit, Innovation, gegenseitigen Respekt, gute Kommunikation, partizipative Entscheidungsfindung und positives Feedback gekennzeichnet ist,
- die Bereitstellung angemessener gesundheitsbezogener Dienstleistungen, Einrichtungen und Informationen.

Der Studienort Hochschule

Die Universität Oldenburg wird sich dafür einsetzen, eine gesunde persönliche und soziale Entwicklung ihrer Studierenden zu unterstützen. Dazu dienen:

- die Identifizierung von gesundheitsbezogenen Aufgaben und Bedürfnissen und deren handlungsorientierte Würdigung,
- die Schaffung unterstützender Lebens- und Lernumfelder,
- die Bereitstellung leicht zugänglicher und angemessener Informationen, Dienstleistungen und Einrichtungen.

Die Bildungsinstitution Hochschule

Die Universität Oldenburg setzt sich das Ziel, bei ihren Studierenden ein akademisch fundiertes Bewusstsein für Gesundheit zu entwickeln und die Kompetenzen zur Gesundheitsförderung zu steigern. Dazu dienen:

- die Unterstützung eines angemessenen Bewusstseins für Gesundheit und Gesundheitsförderung in den Studiengängen,
- die Entwicklung multidisziplinärer gesundheitsbezogener Lehr-Module und Lehr-Veranstaltungen,
- die Einrichtung von Lehr-Veranstaltungen zur Entwicklung von Qualifikationen, die im Rahmen einer multidisziplinären Gesundheitsförderung relevant sind.

Die Nachhaltige Hochschule

Die Universität Oldenburg setzt sich das Ziel, ökologische Kontexte zu schaffen, die den Kriterien einer nachhaltigen Entwicklung wie auch der Gesundheitsförderung entsprechen. Dazu dienen:

- die Entwicklung von Leitlinien, die sicherstellen, dass bei der architektonischen Planung und bei Bau- und Umbaumaßnahmen die Auswirkungen in Hinblick auf Gesundheit und nachhaltige Entwicklung beurteilt und berücksichtigt werden,
- die Entwicklung von integrierten strategischen Lösungen für Gesundheit und nachhaltige Entwicklung.

Die Hochschule als Teil der Kommune

Die Universität Oldenburg setzt sich das Ziel, nachhaltige Gesundheit innerhalb des weiteren regionalen Umfeldes zu fördern. Dazu dienen:

- der Aufbau, Ausbau und die Festigung von Partnerschaften für Gesundheit mit anderen Einrichtungen auf strategischer und operativer Ebene,
- die Weiterentwicklung ihrer Rolle als Ressource für ihren Einzugsbereich,
- die Einschätzung und Würdigung ihrer Bedeutung für die Gesundheit der Region.

2.3 Prinzipien zur Umsetzung

1. Diese Charta der Gesundheitsförderung wird entsprechend den Werten und Prinzipien der Grundordnung der Universität Oldenburg umgesetzt. Sie schließen Mit-

bestimmung, Partnerschaft, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit ein.

2. Die Umsetzung dieser Charta der Gesundheitsförderung unterliegt vor allem der Verantwortlichkeit der Leitungsebene. Alle Mitglieder der Universität tragen jedoch ihre persönliche Verantwortung für die Unterstützung der Leitungsebene in diesem Bestreben.
3. Bei der Umsetzung werden langfristig angelegte Prozesse der Organisationsentwicklung und der Systemintervention im Sinne einer gesundheitsförderlichen Gesamtpolitik vorrangig sein.
4. Die Charta der Gesundheitsförderung wird umgesetzt durch eine große Bandbreite von gesundheitsförderlichen Aktivitäten, die Forschung, weitere Analysen und kritische Überprüfungen des Programms, die Verfügbarkeit von Serviceeinrichtungen, Maßnahmen zur Erhöhung des Gesundheitsbewusstseins, der Anwaltschaftlichkeit, der Mediation, der Bereitstellung von Informationen und der Möglichkeit der Vernetzung einschließt.
5. Zu spezifischen Themenbereichen und besonderen Bestandteilen der Charta der Gesundheitsförderung wird zur Erleichterung der Umsetzung von Worten in Taten ein Leitfaden zur Implementierung herausgegeben.
6. Maßnahmen der Gesundheitsberichterstattung werden eingerichtet, um sicher zu stellen, dass die Umsetzung der Charta der Gesundheitsförderung effektiv und sinnvoll verläuft.

(Adaptation der Vereinbarung CORPORATE POLICY IN HEALTH der University of Central Lancashire, (April 1997) und der JAKARTA DECLARATION on Leading Health Promotion into the 21st Century der WHO, (July 1997) durch Prof. Dr. Wilfried Belschner & Dipl.-Psych. Silke Gräser. April 2000.)

3 Die gesundheitsfördernde Hochschule als Ansatz für Organisationsentwicklung

Aspekte der Organisationsentwicklung fließen in die Implementierung einer gesundheitsfördernden Hochschule mit ein. Durch die Integration einer Perspektive, die das System selber fokussiert, kann es gelingen, ein erweitertes Verständnis von Gesundheit in der Organisation entstehen zu lassen. Über bestehende und zu schaffende Strukturen wird es möglich, vorhandene Kapazitäten durch Synergieeffekte besser zu nutzen und gleichzeitig neue Ressourcen anzuregen und zu unterstützen,

indem die Organisation selber den Raum für diese Entwicklung schafft und zulässt. Organisationsentwicklung im Sinne einer gesundheitsfördernden Hochschule fußt auf der Identifikation von Ressourcen und Strukturen, die Wohlbefinden behindern oder fördern. Schließlich beinhalten die strukturellen Vorgaben des Settings Hochschule auch die Verfügbarkeit und Entwicklung von Ressourcen und Unterstützungsleistungen. Darüber hinaus richtet sich Gesundheitsförderung auf die Gestaltung von Umweltbedingungen bereits im Vorfeld von Interventionsanlässen, und im Sinne einer Einführung von Gesundheit als Entscheidungskriterium für die Organisation können so Prozesse der Organisationsentwicklung befördert werden. Dabei müssen in einem setting-orientierten Verständnis von Gesundheitsförderung die wesentlichen Prinzipien und Handlungsformen wie Vernetzung von Individuen und Netzwerken selber, Partizipation der Mitglieder des Settings, Empowerment im Sinne einer Beteiligungsstrategie, intersektorale Zusammenarbeit und Kooperation als grundlegende Arbeitsstrategie und Prozessorientierung als methodischer Ansatz beachtet werden (vgl. Gräser, 2000a,b).

Um Organisationsentwicklung an der Hochschule anzuregen, müssen Top-down- und Bottom-up-Strategien gleichermaßen berücksichtigt werden. Daher verlangt ein solches Projekt Prinzipien der Umsetzung, die diesen beiden Aspekten Rechnung tragen. Dazu gehört ebenso die Verpflichtungserklärung der Leitungsebene der Hochschule wie auch die Partizipation und Verantwortlichkeit aller Mitglieder der Hochschule. Dabei sind Gesundheitsberichterstattung und Qualitätssicherung im Rahmen des Projektes Grundpfeiler einer Umsetzung.

Hochschulen haben als Ausbildungsorte für MultiplikatorInnen und potentielle Entscheidungs- und Funktionsträger und -trägerinnen Bedeutung für gesellschaftliche Entwicklungsprozesse. Gesundheitsfördernde Hochschulen können Bedingungen im System Hochschule gestalten, die Wohlbefinden für Beschäftigte und Studierende, Lernende und Lehrende ermöglichen und die Mitglieder der Hochschule befähigen, Gesundheit im Sinne von mehr Selbstbestimmung über ihre eigene Gesundheit zu entwickeln. Die Hochschulen sollten Orte der Innovation sein, da sie nicht nur Verantwortung für die (Aus-)Bildung haben, sondern darüber hinaus auch eine Funktion als gesellschaft-modellierende Werkstätten übernehmen können.

In der Ottawa-Charta heißt es dazu: „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“ (WHO, 1986).

Literatur

Belschner, Wilfried & Gräser, Silke (Hrsg.) (2001): Leitbild Gesundheit als Standortvorteil. Oldenburg: BIS (im Druck).

Belschner, Wilfried, Gräser, Silke (Hrsg.) (2000): Oldenburger Charta zur Gesundheitsförderung. Universität Oldenburg. Adaptation der Vereinbarung CORPORATE POLICY IN HEALTH der University of Central Lancashire (April 1997) und der JAKARTA DECLARATION on Leading Health Promotion into the 21st Century der WHO (July 1997). April 2000.

Gräser, Silke (2000a): Die Netzwerkperspektive in der Gesundheitsförderung als Ansatz für professionelles Handeln. Gruppendynamik und Organisationsberatung, 3, 303-320.

Gräser, Silke (2000b): PsyBe: Ein Modell zur Gesundheitsförderung in der Studienabschlussphase. In U. Sonntag, S. Gräser, C. Stock, A. Krämer (Hrsg.). Gesundheitsfördernde Hochschulen. Weinheim, München: Juventa.

WHO (1986): Ottawa-Charta der Ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa. In A. Trojan & B. Stumm (1992). Gesundheit fördern statt kontrollieren. Frankfurt am Main: Fischer.

Die Autoren

Siehe Seite 29

Gesundheitslabor für Studierende an der Universität Bielefeld

1 Rahmenbedingungen

Seit dem Wintersemester 1996/97 besteht an der Universität Bielefeld die Einrichtung eines Gesundheitslabors. Ausgehend von der Fakultät für Gesundheitswissenschaften wurde in dieser Einrichtung eine Gesundheitsberatung für Studierende angeboten. Ein Team, bestehend aus Mediziner*innen, Psycholog*innen, Biolog*innen und Sozialpädagog*innen, hat Beratungen zu verschiedenen Schwerpunkten angeboten, dazu zählten u.a. allgemeine Gesundheit, Essstörungen, Umwelt und Gesundheit sowie der Umgang mit Suchtmitteln. Im Rahmen der Beratung wurden auch Untersuchungen (Blutbild, Body-Composition, Cholesterin, Lungenfunktion und Sonographie) durchgeführt. Begleitend wurde ein Programm von gesundheitsbezogenen Kursen angeboten.

2 Ziele

Ziel des Gesundheitslabors ist die Identifikation von Gesundheitsproblemen der Studierenden durch eine „bottom-up“ Forschung sowie die Entwicklung von Präventionsansätzen, die sich an den spezifischen Ressourcen der Zielgruppe orientieren. Das Gesundheitslabor möchte zielgruppenspezifische Informationen über individuelles Gesundheitsverhalten geben und somit zu einer Stärkung der persönlichen Kompetenz im Umgang mit Gesundheit, Krankheit und Behinderung beitragen. Ein weiteres Ziel ist die frühzeitige Erkennung körperlicher Risiken und die Vermittlung von Hilfe bei weiterreichenden medizinischen Problemen.

3 Profil der Inanspruchnahme

Die Dauer des Modellprojektes, das von der AOK Westfalen-Lippe gefördert wurde, betrug ein Jahr. Während des Berichtszeitraumes von neun Monaten (Oktober 1996 bis Juni 1997) wurden insgesamt 270 Beratungen durchgeführt. Der Frauenanteil lag bei 55,3 % und der der Männer bei 44,7 % (Alter 19-56 Jahre, Durchschnitt 26 Jahre).

Die Verteilung der Ratsuchenden entsprach annähernd dem Verhältnis der Studierenden an den einzelnen Fakultäten.

Thematisch ergaben sich bei der *allgemeinen Gesundheitsberatung* folgende Schwerpunkte:

Fragen zur *körperlichen Aktivität* stellten den Hauptteil der Beratung dar. Insgesamt wurden 19,3 % der Studierenden, die das Gesundheitslabor aufsuchten, zu diesem Thema beraten. Inhaltlich wurden für den Bereich der Bewegung drei Schwerpunkte deutlich:

- Zusammenhang zwischen Bewegung und Stressabbau bzw. Stressresistenz,
- Zusammenhang zwischen Bewegung und Reduktion des Herz-Kreislauf-Risikos,
- und Zusammenhang von Bewegung und Reduktion von Körpergewicht.

Fragen zur *Ernährung* stellten mit 19,3 % der Anfragen einen weiteren wichtigen Schwerpunkt der Beratungsthemen dar. Über die Hälfte der Ernährungsfragen bezogen sich auf die vegetarische Ernährungsform. Es besteht eine große Unsicherheit, ob bei dieser Ernährungsform eine ausreichende Vitamin- und Mineralstoffzufuhr gewährleistet ist.

Der *Umgang mit Stress* war Thema von 15,2 % der geführten Beratungsgespräche.

Andere Gesundheitsthemen, wie Infektanfälligkeit, Kopfschmerzen, Hautprobleme u.v.a. machten 22,3 % der Beratungsthemen aus. *Gewichtsprobleme* mit den Thematiken „zu dick“ und „zu dünn“ wurden von 8,5 % angefragt.

Eine Beratung zur *Rückengesundheit* fragten 3,8 % nach. Weitere Themen, wie *Verhütung* und *sexuell übertragbare Erkrankungen* (2,8 %) sowie *Impfberatung* (2,2 %), machten einen geringen Anteil der Beratungsgespräche aus.

Neben der Beratung wurden insgesamt 11 *gesundheitsfördernde Kurse* angeboten, die von über 100 Studierenden angenommen wurden. Nachgefragt wurden insbesondere die Veranstaltungen "Fit & Wet Wassergymnastik", "Stressfrei durch den Alltag", "Verschiedene Entspannungsmethoden" sowie "Walking".

Besonderes Interesse erfuhr die Veranstaltung "Studentenfutter Gesundes, preiswertes Essen für Studierende".

4 Schlussfolgerungen

Es hat sich gezeigt, dass die auf die Zielgruppe spezifisch zugeschnittenen Angebote besser angenommen werden. Auffallend war, dass ein vergleichsweise hoher Anteil männlicher Studierender sich von dem Beratungsangebot angesprochen fühlte, was darauf hinweist, dass auch bei Männern eine hohe Akzeptanz für eine individuelle Gesundheitsberatung gegeben ist. Neben einem Interesse an allgemeinen Gesundheitsthemen wurden vor allem die spezifischen Themenbereiche körperliche Aktivität, Ernährung, Umgang mit Stress und Gewichtsprobleme nachgefragt.

Bei den Kursen konnte festgestellt werden, dass neue, innovativ gestaltete Angebote von den Studierenden besser angenommen werden.

Es konnte ebenfalls festgestellt werden, dass eine Gesundheitsberatung für Studierende eine Möglichkeit bietet, Studierende frühzeitig und ohne Medikalisierung bei gesundheitlichen Fragen zu unterstützen und die Kompetenz im Umgang mit der eigenen Gesundheit zu stärken.

Zukünftig soll dieses Beratungsangebot im Gesundheitslabor durch eine zielgruppenspezifische Beratung im Internet unterstützt werden.

Die Autorin

Sabine Meier, MPH arbeitet seit 1999 als Gesundheitswissenschaftlerin in der AG 2 Bevölkerungsmedizin und biomedizinische Grundlagen der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld in dem Schwerpunkt „Gesundheitsfördernde Hochschule“, wo sie das Modellprojekt „Gesundheitszirkel für Studierende“ betreut.

Kontakt: sabine.meier@uni-bielefeld.de

Gesundheitsförderung aus der Sicht einer Sicherheitsfachkraft am Beispiel der Universität Potsdam

1 Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung

Für die Realisierung eines Gesundheitsprojektes an der Universität Potsdam haben sich erstmalig im Januar 1996 Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler der Arbeitspsychologie, der Sportwissenschaften sowie Vertreterinnen des Sicherheitswesens und des betriebsärztlichen Dienstes ein gemeinsames Vorgehen beschlossen.

Die Vorbereitung des Projekts Gesundheitsförderung an der Universität Potsdam war verbunden mit einem langwierigen und nicht immer einfachen Diskussionsprozess.

Auch nachdem ein Konsens in der grundsätzlichen Frage gefunden war, bedurfte es geduldiger und nachdrücklicher Detailarbeit, bis eine Betriebsvereinbarung abgeschlossen und die Infrastruktur gefunden war.

2 Position der Sicherheitsfachkraft bei der Gesundheitsförderung

Für die attraktive Aufgabe „Gesundheitsprojekt an der Universität Potsdam“ sind eine aktive Beteiligung und Kreativität aller Mitarbeiter und Führungskräfte sowie des Personalrates gefragt.

Als Sicherheitsfachkraft bewegten mich in diesem Zusammenhang folgende Fragen:

- Was kann ich als Sicherheitsfachkraft zur Gesundheitsförderung beitragen?
- Wie konkret und wo ist der Einstieg in die Praxis oder kann ich mich in das Projekt Gesundheitsförderung / Gesundheitsmanagement integrieren?

Obwohl ich anfangs meine Position nicht finden konnte, begann mit diesen Überlegungen die eigentliche Arbeit. Mit der Findung der eigenen Position und Aufgaben wurde dann aber die Positionierung der Sicherheitsfachkraft geebnet:

Die Sicherheitsfachkraft ist

- Praktiker,
- Kontaktperson und
- Ansprechpartner mit Insider-Wissen

im Prozess der universitären Gesundheitsförderung.

In Verbindung mit bestehenden Arbeitsschutzdokumentationen, wie Gefährdungsbeurteilungen und Beurteilungen von Bildschirmarbeitsplätzen u. a. erfolgte schließlich ein konkreter Einstieg in die Gesundheitsförderung.

3 Charakterisierung betrieblicher Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung bedeutet den flächendeckenden Ausbau von Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung für alle Universitätskomplexe. Darüber hinaus stellt sie einen besonders wichtigen Faktor bei der Steigerung des Problembewusstseins bei Führungskräften und ausführenden Kräften sowie der Steigerung der Arbeitszufriedenheit dar und mindert die betrieblichen Gesundheitsbelastungen. Insgesamt erfolgt die Förderung einer aktiven und gesundheitsbewussten Lebensweise und die Verbesserung der Kommunikation und Kooperation innerhalb der Einrichtung.

Zu den Leitmerkmalen betrieblicher Gesundheitsförderung zählt Folgendes:

- Gesundheitsförderung betrifft alle Beschäftigten und nicht nur Risikogruppen
- Gesundheitsförderung ist sowohl situations- wie personenorientiert (Integration verhältnis- und verhaltensbezogener Maßnahmen)
- Gesundheitsförderung ist ein langfristig angelegter Prozess
- Gesundheitsförderung wird von vielen Akteuren – auch und vor allem den Beschäftigten – getragen
- Gesundheitsförderung setzt Mitbestimmung voraus

4 Projekt zur Gesundheitsförderung

An der Universität Potsdam wurde in den letzten Jahren ein integratives und interdisziplinäres Projekt zur Gesundheitsförderung installiert. Es verfügt über eine geeignete Infrastruktur zur Kommunikation. Das Projekt zur Gesundheitsförderung ist außerdem durch eine Betriebsvereinbarung abgesichert.

Für die weitere Unterstützung des Projekts zur Gesundheitsförderung wurde am 17.12.1998 die o.g. Betriebsvereinbarung zur Gesundheitsförderung an der Universität Potsdam verabschiedet und ein Steuerkreis gebildet. Dieser hat die Aufgabe der Förderung und Koordination aller Maßnahmen für die Verbesserung des physischen und psychischen Denkvermögens.

Zum Steuerkreis gehören ein Vertreter des Kanzlers, ein Vertreter des Personalrates sowie ein Projektmanager. Der Steuerkreis wird unterstützt und beraten durch den Arbeitskreis Gesundheit. An diesem Arbeitskreis beteiligen sich die nachfolgend aufgeführte Personengruppen:

- wissenschaftliche Mitarbeiter der Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologie
- die Gleichstellungsbeauftragte
- wissenschaftliche Mitarbeiter der Sportwissenschaft
- wissenschaftliche Mitarbeiter der Sportmedizin
- wissenschaftliche Mitarbeiter der Humanbiologie
- Gesamtpersonalrat
- Schwerbehindertenbeauftragte
- Vertreter der Studierenden
- Vertreter des Kanzlers
- die Sicherheitsingenieurin
- die Betriebsärztin

5 Erfassung der Ist-Situation

Zur Erfassung der Ist-Situation des Gesundheitsschutzes an der Universität Potsdam wurden unterschiedliche Aktivitäten entwickelt. Exemplarisch sein hier folgende genannt:

- Als Analyseinstrument wurde eine Fragebogenaktion für die Verwaltungsbereiche durchgeführt, welches den Gesundheitszustand und die Arbeitssituation betraf.
- Für funktionsdiagnostische Untersuchungen entwickelten die Sportwissenschaftler einen speziellen Untersuchungsbogen.

- Durch die Sicherheitsfachkraft wurden zusammen mit Studenten des Diplomstudienganges Prävention und Rehabilitation Arbeitsplatzbesichtigungen und Gefährdungsanalysen vorgenommen.
- Weiterhin erfolgte eine computergestützte Untersuchung der Raumaufteilung und Möblierung in Anlehnung an Sollwerte, mit dem Ergebnis von alternativen Einrichtungsvorschlägen unter ergonomischen Gesichtspunkten.
- Durch den Arbeitsbereich Arbeitspsychologie des Instituts für Psychologie erfolgten vertiefende Analysen. Gegenstand der Untersuchung waren die arbeitsbedingten psychischen Belastungen von Sekretärinnen, die mehreren Arbeitsplätzen zugeordnet sind.
- Eine weitere Untersuchung war den psychischen Beanspruchungen der Studierenden durch die Doppelbelastung von Studium und Job gewidmet.
- Ein berufsfeld bezogener Einsatz von Studierenden wurde für Interventionsmaßnahmen von Mitarbeitern initiiert. Dazu gehören:
 - Pausengymnastik
 - Rückenschule
 - Funktionsgymnastik
 - Herz-Kreislauftraining
 - Kurs zur Stressbewältigung
 - Sportangebot Gesundheitsförderung (speziell gekennzeichnet im Sportprogramm der Universität)

Begleitend wurde während der Phase der Analyse des Ausgangszustandes versucht, die Mitarbeiter in der Universitätszeitung, durch Gesundheitstage und spezielle Workshops zu sensibilisieren. Ergänzend zu den bestehenden Programmen wird außerdem die Ernährungsberatung in unser Projekt integriert.

6 Vorteile für die Universität

Durch die aktive Gesundheitsförderung ergeben sich für Betriebe auf verschiedenen Ebenen Vorteile. Diese lassen sich als Vorteile für die Beschäftigten und Vorteile für die Universität wie folgt zusammenfassen.

Vorteile für den Beschäftigten

- Reduktion von Arbeitsbelastungen
- Besserer Umgang mit Belastungen
- Verbesserung des Gesundheitszustandes
- Zunahme der Leistungsfähigkeit
- Verbesserung des Betriebsklimas
- Erhöhung der Arbeitszufriedenheit
- Steigerung des Wohlbefindens

Vorteile für die Universität

- Erhöhung der Personalverfügbarkeit
- Senkung des Krankenstandes
- Stärkung der Position
- Verbesserung des Images der Universität
- Abbau von Konfliktpotentialen
- Erhöhung der Arbeitsmotivation

7 Schlussfolgerungen

Aus den Erfahrungen des Gesundheitsprojektes an der Universität Potsdam lassen sich folgende Schlussfolgerungen ziehen:

- Das integrative Vorgehen hat sich an der Universität Potsdam bewährt.
- Der Einbezug aller Angehörigen an der Universität ist ein entscheidendes Erfolgskriterium.
- Aufbauend auf der Analyse sollten Interventionen (bedingungs- und personenbezogene) zügig umgesetzt werden.
- Die personelle Absicherung eines Projektmanagers muss langfristig im Stellenpool integriert werden.
- Mit der Umsetzung der EU-Richtlinie zur Verbesserung der Gesundheit der Arbeitnehmer durch das Arbeitsschutzgesetz 1996 ist ein lange fälliger Paradigmenwechsel in der Arbeitsschutzpolitik auch in Deutschland eingeleitet worden.
- Diese ganzheitliche Sichtweise geht über die klassische Unfallverhütung hinaus und lenkt den Fokus auch auf den präventiven Schutz und die Förderung der Gesundheit der Beschäftigten.

4 Ausblick

Moderner Arbeitsschutz als Antrieb zur weiteren Gestaltung der Gesundheitsförderung

In der Vergangenheit gingen die innovativen Impulse von der betrieblichen Gesundheitsförderung aus. Das Arbeitsschutzgesetz veränderte diese Situation. Viele methodische Standards der Gesundheitsförderung fließen in den Arbeitsschutz ein. Es erfolgt eine stärkere Gewichtung bei der Beteiligung der Beschäftigten. Durch die Verpflichtung zur Gefährdungsbeurteilungen an Arbeitsplätzen kam es zu einer systematischen Erfassung von Gesundheitsgefährdungen an der Universität Potsdam.

Wenn der Arbeitsschutz diese Vorgaben nicht nur formalistisch abarbeitet, sondern ernsthaft umsetzt, verdrängt er die betriebliche Gesundheitsförderung aus ihrem angestammten Feld.

Die Autorin

Dipl.-Ing. Helga Krieger ist Fachingenieurin für Arbeitsschutz und Leitende Sicherheitsingenieurin an der Universität Potsdam.

Kontakt: krieger@rz.uni-potsdam.de

Organisations- und Personalentwicklung: Handlungsspielräume für Personaldezernenten und Personalräte

1 Vorbemerkung

Die Grundidee zu einem Gesundheitsmanagement geht zurück auf Bemühungen der WHO (Weltgesundheitsorganisation), um eine Weiterentwicklung der medizinischen Prävention und Gesundheitserziehung. 1986 wurde in Ottawa die Charta zur Gesundheitsförderung verabschiedet. Der Hauptgedanke der Ottawa-Charta bezieht sich auf die Befähigung der Bevölkerung zu einem selbstbestimmten Umgang mit Gesundheit und auf eine gesundheitsförderliche Gestaltung der Lebenswelt. Gesundheit ist Ergebnis ständiger Auseinandersetzung von Menschen mit ihrer Umwelt, und damit auch ihrer Arbeitswelt. Als Führungsaufgabe bedeutet Gesundheitsförderung, integrierte betriebliche Strukturen und Prozesse zu entwickeln, deren Ziel die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit und Organisation ist.

2 Gesundheitsförderung an der Universität Bielefeld: Hintergründe des Projekts

In einer gemeinsamen Initiative von Personaldezernat, Personalräten und der Fakultät für Gesundheitswissenschaften wurden 1994 Möglichkeiten gesucht, einen integrierten Ansatz betrieblicher Gesundheitsförderung an der Universität Bielefeld zu realisieren. Hierzu wurden die besonderen Rahmenbedingungen an der Universität sowie denkbare Aktivitäten betrieblicher Gesundheitsförderung von einer Vorbereitungsgruppe beraten. Das Ergebnis war ein Konzept für einen integrierten Ansatz betrieblicher Gesundheitsförderung an der Universität Bielefeld. Ende des Jahres 1994 beschloss das Rektorat, in Anlehnung an Modelle in Wirtschaftsunternehmen, die Etablierung eines Gesamtansatzes zur betrieblichen Gesundheitsförderung zu unterstützen. So wurden Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu einem zentralen Zielbereich der "Organisationskultur" gemacht. Das vorgelegte Konzept bindet die betriebliche Gesundheitsförderung in Rahmenkonzepte von Personal-

entwicklung und Qualifikation ein. Betriebliche Gesundheitsförderung ist hier in einem zweifachen Interessenzusammenhang zu sehen: Neben dem Interesse der Universitätsleitung an Personalförderung und einer unternehmerischen Gesamtverantwortung für die Lebensqualität der Beschäftigten, steht das Interesse der Beschäftigten an gesundheitsorientierten Arbeitsplätzen. Ausgangspunkt eines solchen Ansatzes ist eine partizipative Vorstellung von Gesundheits- und Arbeitsgestaltung, mit dem Ziel der kontinuierlichen Verbesserung der Arbeitsumgebung. Entsprechend steht ein Angebot zum Dialog, zum Aushandeln und zur Teilhabe aller Beteiligten an Gesundheitsschutz und Arbeitsgestaltung im Vordergrund des Vorgehens. Die technischen Aspekte der Arbeitsumgebung sind hier ebenso zu berücksichtigen wie die Auswirkungen von Arbeitsorganisation und Arbeitsbeziehungen auf Gesundheit.

Für die Bewältigung ihrer Aufgaben stehen der Universität zunehmend weniger Mittel und weniger Personal zur Verfügung. Hinzu kommen sich ständig verändernde Rahmenbedingungen, z.B. die stärkere Berücksichtigung betriebswirtschaftlicher und qualitätssichernder Aspekte, die eine weitere Qualifizierung des Personals notwendig werden lassen.

3 Betriebliche Gesundheitsförderung im Rahmen der Personalentwicklung an der Hochschule

Die Konsequenzen aus dieser Entwicklung waren an der Universität Bielefeld die Einrichtung einer Abteilung für Personalentwicklung im Personaldezernat, eine deutliche Erhöhung der Mittel für die Weiterbildung des Personals, gezielte Schulungen unserer Führungskräfte, die Etablierung neuer Personalauswahlverfahren, die Einführung neuer Arbeitszeitmodelle sowie die Einrichtung partizipatorisch zusammengesetzter Arbeitsgruppen zur Erarbeitung von Vorschlägen für Entwicklungs- und Qualifizierungskonzepte für bestimmte Gruppen von Beschäftigten. Diese Maßnahmen beziehen sich zunächst auf die nichtwissenschaftlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, teilweise erreichen sie noch den wissenschaftlichen Mittelbau, weniger aber auf Professoren und Professorinnen sowie Lehrbeauftragte. Im Verlauf der Überlegungen zur Personalentwicklung wurde deutlich, dass über die Qualifizierung, Weiterentwicklung und Leistung der Beschäftigten hinaus der Blick erweitert werden muss auf die Bedingungen an Arbeitsplätzen, die einen Einfluss auf die Qualität der

geleisteten Arbeit haben. Die Motivation der Beschäftigten, unter anderem abhängig vom sozialen Klima am Arbeitsplatz - sowohl was die Atmosphäre unter den Kollegen und Kolleginnen, als auch die zwischen Vorgesetzten und Beschäftigten angeht – hat einen großen Einfluss auf die Qualität der Arbeit. Ob die psychischen und physischen Belastungen am Arbeitsplatz gut bewältigt werden können oder ob sie krank machen, sind wichtige Fragen, deren Beantwortung im Rahmen der Personalentwicklung zu leisten ist.

Bei der Umsetzung unseres Konzeptes standen drei Dinge im Mittelpunkt der Überlegungen: Zum einen die Erkenntnis, dass es bei der Umsetzung solcher Konzepte nicht so sehr an Ideen und Initiativen mangelt, sondern vielmehr an integrierenden Konzepten und einer koordinierten Steuerung. Zum zweiten die Einsicht, dass es nicht so sehr darum geht,

Angebote für bestimmte Personen zu entwickeln, sondern diese mit ihnen zu gestalten. Und zum dritten die Erfahrung, dass ohne ein Engagement der Leitungsebene derartige Konzepte sich nicht produktiv entfalten können.

Als Leitlinie eines hochschulspezifischen Konzepts galt es, das bestehende Potential an Initiativen und Ressourcen zu nutzen und die Tradition der Kooperation und Selbstregulation in der Universität auch in diesem Bereich fortzuführen und einen fachlich-organisatorischen Rahmen für Anregung und Zusammenarbeit zu schaffen.

So wurde der Steuerkreis Gesundheit eingerichtet, der den an der Universität vertretenen Sachverstand für Gesundheitsaktivitäten bündelt.



Abb. 1: Der Steuerkreis Gesundheit

Seit Anfang 1999 unterstützt eine Mitarbeiterin auf einer halben Stelle die Koordination der Aktivitäten und Projekte der betrieblichen Gesundheitsförderung. Damit sind die Rahmenbedingungen insbesondere im Zusammenhang mit der Herstellung und Pflege von Kontakten und der inhaltlichen Weiterentwicklung

von Konzepten zur betrieblichen Gesundheitsförderung verbessert. An der Abbildung 1 wird deutlich, wo der Steuerkreis Gesundheit in die Organisationsstruktur eingebunden ist. Als inhaltliches Forum und Koordinationsgremium hat er keine Entscheidungskompetenz, sondern erleichtert die Zusammenarbeit,

lotet Erfordernisse und Handlungsmöglichkeiten aus, begleitet laufende und initiiert neue Programmaktivitäten und gibt Anregungen und Empfehlungen.

Neben den regulären Mitgliedern nehmen je nach Themenschwerpunkt die entsprechenden Vertreter/innen der betroffenen Bereiche teil. Die Umsetzung der im Steuerkreis Gesundheit angeregten Projekte und Aktivitäten werden in (vom Steuerkreis eingerichteten) Arbeitsgruppen organisiert. Zur Zeit sind die Arbeitsgruppen mit folgenden Themenschwerpunkten und Projekten befasst:

- Die AG Gesundheitsfördernde Hochschule, beschäftigt sich mit Schritten in Richtung healthy university. Weitere Themenfelder dieser AG sind die Herstellung und Pflege von Kontakten zu anderen im Bereich Gesundheitsförderung tätigen Universitäten, sowie die Formulierung eines Leitbildes zur Gesundheitsförderung für unsere Hochschule.
- Die AG „Gesundheitliche Situation der wissenschaftlich Beschäftigten“ bereitet derzeit eine Untersuchung zur gesundheitlichen Lage des wissenschaftlichen Personals der Universität Bielefeld vor.
- Die AG „Gesundheitszentrum an der Universität“ hat den Auftrag, einen mit allen Beteiligten abgestimmten Vorschlag für eine Vernetzung der gesundheits-bezogenen Angebote der Universität zu entwickeln.
- Die AG „Kursprogramm“ stellt die Kurse des Kursprogramms zusammen, organisiert und evaluiert sie.
- Die AG „Gesundheitsprojekt Sitzen-Gehen-Stehen am Arbeitsplatz“ wird das Projekt aus dem Jahr 1997 zu neuem Leben erwecken und eine weitere Schulung der Sicherheitsbeauftragten zu Ansprechpartnern bei Rückenproblemen durchführen.

Arbeitsgruppen zur Durchführung von Gesundheitszirkeln und Gesundheitstagen werden bei Bedarf eingerichtet. Bisher wurden in der Universität Bielefeld drei Gesundheitszirkel durchgeführt. Dabei handelte es sich um Bereiche, von denen bekannt war, dass unterschiedliche gesundheitliche Belastungen vorhanden waren. Der Erfolg von Gesundheitszirkeln liegt darin begründet, dass hier ein organisatorischer Rahmen geschaffen wird, in dem wertvolles Erfahrungswissen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit dem Sachverstand von Expertinnen und Experten und Führungskräften zusammengeführt wird.

Die Gesundheitszirkel sind eine vom Kanzler eingesetzte und durch die zuständigen Vorgesetzten unterstützte offizielle Arbeitsgruppe der Beschäftigten. In den Gesundheitszirkeln konnten zwei Arten von Belastungen, die gehäuft zu gesundheitlichen Beschwerden führen, herausgearbeitet werden: Zum einen handelt es sich um ergonomisch ungünstige Gestaltung von Arbeitsplätzen, die vor allem zu Beschwerden im Bereich der Schulter- und Nackenmuskulatur führt. Der andere Belastungskomplex bezieht sich auf psychosoziale Belastungen. Voneinander abgrenzen ließen sich in diesem Zusammenhang die Bereiche Betriebsklima und Arbeitsorganisation mit den Unterpunkten Mitarbeiter/innen-Führung, Informationspolitik sowie das Verhältnis der Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen untereinander.

Darüber hinaus hat die Universität Bielefeld unterschiedliche Projekte umgesetzt. Dazu zählen insbesondere die drei Gesundheitstage sowie das weiter oben bereits erwähnte Gesundheitsprojekt: „Sitzen–Stehen–Gehen am Arbeitsplatz“. Teil dieses Projekts war die Entwicklung praktischer Übungen zur Vorbeugung und Linderung von Rückenbeschwerden. Sie dauern im Schnitt 10 – 30 Sekunden, können am Arbeitsplatz durchgeführt werden und liegen den Beschäftigten in Form einer Broschüre vor. Im Rahmen dieses Projekts wurden die Sicherheitsbeauftragten der verschiedenen Einrichtungen in speziellen Schulungen zu sogenannten Rückenfreunden, d.h. zu Ansprechpartnern bei Rückenproblemen qualifiziert.

Seit 1997 wird ein eigenständiges Kursprogramm zur betrieblichen Gesundheitsförderung angeboten. Es besteht vorwiegend aus bewegungsorientierten Veranstaltungen wie Rückenschulen, Wirbelsäulengymnastik und Kursen zu Entspannungstechniken. Die Kurse werden aus Mitteln der Hochschule finanziert und können zum Teil während der Arbeitszeit absolviert werden. Im Schnitt nehmen ca. 10 % der Beschäftigten an den Kursen teil. Seit 1999 lassen wir unser Kursangebot mit Hilfe einer Befragung der Teilnehmer/innen kritisch bewerten. Die Auswertung der Rückmeldebögen zeigte eine hohe Zufriedenheit der Teilnehmer/innen mit dem Programm, sowohl die Auswahl der Kurse betreffend, als auch die Möglichkeit überhaupt im Haus und unentgeltlich etwas für die eigene Gesundheit tun zu können.

4 Ausblick

Der Erkenntnis folgend, dass die Leitungsebenen bei der Etablierung einer gesundheitsfördernden Gestaltung der Arbeitswelt eine entscheidenden Rolle spielen, haben wir ein Konzept zur Schulung der Führungskräfte entwickelt. Ab 2001 werden die, im Rahmen der Personalentwicklung durchgeführten Führungskräftebildungen um den wichtigen Gesichtspunkt der betrieblichen Gesundheitsförderung erweitert werden.

Die Autorin

Dipl.-Psych. Kristin Unnold ist Koordinatorin der Betrieblichen Gesundheitsförderung an der Universität Bielefeld.

Kontakt: kristin.unnold@uni-bielefeld.de

Stefan Bacmeister, Hagen Wieneke, Peguform GmbH & Co KG, Werk Oldenburg

Gesundheitsmanagement im Rahmen eines integrierten Systems

Vorbemerkung

Zur Bewältigung der stetig steigenden internen und externen Anforderungen der Gesundheitsförderung, des Umweltschutzes und der Arbeitssicherheit hat Peguform Oldenburg in Eigeninitiative ein *mitarbeiterorientiertes, integriertes Managementsystem, GUSi* genannt, entwickelt, das auf den folgenden Seiten vorgestellt werden soll.

1 Informationen zum Unternehmen

Das Peguform-Werk Oldenburg ist ein Standort der *Peguform GmbH & Co KG* mit Sitz in Bötzingen und gehört nach dem 1998 erfolgten Verkauf durch die Klöckner-Werke AG, Duisburg, zu dem US-amerikanischen Unternehmen Venture, Detroit.

In der *Peguform GmbH & Co KG* arbeiten über 8000 Mitarbeiter an 17 Standorten in fünf Ländern (Deutschland, Spanien, Frankreich, England sowie Tschechien). Auf diese Weise werden vorhandene Synergien stärker genutzt und der Know-how-Transfer gepflegt.

Bei Peguform Oldenburg sind z. Z. etwa 1000 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit der Herstellung und Just-in-time-System-Belieferung von Stoßfängern und Türinnenverkleidungen beschäftigt. Hauptkunden sind Volkswagen (Passat, Golf) und Seat (Toledo).

Peguform produziert *Kunststoffsystemteile für die Automobilindustrie* sowie technische Teile. Die arbeitstägliche Produktion im Werk Oldenburg beträgt zirka 2.200 Sätze Stoßfänger sowie 1.900 Sätze Türinnenverkleidungen (2000), wobei ein Satz jeweils einen Front- und einen Heckstoßfänger sowie vier Türinnenverkleidungen umfasst. Produziert wird im Werk Oldenburg an sechs Tagen pro Woche im Mehrschichtsystem.

Die Kunststoff-Stoßfänger werden im Spritzgießverfahren hergestellt und in der entsprechenden Wagenfarbe lackiert. In der Just-in-time-Montage werden sie dann mit Anbauteilen versehen und sequenzgerecht direkt zum Kunden an das Montageband transportiert.

Auch die Türinnenverkleidungen werden im Spritzgießverfahren hergestellt. Danach werden sie mit einer Kunststoffolie überzogen, je nach Kundenwunsch mit Anbauteilen ausgestattet und Just In Time an das Montageband des Kunden geliefert.

Die Automobilherstellung zeichnet sich heutzutage durch eine immer geringere Fertigungstiefe bei den Endproduzenten aus. Die meisten Teile eines PKW werden von Zulieferern hergestellt; dabei werden die Bauteile immer komplexer und die Qualitätsanforderungen ständig erhöht. Auf der anderen Seite stehen die Zulieferer sowohl unter dem steigenden Preisdruck der Automobilhersteller, als auch, gerade mittelständische Zulieferer, unter dem Kostendruck der Rohstofflieferanten.

Genau in diesem Spannungsfeld befindet sich Peguform als Kunststoffverarbeiter und Automobilzulieferer komplexer Bauteile. In diesem Rahmen sind die Spielräume von Peguform, eigene Wege zu gehen, z.B. hinsichtlich der Produktionsweise oder Arbeitszeiten, sehr gering.

Das wirkt sich auch auf den betrieblichen Gesundheits-, Umwelt- und Arbeitsschutz aus. Beispielsweise die Produktionsweise der Just-in-Time-Fertigung und das Produzieren in Mehrschichtmodellen rund um die Uhr an sechs Tagen in der Woche erschweren die Implementation von komplexen mitarbeiterorientierten Modellen. Dazu kommt noch, dass starke Nachfrageschwankungen auch Veränderungen in der Mitarbeiterstruktur bewirken können, die wiederum eine Planungssicherheit auch im Hinblick auf betrieblichen Gesundheits-, Umwelt- und Arbeitsschutz erschweren.

In dem 1989 erbauten Peguform-Werk in Oldenburg wurden bereits 1991 die Weichen für ein Umwelt- und Sicherheitsmanagement gestellt. Hintergrund dafür war die Lage des Werksgeländes in einem innenstadtnahen Mischgebiet, wo sich Industrie und Anwohner in direkter Nachbarschaft zueinander befinden. Um sicherzustellen, dass vom Betriebsgelände keine Gefährdungen und Belästigungen für die Anwohner ausgehen, erkannte Peguform nicht nur die Notwendigkeit technischer Vorkehrungen, sondern auch organisatorischer Regelungen. Erfahrungen mit dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess KVP und der Einführung eines Total Quality Managements (POKAL: „Peguform orientiert sich am Kunden mit allen Leistungen“) zeigten Mitte der 90er Jahre, dass nachhaltige, erfolgreiche Verbesserungsprozesse nur unter Beteiligung der Mitarbeiter gelingen können.

Dahinter standen ganz praktische Erwägungen:

- In der betrieblichen Organisation gibt es viele thematische Überschneidungspunkte zwischen Gesundheits-, Umwelt- und Arbeitsschutz. Auf der anderen Seite gibt es in größeren Unternehmen für die Arbeitssicherheit den Arbeitsschutzausschuss (ASA), für den Gesundheitsschutz die Personalabteilung (bezüglich des Krankenstandes) bzw. von Seiten des Betriebsrats den Betrieblichen Gesundheitsausschuss (BGA), und bei Umweltfragen ist i.d.R. der Umweltbeauftragter Ansprechpartner. Bei dieser „Gewaltenteilung“ werden Synergiepotentiale verschenkt, häufig ist Doppelarbeit notwendig.
- Bei allen drei Arbeitsfeldern spielt die Mitarbeiterbeteiligung eine entscheidende Rolle, um langfristig Verbesserungen zu erzielen. Wenn die Aus- und Weiterbildung bzw. Sensibilisierung von Mitarbeitern einseitig beschränkt wird, bildet man nur Spezialisten aus, die die Zusammenhänge nicht verstehen (können). Auch hierbei werden Synergieeffekte verschenkt. Beispiel: Ein Sicherheitsbeauftragter beanstandet während einer Begehung eine Stolperstelle in einem Arbeitsbereich, übersieht jedoch, dass der Arbeitstisch für den Mitarbeiter die falsche Arbeitshöhe aufweist oder dass die Abfälle nicht ordnungsgemäß getrennt werden.
- Jeder Mitarbeiter ist *der* Spezialist in seinem Arbeitsbereich, nicht nur in bezug auf die Qualität der abzuliefernden Arbeit, sondern auch in bezug auf seine Arbeitsbedingungen. Dies schließt natürlich mit

ein, dass die Mitarbeiter gesund sind und sich damit auch sicher und umweltgerecht verhalten. Verhalten sie sich dementsprechend, hat dies wiederum Auswirkungen auf das Arbeitsergebnis und die Zufriedenheit. Also kann eine Sensibilisierung der Mitarbeiter in puncto Gesundheitsförderung, Umweltschutz und Arbeitssicherheit auch dazu beitragen, Qualität und Zufriedenheit zu erhöhen.

So fiel 1995 die Entscheidung, ein mitarbeiterorientiertes Konzept für den integrierten Gesundheits-, Umwelt- und Arbeitsschutz zu entwickeln, das den Namen GUSi erhielt.

2 Das GUSi-Managementsystem

Der GUSi-Ausschuss

Der bisherige - gesetzlich vorgeschriebene - Arbeitsschutzausschuss (ASA) wurde in den *GUSi-Ausschuss* umbenannt. Seine Aufgaben wurden um die eines Gesundheits- und Umweltausschusses erweitert, in dem u. a. Analysen diskutiert, Maßnahmen beschlossen oder Umwelt- bzw. Gesundheitsprogramme verabschiedet und überprüft werden. Über die gesetzlich geforderte Zusammensetzung des ASA hinaus wird durch die im Umweltmanagement-Handbuch beschriebene Erweiterung des GUSi-Ausschusses um einen Produktionsleiter und mehrere GUSi-Beauftragte auch gewährleistet, dass nicht nur Führungskräfte, sondern auch Mitarbeiter in diesem höchsten Lenkungsgremium des GUSi-Systems vertreten sind.



Abb. 1: Funktionale Besetzung des GUSi-Ausschusses

GUSi-Arbeitskreise

Als Gremien der operativen Planung und Steuerung bestehen unterhalb des GUSi-Ausschusses zwei Arbeitskreise, der GUSi-Arbeitskreis Umweltschutz und der GUSi-Arbeitskreis Gesundheitsförderung.

Der AK *Umweltschutz* unterstützt im wesentlichen die Validierung nach der EG-Öko-Audit-Verordnung (EMAS), verfolgt die Maßnahmenumsetzung und führt die jährlichen internen Öko-Audits durch. Zweimal bereits, 1996 und 1999, ist das Werk Oldenburg in dem aufwendigen EMAS-Verfahren erfolgreich validiert worden. Die sechs Mitglieder, Abteilungsleiter, Werker und BR, tagen mindestens halbjährlich.

Der AK *Gesundheitsförderung* ist das Koordinationsgremium für Gesundheit. Seine Funktion ist die Beratung der Werkleitung und des GUSi-Ausschusses sowie die Weiterentwicklung des Gesundheitsmanagementsystems. Dazu sammelt er Informationen, wertet Analysen aus, leitet daraus Prozesse und Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung ab und legt sie dem GUSi-Ausschuss zur Entscheidung vor. Er ist das zuständige Gremium für die Umsetzung der Vorgaben des AOK-Projektes „Prospektiver Beitragsbonus“, an dem sich Peguform Oldenburg beteiligt (s.u.).

Der AK Gesundheitsförderung wurde 1997 eingerichtet und trifft sich seither mindestens alle sechs Wochen. Leiter ist der Personalleiter, weitere Teilnehmer sind der Leiter der Abteilung GUSi, zwei Betriebsräte, eine GUSi-Beauftragte (s.u.), die Betriebsärztin, der Koordinator für Gesundheitsförderung sowie ein Projektkoordinator der AOK. Durch diese Zusammensetzung wird eine gute Mischung aus Know-how und Entscheidungskompetenz hergestellt.

Die Abteilung GUSi

Herzstück des GUSi-Managementsystems ist die Abteilung GUSi. Sie ist hervorgegangen aus der Abteilung für Arbeitssicherheit, erweitert um die Zuständigkeiten für den Umweltschutz und das Abfallmanagement sowie, in Abstimmung mit der Personalleitung, für die Gesundheitsförderung. Neben dem verantwortlichen Arbeitssicherheitsingenieur sind hier zur Zeit vier Mitarbeiter mit vielfältigen Aufgaben beschäftigt. Sie werden regelmäßig durch Praktikanten unterstützt, die mit besonderen Aufgaben betraut werden.

Im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung obliegen der Abteilung Aufgaben der Beratung und Unterstützung: die Erhebung, Aufbereitung und Kommunikation von Informationen, die Umsetzung von Projekten und von Aktionen zur Sensibilisierung und Beteiligung der Mitarbeiter, der Koordination der GUSi-Beauftragten sowie der Kommunikation nach Innen und Außen.

GUSi-Beauftragte

Die wesentliche Verbindung des GUSi-Systems zu den Mitarbeitern sind die GUSi-Beauftragten. Das sind die Sicherheitsbeauftragten, die bei Peguform zusätzlich für Aufgaben zum Gesundheits- und Umweltschutz weitergebildet wurden. Sie sind Multiplikatoren, die die GUSi-Philosophie an die Basis tragen und ein Verbindungsglied zwischen den Mitarbeitern in den Abteilungen und den Vorgesetzten in Fragen der Arbeitssicherheit und des Gesundheits- und Umweltschutzes bilden. In diesem Rahmen unterstützen sie die Vorgesetzten bei der Erfüllung ihrer GUSi-Verantwortlichkeiten. Sie arbeiten eng mit dem Team der Abteilung GUSi und dem Betriebsrat zusammen.

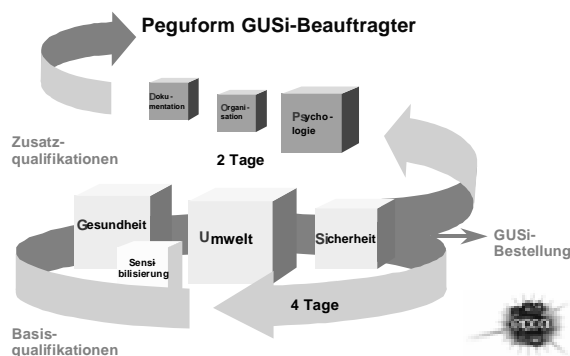


Abb. 2: Ausbildungskonzeption für die GUSi-Beauftragten

3 Gesundheitsmanagementsystem im Rahmen von GUSi

Ein weiterer Meilenstein in der Entwicklung des GUSi-Managementsystems war die Teilnahme an der Erprobungsregelung „Prospektiver Beitragsbonus“ der AOK für Niedersachsen.

Aufgrund der bestehenden guten Zusammenarbeit und der günstigen Voraussetzungen gehört Peguform zu den Unternehmen, die die AOK für die Teilnahme an dieser Erprobungsregelung ausgewählt hat. 1997 wurde die Kooperationsvereinbarung unterschrieben, 1998 gehörte Peguform Oldenburg zu den ersten Unternehmen, die sich erfolgreich beworben haben. Ein halbes Jahr später bewarb sich auch der Standort Göttingen erstmals und erfolgreich.

Im „Bonusprojekt“ untersuchen die AOK, das Sozialministerium und die WHO in Zusammenarbeit mit dem Institut für Technologie und Arbeit (ITA) an der Universität Kaiserslautern (Prof. Zink) und den beteiligten 47 Unternehmen, ob ein Beitragsbonus ein geeigneter Anreiz für die Unternehmen ist, ein systematisches, präventives und nachhaltiges Gesundheitsmanagement aufzubauen. Das ursprünglich bis 2001 befristete Projekt ist um weitere drei Jahre verlängert worden.

Die Unternehmen erhalten darin die Chance, für ein Jahr im voraus einen Beitragsbonus von einem zwölftel des Jahresbeitrages zu erhalten. Voraussetzung ist, dass jährlich durch eine Selbstbewertung nachgewiesen werden kann, dass geeignete und systematische Maßnahmen ergriffen und weiterentwickelt werden, um die betriebliche Gesundheitssituation zu verbessern. Die Selbstbewertung erfolgt nach einem Kriterienmodell, das aus dem Modell des europäischen Qualitätspreises EFQM entwickelt wurde. Die unabhängige und neutrale Auswertung wird durch das ITA durchgeführt. Dass es sich um ein geeignetes Überprüfungsinstrument handelt, zeigt sich u.a. daran, dass es auch schon nicht erfolgreiche Bewerbungen von Unternehmen gab.

Der Beitragsbonus kommt den Arbeitnehmern und dem Arbeitgeber gleichermaßen zugute. Peguform setzt den Arbeitgeberanteil komplett als Projektbudget wieder ein, so dass der Projekterfolg auch finanziell abgesichert ist.

Mindestens ebenso wichtig ist, dass durch das ITA aufgrund der Selbstbewertung ein qualifizierter Feedback-Report erstellt wird. Die dargestellten Stärken und Verbesserungspotenti-

ale fließen in die Projektarbeit vor Ort wieder ein und sind eine Voraussetzung für eine kontinuierliche Weiterentwicklung des Managementsystems. Beide beteiligten Peguform-Standorte haben sich 2000 erfolgreich zum dritten Mal beworben.

Ausgangspunkt für die erfolgreiche Arbeit ist eine geeignete Projektstruktur. Die schon vorhandenen GUSi-Strukturen boten eine hervorragende Voraussetzung. Neu hinzugefügt wurde lediglich der GUSi-Arbeitskreis Gesundheitsförderung. Die erfolgreiche Arbeit des Projektes hat es außerdem möglich gemacht, eine Stelle für einen internen Koordinator zu schaffen.

Regelmäßige Analysen erlauben einen ständigen Überblick über die Entwicklung relevanter Daten der betrieblichen Gesundheitssituation:

- Monatlich differenzierte Kennzahlen zu Krankenstand, Unfallgeschehen und zur Beteiligung an Pegu-Blitz (einem von Peguform entwickelten System zur Aufnahme und schnellen Umsetzung von Mitarbeiter-Vorschlägen), unter Hinzuziehung von Vergleichsdaten der anderen deutschen Standorte und der Branchenentwicklung.
- Monatliche Begehungen in einem Bereich mit betrieblichen Experten, Vorgesetzten und GUSi-Beauftragten. Sie dienen auch zur Weiterentwicklung der 1999 durch ein Ingenieurbüro erstellten Gefährdungsbeurteilungen.
- Jährliche Gesundheitsberichte durch die AOK erlauben wichtige Aussagen über Dauer, Art und Abteilungsschwerpunkte von Erkrankungen und damit die Bestimmung von Interventionsbereichen. Insgesamt kann ein Zeitraum von 1992 bis 1999 abgedeckt werden. Im Bedarfsfall werden auf Veranlassung des Steuerungsteams zusätzliche Analysen durchgeführt.
- Jährliche Mitarbeiterbefragungen erbringen Aussagen zu Betriebsklima und Führungsverhalten sowie zu psychischen Belastungen und gesundheitlichen Beschwerden der Mitarbeiter. Durchgeführt werden sie in der aufwendigen „Wahllokal“-Methode.

Ausgehend von diesen Analysen, die in der Abteilung GUSi verdichtet und im AK Gesundheitsförderung zu Empfehlungen verarbeitet werden, legt der GUSi-Ausschuss einmal jährlich Prioritäten fest, definiert Schlüsselprozesse und kontrolliert dann fortlaufend.

4 Kernprozesse der betrieblichen Gesundheitsförderung

Durch den GUSi-Ausschuss wurden zur Verbesserung des Betriebsklimas und der Mitarbeiterzufriedenheit sowie zur Senkung des Krankenstandes, die Kernprozesse „Verbesserung von Information und Kommunikation“, „Beteiligung aller Mitarbeiter am KVP“ und die „gesundheitsgerechte Gestaltung der Arbeitsbedingungen“ festgelegt sowie entsprechende Teilprozesse eingeleitet. Sie wirken nicht isoliert, sondern unterstützen sich gegenseitig.

- Verbesserung von Information und Kommunikation

Führungskräfteentwicklung: Dem Verhalten der Führungskräfte und Vorgesetzten wird durch die Werksführung wesentlicher Stellenwert für die Erreichung der genannten Ziele zugerechnet.

In Schulungen zum kommunikativen Verhalten, zur Anwendung von Methoden der Problembearbeitung in Teams und zur Selbstkompetenz, in die alle Vorgesetzten in einem langfristigen Programm einbezogen sind, wird die durchgehende Verwirklichung eines kooperativen Führungsstils angestrebt, der die Kommunikation über alle Ebenen fördert und die Zufriedenheit und Motivation aller Mitarbeiter verbessert. Die Vorgesetzten können steigende Anforderungen besser bewältigen und damit auch psychische Belastungen reduzieren.

Einführung von Schichtbesprechungen: Anknüpfend an die Mitarbeiterbefragung 1998 wurde das Thema Information und Kommunikation in Mitarbeiterzufriedenheits(MAZ)-Zirkeln mit Werkern und Meistern thematisiert und die Notwendigkeit regelmäßiger Schichtbesprechungen festgestellt. In einem Produktionsbereich wurde ein Modell erarbeitet, mit dem Produktionsleiter abgestimmt und dort eingeführt. Die rege und offene Beteiligung der Mitarbeiter und sichtbare Verbesserungen der Qualität zeigten den Erfolg des Vorgehens. In der wöchentlich stattfindenden Führungskräfte-sitzung wurde daraufhin das Modell weiterentwickelt und seine Anwendung in allen Schichten beschlossen. Im

April 2000 wurde in allen Abteilungen gestartet.

Gespräche zur Gesundheitsförderung:

In der ständigen Kommunikation der Vorgesetzten mit den Mitarbeitern wird ein wesentliches Moment der Verbesserung des Betriebsklimas gesehen. Gespräche aufgrund von Arbeitsunfähigkeiten sind ein wichtiger Anlass, um die Vorgesetzten zur Auseinandersetzung mit den Ursachen von gesundheitlichen Beschwerden zu bringen. Das Konzept wurde allen Vorgesetzten in zwei eintägigen Schulungen vorgestellt, weiterentwickelt und in Rollenspielen trainiert. Gestartet wurde im April 2000 mit der Stufe Rückkehrgespräche.

Anknüpfend an einen Erfahrungsaustausch mit den Vorgesetzten, der ein halbes Jahr nach der Einführung stattfand, wird derzeit an der Optimierung des Rückflusses von Informationen über Belastungsschwerpunkte an den AK Gesundheitsförderung gearbeitet. In der jüngst abgeschlossenen Mitarbeiterbefragung wurden zudem die Mitarbeiter nach ihren Erfahrungen mit den Gesprächen befragt.

- Beteiligung aller Mitarbeiter am kontinuierlichen Verbesserungsprozess

Zirkelaktivitäten: In 1998 und 1999 wurden zwei Gesundheits- und sechs MAZ-Zirkel durchgeführt. Sie machten erhebliche Verbesserungspotenziale hinsichtlich konkreter Arbeitsbedingungen und der Kommunikation deutlich. Es zeigte sich aber auch, dass die Umsetzung von Maßnahmen, die an die Vorgesetzten delegiert wurde, nicht schnell genug war.

Mit dem Eigentümerwechsel 1999 erhielt Peguform wirksamere Instrumente zur Mitarbeiterbeteiligung. Die neue Muttergesellschaft, die Venture Holding, stellte ihr Know-how für die erfolgreiche Umsetzung eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesse (CI) mit Mitarbeiterworkshops zur Verfügung. Sie machte die Zielvorgabe, dass innerhalb eines Jahres jeder Mitarbeiter mindestens einmal in einem Projekt mitgearbeitet haben soll. Das besondere ist, dass die Mitarbeiter nicht nur Lösungen zu einem gegebenen Problem erarbeiten, sondern dass im Rahmen des Projektes durch das Team auch die Umsetzung erfolgt. Die Beteiligten können also sofort den Erfolg sehen!

Continuous-Improvement(CI)-Projekte:

Durch die CI-Projekte ist ein systematischer Prozess der Optimierung von Arbeitsplatzgestaltung und Ablauforganisation in großer Breite in Gang gesetzt worden, durch den z.B. überflüssige Suchzeiten, Wege, Mehrarbeiten o. ä. sukzessive festgestellt und reduziert werden. Damit wird nicht nur ein Rationalisierungspotential realisiert, sondern die Aufgabenerledigung wird erleichtert und vieles, was für die Mitarbeiter ein Ärgernis war, in Angriff genommen. An diesem Prozess werden alle Mitarbeiter beteiligt, so dass in großer Breite ihre Problemsicht, ihr Know-how und ihre Ideen einfließen und Verbesserungen besser implementiert werden. Sie sind auch ein wirksames Mittel zur Verbesserung der Kommunikation über alle Ebenen und Bereiche.

GUSi nutzt diese Projekte, indem gezielt Aufträge zur Bearbeitung konkreter Probleme (z.B. lange Laufwege in Produktionsbereichen) an die durchführende Abteilung delegiert werden.

- Gesundheitsgerechte Gestaltung der Arbeitsbedingungen

Das „Begehungsteam“ begeht monatlich eine Abteilung. Es diskutiert gemeinsam mit den GUSi-Beauftragten, Vorgesetzten und Mitarbeitern der Abteilung festgestellte gesundheitliche Belastungen und Beschwerden und formuliert Maßnahmenpläne, deren Umsetzung im Folgetermin überprüft werden. Maßnahmen werden durch die Vorgesetzten vor Ort oder durch CI-Projekte umgesetzt, umfangreichere Probleme werden im Steuerungsteam und im GUSi-Ausschuss, denen regelmäßig berichtet wird, diskutiert und in Maßnahmenpläne überführt.

Eine Einrichtung arbeitsplatznaher *Rückenschulungen* ist wegen räumlicher Probleme im Werk nicht möglich. Peguform Oldenburg ist daher eine Kooperation mit einem qualifizierten örtlichen Fitnesszentrum eingegangen. Mitarbeiter mit muskulo-skelettären Beschwerden können dort, ggf. nach einer Untersuchung durch

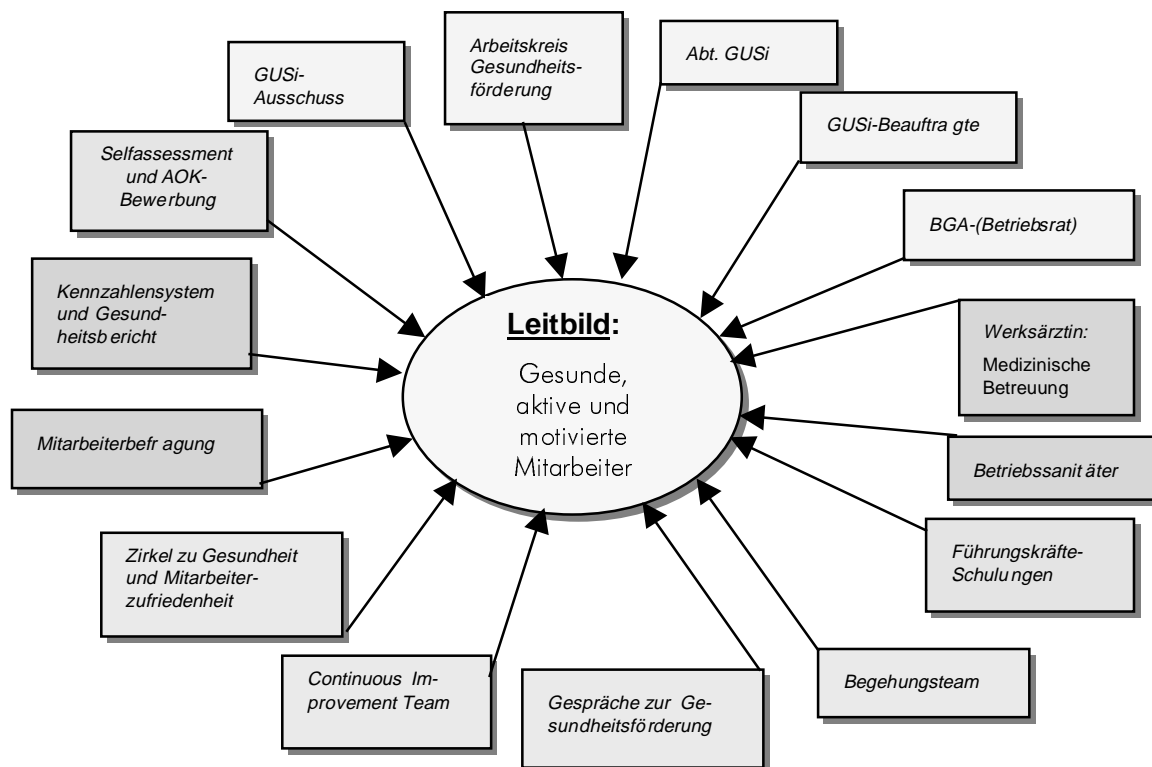


Abb. 3: Bausteine der Gesundheitsförderung

die Werksärztin, gezielte und angeleitete Trainings durchführen. Das Unternehmen übernimmt einen Teil der Mitgliedsbeiträge. Um eine größere „Durchhaltungsmotivation“ zu erzeugen, wird von einer vollständigen Kostenübernahme abgesehen.

Ergänzend wurden in einem Pilotbereich durch eine Bewegungsfachkraft der AOK videogestützte *Bewegungsanalysen* durchgeführt. Dabei wurden besondere Problematiken von Steharbeitsplätzen deutlich, die demnächst allen Mitarbeitern dieses Produktionsbereiches in Schichtbesprechungen und Einzelgesprächen vorgestellt und mit individuellen Tipps und Verhaltensvorschlägen versehen werden sollen.

Letzten Endes sollen alle beschriebenen Elemente und Maßnahmen einen Beitrag zur Realisierung des Leitbildes „gesunde, aktive und motivierte Mitarbeiter“ leisten. Die Abbildung 3 stellt nochmals die wesentlichen Bausteine dar:

Gerade durch den 1999 vollzogenen Eigentümerwechsel hat Mitarbeiterorientierung und damit auch das GUSi-Managementsystem enorm an Bedeutung gewonnen. Für Venture sind die Mitarbeiter, neben den Kunden, Eigentümern und dem gesellschaftlichen Umfeld, eine gleichberechtigte Interessengruppe: die Zufriedenheit der Mitarbeiter ist Voraussetzung und Gradmesser für den unternehmerischen Erfolg gleichermaßen. „Having fun, being the best“ lautet die Mission, auf die alle Aktivitäten ausgerichtet sind. Das GUSi-System ist ein wesentliches Element auf dem Weg zu diesem Ziel. Erreicht werden kann es aber nur durch kontinuierliche Weiterentwicklung und weitere Integration aller Teilprozesse.

Die Autoren

Dipl.-Ök. Stefan Bacmeister ist seit 1995 beim Kunststoffverarbeiter Peguform GmbH in Oldenburg tätig und hat das mitarbeiterorientierte Managementsystem „GUSi“ mit aufgebaut. Nach Abschluss des Studiums der Wirtschaftswissenschaften mit dem Schwerpunkt Umweltmanagement ist er vom Unternehmen zum Abfallbeauftragten, internen Umweltauditor sowie zur Fachkraft für Arbeitssicherheit weiterqualifiziert worden.

Dipl.-Soz. Hagen Wieneke: Nach einer Zusatzqualifikation zum Personal- und Organisationsreferenten folgte eine kurze Tätigkeit im Unternehmensbereich „Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt“ der AOK und 1998 der Einstieg bei Peguform. Dort tätig als interner Projektkoordinator und Trainer, Schwerpunkt Aufbau und Entwicklung des Gesundheitsmanagementsystems im Rahmen von GUSi.

Kontakt: H.Wieneke@Peguform.de

Volker Kirschbaum, AOK-Institut für Gesundheitsconsulting, Hannover

Erfahrungen aus der öffentlichen Verwaltung bei der Durchführung von Gesundheitsmanagement-Projekten Praxisbeispiel: AOK Niedersachsen

1 Gesundheitsmanagement als Strategie für öffentliche Unternehmen

Angesichts knapper öffentlicher Kassen von Bund, Ländern und Gemeinden sehen sich die meisten öffentlich-rechtlichen Unternehmen und Verwaltungen seit Jahren einem permanenten Kostendruck ausgesetzt. Zusätzlich erzeugen komplexere gesetzliche Regelungen und Anwendungsvorschriften sowie steigende Anforderungen an die Servicequalität durch die Bürger einen Änderungsdruck.

Daraus resultieren gravierende Umstrukturierungs- und Veränderungsprozesse, die durch den damit zusammenhängenden Personalabbau in Konsequenz für den einzelnen Mitarbeiter höhere Leistungsanforderungen zur Folge haben.

Sollen obige Ziele erreicht werden, so gilt es neben technologischen und arbeitsorganisatorischen Verbesserungen mitarbeiterorientierte Managementstrategien einzuführen, die diese scheinbaren Gegensätzlichkeiten bei der Zielsetzung überbrücken helfen.

„Gesundheitsmanagement“ ist als ein solcher Management-Ansatz zu verstehen. Dabei gilt die Leitmaxime: „Gesunde Mitarbeiter sind letztlich die Basis wirtschaftlichen Erfolges!“ Gesundheit wird quasi zum Erfolgsfaktor.¹

Im Gegensatz zu traditionellen mitarbeiterorientierten Strategien mit Zielrichtung zur Motivationssteigerung beschränkt sich Gesundheitsmanagement nicht nur auf das psychische Wohlbefinden.

Eine moderne betriebliche Gesundheitsförderung bzw. ein Gesundheitsmanagement geht auch weit über den klassischen Arbeitsschutz hinaus. Es wird eben nicht nur – ohne diese Leistungen herabzusetzen – angestrebt, Un-

fallgefahren zu reduzieren und körperliche Belastungen zu verringern.

Vielmehr werden auch die weichen Faktoren, wie Mitarbeiterzufriedenheit, soziales Wohlbefinden und Betriebsklima neben der Arbeitsorganisation betrachtet. Außerdem lässt man den Mitarbeitern im Sinne der Vorbeugung (Verhaltensprävention) Gesundheitsangebote (z.B. Rückenschulen) bedarfsspezifisch zukommen.

Für die Leitung von (auch öffentlichen) Unternehmen bedeutet die Anwendung von Gesundheitsmanagement konkret, dass neben den klassischen Parametern Kosten, Zeit und Qualität, Gesundheit als weitere Zielgröße bei der Gestaltung und Steuerung der betrieblichen Prozesse / Strukturen hinzukommt.

Fügt man den Umweltschutz hinzu, so wird aus dem traditionellen „magischen Dreieck“ (Kosten, Qualität und Zeit) ein „solides Haus“, was nachfolgende Abbildung graphisch verdeutlicht.

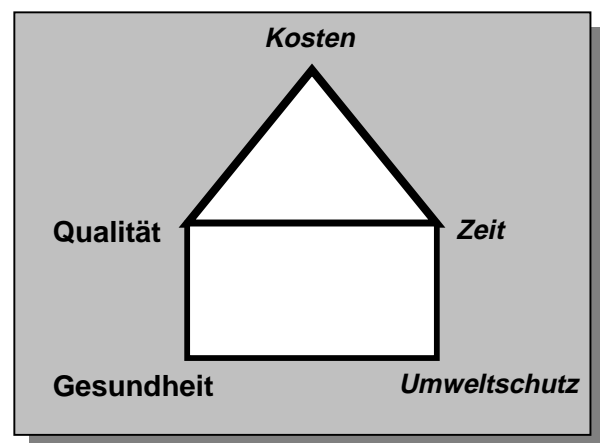


Abb. 1: Vom „magischen Dreieck“ zum „soliden Haus“

2 Förderung des Gesundheitsmanagements als Ziel der AOK

Die AOK, die sich als Gesundheitskasse versteht, hat die Vorteilhaftigkeit des Gesundheitsmanagements erkannt und bietet für ihre Firmenkunden diesbezügliche Beratungsleistungen an. Dazu wurde in Niedersachsen sogar ein eigenes Institut - das „AOK-Institut für Gesundheitsconsulting“ - gegründet.

Bestärkt wird die AOK dabei durch die Erkenntnis, dass letztlich alle von der Einführung eines Gesundheitsmanagements profitieren können (umfassende „win-win-Situation“). Die Mitarbeiter haben einen Gewinn, da die Maß-

¹ Siehe zum Stand der betriebswirtschaftlichen Erfolgsfaktorenforschung und zur Bedeutung der Erfolgsfaktoren für die Unternehmensführung z.B. Steidle/Kirschbaum/Kirschbaum 1996 oder Kirschbaum 1995

nahmen direkt ihrer Gesundheit zu gute kommen, was für die AOK wiederum geringere Leistungsausgaben zur Folge hat. Die Unternehmen profitieren, da sie mit geringeren Fehlzeiten, besserer Arbeitsqualität und höherer -produktivität rechnen können.

3 AOK-Institut für Gesundheitsconsulting

Das AOK-Institut für Gesundheitsconsulting widmet sich im wesentlichen folgenden Aufgabenfeldern:

- Durchführung von Gesundheitsmanagement-Projekten mit und ohne Gewährung eines Beitragsbonus
- Erstellung von Datenanalyse-Produkten (Arbeitsunfähigkeitsprofile und Gesundheitsberichte)
- Durchführung von Seminaren und Schulungen

Die AOK Niedersachsen kann auf einen Erfahrungsschatz von über 180 Projekten zurückgreifen, wobei 15 im Bereich öffentlich-rechtlicher Verwaltungen stattfanden.

Das AOK-Institut hält 20 Berater für betriebliches Gesundheitsmanagement vor, die sich insbesondere aus dem Kreise der Arbeitswissenschaftler, Betriebswirte, Psychologen und Sozialpädagogen rekrutieren.

Im folgenden soll aufgezeigt werden, welche Erfahrungen das AOK-Institut bei der Durchführung von Gesundheitsmanagement-Projekten in öffentlichen Verwaltungen gesammelt hat. Dabei soll zunächst ein gelungenes Projekt beispielhaft vorgestellt werden.

4 Beispiel: Gesundheitsmanagement-Projekt beim Niedersächsischen Landesamt für Zentrale Soziale Aufgaben

Das Niedersächsische Landesamt für Zentrale Soziale Aufgaben (NLZSA) mit Sitz in Hildesheim ist die Dachorganisation / Mittelbehörde der Versorgungsämter sowie der Landesbildungszentren für Hörgeschädigte und Blinde. Insgesamt werden dort ca. 1300 Mitarbeiter beschäftigt. Das NLZSA ist direkt dem Ministerium für Frauen, Arbeit und Soziales (MFAS) in Hannover unterstellt.

Die Versorgungsämter sind an sechs Standorten konzentriert: Braunschweig, Hannover, Hildesheim, Oldenburg, Osnabrück und Verden. Sie bearbeiten zwei Schwerpunktfelder:

- Feststellung von Schwerbehindertengraden nach dem Schwerbehindertengesetz (SchwBG) (ca. 45 % der Mitarbeiter)
- Feststellung von Schäden und Bewilligung von Ansprüchen nach dem Bundesversorgungsgesetz (BVG) (insb. Kriegsoferversorgung) (30 % der Mitarbeiter)

Ausgangspunkt zur Auflegung des Projektes „Gesundheitsförderung und Anwesenheitsverbesserung in der Landessozialverwaltung“ im Juni 1999 waren die Krankenstandsdaten aus dem Jahre 1998, wobei der letzte Standort in der Statistik doppelt so viele Fehltage im Durchschnitt pro Mitarbeiter aufwies als der „best performer“ (s. Abb. 2).

Der Projektleiter, Herr Holger Sendatzki (Hauptpersonalrat beim MFAS), nahm im Juli 1999 Kontakt zur AOK auf und beauftragte zunächst eine Mitarbeiterbefragung. Danach wurde eine Projektbegleitung durch das AOK-Institut vereinbart.

Das Projekt konzentrierte sich auf das Versorgungsamt Braunschweig mit seiner Außenstelle Hildesheim, da dort die höchste Fehlzeitenquote auftrat. Bei der Befragung wurde zusätzlich Verden einbezogen, um die Unterschiede zum Besten in Erfahrung zu bringen.

5 Begleitung des Gesundheitsmanagement-Projektes beim NLZSA

Die Begleitung des Gesundheitsmanagement-Projektes beim NLZSA durch die AOK Niedersachsen lässt sich in acht Phasen unterteilen:

1. Mitarbeiterbefragung
2. Gesundheitszirkel
3. Rückenschulen
4. Ernährungsberatung
5. Führungskräfte-Workshops
6. Gespräche mit der Amtsleitung
7. Vom Projekt zum Prozess (Verankerung der Gesundheitsförderung als permanenten Prozess)
8. Evaluation

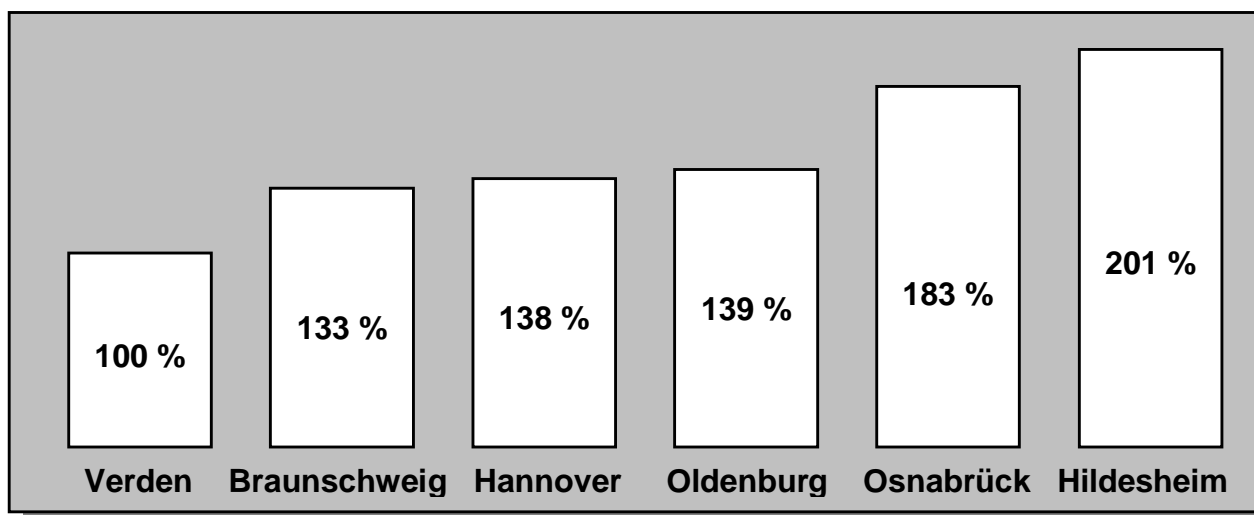


Abb. 2: Fehlzeiten der Versorgungsämter im Vergleich (1998)

5.1 Mitarbeiterbefragung

Die Mitarbeiterbefragung berücksichtigte betriebsklimabezogene Aspekte gemäß Rosenstiel² (allgemeines Klima, Vorgesetztenverhalten, Kollegenbeziehungen, Organisation sowie Information und Mitsprache) und Beschwerdekomplexe gemäß Fahrenberg³ (Allgemeinbefinden, Herz- und Kreislaufbeschwerden, Magen- und Darmbeschwerden, Anspannung und Schmerz).

Das repräsentative Ergebnis aus einem Rücklauf von nahezu 50 % brachte zum Teil überraschende Erkenntnisse. Hatte man geglaubt, Verden hätte ein wesentlich besseres Betriebsklima und weniger Beschwerden aufzuweisen, so konnte das Befragungsergebnis dies nicht bestätigen.

Vielmehr zeigte sich ein sehr differenziertes Bild, das in Grundzügen Erwähnung finden soll:

- In Verden wurde das Vorgesetztenverhalten, Mängel in der Organisation und allgemeine Hektik beklagt (keine Auffälligkeiten bei den Beschwerden im Vergleich zu den beiden anderen Standorten).
- In Hildesheim stachen sehr schlechte Kollegenbeziehungen hervor, während das Vorgesetztenverhalten relativ positiv beurteilt wurde. Auffällig waren aber die hohen Werte im Bereich der Anspannung

und Schmerzsituation, weshalb die Idee der Durchführung von Rückenschulen aufkam.

- Braunschweig befand sich in nahezu allen Dimensionen verglichen mit den beiden anderen Standorten in der Mitte.

Erst vier Monate später konnte festgestellt werden, wie das Ergebnis in Verden zu erklären war. So traten in 1999 diverse betriebsklima-relevante Änderungen ein. Im Ergebnis führte dies zu der aufgefundenen Situation und gleichzeitig wurde eine Fehlzeitenerhöhung um 50 % für 1999 festgestellt, so dass Verden ins Mittelfeld der Fehlzeitenstatistik abrutschte.

5.2 Gesundheitszirkel

Zur vertieften Analyse der Ursachen der Fehlzeiten und das partiell verbesserungsbedürftige Betriebsklima wurden Gesundheitszirkel - im Prinzip gemäß des Düsseldorfer Modells⁴ - durchgeführt. Ziel war es dabei, nicht nur die Problemfacetten zu erkennen, sondern auch ganz konkrete Ansatzpunkte und Maßnahmen zur Verbesserung der Situation herauszuarbeiten.

Das Ergebnis der Gesundheitszirkel mündete in Neubeschaffungen, Appellen zur Verhaltensänderung und konkreten Aktionen. Im folgenden sollen einige wesentliche Maßnahmen beispielhaft aufgeführt werden:

² Vgl. ausführlich Rosenstiel 1992

³ Dabei wird die Form für Wiederholungsmessungen eingesetzt. Vgl. zum Beschwerdekomplex-Fragebogen ausführlich Fahrenberg 1995

⁴ Vgl. zum Düsseldorfer Modell ausführlich Slesina 1994

- Arbeitsplatzbezogene Verbesserungen (insbes. flimmerfreie Monitore, bessere Beleuchtung, ergonomischeres Mobiliar)
- Arbeitsmaterialien (mehr Kopierer und FAX-Geräte, PC's statt Schreibmaschinen u.a.)
- Verbesserung der Reinigungssituation (Ausweitung der Verträge mit der externen Reinigungsfirma, „Tag der Grundreinigung“ in Braunschweig, an dem die Mitarbeiter selbst ein Zeichen setzend eine „Anschub“-Grundreinigung im Hause vornahmen)
- Bessere und schnellere Information (Weitere Sensibilisierung und Appell an die Amtsleitung, Intranet-Ausbau)
- Verbesserung der Kollegenbeziehungen (Ermutigung zur offenen Ansprache problematischer Kollegenbeziehungen, Dienstvereinbarung zum Thema Mobbing, Grillfest in Hildesheim)

5.3 Rückenschulen

Parallel wurden Rückenschulen bzw. Bewegungstrainings durchgeführt, um die erkannten Schmerz- und Anspannungszustände, insbesondere bedingt durch die sitzende Tätigkeit, zu mildern – zentrale Ziele: Erlernung von körpergerechtem Sitzen und Übungen zur Kompensation der einseitigen körperlichen Beanspruchung durch die PC-Arbeit. Ausgangspunkt waren video-gestützte Arbeitsplatzanalysen seitens von AOK-Bewegungsfachkräften. In Braunschweig fand sich sogar eine qualifizierte Mitarbeiterin, die die anschließenden Bewegungstrainings selbst durchführen konnte.

5.4 Ernährungsberatung

Im Rahmen der Ernährungsberatung in den Übungsräumen der AOK-Regionaldirektionen Braunschweig und Hildesheim erhielten die Mitarbeiter fundierte Tipps zur richtigen Ernährung am Arbeitsplatz (ohne Kantine).

5.5 Führungskräfte-Workshops

Die Führungskräfte-Workshops waren als Pflichtveranstaltungen konzipiert, denn das Erreichen der Führungskräfte der mittleren Ebene war bis dahin nicht gelungen und für

das Fortbestehen des Themas Gesundheit als Prozess von erfolgskritischer Bedeutung.

Im Rahmen eintägiger Workshops erhielten die Führungskräfte Gelegenheit, ihre Sichtweisen zu den Ursachen der Fehlzeiten und der Betriebsklimaprobleme zu diskutieren. Natürlich wichen die zum Teil von den Sichtweisen aus den Gesundheitszirkeln, wozu sich fast nur Mitarbeiter ohne Führungsaufgaben meldeten, ab. So wurde etwa u.a. der Umgang mit Kurzzeiterkrankern und Vielfehlern „heiß“ diskutiert.

Anschließend wurden Maßnahmen zur Verbesserung entwickelt.

Zusätzlich wurden mit den Führungskräften Strategien zur dauerhaften Verankerung der Gesundheitsförderung im Amt erarbeitet (siehe auch Phase 7 „Vom Projekt zum Prozess“).

Das wichtigste Ergebnis dieser Workshops war aber, dass die Führungskräfte Zeit hatten, sich intensiv mit dem Thema Gesundheit zu befassen und ihre Rolle als „Motor“ dabei zu reflektieren. Größtenteils konnte abschließend ein ehrliches Commitment zur Unterstützung der Gesundheitsförderung hergestellt werden.

5.6 Gespräche mit der Amtsleitung

In vertiefenden Gesprächen mit der Amtsleitung (i.w.S.) wurde der oberste Führungskreis nach seiner Einschätzung der Situation befragt. Ebenso thematisiert wurden die Verankerungsstrategien zur Verhinderung des Versandens des Gesundheitsprozesses und ihre eigene Rolle als (Macht-)Promotoren und Vorbild in diesem Zusammenhang.

5.7 Vom Projekt zum Prozess

Die Projektbegleitung durch das AOK-Insitut für Gesundheitsconsulting soll im Sinne der Organisationsentwicklung eine „Hilfe zur Selbsthilfe“ geben, die erst dann erfolgreich ist, wenn die Mitarbeiter den Gesundheitsprozess durch ihr kontinuierliches Tun selbst tragen. Deshalb wurde auf die Erarbeitung und Realisierung der Maßnahmen zur Etablierung des Gesundheitsprozesses („Verankerungsstrategien“) sehr viel Wert gelegt.

Im Folgenden sollen die wichtigsten Verankerungsstrategien in Kurzform benannt werden:

- Verankerung der Gesundheit bzw. der Gesundheitsförderung als zentrales Unternehmensziel im Leitbild des NLZSA

- Verabschiedung einer Dienstvereinbarung über die „Einführung und Gestaltung eines Gesundheitsmanagements“ auf (Versorgungs-)Amtsebene
 - Dauerhafte Einrichtung von Gesundheitszirkeln und Gesundheitskreisen (Steuerungsgruppe, auch Arbeitskreis genannt)
 - Vereinbarung konkreter nachprüfbarer Gesundheitsziele auf Amts- und Team-
- ebene, Integration der Gesundheit in die jährlichen Zielvereinbarungen
 - Konsequentes Controlling der Durchführung der Gesundheitsmaßnahmen und (Versuch zur) Evaluation seiner Ergebnisse
 - Permanente Aufzeigung von Gesundheitsangeboten - insbesondere der AOK-Kurse - seitens der Gesundheitszirkel.

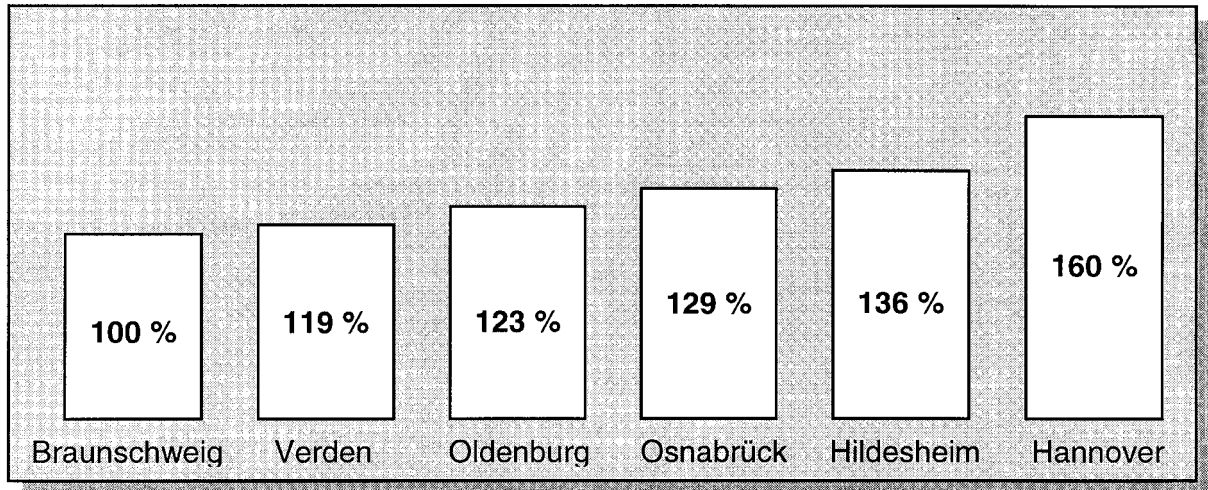


Abb. 3: Fehlzeiten der Versorgungsämter im Vergleich (2000)

5.8 Evaluation

Die Evaluation von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung stellt sich in der Regel als eine methodisch äußerst komplizierte Angelegenheit dar, da das Krankheitsgeschehen in einem Betrieb multifaktoriell und in bedeutendem Umfang extern bedingt ist (z.B. Grippewelle).

So reicht es nicht aus, nur die Fehlzeitenstatistik vor und nach der Intervention anzuschauen.

Vielmehr stellen gerade etwa die Gesundheitsangebote, wie die Rückenschulen Potentialinvestitionen in das Humanvermögen dar, die zunächst auf eine allgemeine Verbesserung des Wohlbefindens ausgerichtet sind, bevor sie mittel- bis langfristig für das Unternehmen von wirtschaftlichem Vorteil werden.

Viele Investitionen in die Gesundheit entziehen sich einer reinen monetären Bewertung, da ihre gesundheitswirksamen Effekte nur schwer eingeschätzt und ihr monetärer Nutzen meistens nicht monetär genau ermittelt werden können. Zwecks Lösung dieser Bewertungsproblematik wird deshalb z.B. von Zangemeister und Nolting ein multifaktorielles Ver-

fahren nach dem Prinzip der Kosten-Wirksamkeits-Analyse (KWA) vorgeschlagen.⁵

Eingedenk dieser grundlegenden Bewertungsproblematik wurde Anfang 2001 doch ein Blick auf die Fehlzeitenstatistik gewagt. Dabei kam, wie Abb. 3 zeigt, ein sehr erfreuliches Bild zu Tage. Nicht mehr Verden ist jetzt „best performer“, sondern Braunschweig, obwohl dort die absolute Fehlzeitendauer nahezu konstant geblieben ist. Hildesheim hat seine Schlusslichtposition mit einer Verringerung des Krankenstandes um 15 % verlassen. Sinnvollerweise sollte Mitte des Jahres eine erneute Mitarbeiterbefragung durchgeführt werden.

6 Allgemeine Erfahrungen aus der öffentlichen Verwaltung

Bezüglich dieser Themenstellung hat der Autor eine interne schriftliche Umfrage bei allen Beratern des AOK-Instituts durchgeführt. Die nachfolgenden Ausführungen sind somit nicht einzelprojektbezogen.

⁵ Vgl. zur Evaluationsproblematik und zum multifaktoriellen Bewertungsmodell ausführlich Zangemeister/Nolting 1999

Sie stellen bewusst verdichtete und verallgemeinernde Aussagen dar, um das Wesentliche herauszuarbeiten.

6.1 Positive Erfahrungen

Die Beschäftigten öffentlicher Verwaltungen arbeiten größtenteils sehr engagiert in den Gesundheitszirkeln und Workshops mit.

Es werden z.T. geradezu ideale Projektorganisationen mit ausreichenden personalen Kapazitäten geschaffen. Die interne Projektleitung arbeitet professionell.

Die Mitarbeiter bekommen die Zeit, um in den Projekten mitzuwirken. Auch den Instrumenten bzw. Phasen wird die erforderliche Zeit zur qualitativ anspruchsvollen Durchführung gegeben.

Man verfügt über ausreichend Sachverstand, um Erfolge nicht zwingend schon in der nächsten Fehlzeitenstatistik zu erwarten.

Die Unterstützung durch die Amtsleitung und den Personalrat ist gegeben.

6.2 Negative Erfahrungen

Nicht selten haben lange „verkrustete“ Strukturen ihre Folgen hinterlassen. So wird oftmals der Projektanfang dadurch erschwert, dass viele Mitarbeiter nicht daran glauben, dass sich etwas zum Besseren ändert.

Bei Missständen schiebt man sich von Ebene zu Ebene den „schwarzen Peter“ zu.

Es laufen z.T. zu viele Projekte gleichzeitig, so dass angesichts drohender größerer Änderungen, z.B. in der Aufbauorganisation, die Wertigkeit des Gesundheitsprojektes in den Augen vieler Mitarbeiter leidet.

Meist tritt Widerstand verdeckt auf, wobei es zu interessanten Formen kommt.

7 Fazit

Die Rahmenbedingungen zur Durchführung eines (anspruchsvollen) Gesundheitsmanagement-Projektes sind in den meisten öffentlichen Verwaltungen vergleichsweise gut, wenn die Finanzierung gesichert ist. Die Umsetzung der Maßnahmen bzw. die Erreichung von Änderungen erfordert aber Langmut.

Literaturverzeichnis

Fahrenberg, J.: Die Freiburger Beschwerde-liste (FBL) Form FBL-G und FBL-R Handanweisung. Göttingen: Hogrefe, 1995

Kirschbaum, V.: Unternehmungserfolg durch Zeitwettbewerb – Strategie, Implementation und Erfolgsfaktoren. München und Mering: Rainer Hampp Verlag, 1995

Rosenstiel, L. von: Betriebsklima geht jeden an!, 4. Auflage. München: Bayerisches Staatsministerium für Arbeit, Familie und Sozialordnung, 1992

Slesina, W.: Gesundheitszirkel: Der Düsseldorfer Ansatz, in: Westermayer, G. / Bähr, B. (Hrsg.), Betriebliche Gesundheitszirkel. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, 1994

Steinle, C., Kirschbaum, J., Kirschbaum, V.: Erfolgreich überlegen: Erfolgsfaktoren und ihre Gestaltung in der Praxis. Frankfurt/M.: FAZ Verlag, 1996

Zangemeister, C., Nolting, H.-D.: Kosten-Wirkungs-Analyse im Arbeits- und Gesundheitsschutz – Einführung und Leitfaden für die Praxis; 3. Auflage. Dortmund / Berlin: Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Sonderschrift S 44, 1999

Der Autor

Dr. Volker Kirschbaum studierte an der Universität Hannover Wirtschaftswissenschaften und arbeitete dort drei Jahre in der empirischen Erfolgsfaktorenforschung – Promotion 1995. Seit 1996 ist er bei der AOK Niedersachsen tätig; zunächst als Organisator und seit 1999 als Berater für Betriebliches Gesundheitsmanagement. Er ist außerdem für das institutsinterne Controlling verantwortlich und leitet das Kompetenz Center "Öffentliche Verwaltungen".

Kontakt: volker.kirschbaum@nds-aok.de

Herausgeber: HIS Hochschul-Informations-System GmbH
Goseriede 9, 30159 Hannover
Tel. 0511 / 1220-0, Fax. 0511 / 1220-250

ISSN 0931-816X

Verantwortlich: Dr. Jürgen Ederleh

Redaktion: Friedrich Stratmann
Joachim Müller

Erscheinungsweise: unregelmäßig

„Gemäß § 33 BDSG weisen wir jene Empfänger der HIS-Kurzinformationen, denen diese zugesandt werden, darauf hin, dass wir ihren Namen und ihre Anschrift ausschließlich zum Zweck der Erstellung des Adressaufklebers für den postalischen Versand maschinell gespeichert haben.“