

Praxishandbuch

Betriebliche und arbeitsmarkt- integrative Gesundheitsförderung

Andrea Egger-Subotitsch
Clara Fritsch
Marie Jelenko
Karin Steiner



abif – Analyse, Beratung
und interdisziplinäre Forschung
www.abif.at



Arbeitsmarktservice
Österreich
ABI / Arbeitsmarktforschung
und Berufsinformation
www.ams-forschungsnetzwerk.at

Praxishandbuch

Betriebliche und arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung

AutorInnen:

Andrea Egger-Subotitsch
Clara Fritsch
Marie Jelenko
Karin Steiner

Impressum:

Copyright
abif – Analyse, Beratung und interdisziplinäre Forschung
Einwaggasse 12/5, 1140 Wien, www.abif.at

Grafik
Lanz, 1030 Wien

1. Auflage
Wien, März 2007

Im Auftrag und mit Unterstützung des
AMS Österreich, Abt. Arbeitsmarktforschung und Berufsinformation
Treustraße 35–43, 1200 Wien, www.ams.at

Verlegt bei Communicatio – Kommunikations- und PublikationsgmbH, 1190 Wien

Inhalt

Vorwort	6
1 Einleitung	8
1.1 Gesundheit und Krankheit – Eine begriffliche Klärung	8
1.1.1 Gesundheitsförderung	8
1.1.2 Prävention	11
1.2 Gesellschaftspolitische Grundlagen der betrieblichen Gesundheitsförderung	11
1.3 Interessen an betrieblicher Gesundheitsförderung	12
1.3.1 ArbeitgeberInneninteressen	13
1.3.2 ArbeitnehmerInneninteressen	13
2 Gesundheit in verschiedenen Lebenslagen	15
2.1 „Work-Life-Balance“ und Gesundheit	15
2.1.1 Konzept und Kritik	15
2.1.2 Betriebliche Umsetzung von „Work-Life-Balance“	17
2.2 Gesundheit und Arbeitslosigkeit	18
2.2.1 Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Krankheit	18
2.2.2 Gesundheitliche Beeinträchtigungen bei Arbeitslosigkeit	19
2.2.3 Spezifische Gefährdung von Langzeitarbeitslosen	20
2.2.4 Gesundheitsverhalten von Arbeitslosen	21
2.2.5 Soziale Desintegration und berufliche Demoralisierung	22
2.2.6 Arbeitsmarktpolitische Handlungsoptionen	22
2.2.7 Resümee	23
2.3 Gesundheit und Alter bei Frauen und Männern	24
2.3.1 Gesundes Altern und soziale Ungleichheit	24
2.3.2 Arten und Häufigkeiten von körperlichen Beschwerden	24
2.3.3 Ältere ArbeitnehmerInnen und Gesundheit	26
2.3.4 Vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben – Frühinvalidität	27
2.3.5 Psychische Erkrankungen	28
2.3.6 Alternsgerechtes Arbeiten	30
3 Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Betrieb	32
3.1 ArbeitnehmerInnenschutz	32
3.2 Gesundheitsförderung im Unternehmen	33
3.3 Betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelbetrieben	35
3.3.1 Rahmenbedingungen	36
3.3.2 Besonderheiten auf Projektebene	37

3.3.3	Unterstützung für Klein- und Mittelbetriebe	38
3.3.4	Beispiele von betrieblicher Gesundheitsförderung in österreichischen Klein- und Mittelbetrieben	39
3.4	Prozesse der betrieblichen Gesundheitsförderung	41
3.4.1	Planung, Zielfindung und Steuerung	41
3.4.2	Analyseverfahren und -instrumente	43
3.4.2.1	Analyseverfahren	43
3.4.2.2	Analyseinstrumente	46
3.4.3	Interventionen	50
3.4.3.1	Planung	50
3.4.3.2	Durchführung	53
3.4.3.3	Nachschlagewerke und Links für Interventionsmaßnahmen	54
3.4.4	Evaluation und Qualitätssicherung	58
3.4.5	Förderungen für Gesundheitsprojekte	61
4	Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung	63
4.1	Maßnahmenplanung	63
4.2	Projekte	65
4.2.1	Gesundheitsorientierte Selbstmanagementberatung (GSB)	65
4.2.2	Konzept Selbstmanagement-Beratung für Arbeitslose (SEBA)	67
4.2.3	Gesundheitsorientiertes Selbstmanagement bei Arbeitslosigkeit (GESA)	68
4.2.4	Stressprävention bei Arbeitslosen und unsicher Beschäftigten	69
4.2.5	Die salutogenetische Perspektive für Arbeitslose	70
4.2.6	Der Fragebogen zur Arbeitslosigkeit und Beschäftigungsunsicherheit (FABU) – Ein diagnostisches Instrument	72
4.2.7	Arbeitslosigkeit und Sucht	73
4.2.8	Mit E-Coaching unterstütztes Training	74
4.2.9	Bewegung und Rückengymnastik	75
4.2.10	Outdoor-Training	76
4.2.11	Männergesundheit und Arbeitslosigkeit	76
4.2.12	Kommunikationstrainings	77
4.2.13	Arbeitsmarkt +50	78
4.2.14	„Mehr Gesundheit für alle“	79
4.2.15	Gesundheitstisch Berlin	80
4.2.16	Servicestelle Arbeit und Gesundheit (SAG)	81
4.2.17	Langzeitarbeitslose orientieren sich (LOS)	82
4.3	Resümee	82
5	Literatur	84
6	Anhang	89
6.1	Analyseverfahren zur Erfassung psychischer Belastung am Arbeitsplatz	89

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Subjektiver Gesundheitszustand nach Erwerbsstatus der ÖsterreicherInnen (16–64 Jahre) im Jahr 2004	18
Tabelle 2: Keine chronischen Krankheiten haben	26
Tabelle 3: Chronische Erkrankungen älterer Männer	27
Tabelle 4: Chronische Erkrankungen älterer Frauen	27
Tabelle 5: Kategorisierung von Unternehmen nach ihrer Größe	35
Tabelle 6: Beschäftigtenanzahl je Betrieb 2005	36

Übersichtsverzeichnis

Übersicht 1: Merkmale einer „gesunden“ und „ungesunden“ Organisation	10
Übersicht 2: Einteilung der Präventionsmaßnahmen	11
Übersicht 3: Einflussfaktoren (+/–) auf die Erwerbssituation älterer Menschen	31
Übersicht 4: Leitfaden für die Auftragsklärung	42
Übersicht 5: Mögliche operationale Ziele eines BGF-Projektes	42
Übersicht 6: Die systematische Betriebsbegehung	45
Übersicht 7: Personen- und bedingungsbezogene Interventionen der betrieblichen Gesundheitsförderung	51
Übersicht 8: Mögliche Dimensionen gesundheitsfördernder Maßnahmen	52
Übersicht 9: Mögliche Erweiterungen des Arbeitskreises	54
Übersicht 10: Steuerungs- und Umsetzungsprobleme des BGM	54
Übersicht 11: Evaluationsebenen, Bezugspunkte sowie praktikable Instrumente im Betrieb	59
Übersicht 12: Sensoren des betrieblichen Gesundheitsmanagements	60
Übersicht 13: Übersicht über den Aufbau der GSB	66
Übersicht 14: Aufbau des Seminars „Die salutogenetische Perspektive“	71
Übersicht 15: Konzeptdarstellung: Bewegung und Rückengymnastik	75
Übersicht 16: Überblick über Module von „Arbeitsmarkt +50“	79

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Abhängigkeits- und Bestimmungsfaktoren von Gesundheit	9
Abbildung 2: Körperlicher Beschwerden von Frauen, nach Alter	25
Abbildung 3: Körperliche Beschwerden von Männern, nach Alter	25
Abbildung 4: Prozesse der betrieblichen Gesundheitsförderung	41
Abbildung 5: Verhältnis von Generalisierbarkeit und Kosten unterschiedlicher Maßnahmen der Arbeitsgestaltung	52
Abbildung 6: Einflussfaktoren bei der Maßnahmenkonzeption	64

Vorwort

Gesundheit – Krankheit – Arbeit. Dass hier ein Zusammenhang besteht, der nicht allein mit körperlich schweren, gesundheits- und unfallgefährdeten Tätigkeiten verbunden ist, gelangte in den letzten Jahrzehnten zunehmend ins Bewusstsein der sozialwissenschaftlichen, medizinischen und politischen Öffentlichkeit. Neben der Vorbeugung von arbeitsbedingten Erkrankungen und psychophysischen Einschränkungen (Prävention) gewann der positive Ansatz, ein möglichst hohes Maß an Gesundheit zu erreichen, an Bedeutung.¹ Gesundes Leben und Altern ist in diesem Verständnis nicht allein Ergebnis des individuellen „gesundheitsförderlichen“ Verhaltens, sondern steht in engem Zusammenhang mit den Lebensverhältnissen. Dazu zählen auch die Rahmenbedingungen der Arbeitstätigkeit. Hohe Produktivität, Leistungsbereitschaft und Motivation als Ausdruck einer gesunden Belegschaft, geringe Kosten des Gesundheitssystems als Ausdruck einer gesunden Bevölkerung förderten die Weiterentwicklung der Idee der so genannten „Betrieblichen Gesundheitsförderung“ (BGF). Neben umfangreichen Publikationen zu körperlichen, psychischen und sozialen Grundlagen der Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz wurden auf nationaler und europäischer Ebene Institutionen geschaffen, die das Ziel verfolgen, die Verbreitung und Vernetzung der betrieblichen Gesundheitsförderung voranzutreiben.

Gesundheit – Krankheit – Arbeitslosigkeit. Spätestens seit der Marienthalstudie² aus den frühen 1930er Jahren ist der Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und körperlich-geistigem „Verfall“ bekannt. Denn Arbeitslosigkeit kann nicht nur Ergebnis von „Krankheit“ sein, sondern bei länger andauerndem und zunehmend aussichtslos erscheinendem Arbeitslosenstatus zu Resignation, Passivität, Depression, Suchtverhalten etc. führen und eine fortschreitende Exklusion aus dem Gesellschaftssystem bewirken. Um diesen Kreislauf zu durchbrechen und eine Reintegration in den Arbeitsmarkt zu ermöglichen, ist es notwendig, die Generierung von theoretischem und praktischem Wissen zu „Gesundheit – Krankheit – Arbeitslosigkeit“ weiter zu entwickeln und Gesundheitsförderung bei Arbeitslosen institutionell zu verankern.

Das vorliegende Praxishandbuch kann dreierlei leisten: Es bietet erstens allen Interessierten einen aktuellen Überblick zum theoretischen Hintergrund und zur praktischen Umsetzung der betrieblichen Gesundheitsförderung, und zwar inklusive einer Auflistung von Analyseinstrumenten, Links, weiterführender Literatur und Fördermöglichkeiten. Zweitens unterstützt es Menschen dabei, den Aspekt Gesundheitsförderung in ihre Arbeit mit Arbeitslosen zu integrieren und dabei auf Erfahrungen aus bisherigen diesbezüglichen Projekten zurückgreifen zu können. Drittens soll es bei einer dynamischen Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung von Arbeitslosen behilflich sein: LeserInnen werden durch die Anlage des Praxishandbuches in die Lage versetzt, Erkenntnisse und praktische Erfahrungen aus der BGF im Hinblick auf ihre Eignung für die Gesundheitsförderung von Arbeitslosen zu reflektieren und in adäquater Form anzuwenden. Wenn beispielsweise vollständige Arbeitsaufgaben, Gruppenarbeit und Arbeitszeitgestaltung großen Einfluss auf die Gesundheitsförderlichkeit einer Arbeitstätigkeit haben und ein positives Selbstwertgefühl, Kompetenz, Kohärenzerleben, Selbstwirksamkeit, internale Kontrolle, Gesundheit, Motivation und Leistungsfähigkeit fördern, dann sollte überlegt werden, inwieweit solche Rahmenbedingungen bei Qualifizierungs-, Aktivierungs- und Orientierungsmaßnahmen berücksichtigt werden können.

Das Handbuch gliedert sich in vier Abschnitte, wovon die beiden ersten Theorieinputs liefern und die letzten beiden stärker praxisorientiert sind. Das Einleitungskapitel beschäftigt sich mit der begrifflichen Fassung von Prävention und Gesundheitsförderung und beschreibt die gesellschaftspolitischen Grundlagen von sowie politischen Interessen an BGF. Im zweiten Kapitel werden spezifische Lebensbedingungen in ihrer Bedeutung für Gesundheit und Gesundheitsförderung analysiert. Das Gelingen einer möglichst reibungsfreien Verbindung von

1 Siehe Kapitel 1.1.1.

2 Vgl. Marie Jahoda et al. 1975.

Beruf und Privatleben, die Notwendigkeit der Berücksichtigung von Arbeitslosen im Gesundheitsförderungsdiskurs und die Relevanz von sowie Wege zu alternsgerechter Arbeit sind hier Fokus.

Kapitel 3 setzt sich dann mit der praktischen Umsetzung von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention in Betrieben auseinander. Dabei stehen neben Grundlagen des ArbeitnehmerInnenschutzes und der Gesundheitsförderung in Unternehmen unterschiedlicher Größe, die Prozesse der BGF im Vordergrund. Konzeptionelle Anlage der betrieblichen Gesundheitsförderung und praktische Erfahrungen in BGF-Projekten und im betrieblichen Gesundheitsmanagement werden vorgestellt und Übersichten zu Verfahren und Instrumenten, Information und Unterstützung sowie Förderungen für Gesundheitsprojekte geliefert. Kapitel 4 beschäftigt sich schließlich mit arbeitsmarktintegrativer Gesundheitsförderung, wobei zunächst Aspekte der Maßnahmenplanung beleuchtet werden und anschließend ein umfangreicher Überblick über gesundheitsfördernde Projekte mit Arbeitslosen geliefert wird.

Das Praxishandbuch „Betriebliche und arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung“ wurde im Auftrag der Abteilung Arbeitsmarktforschung und Berufsinformation (ABI) des AMS Österreich vom Institut abif (Analyse, Beratung und interdisziplinäre Forschung) erstellt. Nicht zuletzt im Zuge verschiedener AMS-Forschungsprojekte bzw. Fachtagungen des AMS³ wurde deutlich, wie wichtig vor dem Hintergrund des enormen demographischen Wandels Aspekte einer zeitgemäßen Gesundheitsförderung in der Arbeits- und Betriebsorganisation einerseits und bei der (Re-)Integration von Arbeitslosen andererseits werden.

Wir hoffen, mit diesem Handbuch einer möglichst breiten und interessierten LeserInnenschaft eine nützliche Unterlage für die anstehenden Herausforderungen der Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt des 21. Jahrhunderts zur Verfügung stellen zu können.

Andrea Egger-Subotitsch, Clara Fritsch, Marie Jelenko, Karin Steiner
abif – Analyse, Beratung und interdisziplinäre Forschung
www.abif.at

Maria Hofstätter, René Sturm
AMS Österreich, Abt. Arbeitsmarktforschung und Berufsinformation (ABI)
www.ams-forschungsnetzwerk.at

3 So z. B. Enzenhofer, E./Muralter, D./Rapa, S./Simbürger, E./Steiner, K. (2004): AMS report 39: Erwerbsrealität von älteren ArbeitnehmerInnen. Chancen und Barrieren. Hg. vom AMS Österreich. Wien. Oder: Steiner, K./Sturm, R. (2005) (Hg.): AMS report 43: Alte Hasen zum Alten Eisen? Beiträge zur Fachtagung „Alte Hasen zum Alten Eisen? Zur Situation älterer Menschen am Arbeitsmarkt“ vom 21. Juni 2004. Hg. vom AMS Österreich. Wien. Oder: Egger-Subotitsch, A./Sturm, R. (Hg.) (2006): „Damit fertig werden, das Beste herausholen und es irgendwie schaffen“. Beiträge zur Fachtagung „Physisch und psychisch beeinträchtigte Personen am Arbeitsmarkt“ vom 15. März 2005. Hg. vom AMS Österreich. Wien. Oder: Götz, R. u. a. (2006): AMS report 54: Productive Ageing in Europa. Recherchestudie zu Good Practice in ausgewählten Mitgliedstaaten der EU. Hg. vom AMS Österreich. Wien. Bestellmöglichkeit (Buchform) sowie Download der Reihe „AMS report“ unter: www.ams-forschungsnetzwerk.at (Menüpunkt „Publikationen“).

1 Einleitung

1.1 Gesundheit und Krankheit – Eine begriffliche Klärung

1.1.1 Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung ist ein positiver Ansatz, der nicht mehr die Abwehr von Krankheit, sondern ein möglichst hohes Maß an Gesundheit ins Zentrum der Überlegungen rückt. „Gesundheitsförderung – anders als Krankheitsprävention – versucht aktiv Schritte zu setzen, um das Positive, die Gesundheit, im Menschen zu stärken“.⁴

Das war nicht immer so. Seit der Entstehung unseres Gesundheitssystems im 19. Jahrhundert ist es kurativ ausgerichtet und medizinisch-naturwissenschaftlich dominiert. Der pathogene Ansatz, der sich mit der Entstehung und Entwicklung von Krankheiten beschäftigt und Gesundheit und Krankheit als einander ausschließende Kategorien betrachtet, steht im Vordergrund.⁵ In den letzten Jahrzehnten gewann aber die Salutogenese, also die Entstehung von Gesundheit und deren psychische und soziale Aspekte, vermehrt Aufmerksamkeit im Gesundheitsdiskurs. So schlug der amerikanische Sozialmediziner George L. Engel eine Erweiterung des Gesundheitsbegriffes vor. Sein Argument lautete: „Eine Krankheit ist auch wesentlich dadurch bestimmt, dass sie von den Betroffenen erlebt wird, für sie Bedeutung erlangt und in ihren Auswirkungen berichtet werden kann. Der Nachweis einer biochemischen Abweichung ist eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung zur Kennzeichnung des Phänomens. Psychologische, soziale und kulturelle Faktoren müssen miteinbezogen werden, um Krankheit in ihrer Gesamtheit zu verstehen“.⁶

Der Medizin- und Gesundheitssoziologe Aaron Antonovsky leitete einen Perspektivenwechsel der Konzeptualisierung von Gesundheit hin zur Salutogenese ein. Gesundheit ist darin auf einem multidimensionalen Kontinuum angesiedelt, dass von den zwei extreme Polen einer vollkommenen Gesundheit (engl.: health-ease) und einer vollständig fehlenden Gesundheit (engl.: dis-ease) begrenzt wird. Der salutogenetische Ansatz beschäftigt sich mit der Bewegung auf diesem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum und nicht mit den Ursachen von Krankheit. Es wird danach gefragt, warum manche Menschen trotz Belastungen gesund bleiben beziehungsweise wie Gesundheit wieder hergestellt wird.⁷

Medizin und Sozialwissenschaften sind sich heute darüber einig, dass Gesundheit zunehmend mehrdimensional betrachtet werden muss. Die WHO erweiterte bereits 1948 den körperbezogenen Fokus von Gesundheit um psychische und soziale Aspekte: „Gesundheit ist ein Zustand des völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit“.⁸

Spätestens seit den 1980er Jahre kam die ökologische und spirituelle – im Sinn von Lebenssinn – Dimension hinzu. Die Befindlichkeit von Menschen, ihre Subjektivität gewann an Gewicht. Gesundheit ist in dieser Fassung kein statischer Zustand von Individuen oder sozialen Gruppen, sondern vielmehr ein Prozess zur Entwicklung von Lebensqualität: „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, dass die Gesellschaft Gesundheit ermöglicht“.⁹

4 Herlinde Steinbach 2004, Seite 11.

5 Vgl. Toni Faltermaier et al. 1998.

6 George L. Engel 1979.

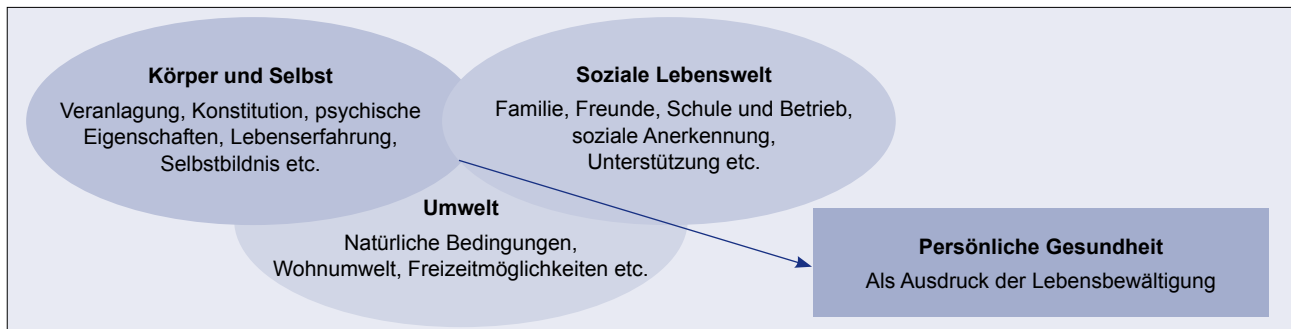
7 Vgl. Toni Faltermaier et al. 1998; Claudia Freidl 2003.

8 WHO 1948.

9 WHO 1986.

Die jeweilige Position eines Menschen auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum ist das Ergebnis einer Wechselwirkung zwischen persönlichen und umweltgebundenen gesundheitsfördernden und gesundheitsbelastenden Faktoren bei der Bewältigung von Belastungen in Abhängigkeit zum jeweiligen sozialen Kontext und zur Lebensgeschichte eines Menschen. Als wesentliche interagierende Einflussgrößen für Gesundheit werden damit Persönlichkeitsmerkmale, Umweltfaktoren und gesellschaftliche Faktoren betrachtet.¹⁰

Abbildung 1: Abhängigkeits- und Bestimmungsfaktoren von Gesundheit



Auf Basis zahlreicher Forschungen geht die Gesundheitsförderung von folgenden Determinanten von Gesundheit aus und versucht positiv auf diese einzuwirken:¹¹

- Soziale Unterstützung und soziale Netzwerke.
- Arbeit und Arbeitsbedingungen.
- Einkommen und sozialer Status.
- Physische Umwelt, Gesundheitsdienste.
- Gesunde kindliche Entwicklung und Ausbildung.
- Gesundheitsverhalten und Lebensstil.
- Lebens- und Bewältigungskompetenzen.

Da die meisten Menschen ein Drittel ihres Tages am Arbeitsplatz verbringen, ist der Betrieb inklusive der dort vorherrschende Arbeitsbedingungen ein wichtiges Setting in der Gesundheitsförderung. Das heißt, dass Betriebe als abgegrenzte soziale Systeme zum Zwecke einer Gesundheitsförderungsintervention analysiert und definiert werden und dann für konkrete Gesundheitsförderungsmaßnahmen notwendige Entscheidungen getroffen werden. Das IHS stellt in einer Studie mögliche Belastungen innerhalb der Arbeitswelt Ressourcen gegenüber, die die aus diesen Belastungen resultierende psychische Belastung beeinflussen oder mindern können.¹²

Belastungen:

- Qualitative Tätigkeitsanforderungen (Qualifikation) [z. B. Über- oder Unterforderung, Anm.]
- Quantitative Tätigkeitsanforderungen (Zeitdruck, Arbeitsvolumen, Dauer und Verlauf von Tätigkeiten, Verantwortung, Konzentration, ...)
- Tätigkeitsbedingungen (Umgebungseinflüsse, Arbeitsgefahren, ...)
- Soziale Belastungen (Konflikte mit Vorgesetzten und Kollegen, Gruppenerwartungen, ...)
- Alltägliche Ärgernisse bei der Arbeit

Ressourcen:

- Fähigkeiten und Fertigkeiten, Kenntnisse, Erfahrungen und Intelligenz
- Selbstsicherheit und Motivation
- Gesundheitszustand, Konstitution, Alter, Fitness, Ernährung
- Die aktuelle psychische Verfassung

¹⁰ Vgl. Herlinde Steinbach 2004.

¹¹ Vgl. www.gesundheitsfoerderung.ch/de [20.02.06].

¹² Vgl. Christian Helmenstein et al. 2004, Seite 5.

Ganz allgemein hängt die Gesundheitsförderlichkeit von Arbeit von der Arbeitsumgebung, der Arbeitsorganisation und einigen außerhalb des Arbeitssystems liegenden Bedingungen ab. Folgende Faktoren können als gesundheitsförderlich gelten:¹³

- Eine Gestaltung des Arbeitsplatzes, die die Wahrnehmung auf allen Sinnesebenen gleichermaßen anregt und zu körperlicher Bewegung und bewusstem Körperleben einlädt.
- Vollständige Tätigkeiten mit Lernangeboten im Sinne von qualifizierter Mischarbeit mit ausführenden, vorbereitenden und selbstkontrollierenden Verrichtungen.
- Höhere geistige Anforderungen an Arbeit, die sich positiv auf Kompetenzerwerb und damit auf Arbeitsfreude, Aufgabenbewältigung sowie auf die Freizeit auswirken.
- Hinreichende Handlungs- und Entscheidungsspielräume.
- Soziale Akzeptanz der Tätigkeit.
- Vertrauen in die eigene Zukunft bzw. das Fehlen von Zukunftsängsten hinsichtlich Arbeitslosigkeit, Geldsorgen, Beziehungen und Entwicklungsmöglichkeiten.

Um Betriebe im Hinblick auf ihre Gesundheitsförderlichkeit analysieren zu können, treffen Badura et al. eine Unterscheidung zwischen pathogenen und salutogenen Merkmalen auf Organisationsebene, personaler Ebene und Verhaltensebene (siehe Übersicht 1).¹⁴ In ihrer schematischen Darstellung bleiben aber die (auch von den AutorInnen betonten) Wechselwirkungen zwischen verschiedenen Ebenen (zwischen strukturellen Ebenen, individuellen Faktoren und Handlungen) unbeleuchtet, und es entsteht der Eindruck einer Kausalkette: Organisation → Person → Verhalten. Darüber hinaus sehen die AutorInnen in diesem Bereich noch erheblichen Forschungsbedarf.

Übersicht 1: Merkmale einer „gesunden“ und „ungesunden“ Organisation

	Pathogene Merkmale	Salutogene Merkmale
Organisation	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Autoritärer Führungsstil ➤ Steile Hierarchie ➤ Misstrauenskultur ➤ Intransparenz von Entscheidungen ➤ Geringe Handlungs- und Mitwirkungsspielräume ➤ Hohe Arbeitsteilung, Spezialisierung ➤ Keine / unzureichende Weiterbildungsmöglichkeit 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Partizipativer Führungsstil ➤ Flache Hierarchie ➤ Vertrauenskultur ➤ Transparenz von Entscheidungen ➤ Prozessorientierte Arbeitsorganisation ➤ Teamarbeit ➤ Weiterbildungsmöglichkeiten ➤ Institutionalisierte Gesundheitsförderung
	„Ungesunde“ Organisation	„Gesunde“ Organisation
Person	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Verbreitete Hilflosigkeits- / Angstgefühle ➤ Niedriges Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen ➤ Geringe Arbeitszufriedenheit ➤ Geringe Motivation ➤ Innere Kündigung ➤ Soziale Kompetenz wenig ausgeprägt und verbreitet ➤ Management-Kompetenz wenig ausgeprägt und verbreitet ➤ Schlechte körperliche Gesundheit 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Psychosoziales Wohlbefinden (wenig Angst/ Hilflosigkeit) ➤ Hohes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen ➤ Hohe Arbeitszufriedenheit ➤ Hohe Motivation ➤ Hohe Bindung an Unternehmen ➤ Soziale Kompetenz stark ausgeprägt und verbreitet ➤ Management-Kompetenz stark ausgeprägt und verbreitet ➤ Gute körperliche Gesundheit
	„Ungesunde“ Organisation	„Gesunde“ Organisation
Verhalten	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Absentismus hoch ➤ Hohe Fluktuation ➤ Geringe Flexibilität, geringe Innovationsbereitschaft ➤ Individuelles Konkurrenzstreben ➤ Hoher Genussmittelkonsum (Rauchen etc.) ➤ Riskanter Lebensstil (Ernährung, Bewegung etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hohe Anwesenheitsquote ➤ Niedrige Fluktuation ➤ Hohe Flexibilität, hohe Innovationsbereitschaft ➤ Gegenseitige Unterstützung ➤ Geringer Genussmittelkonsum ➤ Gesundheitsförderlicher Lebensstil (Ernährung, Bewegung etc.)
	„Ungesunde“ Organisation	„Gesunde“ Organisation

13 Vgl. Gottfried Neuhaus o.J.

14 Vgl. Bernhard Badura et al. 1999, Seite 31.

1.1.2 Prävention

Obwohl die Begriffe „Gesundheitsförderung“ und „Prävention“ in unserem Sprachgebrauch oft gleichgesetzt oder miteinander vermischt werden, existiert im wissenschaftlichen Diskurs eine Trennlinie zwischen ihnen. Denn in der Prävention geht es darum, einer Krankheit zuvorzukommen, indem man Risikofaktoren beseitigt, und nicht um das Herstellen allgemeinen Wohlbefindens. Grob gesprochen können präventive Maßnahmen im Hinblick auf den Zeitpunkt, im Hinblick auf das Ziel oder im Hinblick auf die Methode angewendet werden.¹⁵

Übersicht 2: Einteilung der Präventionsmaßnahmen

Nach dem Zeitpunkt	Nach dem Ziel	Nach der Methode
Primäre Prävention Sekundäre Prävention Tertiäre Prävention	Verhaltensprävention Verhältnisprävention	Gesundheitsaufklärung Gesundheitsberatung Gesundheitserziehung Gesundheitsbildung

Zeitpunktbezogen sind in diesem Handbuch die „Primäre Prävention“ und die „Sekundäre Prävention“ interessant. Erstere wird rein vorbeugend definiert, d. h., sie spricht die gesunde Bevölkerung an und umfasst die Vermeidung exogener Schädigungen (z. B. gesundheitsgefährdende Bedingungen am Arbeitsplatz) ebenso wie die Verhinderung eines personengebundenen Risikos (z. B. Rauchen, Stress). Dagegen geht es in der sekundären Prävention um die Erkennung symptomloser Frühstadien einer Krankheit mittels speziell dafür entwickelter Screeningprogramme (z. B. innerhalb einer Gesundenuntersuchung).

Verhaltensprävention arbeitet in erster Linie mit den Methoden der Verhaltensaufklärung und Verhaltensberatung und versucht damit auf gesundheitsschädigendes Verhalten in Richtung einer Verhaltensänderung einzuwirken. Die Wirksamkeit dieser Aufklärungsmaßnahmen scheint aber angesichts zunehmender Reizüberflutung und der hohen kulturellen Resistenz gerade von Risikogruppen gegenüber solchen Kampagnen fraglich. Im Gegensatz dazu setzt Verhältnisprävention in erster Linie auf politische und rechtliche Maßnahmen, um gesundheitsschädigende Einflüsse zu reduzieren. Für den Bereich der Erwerbsarbeit ist hier das österreichische ArbeitnehmereInnenschutzsystem von zentraler Bedeutung.¹⁶ Ein wesentlicher Kritikpunkt an präventiven Ansätzen ist aus Sicht der Salutogenese, dass Prävention ein „negativer“ krankheitsorientierter Ansatz bleibt und es nicht vermag, individuelle Kompetenzen zu fördern.

1.2 Gesellschaftspolitische Grundlagen der betrieblichen Gesundheitsförderung

Als Grundlage des Konzepts der Gesundheitsförderung wird vielfach der oben zitierte positive Gesundheitsbegriff genannt, den die WHO im Rahmen ihrer Verfassung 1948 definiert hat. Eine erstmalige Beschreibung des Begriffes „Gesundheitsförderung“ ist in der Ottawa Charta zu finden, die 1986 auf der ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung verabschiedet wurde. Dort heißt es: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Wünsche und ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können.“¹⁷

¹⁵ Vgl. Herlinde Steinbach 2004, Seite 40.

¹⁶ Der ArbeitnehmerInnenschutz wird in Kapitel 3.1 genauer behandelt. Eine ausführliche Auseinandersetzung zum Thema „Arbeitnehmerschutz und Gesundheit“ ist in der gleichnamigen Broschüre der AK zu finden. Vgl. Kammer für Arbeiter und Angestellte Wien, Wien 2005.

¹⁷ WHO 1986.

Die Charta baut auf dem Grundsatzprogramm der WHO „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ auf, das 1998 unter dem Titel „Gesundheit für alle im 21. Jahrhundert“ aktualisiert wurde. Die europäische Region der WHO verabschiedete daraufhin das Programm „Gesundheit 21 – 21 Ziele für das 21. Jahrhundert“.¹⁸ Das Programm hat einen breiten und integrativen Ansatz für die Förderung von Gesundheit von unterschiedlichen Zielgruppen und Lebenswelten entwickelt und konzentriert sich schwerpunktmäßig auf die drei Bereiche „Gesunde Lebensweise“, „Gesunde Umwelt“ sowie „Bedarfsgerechte Behandlung, Prävention und Gesundheitsförderung“.¹⁹

Ziele und Leitlinien zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz lieferte die Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union, die anlässlich eines Treffens des Europäischen Netzwerkes für betriebliche Gesundheitsförderung 1997 in Luxemburg verabschiedet wurde. Betriebliche Gesundheitsförderung umfasst demnach „(...) alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz.

Dies kann durch eine Verknüpfung folgender Ansätze erreicht werden:

- Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen;
- Förderung einer aktiven MitarbeiterInnenbeteiligung;
- Stärkung persönlicher Kompetenzen.²⁰

Die Entwicklung der Gesundheitsförderung in Österreich ist durch die Gründung des „EU-Netzwerkes betriebliche Gesundheitsförderung“ im Auftrag der Europäischen Kommission 1995, die Einrichtung der „Nationale Kontaktstelle“ an der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse 1996, die Gründung des Fonds Gesundes Österreich (FGÖ – www.fgoe.org) 1998 und die Gründung des „Österreichischen Netzwerkes betriebliche Gesundheitsförderung“ (www.netzwerk-bgf.at) 2001 geprägt (näheres siehe unter Kapitel 3.4.5).

1.3 Interessen an betrieblicher Gesundheitsförderung

Die politische Brisanz des Gesundheitsthemas ergibt sich schon allein aus der Alterung der Gesellschaft und den Kosten für das Gesundheitssystem, die einen nicht unbeträchtlichen Teil der öffentlichen Aufwendungen ausmachen. Um die finanziellen Mittel besser einzusetzen, wurden im letzten Jahrzehnt in Österreich zahlreiche Initiativen durchgeführt bzw. unterstützt. Denn „(...) die Förderung von Gesundheit ist nicht nur effektiver und angenehmer, sondern auch wesentlich billiger als die Heilung von Krankheit“.²¹

Darüber hinaus hat betriebliche Gesundheitsförderung den Anspruch, sich gleichermaßen für Unternehmen wie für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu lohnen. Einerseits sollen Motivation und Leistungsfähigkeit der MitarbeiterInnen erhöht und so die Produktivität und Qualität gesichert bzw. gesteigert werden und andererseits ein Beitrag zur Verringerung von Arbeitsbelastungen und zur Stärkung gesundheitsfördernder Verhaltensweisen der Beschäftigten geleistet werden. Denn Gesundheit, Motivation und Produktivität bedingen sich gegenseitig. Vor diesem Hintergrund ist die relativ umfassende Zusammenarbeit der Sozialpartner und auch der Sozialversi-

¹⁸ Vgl. WHO 1999.

¹⁹ Vgl. Gudrun Eberle et al. 2005. Die gemeinsame Nennung von Umwelt und Gesundheit erfolgt hier nicht zufällig. Der Schutz unserer natürlichen Umwelt ist ebenso eine Voraussetzung für nachhaltige Entwicklung wie der Erhalt und die Förderung menschlicher Gesundheit. Peter Paulus und Ute Stoltenberg beschreiben den Zusammenhang zwischen nachhaltiger Entwicklung und Gesundheit wie folgt: „Gesundheit ist auf eine nachhaltige Entwicklung, die ökologisch, ökonomisch und sozial verträgliche Lebensbedingungen und den Respekt von kulturellen Charakteren anstrebt, angewiesen. Umgekehrt kann das gesellschaftliche Ziel der Nachhaltigkeit nicht ohne die Erfahrung individuellen Wohlbefindens und die Erkenntnis von Zusammenhängen zwischen diesem und ökologischen, ökonomischen, sozialen und kulturellen Fragen dauerhaft erreicht werden.“ Peter Paulus/Ute Stoltenberg 2002, Seite 8.

²⁰ ENWHP 2005. Ausführlicheres dazu in Kapitel 3.2.

²¹ Herlinde Steinbach 2004, Seite 13. Eine Studie des IHS zum „Ökonomischen Nutzen Betrieblicher Gesundheitsförderung“ kommt zu dem Ergebnis, dass durch betriebliche Gesundheitsförderungsprogramme bei maximaler Erreichbarkeit und Umsetzung der erwerbstätigen Personen bis zu 3,64 Milliarden volkswirtschaftlicher Einspareffekt erzielbar wäre. Vgl. Christian Helmenstein et al. 2004.

cherungsträger im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung nicht weiter erstaunlich. Martin Gleitsmann, Leiter der Abteilung für Sozialpolitik und Gesundheit der WKÖ, spricht in diesem Zusammenhang von einer dreifachen Win-Situation: „Arbeitnehmer profitieren davon, wenn sie in den Betrieben gesunde Bedingungen in jeder Beziehung vorfinden, wenn sie motiviert sind, wenn sie auch psychisch positiv gestimmt sind und Teambildungen stattfinden. Auch der Arbeitgeber profitiert auf mehrfache Weise von einer derartigen Entwicklung – er muss sie allerdings aktiv mittragen und fördern. Was wir hier alle betreiben können, ist Bewusstseinsbildung, Unterstützung und Hilfe zur Selbsthilfe. Gerade die Krankenversicherungsträger, die ebenfalls Vorteile lukrieren können, spielen eine wichtige Rolle im Bereich der BGF und sollten von sich aus verstärkt Programme anbieten. Nicht zuletzt sollte es auch zu einer Einbindung der Ärzte kommen.“²²

Im Österreichischen Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung finden sich dann auch neben den Gebietskrankenkassen der Bundesländer, der Versicherungsanstalt für Eisenbahn und Bergbau und dem Fonds Gesundes Vorarlberg, der ÖGB, die Bundesarbeiterkammer, die Industriellenvereinigung, die WKÖ sowie die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA), der Hauptverband der Sozialversicherungsträger und die Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft.

1.3.1 ArbeitgeberInneninteressen

DienstgeberInnen im privaten und öffentlichen Sektor interessieren sich für die Frage, inwieweit ihre MitarbeiterInnen im Stande sind zu arbeiten und wie ihre Arbeitsleistung verbessert werden kann. In der Reduktion von Krankenständen, Fehlzeiten und Fluktuation sehen sie unmittelbare monetäre Einsparungspotenziale. Im Internetportal der Wirtschaftskammer Österreich heißt es: „In einer im Wandel begriffenen Arbeitswelt sind Flexibilität, Innovation und Kreativität wesentliche Voraussetzungen, um wettbewerbsfähig und erfolgreich zu sein. Dazu bedarf es gesunder, qualifizierter und motivierter Mitarbeiter, weshalb gesundheitsfördernde Maßnahmen im Betrieb einen zunehmend wichtigen Faktor für eine erfolgreiche Unternehmenspolitik darstellen.“²³

Konkret erwarten sich die ArbeitgeberInnen eine höhere Arbeitszufriedenheit und Arbeitsproduktivität, die langfristige Senkung des Krankenstandes, gesteigerte Produkt- und Dienstleistungsqualität, verbesserte betriebliche Kommunikation und Kooperation sowie eine Imageaufwertung für das Unternehmen.²⁴ Weiters verbindet die ArbeitgeberInnenseite mit betrieblicher Gesundheitsförderung die Chance, mit der künftigen Alterung der ArbeitnehmerInnen (demographische Entwicklung, Erhöhung des gesetzlichen Pensionsantrittsalters) wirkungsvoll umgehen zu können. Genau mit dieser Problematik setzt sich die von der WKÖ in Auftrag gegebene Studie „Gesund durchs Arbeitsleben“ auseinander.²⁵ Es ist nach Well@Work die zweite Studie im Auftrag der WKÖ, die sich mit betrieblicher Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelbetriebe beschäftigt.²⁶

1.3.2 ArbeitnehmerInneninteressen

Die Schaffung und Verbesserung gesundheitsgerechter bzw. gesundheitsfördernder Arbeitsbedingungen – d. h. weniger Arbeitsbelastung, verringerte gesundheitliche Beschwerden, gesteigertes Wohlbefinden, besseres Betriebsklima, mehr Arbeitszufriedenheit, gesünderes Verhalten in Betrieb und Freizeit und die Vergrößerung von Bewältigungskompetenzen – sind Erwartungen, die von ArbeitnehmerInnenseite in die betriebliche Gesund-

²² Sozialpartner für betriebliche Gesundheitsförderung 2002.

²³ Abrufbar unter: portal.wko.at/wk/aktionsbutton.wk?AngID=1&AbID=92&DstID=29 [23.02.06].

²⁴ Vgl. Christian Helmenstein et al. 2004, Seite 7f.

²⁵ Vgl. Birgit Kriener et al. 2004.

²⁶ Vgl. Birgit Kriener 2002.

heitsförderung gesetzt werden. Dabei spielen präventive Ansätze und deren Verankerung im ArbeitnehmerInnenschutz eine ungleich größere Rolle als auf ArbeitgeberInnenseite.

AK-Gesundheitsexperte Christoph Lechner umschreibt die Aufgaben der betrieblichen Gesundheitsförderung wie folgt: „Vor über 20 Jahren erkannte man, dass es, um Arbeitslosigkeit zu vermeiden nicht genügt, Arbeitslosengeld auszubezahlen, sondern es kommt darauf an, aktive Arbeitsmarktpolitik zu betreiben. Ähnliche verhält es sich heute mit der betrieblichen Prävention und Gesundheitsförderung. Es geht nicht darum, Krankenversicherung und Unfallbehandlung sicherzustellen. Es ist ungleich wichtiger, Krankheit und Unfälle im Vorhinein zu vermeiden, sozusagen eine aktive Gesundheitspolitik zu betreiben. Die Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren ist auch ein wichtiger Beitrag zur Anhebung des faktischen Pensionsantrittsalters und Voraussetzung für altersgerechtes Arbeiten.“²⁷

AK und ÖGB sehen vor allem bei den Sozialversicherungsträgern Handlungsbedarf, denn dort fehle ein gesetzlicher Auftrag zur überbetrieblichen Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und die Bereitstellung dafür notwendiger finanzieller, personeller und organisatorischer Ressourcen. Renate Czeskleba, die Leiterin des Referates für Humanisierung, Technologie, Umwelt (HTU) des ÖGB, betont, dass die AUVA und die anderen Sozialversicherungsträger sowohl in inhaltlicher als auch in organisatorischer Hinsicht bei der Prävention stärker zusammenarbeiten müssen.²⁸

Auf organisatorischer Ebene sehen AK und ÖGB die Notwendigkeit, das Österreichische Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung um eine Netzwerkprävention zu erweitern. Als Vorzeigebispiel gilt die Gründung der Plattform „Betriebliche Prävention und Gesundheitsförderung“ in Niederösterreich sowie die Umsetzung der arbeitsweltbezogenen NÖ-Landesgesundheitsziele. Dort heißt es: „Betriebliche Prävention und Gesundheitsförderung umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von ArbeitgeberInnen, ArbeitnehmerInnen und der Gesellschaft zur Vermeidung von Unfällen und Erkrankungen und zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Sie beruht auf der freiwilligen Mitwirkung von ArbeitgeberInnen, ArbeitnehmerInnen und Belegschaftsvertretung auf betrieblicher Ebene sowie auf freiwilliger Mitwirkung der einzelnen Plattformmitglieder.“²⁹

27 Wilfried Leisch 2005.

28 Vgl. ebenda.

29 Die Kontaktstelle der Plattform ist an der niederösterreichischen Gebietskrankenkasse eingerichtet. Abrufbar unter: www.noegkk.at/esvapps/page/page.jsp?p_pageid=204&p_menuid=60148&p_id=3 [28.02.06].

2 Gesundheit in verschiedenen Lebenslagen

2.1 „Work-Life-Balance“ und Gesundheit

Die Gesundheitsförderlichkeit von Arbeit kann nicht nur aus der Erwerbstätigkeit selbst bestimmt werden, sondern ist immer auch Ergebnis des Verhältnisses von Erwerbsarbeit und Nicht-Erwerbsarbeit. „Work-Life-Balance“ ist in diesem Zusammenhang ein Begriff, der sich im öffentlichen Diskurs breiter Verwendung erfreut und als Grundlage für zahlreiche Forschungsaktivitäten dient, aber gleichzeitig sehr unscharf gefasst ist. Dabei wird er oft auf die Frage der Vereinbarkeit von Familie und Beruf verkürzt und dann auch gleich als Frauenthema „abgetan“. Übersehen wird hier, dass ein gelungenes Verhältnis von Erwerbsleben und außerberuflichen Tätigkeiten auch für kinderlose Paare und Singles eine Voraussetzung von Gesundheit ist und dass familienbezogene Tätigkeiten nicht nur Frauenverpflichtungen, sondern Verpflichtungen von Frauen und Männern sind (oder zumindest sein sollten).³⁰

2.1.1 Konzept und Kritik

Eberhard Ulich und Marc Wülser problematisieren den Begriff „Work-Life-Balance“, da er ein Bild der Balance zwischen Arbeit auf der einen und Leben auf der anderen Seite schafft, das in der Realität so nicht existiert. Denn Arbeit hat immer auch (und zunehmend) einen wichtigen Stellenwert im Leben („working life“), und darüber hinaus gibt es vielfältige Formen von Arbeit auch außerhalb der Erwerbstätigkeit: „Tatsächlich muss es also darum gehen, Balancen zwischen den Möglichkeiten und Anforderungen der Erwerbsarbeit und den Möglichkeiten und Anforderungen anderer Lebenstätigkeiten zu finden.“³¹

Unterschiedliche theoretische Modelle versuchen den Zusammenhang zwischen den beiden Lebenssphären zu erklären:³²

- Das **Segmentierungsmodell** betrachtet Erwerbsarbeit und Nicht-Erwerbsarbeit als zwei getrennte Lebensbereiche, und zwar ohne gegenseitigen Einfluss.
- Im „**Spillover-Modell**“ ist dagegen der (positive oder negative) Einfluss von einem Lebensbereich auf den jeweils anderen zentral.
- Das **Kompensationsmodell** betont die Möglichkeit, dass das, was in einer Lebenssphäre vermisst wird, in der anderen ausgeglichen werden kann.
- Nach dem **instrumentellen Modell** unterstützen Aktivitäten in einer Sphäre den Erfolg in der jeweils anderen.
- Das **Konflikt-Modell** geht von sehr hohen Anforderungen in allen Lebensbereichen aus, was zu Entscheidungsschwierigkeiten, Konfliktsituationen und möglicherweise zu Überbelastung führt.

Einen anderen Weg schlägt die „Border-Theorie“ ein, die sich mit dem Ausleuchten der Grenzen zwischen Erwerbsarbeit („work“) und anderen Lebenstätigkeiten („home“) beschäftigt:³³ „It argues that people are daily

30 Der von der EU-Kommission herausgegebene Fahrplan für die Gleichstellung von Frauen und Männern 2006–2010 betont im Hinblick auf die bessere Vereinbarkeit von Beruf, Privat- und Familienleben die Notwendigkeit, Männer zur Übernahme von Familienpflichten zu ermutigen und Maßnahmen zu setzen (Arbeitszeiten, Anreize für Eltern- und Vaterurlaub etc.), die genauso auf Männer wie auf Frauen abzielen. Vgl. Kommission der Europäischen Gemeinschaften 2006, Seite 5f.

31 Eberhard Ulich/Marc Wülser 2004, Seite 310.

32 Vgl. David E. Guest 2001.

33 Vgl. Campbell Clark 2000.

border-crossers as they move between home and work. This opens up a rich vein of analysis of the nature of borders, their permeability, the ease with which they can be managed or moved and so on.“³⁴

Um das Thema „Work-Life-Balance“ genauer zu fassen, genügt es aber nicht Zusammenhänge und Grenzen von Lebensbereichen aufzuzeigen und gegenseitige Einflüsse zu erkennen, sondern es geht vorerst einmal darum, das Ziel eines „ausbalanciertes Lebens“ adäquat zu definieren. Reichen subjektive Empfindungen aus, oder gibt es objektive Grundlagen? Hat ein „work-aholic“, der mit seiner Lebensweise zufrieden ist, eine gelungene Balance gefunden oder etwa jemand, der kaum arbeitet und an diesem Umstand durchaus gefallen findet? Oder umgekehrt, kann ein Leben ausbalanciert sein, wenn es objektiven Kriterien genügt, subjektiv aber als unausgewogen erlebt wird? Nur eine Kombination aus subjektiven und objektiven Elementen scheint geeignet, eine Balance zwischen Erwerbstätigkeit und anderen Lebensbereichen zu bestimmen. In diesem Sinne könnte „Work-Life-Balance“ als ausreichende Zeitverfügbarkeit zur Erfüllung erwerbsbezogener und nicht erwerbsbezogener Verpflichtungen gefasst werden:

„Ausreichend zeitlicher Freiraum sollte für die Wahrnehmung familiärer Aufgaben und Verpflichtungen vorhanden sein. Familienleben erfolgt zumeist in der von der [Anm.: Erwerbs-]Arbeit freien Zeit, in der Freizeit. Das Erleben von tragfähigen familiären Bezügen ist dauerhaft nur möglich, wenn für dieses Erleben regelmäßig ausreichend Freiräume bestehen. Gesundheitsfördernd ist deswegen das bewusste Herstellen von zeitlichen Freiräumen für individuelles Freizeitverhalten und für Familienleben bzw. für das Erleben von Partnerschaft. Ein Vernachlässigen dieser Freiräume, bzw. unregelmäßige und nicht vorhersehbare zeitliche Freiräume, wirkt gesundheitsgefährdend oder sogar krankheitsauslösend.“³⁵

In diesem Zitat kommt der Zusammenhang zwischen Arbeitszeitgestaltung, „Work-Life-Balance“ und Gesundheitsförderlichkeit zum Ausdruck. Der alleinige Fokus auf die Zeitdimension scheint aber zu einseitig, um „Work-Life-Balance“ zu erreichen und Gesundheit zu fördern. Clark definiert Balance dann auch als „(...) satisfaction and good functioning at work and at home with a minimum role conflict“.³⁶ Ulich und Wülser nennen drei wesentliche Dimensionen von Erwerbsarbeit, die einen positiven Beitrag zu „Work-Life-Balance“ leisten können:³⁷

- Eine **persönlichkeitsförderliche Gestaltung der Erwerbsarbeit** (ausreichend Handlungsspielraum, möglichst vollständige Aufgaben, Teamarbeit, hohes Maß an Selbstregulation, eigenständiges Setzen von Zielen bzw. Teilzielen etc.);
- **Lebensfreundliche Arbeitszeiten** (z. B. abgestufte Teilzeit nach Erziehungsfreistellung, Altersteilzeit, Elternurlaub, Jahresarbeitszeit, lebensphasenorientierte Arbeitszeit)
- **Familienfreundliche Arbeitsorte** (familiengerechte Gestaltung von Betrieben und Möglichkeiten von zeitweiser Heimarbeit)

Die Autoren gehen im Sinne des „Spillover-Modells“ davon aus, dass räumliche, zeitliche und funktionale Zwänge von Arbeitsprozessen negative Effekte auf die Handlungsbereitschaft außerhalb der Erwerbsarbeit haben („the long arm of the job“). Wenn aber die persönlichkeitsförderliche Gestaltung von Arbeit das soziale Engagement außerhalb der Erwerbsarbeit (familienbezogene Tätigkeiten, ehrenamtliche Tätigkeiten etc.) fördert, hat eine solche Arbeitsgestaltung eine wichtige gesellschaftspolitische Komponente und liegt daher auch im öffentlichen Interesse. Gleichzeitig sind mit dem Kompetenzerwerb im Rahmen außerberuflicher Tätigkeiten (Familienmanagement, Teamfähigkeiten durch Mannschaftssport etc.) auch positive „Spillover-Effekte“ für den Betrieb zu erwarten.

34 David E. Guest 2001.

35 Jürgen Jancik 2002, Seite 94.

36 Campbell Clark 2000.

37 Vgl. Eberhard Ulich/Marc Wülser 2004.

2.1.2 Betriebliche Umsetzung von „Work-Life-Balance“

Bei dem Einsatz von Maßnahmen, die auf eine Balance von Erwerbsarbeit und anderen Lebenstätigkeiten abzielen, ist darauf zu achten, dass alle drei oben beschriebenen Dimensionen Berücksichtigung finden, da bei einer eindimensionalen Herangehensweise negative Effekte für die anderen Dimensionen zu befürchten sind. So kann etwa eine Arbeitszeitreduktion zum Wegfall von bestimmten Aufgaben führen, die einen höheren Entscheidungsspielraum beinhalten, oder mit größerem Zeitdruck verbunden sein.³⁸ Im Falle von Heimarbeit sind damit verbundene Risiken, wie verdeckte Überstunden, Auflösung zeitlicher und räumlicher Grenzen zwischen Arbeit und Privatraum, Mehrfachbelastung durch Rollenkonflikte etc. zu bedenken.

Von ArbeitgeberInnenseite wird das Thema „Work-Life-Balance“ zumeist nur im Zusammenhang mit der Vereinbarkeit von Beruf und Familie aufgegriffen, denn „familienbewusste Unternehmenskultur fördert Innovationsfähigkeit, Kreativität, Wissen und Erfahrung, Engagement und Leistung“ und wird damit ähnlich wie Gesundheitsförderung nicht als wohltätige Aufgabe, sondern „als Interessenseinklang von Arbeitgebern und Arbeitnehmern zum Erreichen unternehmerischer Ziele“ gesehen.³⁹ Eine deutsche Studie zum betriebswirtschaftlichen Nutzen familienfreundlicher Maßnahmen kommt zu dem Ergebnis, dass durch den Einsatz familienfreundlicher Personalmaßnahmen (hier ein Paket aus Arbeitszeitflexibilisierung, Beratungs- und Kontaktangebote, Telearbeit und betrieblicher Kinderbetreuung) je nach Wirkungsgrad ein familienbezogenes Kosteneinsparungspotenzial von 55 % bis 78 % gegeben ist.⁴⁰ Eher indirekte und schwer messbare Effekte, so etwa die Erhöhung der Motivation und Identifikation der ArbeitnehmerInnen, sind hier noch gar nicht mitgerechnet. In der österreichischen Broschüre zum „Audit für Familie & Beruf“ sind folgende Nutzeneffekte familienfreundlicher Maßnahmen genannt:⁴¹

- Verbesserung der Motivation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.
- Höhere Leistungs- und Einsatzbereitschaft im Betrieb.
- Reduktion der Stressbelastung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.
- Reduzierung der kostenintensiven Mitarbeiterfluktuation.
- Geringere Abwesenheitsquote der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.
- Pflege und Verbesserung des Unternehmensimage gegenüber Öffentlichkeit, Kunden und Auftraggeber.
- Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit.

Auf Seite der ArbeitnehmerInnen sollen diese Maßnahmen die Doppelbelastung von Familie und Beruf mindern und sprechen damit zwar nicht explizit, aber – angesichts der nach wie vor weitgehend unangetasteten geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung in Familien – implizit Frauen an. Und das ist nun auch gleich das Problem dieser Maßnahmen. Da sie in erster Linie auf Frauen ausgerichtet sind und von Frauen in Anspruch genommen werden, tragen sie immer auch einen Teil zur Verfestigung von geschlechtsspezifischen Rollenvorstellungen bei und wirken hemmend auf Einkommens- und Karrieremöglichkeiten von Frauen. Nicht nur deshalb wäre eine bewusst stärkere Ausrichtung der Maßnahmen auf Männer und ihre Erweiterung in Richtung „lebensfreundlicher Unternehmenskultur“ sinnvoll, sondern auch weil kinderlose Paare und Singles ebenfalls ein Bedürfnis nach „Work-Life-Balance“ haben, auch sie sozialen Verpflichtungen außerhalb der Erwerbsarbeit nachkommen und auch ihre Gesundheit gefördert und Arbeitsfähigkeit erhalten werden soll.

38 Vgl. ebenda, Seite 317.

39 Vgl. Stefan J. Becker 2002, Seite 293.

40 Vgl. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend o.J.

41 Vgl. Bundesministerium für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz o.J., Seite 7f.

2.2 Gesundheit und Arbeitslosigkeit

2.2.1 Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Krankheit

Neben dem vielfach dokumentierten Zusammenhang von Gesundheit und sozioökonomischem Status,⁴² wonach mit steigendem sozioökonomischen Status das Krankheitsrisiko sinkt, gibt es in der Literatur eine Übereinstimmung darüber, dass Arbeitslosigkeit die psychische und die physische Gesundheit im Allgemeinen verschlechtert.

So ergab die Befragung im Rahmen des EU SILC 2004, dass 3 % der 16- bis 64jährigen Erwerbstätigen (unabhängig davon, ob diese vollzeit- oder teilzeitbeschäftigt sind) ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht bewerten, 13 % als mittelmäßig und über 85 % als gut oder sehr gut.

15 % aller Arbeitslosen hingegen bewerten ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht, 25 % als mittelmäßig und nur 60 % als gut oder sehr gut. Je länger die Arbeitslosigkeit andauert, desto schlechter fallen die subjektiven Bewertungen der eigenen Gesundheit aus: Unter sechs Monaten bewerten 8 % ihre Gesundheit schlecht oder sehr schlecht und 20 % als mittelmäßig. Ab einer Arbeitslosigkeitsdauer von einem halben Jahr verschlechtert sich die Wahrnehmung des subjektiven Gesundheitszustandes zusehends: Nach sechs Monaten sehen immerhin schon 16 % ihren Gesundheitszustand als schlecht oder sehr schlecht, 27 % als mittelmäßig und nach zwölf Monaten fällt die Wahrnehmung des subjektiven Gesundheitszustandes noch negativer aus (schlecht oder sehr schlecht: 17 %; mittelmäßig: 29 %). Die Eigenwahrnehmung der Arbeitslosen hinsichtlich ihrer eigenen Gesundheit ist am ehesten mit der von Pensionierten vergleichbar.

Tabelle 1: Subjektiver Gesundheitszustand nach Erwerbsstatus der ÖsterreicherInnen (16–64 Jahre) im Jahr 2004

Erwerbsstatus	Gut/sehr gut	Mittelmäßig	Schlecht/sehr schlecht
Erwerbstätig	85 %	13 %	3 %
Arbeitslos	60 %	25 %	15 %
Kurzzeitarbeitslos (< 6 Monate)	72 %	20 %	8 %
Langzeitarbeitslos (>= 6 Monate)	57 %	27 %	16 %
Langzeitarbeitslos (>= 12 Monate)	54 %	29 %	17 %
Nicht erwerbstätig	66 %	23 %	11 %
Pension	53 %	33 %	14 %

Quelle: Statistik Austria 2006⁴³

Kein anderes soziodemographisches Merkmal (Alter, Geschlecht, sozialer Background etc.) steht mit einer negativen Gesundheitswahrnehmung so eng in Verbindung wie das Merkmal „Langzeitarbeitslosigkeit“, wobei der Ursachen-/Wirkungszusammenhang nicht geklärt ist. Auch die gesundheitlichen Beeinträchtigungen von Langzeitarbeitslosen (ab sechs Monaten Arbeitslosenbezug) sind vergleichsweise beträchtlich: 19 % sind eigenen Angaben zufolge durch eine Behinderung stark beeinträchtigt, 30 % sind chronisch krank und 16 % in einem schlechten Gesundheitszustand.⁴⁴

Auch im deutschen Bundes-Gesundheitssurvey 1998 schätzen Arbeitslose ihren persönlichen Gesundheitszustand schlechter ein als Erwerbstätige. 23 % bezeichnen ihn als „weniger gut“ oder „schlecht“, während von den Berufstätigen nur 11 % zu dieser Einschätzung kamen.⁴⁵ Bei aggregierten Zahlen der Krankenhaustage

42 Vgl. Richard G. Wilkinson 2001, vgl. ÖBIG 2002, vgl. Sozialbericht 2003–2004 Seite 229.

43 Statistik Austria 2006, Seite 120.

44 Vgl. Statistik Austria 2006, Seite 123.

45 Vgl. Robert Koch Institut 2003, Seite 9.

nach Diagnosekapiteln, bezogen auf die Versicherungsjahre, beanspruchen arbeitslose Männer achtmal und arbeitslose Frauen 2,5mal so viele Krankenhaustage wie erwerbstätige Personen.⁴⁶

Nach einer Studie der Europäischen Kommission bestehen in fast allen EU-Ländern und den USA signifikante Zusammenhänge zwischen Arbeitslosigkeit und den allgemeinen Mortalitätsraten, der Herz-Kreislauf-Mortalität und der Selbstmordrate.⁴⁷

Auch bei der Zufriedenheit mit ihrem eigenen Leben liegen Arbeitslose weit unter der anderer gesellschaftlicher Gruppen: Zu 11 % bezeichnen sie sich als sehr oder ziemlich unzufrieden, bei den Erwerbstätigen sind dies nur 1 %. Von den Arbeitslosen sehen sich 16 % als eher unzufrieden mit ihrem Leben, bei den Erwerbstätigen sind es nur 2 %.⁴⁸ „Eine geringere Zufriedenheit bedeutet eine besondere Beeinträchtigung der Lebensqualität und langfristig auch einen negativen Effekt für die Gesundheit.“⁴⁹

Bezüglich der kausalen Richtung des Zusammenhanges zwischen Arbeitslosigkeit und Gesundheit werden in der Literatur zwei Hypothesen angeführt:⁵⁰

- **Kausalitätshypothese:** Die Kausalitätshypothese besagt, dass der Eintritt von Arbeitslosigkeit kausal zu negativen psychischen und physischen Folgen, zu Krankheit und mitunter sogar zum Tod führt. Dies ist einerseits auf ein geändertes Verhalten (höherer Nikotin- und Alkoholkonsum) zurückzuführen und andererseits auf sozioökonomische Belastungen (z. B. finanzielle Probleme).
- **Selektionshypothese:** Diese besagt, dass Arbeitslosigkeit erst als Folge eines schlechten Gesundheitszustandes eintritt. Personen, die häufiger und länger krank sind, werden eher arbeitslos und bleiben dies auch länger als gesündere Personen.

Förster erwähnt verschiedene Studien, nach denen sich für beide Hypothesen Belege finden. In den meisten Untersuchungen werden beide Hypothesen als in der Realität relevant angesehen.⁵¹

2.2.2 Gesundheitliche Beeinträchtigungen bei Arbeitslosigkeit

Psychologisches Phasenmodell

Das Phänomen der Arbeitslosigkeit wird nicht einheitlich erlebt, sondern gliedert sich in mehrere Phasen. Die erste grundlegende Studie zu den psychischen, physischen und soziologischen Auswirkungen von Arbeitslosigkeit wurde Anfang der 1930er Jahre von Jahoda, Lazarsfeld und Zeisel durchgeführt und ist auch besser unter dem Namen „Marienthal-Studie“ bekannt. Das folgende Phasenmodell geht auf Jahoda et al. zurück:⁵²

- Antizipationsphase;
- Schock unmittelbar nach dem Eintreten der Arbeitslosigkeit;
- Erholungsphase (1.–2. Monat);
- Latenzphase (3.–6. Monat);
- Pessimistische Reaktionen (7.–12. Monat);
- Phase der fatalistischen Anpassung (nach einem Jahr).

Bereits während der Antizipationsphase, die der eigentlichen Arbeitslosigkeit vorgelagert ist, kann es zu Beeinträchtigungen der psychischen und physischen Befindlichkeit kommen.

46 Vgl. Robert Koch Institut 2003, Seite 12–13.

47 Vgl. Brenner, M.H. 2000, zitiert in: Peter Kuhnert / Michael Kastner 2002.

48 Vgl. Statistik Austria 2006, Seite 126.

49 Vgl. Statistik Austria 2006, Seite 58.

50 Vgl. Richard G. Wilkinson 2001, Seite 216f, vgl. Peter Förster et al. 2003, Seite 7.

51 Vgl. Peter Förster et al. 2003, Seite 8.

52 Vgl. Jahoda/Lazarsfeld/Zeisel 1933 nach Peter Förster et al. 2003, Seite 5.

Psychosomatische und psychologische Auswirkungen

Zu den objektiven Gesundheitsfolgen von Arbeitslosigkeit zählen die Erhöhung des systolischen Blutdrucks, eine erhöhte Chronifizierung von Krankheiten sowie die Notwendigkeit der Erhöhung von Medikamentendosen.⁵³ Neben diesen Auswirkungen können Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, Herzbeschwerden, erhöhte Depressivität, Erschöpftheit und Angespanntheit, Erhöhung des Alkohol- und Nikotinkonsums, Verlust sozialer Bindungen und sozialer Identität, Statureinbußen, pessimistische Zukunftseinstellungen und eine Verschlechterung der Familienbeziehungen zu den subjektiven Gesundheitsfolgen zählen.⁵⁴

Wie stark diese Effekte zum Tragen kommen, hängt jedoch von einer Reihe psychosozialer und sozioökonomischer Faktoren ab.⁵⁵ Zu diesen zählen u. a.:

- Lebensalter und Geschlecht (bzw. Familienrolle⁵⁶).
- Soziale Schichtzugehörigkeit: Qualifikation, finanzielle Situation.
- Familienstand und Anzahl der Kinder.
- Subjektive Arbeitsplatzorientierung: Arbeitslose, die sich mit den Inhalten ihres (vormaligen) Arbeitsplatzes stark identifizieren und ihre Berufskarriere sehr wichtig nehmen, reagieren mit höheren Depressionswerten.
- Dauer der Arbeitslosigkeit: Je länger die Arbeitslosigkeit anhält, desto stärker sind die Folgeerscheinungen.
- Belastungserleben und Belastungsverarbeitung (Coping), Ursachenzuschreibung (Attribution), Stresstoleranz, Persönlichkeit: Personen mit hohem Selbstvertrauen verarbeiten Arbeitslosigkeit besser als Personen mit niedrigem Selbstvertrauen.
- Familiäre Unterstützung bzw. Unterstützung durch die unmittelbare soziale Umwelt: Soziale, emotionale und informationelle Unterstützung (wie fachliche Ratschläge oder Anleitung und Lösungsvorschlägen von relevanten Institutionen) senken Ängstlichkeit und Depression.

Betrachtet man das Alter von Arbeitslosen, so sind Jugendliche und Ältere von negativen Gesundheitsfolgen in geringerem Maße betroffen als mittlere Altersgruppen, da hier oft noch eine ausgeprägte Arbeitsorientierung vorliegt und/oder versorgungspflichtige Kinder vorhanden sind.⁵⁷ Mit zunehmenden finanziellen Problemen, die umso gravierender werden, je länger jemand arbeitslos ist, verschlechtert sich auch die psychosoziale Lage der Arbeitslosen.

Arbeitslosigkeit lässt mithin verschiedene Problemlagen (Mangel an Anerkennung, Schulden usw.) kulminieren, die eine Bewältigung der Arbeitslosigkeit erschweren und gesundheitliche Beeinträchtigungen wahrscheinlich machen.

Psychische Beeinträchtigungen verschwinden häufig auch nach der Wiederaufnahme einer Beschäftigung nicht vollständig, was das Risiko, erneut arbeitslos zu werden, erhöhen kann. Weiters führt wiederholte Arbeitslosigkeit nicht zu einer psychischen Resistenz gegenüber dieser Erfahrung.⁵⁸

2.2.3 Spezifische Gefährdung von Langzeitarbeitslosen

Die Dauer der Arbeitslosigkeit hat einen Einfluss auf die Folgen von Arbeitslosigkeit. Wenn Aktivitäten einer Person, so z. B. Bewerbungen, keine Veränderung ihrer Situation bewirken, führt das zu der Einsicht bzw. Überzeugung, keine Kontrolle mehr über die eigene Situation zu haben („gelernte Hilflosigkeit“ nach Selig-

53 Vgl. Laubach/Mundt/Brähler 1999 nach: Peter Förster et al. 2003, Seite 6.

54 Vgl. Peter Förster et al. 2003, Seite 5–6, vgl. Michael Frese 1994, Seite 204.

55 Vgl. Peter Förster et al. 2003, Seite 6, vgl. Christian Brinkman/Eberhard Wiedemann 1994, Seite 182, vgl. Bärbel Bergmann 1994, Seite 224, vgl. Anna Maksys 1999, Seite 15ff, vgl. André Büssing 1993, Seite 10ff

56 Empirische Ergebnisse hierzu: siehe das Kapitel „Langzeitarbeitslosigkeit“.

57 Vgl. Anna Maksys 1999, Seite 16.

58 Vgl. Peter Förster et al. 2003, Seite 7.

mann 1975). Dieser Kontrollverlust erzeugt Resignation, Passivität, Depression.⁵⁹ Vor allem die psychische Gesundheit von Arbeitslosen verschlechtert sich mit der Dauer, speziell in den ersten zwei Jahren.⁶⁰ Eine Reihe europäischer Studien weisen die Gruppe der Langzeitarbeitslosen als eine relativ stark gesundheitsgefährdete Gruppe aus.⁶¹ So stieg der Anteil derjenigen Langzeitarbeitslosen in Dänemark, die im Zeitraum von 1987 bis 1994 länger als sechs Monate krank waren, von 28 % auf 47 %. In einer finnischen Studie gaben zwei Drittel der 50- bis 58jährigen Langzeitarbeitslosen an, unter einer körperlichen Beeinträchtigung oder einer Langzeitkrankheit zu leiden. 1997 wurde in einer Befragung (n=69) zum Kohärenzgefühl (vgl. Antonovsky 1997) eine „hohe Disposition für Vulnerabilität, regressive Bewältigungsformen und krisenhafte Lebensereignisse ermittelt, die den Vergleichswerten von PatientInnen in psychosomatischen Reha-Kliniken entsprechen“.⁶²

Unter Männern lassen sich Zusammenhänge von Dauer und Gesundheit unter Betrachtung der Rolle im Haushalt differenzieren. Männer, die die Rolle des „Hauptverdieners“ einnehmen, zeigen im Durchschnitt stärkere gesundheitliche Einschränkungen als arbeitslose Männer, die diese Rolle nicht tragen.⁶³ Bei Frauen kann davon ausgegangen werden, dass die gesundheitlichen Folgen der Arbeitslosigkeit danach variieren, ob diese allein erziehend sind (und damit von vornherein stärker armutsgefährdet sind als Frauen, die sich die Betreuungsaufgaben mit dem Partner/Vater teilen können) bzw. überhaupt Kinder haben, die zu versorgen sind.

2.2.4 Gesundheitsverhalten von Arbeitslosen

Betrachtet man den Lebensstil, gaben in einer Mikrozensus-Befragung von 1999 33 % der Arbeitslosen an, keine gezielten Aktivitäten für die Förderung ihrer Gesundheit zu unternehmen. Damit zählen sie zu der am wenigsten aktiven Gruppe. Demgegenüber sind von den Erwerbstätigen 29,5 % in Bezug auf ihre Gesundheit nie aktiv. Arbeitslose nehmen im Vergleich zu den Erwerbstätigen aber häufiger, wenn auch nur geringfügig, öffentliche (wie Raucherberatung, psychosoziale Beratung) und private (wie Selbsthilfegruppen) gesundheitsfördernde Angebote in Anspruch.⁶⁴ Arbeitslose haben weniger oft Normalgewicht als Erwerbstätige (70,1 % zu 74,6 %). 24 % der Personen ohne Arbeit haben (starkes) Übergewicht. Von den erwerbstätigen Personen sind davon 18,4 % betroffen.⁶⁵ Neben Bewegungsmangel, ungesunder Ernährung und höherem Zigarettenkonsum ist auch noch ein höherer Alkohol- und Medikamentenkonsum (als polytoxikomanischer Suchtmittelkonsum) bei Arbeitslosen zu verzeichnen.⁶⁶

Im deutschen Bundes-Gesundheitssurvey 1998 gaben 34 % der berufstätigen Männer an, täglich zu rauchen. Unter den arbeitslosen Männern und Frauen betrug der Anteil 49 %.⁶⁷ In der deutschen DFLA⁶⁸-Studie waren sogar 76 % RaucherInnen, 44,3 % tranken regelmäßig und in höheren Mengen Alkohol, fast 20 % konsumierten Drogen. Die Mehrheit hatte den Suchtmittelkonsum mit dem Eintritt in die Arbeitslosigkeit gesteigert.⁶⁹

59 Vgl. Frese 1987; Frese/Mohr 1978; Schultz-Gambard/Balz 1988, nach: Bärbel Bergmann 1994, Seite 215.

60 Vgl. André Büssing 1993, Seite 12.

61 Vgl. ÖBIG 2002, Seite 23.

62 Vgl. Peter Kuhnert 2000, zitiert in: Michael Kastner et al. 2001, Seite 366.

63 Vgl. Robert-Koch-Institut 2003, Seite 9.

64 Vgl. Statistik Austria 2002, Seite 63.

65 Vgl. Statistik Austria 2002, Seite 71.

66 Vgl. Peter Kuhnert 2000, zitiert in: Michael Kastner et al. 2001, Seite 367.

67 Vgl. Robert Koch Institut 2003, Seite 12–13.

68 DFLA: Dortmunder Fragebogen zum Leben in der Arbeitslosigkeit.

69 Vgl. Peter Kuhnert 2000, zitiert in: Michael Kastner et al. 2001, Seite 367.

2.2.5 Soziale Desintegration und berufliche Demoralisierung

Durch Arbeitslosigkeit kommt es häufig zu einer Verringerung des persönlichen Erwerbseinkommens, wodurch der sozioökonomische Status vorerst sinkt. Aufgrund des Einkommensausfalls müssen höhere finanzielle Belastungen hingenommen werden. Weiters kommt es zu Einschränkungen im Hinblick auf soziale Kontakte und Freizeiterlebnisse, zum Ansteigen psychisch unangenehmer und mitunter bedrohlicher Erfahrungen (z. B. wiederholte Ablehnung von Bewerbungen), zu verringerten Möglichkeiten, eigene Fähigkeiten einzusetzen und zu entwickeln sowie zu Existenzangst und Zukunftsungewissheit.⁷⁰

In der DFLA-Studie⁷¹ sahen zwei Drittel der befragten Langzeitarbeitslosen die eigene berufliche Zukunft eher als negativ („schwarz, düster, hoffnungslos“).⁷² Der Zukunftspessimismus bzw. Zukunftsoptimismus wiederum korreliert stark mit dem jeweiligen Bewältigungsverhalten. Neben dem Verlust an sozialem Kapital und der massiven Reduktion positiver Zukunftsperspektiven gibt es bei Arbeitslosen auch deutliche Tendenzen kultureller Verarmung und Einschränkung von Freizeitaktivitäten. Die in der DFLA-Studie befragten Langzeitarbeitslosen nahmen nur zur Hälfte (49,3 %) an kulturellen, sportlichen oder politischen Freizeitaktivitäten teil.⁷³

Nach Bergmann⁷⁴ hängen die psychischen und gesundheitlichen Folgen von Arbeitslosigkeit von vielen Rückkoppelungsmechanismen ab. Im Stigmatisierungsansatz werden solche Rückkoppelungsmechanismen aus der sozialen Umwelt beschrieben. Das heißt, Arbeitslose machen die Erfahrung einer sozialen Abwertung („Zweitklassigkeit“), und diese beeinträchtigt ihrerseits das Befinden und das Selbstwertgefühl.

2.2.6 Arbeitsmarktpolitische Handlungsoptionen

Kastner und Vogt (2001)⁷⁵ fordern in diesem Zusammenhang anstelle des Einsatzes von Qualifizierungsmaßnahmen, die häufig zu „euphemistischen Qualifizierungskarrieren“ mit schlechten Reintegrationsraten führen würden, vielmehr auf eine Stabilisierung und Erweiterung des sozialen Netzwerkes zu setzen. Dies ist deshalb wichtig, da etwa zwei Drittel der Langzeitarbeitslosen – so die Autoren – zu Selbstisolation (Vermeidung von Kontakten zu Berufstätigen, Vereinen, anderen Arbeitslosen, Abnahme der Freundschafts- und Bekanntschaftspflege) neigen. In arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen sollten daher psychosozialen Beratungsaspekten ebenso wie Methoden, die das soziale Kapital Arbeitsloser fördern, viel Platz eingeräumt werden. Auch sollten die starken Resignations- und Demoralisierungsaspekte in der Beratung bzw. im Training bearbeitet werden.

Langzeitarbeitslose schneiden bei der Selbsteinschätzung (Selbstwertgefühl, Selbstwirksamkeit, Selbstabwertung, generelle Kompetenzerwartung) schlechter ab als Kurzeitarbeitslose und Erwerbstätige. Gesundheitsorientierte Beratung muss daher die Förderung autonomer Handlungs- und Selbstbehauptungsstrategien zum Ziel haben, wobei zu berücksichtigen ist, dass bestimmte Personengruppen vom Ereignis der Arbeitslosigkeit besonders betroffen sind:

- Suchtgefährdete Arbeitslose mit hohem Alkohol-, Zigaretten-, Medikamentenkonsum, Bewegungsmangel und ungesunder Ernährung.

⁷⁰ Vgl. Christian Brinkmann/Eberhard Wiedemann 1994, Seite 182.

⁷¹ Vgl. Peter Kuhnert 2000, Seite 407.

⁷² Vgl. Peter Kuhnert 2000, Seite 407.

⁷³ Vgl. Peter Kuhnert 2000, Seite 407.

⁷⁴ Vgl. Bärbel Bergmann 1997, Seite 215.

⁷⁵ Vgl. Peter Kuhnert 2000, zitiert in: Michael Kastner et al. 2001, Seite 367.

- Arbeitslose Jugendliche, deren Gesundheitszustand schlechter ist als der der gleichaltrigen Beschäftigten (sie werden zukünftig zu den Kranken mittleren Alters zählen).
- Arbeitslose Männer mit im Vergleich zu Frauen schlechterer psychischer Gesundheit (Depression etc.), die medizinische Vorsorgeleistungen kaum in Anspruch nehmen.
- Demoralisierte und freizeitinaktive Arbeitslose mit negativer beruflicher Zukunftserwartung.
- Sozial isolierte Langzeitarbeitslose, die das soziale Netz nicht allein wieder aufbauen können.
- Verarmte bzw. verschuldete Arbeitslose, da Armut kombiniert mit Arbeitslosigkeit das Auftreten psychischer Erkrankungen und sozialer Probleme begünstigt und ihre Dauer verlängert.

Für diese Personengruppen wären entsprechende Maßnahmen zur Gesundheitsförderung anzuwenden und zu entwickeln, die einer Bewusstseins-schaffung, einer Verhaltensänderung und einer sozialen Unterstützung bei der Alltagsbewältigung dienen.

2.2.7 Resümee

Studienergebnisse deuten darauf hin, dass Langzeit- und Mehrfacharbeitslosigkeit zu einer massiven Erosion bzw. Destabilisierung der psychosozialen Ressourcen führt. Argumentiert wird in der Fachliteratur, dass insbesondere fachliche Qualifizierungsmaßnahmen diese Problematik nicht beheben können und daher auch nicht effektiv zu einer Reintegration in den Arbeitsmarkt beitragen.⁷⁶

Das bedeutet, dass die soziale Problematik „Arbeitslosigkeit“ nicht nur im psychischen Bereich Stress, Depression und das negative Gesundheitsempfinden verstärkt, sondern dass sie auch manifeste körperliche Beschwerden (Bluthochdruck etc.) hervorruft und gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen verstärkt. Arbeitslosigkeit steht im Zusammenhang mit Krankheit bzw. einem negativen Gesundheitsempfinden. Für viele Betroffene gilt: Entweder führt ein schlechter gesundheitlicher Zustand in die Arbeitslosigkeit oder dieser wird durch sie hervorgerufen oder noch weiter verschlechtert (Circulus-vitiosus-Effekte).

Die Ursachen dafür, dass Arbeitslosigkeit die Gesundheit beeinträchtigt, liegen einerseits im innerpsychischen Bereich (Verlust an Selbstwert, Verlust an Sinnfindung, Isolationsgefühle, Depression, Stress u. ä.), andererseits führt die schlechtere finanzielle Situation in der Arbeitslosigkeit häufig zu Armut bzw. Armutsgefährdung, die wiederum häufig mit Merkmalen von Deprivation⁷⁷, also schlechter Ernährung, gesundheitlichen Beeinträchtigungen, schlechter Wohnsituation etc., auftritt.⁷⁸

Von dieser Problematik sind insbesondere Langzeitarbeitslose und solche Personen betroffen, deren Bewältigungsmuster nicht dazu angetan sind, die Krisensituation der Arbeitslosigkeit konstruktiv zu verarbeiten, um wieder in einen Arbeitsprozess integriert werden zu können. Diesen Personen muss zur gezielten Förderung ein spezifisches Beratungsangebot zur Verfügung gestellt werden, dem ein umfassendes Gesundheitskonzept zu Grunde liegt, das das soziale, kulturelle und intellektuelle Kapital eines Menschen mit einbezieht.

⁷⁶ Vgl. Michael Kastner, et al. 2001, Seite 367.

⁷⁷ Die Verfestigung von unzureichenden Ressourcen in einer benachteiligten Lebenslage wird als Deprivation bezeichnet.

⁷⁸ Vgl. Statistik Austria 2006, Seite 36.

2.3 Gesundheit und Alter bei Frauen und Männern

2.3.1 Gesundes Altern und soziale Ungleichheit

Die Möglichkeiten ein möglichst hohes Ausmaß von Gesundheit zu erreichen sind in unserer Gesellschaft ungleich verteilt. D. h. in Abhängigkeit von spezifischen Lebenslagen verfügen manche Menschen über bessere Chancen gesund zu bleiben bzw. positiv auf ihre Gesundheit einzuwirken als andere. Neben Rauchen, Alkoholkonsum, Ernährungsstil und Körpergewicht sind Zeitdruck, schwere körperliche Arbeit, Konfliktsituationen am Arbeitsplatz sowie Mehrfachbelastungen durch Beruf, Familie und Haushalt sozial ungleich verteilte Indikatoren für den Gesundheitszustand und das Wohlbefinden von Menschen.⁷⁹ Die soziale Verteilung individueller Ressourcen und Kompetenzen für den Umgang mit Belastungen sind hier noch nicht erfasst. In diesem Zusammenhang muss betont werden, „(...) dass es nicht nur um die objektiven Belastungen eines Menschen geht, sondern um seine Möglichkeit mit diesen Belastungen umzugehen. Besonders wichtig ist die Feststellung, dass zumeist die Verhältnisse im Mittelpunkt stehen, und nicht das Verhalten gesundheitliche Unterschiede nach sich zieht.“⁸⁰

Während in Deutschland die sozial-epidemiologische⁸¹ Forschung eine längere Tradition aufweist, steht Österreich hier noch am Anfang. Auswertungen des Europäischen Haushaltspanels zeigen für Österreich, dass mit Abnahme des sozioökonomischen Status das Erkrankungsrisiko und die Mortalität einer Person steigen. Folgende wesentliche Einflussfaktoren für gesundheitliche Ungleichheit konnten identifiziert werden:

- Faktoren, die mit wirtschaftlichen Ressourcen sowie mit dem sozialen Umfeld verbunden sind (Arbeitslosigkeit, schlechte Wohnverhältnisse, Mangel an Bildung),
- persönliche Risikofaktoren (Behinderung, Geschlecht) bzw. Lebensgewohnheiten (Rauchen, Übergewicht, Bewegungsmangel etc.) sowie
- mit der Gesundheitsversorgung verbundene Faktoren, wie z. B. schlechte Qualität oder Erreichbarkeit der Gesundheitseinrichtungen.⁸²

Damit ist das Altern kein rein biologischer Prozess. Er wird auch kulturhistorisch determiniert, d. h., dass Bildung, individuelles Gesundheitsverhalten und die medizinische Versorgung den Altersprozess beeinflussen. Die Chancen auf ein gesundes Leben sind im Alter zweifach ungleich verteilt, da zu sozioökonomischen Ungleichheiten noch altersbedingten Ungleichheiten hinzukommen.⁸³

2.3.2 Arten und Häufigkeiten von körperlichen Beschwerden

Die häufigsten körperlichen Beschwerden bei Männern und Frauen sind Rücken- und Kreuzschmerzen mit je 20,7%. Am zweithäufigsten werden von den Männern Gelenks-, Nerven- und Muskelschmerzen an Hüfte und Bein (9,6%), gefolgt von Kopfschmerzen und Migräne (9,3%), genannt. Bei den Frauen stehen Kopfschmerzen und Migräne (14,1%) an zweiter und Kreislaufstörungen (Hitzegefühl, Wallungen, kalte Hände bzw. Füße; 13,0%) an dritter Stelle.⁸⁴ Mit steigendem Alter nimmt ein Großteil der Beschwerden zu, und das Spektrum wird größer. Die folgenden Grafiken (Abbildung 2 und Abbildung 3) zeigen die am häufigsten genannten Beschwerden nach Altersgruppen für Frauen und Männer getrennt.

79 Vgl. Franz Schwarz 2003.

80 Elisabeth Pochobradsky et al. 2002, Seite 63.

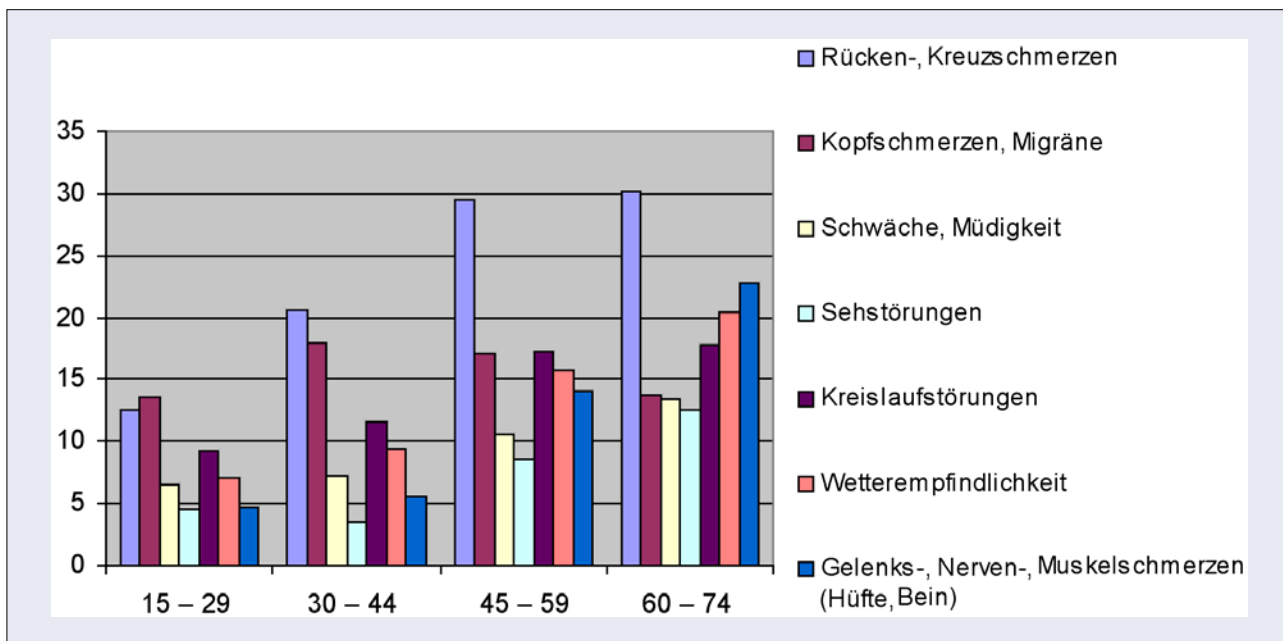
81 Epidemiologie ist die Lehre von den Ursachen und der Verbreitung von Krankheiten.

82 Vgl. Elisabeth Pochobradsky et al. 2002, Seite 8.

83 Vgl. BMSGK 2000b, Seite 258.

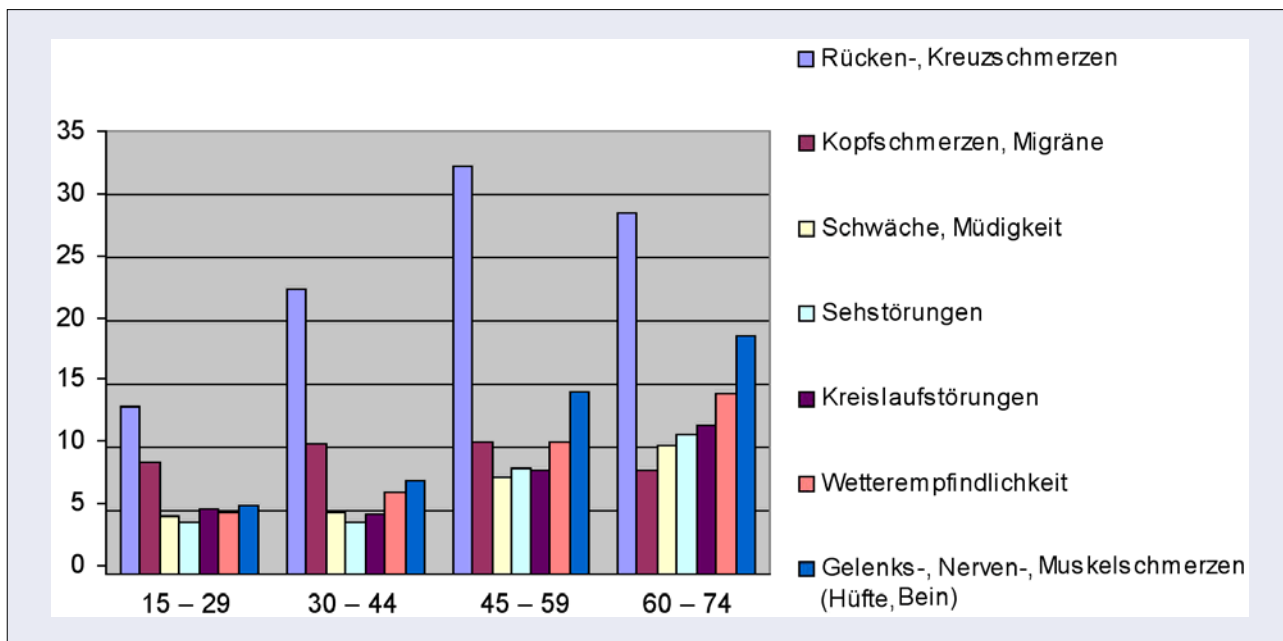
84 Vgl. Statistik Austria 2002, Seite 90ff.

Abbildung 2: Körperlicher Beschwerden von Frauen, nach Alter



Quelle: Statistik Austria 2002 (Mikrozensus 1999), Seite 92–95

Abbildung 3: Körperliche Beschwerden von Männern, nach Alter



Quelle: Statistik Austria 2002 (Mikrozensus 1999), Seite 92–95

Rücken- und Kreuzschmerzen dominieren in allen Altersklassen, wobei Männer zwischen 45 und 59 Jahren stärker an diesen Schmerzen leiden (32,2 %) als alle anderen Altersgruppen. Bei den Frauen steigt die Häufigkeit dieser Beschwerden dagegen relativ kontinuierlich an. Gelenks- Nerven- und Muskelschmerzen (Hüfte, Bein) sind eine Alterserscheinung und treten bei Personen beiderlei Geschlechts im Alter von 60 bis 74 Jahren ca. viermal häufiger auf, als bei den 15- bis 29-jährigen.

Auch bei Erkrankungs- und Verletzungshäufigkeiten zeigen sich geschlechtsspezifische Unterschiede, da Männer aller Altersgruppen deutlich öfter Verletzungen erleiden als Frauen und anfälliger für Herzinfarkte sind. Frauen leiden dagegen häufiger als Männer u. a. unter niedrigem Blutdruck, Augenkrankheiten und Gelenkrheumatismus.⁸⁵

Die Datenlage zu den für die Ausübung der Erwerbstätigkeit bedeutsamen chronischen Krankheiten ist in Österreich gering. Anhaltspunkte über die Verbreitung wichtiger chronischer Krankheiten können nur aus Gesundheitsbefragungen gewonnen werden. Damit sind bestimmte Validitätsprobleme bei der Erhebung verbunden.⁸⁶

Tabelle 2: Keine chronischen Krankheiten haben ...

Altersgruppe	Gesamt in %	Männer in %	Frauen in %
15–29	82,8	83,6	81,9
30–44	78,6	79,3	77,9
45–59	64,1	65,4	63,0
60–74	54,2	55,2	53,3

Quelle: Statistik Austria 2002 (Mikrozensus 1999), Seite 106–111

Die Tabelle zeigt einen kontinuierlichen Anstieg der chronischen Krankheiten mit zunehmendem Alter, ohne wesentliche geschlechtsspezifische Unterschiede. Bei Frauen und Männern dominieren Schäden an der Wirbelsäule (5,7 % bzw. 5,5 %), erhöhter Blutdruck (6,4 % bzw. 4,9 %) und Gelenkerkrankungen an Hüfte und/oder Bein (3,9 % bzw. 3,2 %).⁸⁷

Aufgrund der bisherigen Betrachtungen erscheint es wenig überraschend, dass auch die mit Arbeitsunfähigkeit verbundenen Krankenstandsfälle (ohne normal verlaufende Entbindungen), an zweiter Stelle nach den (Erkältungs-)Krankheiten der oberen Luftwege (970.000 Krankenstandsfälle im Jahr 2001), auf orthopädisch-rheumatologische Krankheitsbilder (460.000) zurückzuführen sind.⁸⁸

2.3.3 Ältere ArbeitnehmerInnen und Gesundheit

Der Bildungsstatus, an den auch die berufliche Tätigkeit und das verfügbare Einkommen gebunden sind, dürfte einen starken Einfluss auf das gesundheitliche Befinden haben. Nach Daten des Mikrozensus 1999 sinkt mit zunehmendem Alter der Anteil der Personen beiderlei Geschlechts, die sich gut oder sehr gut fühlen, und es steigt der Anteil derer, die sich schlecht oder sehr schlecht fühlen (fünfstufige Skala: sehr gut, gut, mittelmäßig, schlecht, sehr schlecht). Ab dem 50. Lebensjahr kommt es zu einem deutlichen Absinken des „sehr guten“ gesundheitlichen Wohlbefindens. Darüber hinaus ist ein Zusammenhang zwischen dem Bildungsstatus und der Einschätzung des eigenen Gesundheitszustandes zu beobachten. Je höher das formale Bildungsniveau, desto besser wird die eigene Gesundheit eingeschätzt. Der Anteil der Personen ab 30 Jahren mit „sehr gutem“ und „gutem“ Wohlbefinden liegt bei Absolventen und Absolventinnen einer Universität/Hochschule bei 84 %, wohingegen Pflichtschulabsolventen und -absolventinnen ohne Lehre ihren eigenen Gesundheitszustand nur zu 57,1 % diesen Werten zuordnen.⁸⁹ Dieser Zusammenhang gilt für beide Geschlechter und in allen Alterskohorten, wobei die bildungsschichtspezifischen Unterschiede mit zunehmendem Alter größer werden.⁹⁰

⁸⁵ Vgl. Statistik Austria 2002, Seite 102–105.

⁸⁶ Vgl. Statistik Austria 2002, Seite 43.

⁸⁷ Vgl. Statistik Austria 2002, Seite 106–107.

⁸⁸ Vgl. ÖBIG 2004, Seite 15.

⁸⁹ Vgl. Statistik Austria 2002, Seite 34–35 und Seite 83ff.

⁹⁰ Vgl. ÖBIG 2004, Seite 18.

Da die Krankheitswahrscheinlichkeit mit dem Alter steigt, tragen ältere ArbeitnehmerInnen ein höheres Risiko durch Krankheit bei der Ausübung ihrer Erwerbstätigkeit beeinträchtigt zu werden. Vor dem Hintergrund der Selektionshypothese (Arbeitslosigkeit durch physische und/oder psychische Krankheit) ist in diesem Zusammenhang von Bedeutung, dass die Gruppe der 55 bis 64-jährigen am seltensten angibt, keine gezielten Aktivitäten zur individuellen Gesundheitsförderung zu unternehmen (27,6 %). Bei der gesundheitsbewussten Ernährung erreicht sie mit 52,4 % an Nennungen den zweithöchsten Wert.⁹¹ Dieses Faktum macht diese Altersgruppe für bestimmte Präventivmaßnahmen möglicherweise stärker empfänglich als andere Kohorten.

Der Zusammenhang zwischen Alter und Krankheit gilt vor allem für die chronischen Krankheiten. Am häufigsten werden hier im fortgeschrittenen Alter erhöhter Blutdruck, Schäden an der Wirbelsäule und Gelenkerkrankungen genannt. Der relativ hohe Anteil an Beschwerden über Rücken- und Kreuzschmerzen in der gesamten Bevölkerung wird im Alter in Form von Schäden an der Wirbelsäule als oft genannte chronische Krankheit manifest.

Tabelle 3: Chronische Erkrankungen älterer Männer

Altersgruppe	Erhöhter Blutdruck (in %)	Schäden an der Wirbelsäule (in %)	Gelenkerkrankungen (Hüfte, Bein) (in %)
45 bis 59	7,6	9,7	4,7
60 bis 74	12,1	8,6	7,1

Quelle: Statistik Austria 2002 (Mikrozensus 1999), Seite 108–109

Tabelle 4: Chronische Erkrankungen älterer Frauen

Altersgruppe	Erhöhter Blutdruck (in %)	Schäden an der Wirbelsäule (in %)	Gelenkerkrankungen (Hüfte, Bein) (in %)
45 bis 59	8,6	8,9	4,6
60 bis 74	13,7	8,7	8,4

Quelle: Statistik Austria 2002 (Mikrozensus 1999), Seite 110–111

Ältere Frauen berichten häufiger über erhöhten Blutdruck und auch Gelenkerkrankungen in der Hüfte oder den Beinen treten in höherem Alter (60+) häufiger auf als bei Männern.

2.3.4 Vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben – Frühinvalidität

Die EQUAL-Initiative „AEIOU“ hat das Ziel, die Arbeitsfähigkeit von Erwerbstätigen durch ganzheitliche Unterstützung und Beratung zu erhalten. Schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen können dazu führen, dass Beschäftigte (dauerhaft) aus dem Arbeitsmarkt ausscheiden. Dabei stellt sich die Frage, in welchem Umfang und in welcher Form gesundheitliche Beschwerden zur Beendigung oder Unterbrechung der Erwerbstätigkeit führen.

Der Stand an Pensionen der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. der dauernden Erwerbsunfähigkeit hat von 1975 auf 1995, wo ein Höchststand festzustellen war, um 39,8 % zugenommen. Für 2004 lag die Zahl der Pensionen der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. der dauernden Erwerbsunfähigkeit in Österreich bei 406.415. 51,9 % entfielen auf Personen von 65 und mehr Jahren. 39,7 % waren im Alter zwischen 50 und 64. Der Anteil der pensionierten Menschen unter 50 Jahren betrug 8,4 %. Männer machen den überwiegenden Anteil dieser Pensionierungen aus (59 % Männer gegenüber 41 % Frauen) und waren auch bei den Neuzugängen 2004 (33.521) stark überpräsentiert.⁹² Eine Ursache für das vorzeitige Ausscheiden aus der Erwerbsarbeit sind Berufskrank-

⁹¹ Vgl. Statistik Austria 2002, Seite 63.

⁹² Männer machten mit 22.642 Neuzugängen mehr als doppelt so viele Pensionierungen wegen geminderter Arbeitsfähigkeit bzw. dauernder Erwerbsunfähigkeit aus als Frauen. (10.879). Vgl. Statistik Austria 2005, Seite 388.

heiten, die als Schädigungen der Gesundheit durch die versicherte Tätigkeit definiert sind. Im Jahr 2004 wurden 1218 Berufskrankheiten Erwerbstätiger anerkannt. Gegenüber 2003 entspricht dies einer Erhöhung um 3,4 % (40 Fälle). Lärmschwerhörigkeit (Anteil von 36,1 %) und Hauterkrankungen (Anteil von 22,0 %) sind die am häufigsten anerkannten Berufskrankheiten.⁹³

Betrachtet man die Krankheitsursachen für die Neuzugänge aufgrund verminderter Arbeitsfähigkeit oder dauernder Erwerbsunfähigkeit im Jahr 2004, so stellen Krankheiten des Bewegungsapparates (Skelett, Muskeln, Bindegewebe) mit einem Anteil von mehr als einem Drittel (37,0 %) die Hauptursache dar. Psychiatrische Krankheiten sind bei 23,3 % der Neuzugänge der Grund für die Pensionierung. Als dritt- und vierthäufigste Ursache folgen Krankheiten des Kreislaufsystems mit 12,9 % und Tumorerkrankungen (bösartige Neubildungen) mit 6,9 %. Hier zeigen sich klare geschlechtsspezifische Unterschiede: während bei den Frauen 2004 die psychiatrischen Krankheiten an erster Stelle bei den Neuzugängen an Pensionen der geminderten Arbeitsfähigkeit bzw. der dauernden Erwerbsunfähigkeit stehen (32,7 % gegenüber 18,8 % der Männern), sind bei Männern Krankheiten des Bewegungsapparates am öftesten für die Pensionierung ausschlaggebend (40,0 % gegenüber 30,8 % der Frauen).⁹⁴

Das Risiko für Frühinvalidität ist unter allen Erwerbstätigen nicht zufällig verteilt. Schröder von der Universität Duisburg-Essen stellte in einer im Jahr 2004 durchgeführten Studie zum Thema sozialer Schicht und dem Risiko der Frühberentung fest, dass ein abgesicherter statistischer Zusammenhang zwischen der Schichtzugehörigkeit und dem Invaliditätsrisiko besteht. So haben z. B. männliche Versicherte ohne abgeschlossene Berufsausbildung und ohne Abitur gegenüber solchen mit Hochschulabschluss ein mehr als dreimal so hohes Risiko einer Frühinvalidität. Bei den Frauen ist das Risiko mehr als doppelt so hoch. Der Einfluss von Einkommen und Sozialprestige ist ähnlich stark. Bei manchen Erkrankungen, wie etwa Muskel- und Skeletterkrankungen, ist das Invaliditätsrisiko für untere Schichten noch größer.⁹⁵

2.3.5 Psychische Erkrankungen

Der Anteil psychischer Erkrankungen hat in den letzten Jahren stark zugenommen. Bei einer Befragung von 535 ArbeitsschutzexpertInnen, die von der deutschen BKK durchgeführt wurde, sahen 84 % der Befragten das Ausmaß arbeitsbedingter psychischer Fehlbelastungen während der letzten fünf Jahre im Zunehmen begriffen.⁹⁶ Die Gründe für die wachsende Bedeutung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz hängen mit den Änderungen in der Arbeitswelt zusammen, die folgendermaßen zusammengefasst werden können:⁹⁷

- „Arbeitsverdichtung“ mit steigenden Leistungsanforderungen und Zeitdruck für die MitarbeiterInnen;
- Entwicklung neuer Arbeitsformen (vor allem im Zusammenhang mit der Implementierung neuer IK-Technologien in den verschiedensten Arbeits- / Tätigkeitsbereichen);
- Notwendigkeit zu ständiger Anpassung an neue Arbeitsmittel, Arbeits- und Organisationsformen;
- Wechsel der Inhalte und der Rahmenbedingungen der Arbeit (Projektarbeit, befristete Arbeitsverträge, Variabilität der Arbeitszeit, Veränderung sozialer Arbeitsstrukturen wie z. B. geringere Kontinuität sozialer Kontakte);
- Dienstleistungsorientierung;
- Ansprüche an die soziale Kompetenz von Vorgesetzten und MitarbeiterInnen, Kostendruck;
- Angst vor Arbeitsplatzverlust.

93 Vgl. AUVA 2005, Seite 20ff.

94 Vgl. Statistik Austria 2005, Seite 388.

95 Vgl. BKK News Gesundheitsförderung aktuell 2005, Seite 6.

96 Vgl. Hiltraut Paridon et al. 2004, Seite 11.

97 Vgl. Bundesverband der Unfallkassen 2005, Seite 11.

Psychische Erkrankungen haben eine komplexe Ursachenstruktur. Zur Krankheitsentwicklung tragen sowohl äußere Bedingungen (Arbeitsplatz, Familie, Lebenssituation) als auch individuelle Dispositionen bei. Am Arbeitsplatz spielt die Arbeitsorganisation, die sich aus der Aufbau- und der Ablauforganisation zusammensetzt, eine wichtige Rolle für das Ausmaß psychischer Belastungen. Die Arbeitsorganisation umfasst soziale und funktionale Aspekte, die belastend wirken können. Zu den sozialen Aspekten zählt erstens die Art der Führung. Positiv auf die psychische Beanspruchung der MitarbeiterInnen wirken z. B. Wertschätzung und vertrauensvolle MitarbeiterInnengespräche. Kommunikation zwischen den MitarbeiterInnen kann belastend sein, wenn sie durch exogene Faktoren (z. B. Lärm, Staub) gestört wird oder uneindeutig, redundant, zu heftig, unvollständig o.ä. ist bzw. ganz ausbleibt. Drittens können bei unklaren/häufig wechselnden Rollenerwartungen und einem mangelnden sozialen Rückhalt (keine Möglichkeit zur Bildung informaler Gruppen) die psychischen Belastungen steigen. Perspektiven und Möglichkeiten zur beruflichen Entwicklung können positiv zum Wohlbefinden beitragen.⁹⁸

Unter die funktionalen Aspekte einer Organisation fallen Regulationsbedingungen, Störfälle, Lernbedingungen, Arbeitszeit- und Pausenregelungen, Aufbauorganisation, Überforderung von Mitarbeitern, personelle Ausstattung, Aus- und Weiterbildung und sonstige organisatorische Bedingungen. Die Regulationsbedingungen umfassen Regulationshindernisse (z. B. störende Unterbrechungen des Arbeitsablaufes) und permanent wirkende Regulationsüberforderungen (z. B. Monotonie). Die Berücksichtigung von Störfällen bei der Prozessplanung verhindert Stressbelastung durch Kompensationshandlungen. Übermäßige Routinisierung reduziert den Spielraum für alternative Handlungsmuster, die stressentlastend bei von der Norm abweichenden Aufgabenstellungen wirken. Unregelmäßige Arbeitszeiten und die Nichtberücksichtigung von Pausen haben eine ungünstige Auswirkung auf die Regeneration. Flache Strukturen und ein großer Anteil an Gruppenarbeiten, unter Berücksichtigung der jeweiligen Fach-, und Sozialkompetenzen, erhöhen das Commitment am Arbeitsplatz. Bei quantitativer oder qualitativer Überforderung eines Stelleninhabers kommt es kompensatorisch zu erhöhter Anstrengung und Verausgabung mit negativen Folgen in Form von Stresserleben bzw. erhöhtem Unfallrisiko auf Grund hastiger und unachtsamer Ausführung von Einzeltätigkeiten.⁹⁹

Aus der Gesundheitsstatistik für Österreich zeigt sich, dass Frauen weitaus stärker von psychischen Beschwerden bzw. Erkrankungen betroffen sind und aus diesem Grund häufiger als Männer aus dem Erwerbsleben ausscheiden.¹⁰⁰ Vergleichbares gilt auch für Deutschland. Der Gesundheitsreport 2005 der BKK weist in der Telekommunikationsbranche beschäftigte Frauen als die mit Abstand am meisten gefährdete Gruppe aus. Der Arbeitsplatz wurde von den Expertinnen und Experten als die größte Quelle psychischer Fehlbelastungen genannt (40%). Gesellschaftliche Ursachen (vor allem Arbeitslosigkeit und Arbeitsplatzunsicherheit; 26%) und familiäre Ursachen (24%) folgen an zweiter und dritter Stelle.¹⁰¹ Frauen sind in allen Branchen stärker von psychischen Belastungen betroffen als Männer, gemessen an der Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage je 100 beschäftigte Pflichtmitglieder.¹⁰²

Forschungsbefunde sprechen dafür, dass Überforderungszustände nicht nur durch anhaltende Hyperaktivität während der belastenden Tätigkeit entstehen, sondern vor allem auch damit zusammenhängen, dass diese Aktivierung nach Beendigung der Belastung nur verzögert rückgebildet wird. Dabei ergeben sich geschlechtsspezifische Unterschiede in der Aktivierungsrückbildung. Bei männlichen leitenden Angestellten bildete sich in den Stunden nach der Erwerbsarbeit die (den Blutdruck erhöhende) Noradrenalin-Ausschüttung zurück, wohingegen sie bei den Frauen im gleichen Zeitraum signifikant zunahm.¹⁰³ Vergleichende Studien bei Fließband- und

98 Vgl. Bundesverband der Unfallkassen 2005, Seite 17ff.

99 Vgl. Bundesverband der Unfallkassen 2005, Seite 22ff.

100 Vgl. Statistik Austria 2002, Seite 92ff sowie Kapitel 2.3.5 in diesem Praxishandbuch.

101 Vgl. Hiltraut Paridon et al. 2004, Seite 21.

102 Vgl. BKK Gesundheitsreport 2005, Seite 64.

103 Eine Erklärung dafür ist, dass Frauen infolge der geschlechtsspezifischen Arbeitsteilung auch nach Beendigung des Erwerbsarbeitstages noch mannigfaltigen Belastungen durch Haushalt und Kinderbetreuung ausgesetzt sind, von denen Männer weniger in Anspruch genommen werden.

Gruppenarbeitsmitgliedern in der Automobilmontage zeigten, dass Entspannungsprozesse nach der Arbeit nur bei Personen, die in Gruppenarbeit eingebunden waren, in einer Senkung der erlebten Anspannung wie auch der Katecholamine (Hormone wie Adrenalin, Noradrenalin) resultierten.¹⁰⁴ Sind Personen in einem Bereich beschäftigt, dessen Arbeitsbedingungen ein erhöhtes Potenzial an lern- und gesundheitsförderlichen Arbeitsinhalten (insbesondere erweiterte Tätigkeitsspielräume) aufweisen, kann in der Nacht nach der Arbeitstätigkeit eine signifikant stärkere Rückstellung der Herzfrequenz und des diastolischen Blutdruckes beobachtet werden, als bei Beschäftigten mit einem geringeren Potenzial solcher Tätigkeitsanforderungen.¹⁰⁵

2.3.6 Alternsgerechtes Arbeiten

Mit zunehmendem Alter wächst das Risiko arbeitslos zu werden und es auch zu bleiben (Langzeitarbeitslosigkeit). Verantwortlich dafür sind insbesondere Umstrukturierungen im arbeitgebenden Unternehmen sowie Vorbehalte und Vorurteile seitens der Unternehmen gegenüber älteren ArbeitnehmerInnen (Alter, fehlende Anpassungsfähigkeit), aber auch Langzeitbeanspruchungen, die einer Erhaltung der Arbeitskraft zuwiderlaufen. Je nach Qualifikation hängt das Arbeitslosigkeitsrisiko mit unterschiedlichen Faktoren zusammen.

Zu den Risikogruppen für Arbeitslosigkeit unter den Höherqualifizierten zählen insbesondere Berufstätige im psychosozialen Bereich bzw. Beschäftigte, die einer kommunikationsintensiven Arbeit nachgehen. Bei diesen ist die Gefahr der psychischen Überlastung und des Auftretens des Burnout-Syndroms mit zunehmendem Alter relativ groß, wobei Frauen eher als Männern betroffen sind. Frauen sind im Alter generell gefährdeter als Männer, zumal sie häufiger auf niedrigeren Hierarchieebenen anzutreffen sind und damit über geringere Handlungsspielräume verfügen. Bei Mittelqualifizierten zählt ebenso wie bei Höherqualifizierten die Weiterbildungsbereitschaft von Beschäftigten als Möglichkeit, das Arbeitslosigkeitsrisiko zu verringern. Jedoch gibt es auch hier, insbesondere in Branchen, in denen Rationalisierung sowie Zeit- und Leistungsdruck vorherrschen (z. B. EDV-Branche), die Gefahr der Überlastung, der inneren Kündigung bzw. Pensionierung sowie letztlich auch der Kündigungsgefahr (entweder von Seiten des Dienstgebers, aber auch von Seiten des/der Beschäftigten). Frauen mit mittlerer Qualifikation sind insbesondere dann gefährdet, wenn sie Betreuungspflichten bzw. eine diskontinuierliche Erwerbsbiographie (hinter sich) haben. Niedrigqualifizierte haben als Beschäftigte nahezu keine Optionen, ihr persönliches Arbeitslosigkeitsrisiko zu verringern. So wirkt sich körperliche Schwerarbeit, die über Jahrzehnte verrichtet wurde, auf den körperlichen Abbau negativ aus und führt à la longue zu Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates und zu Behinderungen (Arbeitsunfälle). Hiervon sind eher Männer als Frauen betroffen.¹⁰⁶

Die Übersicht 3 gibt einen umfassenden Einblick in die positiven und negativen Einflussfaktoren für die Erwerbssituation älterer Menschen.

¹⁰⁴ Vgl. Lundberg U./Johansson G. 2000, nach: Peter Richter 2002, Seite 29.

¹⁰⁵ Vgl. Rau et. al. 2001 nach: Peter Richter 2002, Seite 29.

¹⁰⁶ Vgl. Edith Enzenhofer et al. 2004a.

Übersicht 3: Einflussfaktoren (+/–) auf die Erwerbssituation älterer Menschen

	Einflussfaktoren (+/–) für Berufssituation im Alter	Konsequenzen	Geeignete Maßnahmen	Hindernisse für diese Maßnahmen
Qualifikation hoch	+ Geistige Arbeit	Geringe körperliche Belastung, viele Freiheitsgrade	Weiterbildung, variable Arbeitszeitregelungen und Arbeitsformen, Altersteilzeit	
	+ Kontinuierliche Qualifikation und Weiterbildung	Chance auf dauerhafte Integration in den Arbeitsmarkt höher, viele Freiheitsgrade	Flexible, nachhaltige Weiterbildungskonzepte mit guter Finanzierungsbasis	Starrheit arbeitsmarktpolitischer Institutionen, starre Weiterbildungskonzepte, Bürokratismus
	– Psychosoziale Kommunikations- und interaktionsintensive Arbeit	Hohe Psychische Belastungen, Burnout-Gefahr	Tätigkeitswechsel, altersgerechte Arbeitszeitmodelle	Wenig berufliche Alternativen, starre Betriebsstrukturen
	– Leistungs- und Zeitdruck	Überlastung, Burnout	Gesetzliche Arbeitszeitregelungen	Branchenspezifisches Hochleistungsethos, Workaholics-Kultur, Personaleinsparungen
	– Geschlecht weiblich	Niedrige Hierarchieebene, wenig Handlungsspielraum	Förderung von Frauen in Führungspositionen	Betreuungspflichten, Diskriminierung von Frauen
Qualifikation mittel	+ Weiterbildungsbereitschaft	Relativ gute Jobchancen	Geförderte Weiterbildung	Betreuungspflichten
	– Rationalisierung, Zeit- und Leistungsdruck	Überlastung, innere Pensionierung, Kündigungsgefahr	Innerbetriebliche Maßnahmen, Erhöhung der Personalressourcen	Niedriglohnbranchen, Wettbewerbsdruck und Globalisierung
	– Geschlecht weiblich	Betreuungspflichten, diskontinuierliche Erwerbsbiographien	Kinderbetreuungseinrichtungen, Unterstützung bei der Pflege älterer Angehöriger	Geschlechtsspezifische Rollenteilung, Mangel an institutionellen Angeboten zur Kinderbetreuung
Qualifikation niedrig	– Körperliche Schwerarbeit, Männer eher betroffen	Körperlicher Abbau, Erkrankungen	Innerbetriebliche Gesundheitsvorsorge, altersadäquates Arbeits- und Tätigkeitsfeld, veränderte Arbeitsorganisation	Körperliche Arbeit als Statusmerkmal, Arbeit in Kleinbetrieben
	– Niedriglohnbranche	Niedrige Löhne, zu geringe Pension	Bisher Frühpensionierung, Mindestlohn, Grundsicherung, Reduktion prekärer atypischer Beschäftigungsverhältnisse	Hindernisse auf politischer Ebene
	– Frauen ohne Ausbildung, benachteiligte MigrantInnen	Kein Handlungsspielraum, prekäre Jobsituation, McJobs, atypische Beschäftigung	Existenzsicherung, Weiterbildung, Bewusstseinsarbeit, Empowerment	Betreuungspflichten, mangelndes Selbstbewusstsein, Bildungsferne

Quelle: Edith Enzenhofer et al. 2004b, Seite 4

Auf betrieblicher Ebene sind ältere ArbeitnehmerInnen mit aufrechter Beschäftigung oft mit einem Mangel an altersgerechten Strukturen im Betrieb konfrontiert. Die Möglichkeiten zu Karrieresprüngen und zur Teilnahme an Personalschulungen werden mit zunehmendem Alter geringer. Darüber hinaus betrifft die geringe Verankerung der betrieblichen Gesundheitsförderung in ihren negativen Konsequenzen ältere ArbeitnehmerInnen stärker als jüngere. Zu Förderung des altersgerechten Arbeitens ist es deshalb notwendig, Methoden des betrieblichen Alters- und Personalmanagements anzuwenden. Diese zielen darauf ab, ein Umfeld zu schaffen, in dem ältere Personen ihre spezielle Leistungsfähigkeit optimal ausschöpfen und weiterentwickeln können. Wesentlich dafür sind:

- die Förderung adäquater betrieblicher Weiterbildungsangebote für ältere ArbeitnehmerInnen;
- die Förderung von ergonomischer Arbeitsplatzgestaltung zur Verhinderung einseitiger körperlicher Belastungen bzw. zum Ausgleich verminderter psychischer Leistungsfähigkeit;
- die Förderung von neuen Arbeitszeitmodellen (z. B. Altersteilzeit und Gleitpensionsmodelle);
- die Förderung von neuen Formen der Arbeitsorganisation, mit denen das Leistungspotenzial besser genutzt werden kann.¹⁰⁷

¹⁰⁷ Vgl. Edith Enzenhofer et al. 2004b.

3 Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im Betrieb

3.1 ArbeitnehmerInnenschutz

Das österreichische ArbeitnehmerInnenschutzrecht wird durch das österreichische ArbeitnehmerInnenschutzgesetz geregelt, welches auch die Arbeiterschutz- Rahmenrichtlinie der EU (89/391/EWG) samt einer Vielzahl von Einzelrichtlinien umsetzt.

Der ArbeitnehmerInnenschutz gliedert sich darin in zwei Bereiche:

a) Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz

In diesem werden alle technischen und arbeitshygienischen Schutzvorschriften zusammengefasst.

b) Arbeitszeit- und Verwendungsschutz

Darunter fallen Schutzbestimmungen bestimmter besonders schutzwürdige Gruppen von ArbeitnehmerInnen, wie etwa Jugendliche oder werdende/stillende Mütter, sowie Arbeitszeit und Arbeitsruhe Regelungen.

Mit dem ArbeitnehmerInnenschutzgesetz sind also Schutzbestimmungen und Schutzvorschriften gesetzlich geregelt, um Unfallgefahren, Berufskrankheiten, arbeitsbedingte Erkrankungen und Dauerschäden der ArbeitnehmerInnen zu vermeiden. Aus dem ArbeitnehmerInnenschutzgesetz geht hervor, dass auch die ArbeitnehmerInnen an der Einhaltung der Arbeitsschutzbestimmungen mitwirken müssen, obgleich die letzte Verantwortung dafür bei den ArbeitgeberInnen liegt.¹⁰⁸

Es wurde also gesetzlich festgelegt, was man tun muss, um die Gesundheit nicht zu gefährden und zu erhalten. Die mindestens ebenso wichtige Frage, was man tun kann um das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu verbessern und damit die Gesundheit zu fördern, findet aber im gesetzlichen Rahmen keine Beachtung.

Neben Sicherheits- und Schutzbestimmungen wird mit dem ArbeitnehmerInnenschutzgesetz auch die so genannte „Präventionszeit“¹⁰⁹ geregelt, das ist die Zeit des konkreten Einsatzes von Präventivfachkräften im Unternehmen. Unter Präventivkräften sind zunächst Sicherheitsfachkräfte (SFK) und ArbeitsmedizinerInnen (AMED) zu verstehen. Zusätzlich können aber auch andere ExpertInnen, insbesondere aus dem Bereich der Arbeitspsychologie, aber beispielsweise auch Fachleute aus den Bereichen Chemie, Toxikologie, Ergonomie, je nach Erfordernissen der betrieblichen Situation als Präventivfachkräfte eingesetzt werden.¹¹⁰

Die Präventivkräfte sollen mit ihrer Tätigkeit ArbeitgeberInnen bei der Erfüllung der Pflichten auf dem Gebiet der Arbeitssicherheit, des Gesundheitsschutzes und der auf die Arbeitsbedingungen bezogenen Gesundheitsförderung sowie der menschengerechten Arbeitsgestaltung unterstützen.¹¹¹

Die jährliche Präventionszeit muss prozentuell auf die Präventivfachkräfte aufgeteilt werden. Diese Verteilung schreibt die Beschäftigung von SFK im Ausmaß von 40 % und von AMED im Ausmaß von 35 % der jährlichen Präventionszeit vor. Die restlichen 25 % können entweder auf die AMED, SFK oder eben andere ExpertInnen verteilt werden.¹¹²

Die absolute Präventionszeit ist ebenfalls gesetzlich festgelegt und liegt in Abhängigkeit vom Arbeitsplatz zwischen 1,2 Stunden bei geringer körperlicher Belastung wie Büroarbeitsplätzen und zwei Stunden bei so ge-

¹⁰⁸ Vgl. Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit, Zentral- Arbeitsinspektorat 2002b, Seite 1–5.

¹⁰⁹ Vgl. ANS-RG 2001, §82,a.

¹¹⁰ Vgl. Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit, Zentral- Arbeitsinspektorat 2002a.

¹¹¹ Vgl. Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit, Zentral- Arbeitsinspektorat 2002b, Seite 20.

¹¹² Vgl. Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit, Zentral- Arbeitsinspektorat 2002a, Punkte 1 und 2.

nannter „Nachtschwerarbeit“ pro ArbeitnehmerIn pro Kalenderjahr! Die Präventionszeit für ein Unternehmen richtet sich dabei nach der voraussichtlichen durchschnittlichen ArbeitnehmerInnenzahl pro Jahr.¹¹³

Obwohl Österreich mit dem EU-konformen ArbeitnehmerInnenschutzgesetz (ASchG 1999) und mit dem Arbeitnehmerschutz-Reformgesetz (ANS-RG 2001) über eines der modernsten Gesetze auf dem Gebiet des ArbeitnehmerInnenschutzes verfügt, ist allein mit der Einhaltung der gesetzlichen Bestimmungen eine effiziente Gesundheitsförderung in der Arbeitssituation nicht möglich. Wenn es um eine effektive und umfassende Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz¹¹⁴ gehen soll, ist der rein normative, defizitorientierte Zugang, den die gesetzlichen Regelungen bieten, keinesfalls ausreichend.¹¹⁵ Es ist notwendig, die reine Gesundheitserhaltung um eine Gesundheitsförderung zu erweitern, in deren Mittelpunkt ein Prozess steht, der den Beteiligten ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre eigene Gesundheit ermöglicht, damit sie ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden erlangen.¹¹⁶

3.2 Gesundheitsförderung im Unternehmen

Für das Thema „Gesundheit im Betrieb“, das bisher vor allem von der Seite des ArbeitnehmerInnenschutzes behandelt wurde, gewinnt zunehmend die „Betriebliche Gesundheitsförderung“ (BGF) an Bedeutung. Betriebliche Gesundheitsförderung ist im Gegensatz zum ArbeitnehmerInnenschutz nicht gesetzlich verankert und geht inhaltlich über diesen hinaus. Betriebliche Gesundheitsförderung sieht den Menschen nicht als schutzbedürftiges Wesen, sondern erkennt ihn als autonom handelndes Subjekt an.

Unter dem BGF-Begriff werden verschiedenste Verfahren der Prävention und Gesundheitsförderung subsumiert, wie Ergonomie oder etwa Arbeitspsychologie. BGF orientiert sich an den Ressourcen und Entwicklungsperspektiven, am Erkennen und Nutzen von Handlungs- und Gestaltungsspielräumen und dem Wahrnehmen von Chancen. Arbeit wird in der betrieblichen Gesundheitsförderung in einem salutogenetischen und nicht in einem pathogenetischen Verständnis gesehen. Das heißt, dass sich BGF darum bemüht, nicht nur die Risiken der Arbeit zu minimieren oder zu beseitigen, sondern vielmehr nach Möglichkeiten sucht, die gesundheitsfördernden Potenziale der Arbeit für den Menschen zu nutzen (siehe Kapitel 1).

In manchen Fachkreisen scheint der BGF-Begriff bereits vom „Gesundheitsmanagement im Betrieb“ abgelöst worden zu sein, um zu betonen, dass der Gesundheitsgedanke auf allen Ebenen bei allen Entscheidungen im Management verankert werden muss. Wird die ArbeitgeberInnenseite angesprochen, werden dabei vor allem die unternehmensrelevanten Vorteile von Gesundheitsprävention transportiert, wie geringere Krankenstandszahlen, höhere Bindung an das Unternehmen, Motivation, Zufriedenheit und vor allem höhere Produktivität.

Die zwei wichtigsten Orientierungspunkte für die betriebliche Gesundheitsförderung stellen die bereits im Einleitungskapitel dargestellte Luxemburger Deklaration (Luxemburger Deklaration des Europäischen Netzwerks für die betriebliche Gesundheitsförderung, 1997) und die ebenfalls dort behandelte Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (1986) dar. Betriebliche Gesundheitsförderung zielt auf die Förderung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz unter Einbeziehung von ArbeitgeberInnen, ArbeitnehmerInnen und Gesellschaft ab und sieht Potenziale insbesondere in der Verbesserung von Arbeitsorganisation und Arbeitsbedingungen, in der Förderung einer aktiven MitarbeiterInnenbeteiligung und in der Stärkung persönlicher Kompetenzen. Darüber hinaus wird sie als Organisationsentwicklungsstrategie bezeichnet, und zwar mit dem Unternehmen als

113 Vgl. BGBl. I Nr.159/2001 Bundesgesetz: Arbeitnehmerschutz- Reformgesetz- ANS-RG (NR: GP XXI RV 802 AB 898 S. 85. BR: 6495 AB 6529 S. 682.), § 82a.

114 Vgl. Holger Pfaff/Wolfgang Slesina 2001, Seite 17.

115 Vgl. Oskar Meggeneder 2002, Seite 237–245.

116 Vgl. Wolfhard Kohle 2001, Seite 53.

sozialem Bezugssystem. Damit können bei der Gesundheitsförderung nicht nur einzelne Arbeitsbedingungen und Verhaltensweisen betrachtet werden, sondern die gesamte Organisation mit ihren Risiken und Gesundheitspotenzialen steht ebenso im Vordergrund.¹¹⁷ Wichtig ist hier anzumerken, dass der Gesundheitsbegriff im Rahmen der BGF immer sowohl den körperlichen und psychischen als auch den sozialen Bereich umfasst.¹¹⁸

Um das Ziel „Gesunde Menschen in Gesunden Organisationen“¹¹⁹ zu erreichen, wurden in der Luxemburger Deklaration folgende Leitlinien formuliert:

- Die gesamte Belegschaft muss einbezogen werden (Partizipation).
- BGF muss bei allen wichtigen Entscheidungen und in allen Unternehmensbereichen berücksichtigt werden (Integration).
- Alle Maßnahmen und Programme müssen systematisch durchgeführt werden: Bedarfsanalyse, Prioritätensetzung, Planung, Ausführung, kontinuierliche Kontrolle und Bewertung der Ergebnisse (systematische Durchführung: Projektmanagement).
- BGF beinhaltet sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Maßnahmen. Sie verbindet den Ansatz der Risikoreduktion mit dem des Ausbaus von Schutzfaktoren und Gesundheitspotenzialen (Ganzheitlichkeit).¹²⁰

Ausgehend von den Grundsätzen der Luxemburger Deklaration wurden vom Europäischen Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung zahlreiche Qualitätskriterien in sechs Bereichen entwickelt:

1. Im Bereich der Unternehmenspolitik ist eine Voraussetzung für den Erfolg von BGF, dass sie in die bestehenden Managementsysteme integriert und als Führungsaufgabe betrachtet wird.
2. Im Bereich des Personalwesens und der Arbeitsorganisation ist die Beteiligung der MitarbeiterInnen an Planung und Entscheidungen für den Erfolg von BGF ausschlaggebend.
3. Bei der Planung von BGF stellt ein klares Konzept, das fortlaufend überprüft, verbessert und allen MitarbeiterInnen bekannt gegeben wird, das Qualitätskriterium dar.
4. Erfolgreiche BGF zeichnet sich dadurch aus, dass die Organisation ihrer Verantwortung im Umgang mit den natürlichen Ressourcen gerecht wird und aktiv gesundheitsbezogene, soziale, kulturelle und fürsorgliche Tätigkeiten unterstützt.
5. Die Maßnahmen einer erfolgreichen BGF sind dauerhaft miteinander verknüpft und werden systematisch durchgeführt.
6. Die positiven und negativen Auswirkungen einer BGF sollen an einer Reihe von kurz-, mittel- und langfristigen Indikatoren gemessen werden:¹²¹
 - Interdisziplinäre und hierarchieübergreifende Zusammenarbeit,¹²²
 - Durchführung von Ist-Analysen,
 - Operationalisierbare Ziele,
 - Kontinuität und Ganzheitlichkeit,
 - Offenheit und Partizipation,
 - Zielgruppenorientierung und Stärkung persönlicher Gesundheitskompetenzen,¹²³
 - Gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung,

117 Vgl. Birgit Kriener et al. 2004, Seite 21.

118 Vgl. Birgit Kriener et al. 2004, Seite 21.

119 Holga Pfaff/Wolfgang Slesina 2001, Seite 17.

120 Vgl. ENWHP 2005.

121 Vgl. BKK Bundesverband 1999, Seite 5–11.

122 Die Nutzung der Kompetenz von und die Kooperation mit allen im Unternehmen vertretenen Gruppen sind unabdingbare Voraussetzung für eine auf Dauer ausgerichtete Gesundheitsförderung. Dies bedeutet, dass die Unternehmensleitung und der Betriebsrat (beide möglichst hochrangig) sowie die betrieblichen Präventivdienste mit ihrer Fachkompetenz eine Steuerungsgruppe für die betriebliche Gesundheitsförderung bilden.

123 BGF muss darauf Rücksicht nehmen, dass üblicherweise in einem Unternehmen unterschiedliche Gruppen von Arbeitnehmern und Arbeitnehmerinnen tätig sind. Die Bedürfnisse von Lehrlingen sind andere als solche von älteren MitarbeiterInnen. Die Arbeitsbedingungen von Teilzeitbeschäftigten unterscheiden sich von jenen im Schichtbetrieb. Für alle Beschäftigtengruppen gilt aber, dass die persönlichen Gesundheitskompetenzen des Einzelnen gestärkt werden müssen.

- Nutzen für die Beschäftigten,
- Öffentlichkeitsarbeit,
- Qualitätssicherung und Evaluation,
- Effizienzorientierung.

Die Maßnahmen, die bei der BGF zum Einsatz kommen, können grundsätzlich in verhaltensorientierte und verhältnisorientierte Maßnahmen untergliedert werden. Während verhältnisbezogene Interventionsansätze sich auf die Bedingungen unter denen gearbeitet wird beziehen, versuchen die verhaltensorientierten Interventionsansätze auf das Verhalten des Einzelnen Einfluss zu nehmen.¹²⁴ Es ergibt sich also die logische Abfolge, dass die Verhältnisförderung, d. h. die gesundheitsgerechte Gestaltung des Arbeitsplatzes, vor einer Verhaltensförderung, d. h. der Minimierung des persönlichen Risikoverhaltens, liegen muss.¹²⁵

Es bleibt noch darauf hinzuweisen, dass Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung, um langfristig akzeptiert zu werden, nie dem betrieblichen Prinzip der Gewinnerzielung widersprechen dürfen und auch einen höheren Nutzen für das Unternehmen beinhalten sollen.¹²⁶

3.3 Betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelbetrieben

Die Größe des jeweiligen Unternehmens ist bei der Konzeption und Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung von wesentlicher Bedeutung. Denn die Arbeits- und Rahmenbedingungen von Klein und Mittelunternehmen (KMU) unterscheiden sich ganz wesentlich von den Strukturen in Großbetrieben. Daher braucht es eine andere Vorgangsweise und andere Instrumente um auf die speziellen Gegebenheiten und Bedürfnisse der MitarbeiterInnen einzugehen.

Gerade für Österreich erweist sich die Fokussierung auf Klein- und Mittelbetriebe als sinnvoll. So beschäftigen an die 90 % aller österreichischen Betriebe weniger als zehn MitarbeiterInnen.¹²⁷ Zusammengefasst arbeiten mehr als die Hälfte aller Beschäftigten (60 Prozent) in Klein und Mittelunternehmen.¹²⁸ Die Kategorisierung in Klein und Mittelbetriebe erfolgt durch die unverbindliche Empfehlung der Europäischen Kommission, die seit 2005 als Anhaltspunkt gilt. Die Empfehlung umfasst vier Kriterien: Anzahl der unselbständig Beschäftigten, Umsatzhöhe, Bilanzsumme und Unabhängigkeit (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Kategorisierung von Unternehmen nach ihrer Größe

Unternehmen	Unselbständig Beschäftigte	Umsatz	Bilanzsumme	Unabhängigkeit
Kleinstunternehmen	Bis 9	≤ 2 Mio. EUR	≤ 2 Mio. EUR	Kapitalanteile oder Stimmrechte im Fremdbesitz < 25 %
Kleinunternehmen	10 bis 49	≤ 10 Mio. EUR	≤ 10 Mio. EUR	
Mittlere Unternehmen	50 bis 249	≤ 50 Mio. EUR	≤ 43 Mio. EUR	
Großunternehmen	Ab 250	> 50 Mio. EUR	> 43 Mio. EUR	

Quelle: WKO, Jänner 2005

Die Anzahl der unselbständig Beschäftigten gilt als das wesentlichste Abgrenzungsmerkmal zwischen den Unternehmen. So zählen Betriebe unter 250 MitarbeiterInnen zu den KMU, wobei hier nochmals zwischen Mittelun-

¹²⁴ Vgl. Eberhard Ulich/Marc Wülster 2004, Seite 28.

¹²⁵ Vgl. Holger Pfaff/Wolfgang Slesina 2001, Seite 17.

¹²⁶ Vgl. Karl Kuhn, 2000.

¹²⁷ Vgl. WKO, Beschäftigungsdaten Dezember 2004.

¹²⁸ Vgl. WKO, Beschäftigungsdaten Dezember 2004.

ternehmen (50–249 Beschäftigte), Kleinunternehmen (10–49 Beschäftigte) sowie Mikro (Kleinst)Unternehmen (unter zehn Beschäftigte) unterschieden werden kann.

Tabelle 6: Beschäftigtenanzahl je Betrieb 2005¹²⁹

Zahl der unselbständig Beschäftigten je Betrieb	Anzahl der Arbeitgeberbetriebe
1 bis 9	207.557
10 bis 49	33.670
50 bis 249	6.653
250 +	1.339
300 +	1.043
Insgesamt	249.219

Quelle: WKO, Stand Juli 2005

Kleineren Unternehmen mangelt es bislang an Erfahrung, die Initiative für eine aktive betriebliche Gesundheitsförderung zu ergreifen. Zudem spielt der Kostenfaktor eine wesentliche Rolle.

3.3.1 Rahmenbedingungen

Kleinere Unternehmen haben BGF-Projekte bis jetzt weniger in Anspruch genommen als größere Betriebe.¹³⁰ Als Grund kann neben Zeit- und Geldmangel die fehlende Vernetzung zwischen den Akteuren genannt werden. Kleinere Unternehmen, meist handelt es sich um Familienunternehmen, sehen oft keinen Bedarf, ein BGF-Projekt (alleine) durchzuführen. Die MitarbeiterInnen sind in ihrer Arbeit ausgelastet, es findet sich keine Zeit für zusätzliche Gespräche rund um gesundheitliche Maßnahmen. Die betriebsinternen VertreterInnen, in Form eines/einer Betriebsrates/Betriebsrätin oder eines/einer PersonalsprecherIn sind in kleinern Unternehmen nicht strukturell verankert. Dadurch bleibt es oft dem/der FirmenchefIn alleine überlassen, ob er/sie in die Gesundheit seiner/ihrer MitarbeiterInnen investieren will oder nicht. Auch fehlen meist die für Gesundheit zuständigen Kompetenzen (Betriebsarzt/Betriebsärztin, PsychologIn), die in Großbetrieben bei BGF-Projekten oder im so genannten „Betrieblichen Gesundheitsmanagement“ (BGM) involviert sind. Auch ein angestrebter Imagegewinn, der für viele Großbetriebe ein Anreiz für die Durchführung eines BGF-Projektes sein mag, spielt für KMU keine Rolle. Es gibt in den allermeisten Fällen keine Abteilung für Öffentlichkeitsarbeit, die die Erfolge in der Maßnahmensetzung intern und extern kommunizieren kann.

Mit dem Ziel der Verbesserung der spezifischen Situation kleinerer und mittlerer Unternehmen im BGF-Bereich hat das Europäische Netzwerk für Gesundheitsförderungen 1998 das Cardiff Memorandum verabschiedet. Geringere Ressourcen und auf größere Unternehmen bezogenes Fachwissen macht es demnach Klein- und Mittelbetrieben besonders schwer, Gesundheitsförderungsmaßnahmen durchzuführen. Aus diesem Grund schlägt das Europäische Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung folgende Initiativen vor:¹³¹

1. Gezieltes Aufmerksammachen auf aktuelle Prioritäten, Gesundheitsprobleme und -aktivitäten in KMU.
2. Ermitteln und Verbreiten von vorbildlichen Praxisbeispielen für betriebliche Gesundheitsförderung in KMU.
3. Aufzeigen des Nutzens und der Vorteile betrieblicher Gesundheitsförderung in KMU gegenüber den Schlüsselpersonen.

¹²⁹ Vgl. WKO, wko.at/Statistik/kmu/KmuBetEntw.pdf. Daten enthalten nur die bei den Gebietskrankenkassen registrierten Arbeitgeberbetriebe; Stand jeweils Ende Juli 2005.

¹³⁰ Vgl. Birgit Kriener et.al. 2004, Seite 33.

¹³¹ Vgl. ENWHP 1998.

4. Aufbau von Bündnissen und Partnerschaften mit KMU, den Verbänden der Sozialpartner, der GKV/GUV sowie weiteren Schlüsselinstitutionen.
5. Unterstützung bei der Entwicklung von geeigneten Konzepten und Methoden zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden in KMU.

Ein möglicher Lösungsansatz bezüglich der ökonomischen Umsetzung von betrieblicher Gesundheitsförderung besteht in betriebsübergreifenden Projekten und Maßnahmen. Hier werden Kosten gesenkt, Erfahrungen ausgetauscht und Netzwerke gebildet. Viele BGF-Projekte finden daher im Rahmen größerer Initiativen statt, die auf branchenspezifische, altersbedingte oder auch regionale Aspekte Rücksicht nehmen können.

Allerdings (ver-)bergen Klein und Mittelbetriebe in sich aufgrund ihrer Rahmenbedingungen gesundheitsförderliches Potenziale. Der persönliche Kontakt zwischen den MitarbeiterInnen und der Geschäftsebene ist meist ein direkter, und es bestehen mehr Möglichkeiten, auf die Wünsche und Bedürfnisse einzelner MitarbeiterInnen einzugehen; somit können individuelle Lösungsmöglichkeiten leichter erarbeitet werden. Zudem zeichnen sich kleinere Betriebe durch eine prinzipielle höhere Handlungs- und Entscheidungsgestaltung seitens der MitarbeiterInnen aus. Dieser höhere Autonomiegrad kann als positive Ressource für gesundheitsfördernde Aufgaben interpretiert werden.¹³²

3.3.2 Besonderheiten auf Projektebene

Die strukturellen Rahmenbedingungen beeinflussen die Planung und Maßnahmensetzung von BGF-Projekten. In der Literatur gibt es unterschiedliche Meinungen darüber, inwiefern kleinere Unternehmen dieselben Instrumente verwenden und Projektschritte leisten können, wie die in Großbetrieben vorgeschlagenen „Kompaktformen“.

Die Erhebung der Ist-Analyse mittels schriftlicher Befragung der MitarbeiterInnen ist aufgrund der fehlenden Anonymität und der geringen Aussagekraft nicht geeignet. Auch die Durchführung von Gesundheitszirkeln wird problematisiert, zum Teil wegen des hohen Zeitaufwands, manchmal wegen der in der Literatur angeführten Größe von fünf bis acht Personen, die an einem Gesundheitszirkel teilnehmen sollten. Zudem fehlt es oft an den Personalressourcen, an jemandem, der betriebsintern als Ansprechperson das Projekt leitet (Verfassen eines Gesundheitsberichtes, Überwachung der Projektentwicklung etc.) und zudem noch das notwendige Know-how mitbringt. Dazu kommt die Befürchtung von Klein- und MittelunternehmerInnen, die ihre Unabhängigkeit gewöhnt sind, dass ihnen „reingeredet“ wird.¹³³ Daraus können sich Akzeptanzprobleme der externen ModeratorInnen oder EvaluatorInnen ergeben.

Bisher durchgeführte BGF-Projekte haben gezeigt, dass modulartige Projektformen sich leichter an die einzelnen Unternehmensstrukturen anpassen und auch leichter modifiziert werden können. Dieser Spielraum bringt einen höheren Grad der Akzeptanz der MitarbeiterInnen mit sich, da sie ihre spezifische Arbeitssituation stärker berücksichtigt sehen. Dieser projektbezogene Freiraum muss allerdings verantwortungsvoll organisiert und eingeschätzt werden, da sonst die Gefahr besteht, das Projekt in seinem Verlauf nicht mehr kontrollieren zu können, und die Erwartungshaltungen somit nicht einlösbar sind. Eine Orientierungshilfe bietet hier das Schweizer „KMU-vital-Projekt“.¹³⁴ Innerhalb von drei Jahren wurden zehn speziell auf die Bedürfnisse und Möglichkeiten von Klein- und Mittelunternehmen hin adaptierbare Module entwickelt. Die drei Hauptprojektphasen gliedern

¹³² Vgl. Birgit Kriener et.al. 2002.

¹³³ Helmut Hirtenlehner und Oskar Meggeneder haben in einer Untersuchung über die Ansprechbarkeit kleinerer und mittlerer Unternehmen für BGF in Oberösterreich herausgefunden, dass die Bereitschaft und das Interesse, ein BGF-Projekt durchzuführen, nicht mit Strukturdaten wie der Betriebsgröße, der Branche und dem Firmenalter korreliert. Auch kann eine Diskrepanz zwischen dem Selbst- und dem Fremdbild von Führungspersonen bezüglich gesundheitsfördernder Maßnahmen konstatiert werden. Vgl. Helmut Graf/Vincent Grote 2003, Seite 27–34.

¹³⁴ Vgl. Eberhard Ulich/Marc Wülser 2004, Seite 367f.

sich in ein Einstiegsmodul, drei mögliche Analyse-Module und sechs verschiedene Umsetzungsmodule. Eine Lernerfahrung des durch den Fonds Gesundes Österreich durchgeführten „WEG- Modellprojektes“ zeigt deutlich, dass eine vorgegebene Struktur den Beteiligten Sicherheit gibt, da die Instrumente der betrieblichen Gesundheitsförderung zu Projektbeginn eher fremd und als abstrakt eingestuft wurden.¹³⁵

Die „Testphase“ kommt bei kleineren Unternehmen der Umsetzung gleich, da die räumlichen und personalen Ressourcen zu klein sind, um Maßnahmen nur in einem Teil des Betriebes zu testen und Erfahrungswerte zu sammeln.

Doch welche Maßnahmen werden in Klein- und Mittelunternehmen tatsächlich gesetzt? Häufig werden personenbezogene Interventionen in KMU im Rahmen eines BGF-Projektes durchgeführt, wie zum Beispiel Seminare zum Umgang mit Stress, Vorträge über gesundheitsbezogene Themen oder bewegungsorientierte Maßnahmen wie die Anschaffung von Fitnessgeräten und andere sportliche Aktivitäten. In weit geringerer Weise finden bedingungsbezogene Veränderungen statt. Dazu zählen veränderte Arbeitsabläufe, eine neue Arbeitszeitregelung oder Verbesserungen in der Pausengestaltung.¹³⁶

Bei erfolgreicher Maßnahmensetzung¹³⁷ im Rahmen von betrieblicher Gesundheitsförderung können KMU und Großbetriebe ähnliche Vorteile lukrieren, nämlich den Gewinn an Arbeitsqualität, verbesserte Arbeitsbedingungen, positives kollegiales Klima, erhöhte Motivation, Identifikation mit dem Betrieb etc.

3.3.3 Unterstützung für Klein- und Mittelbetriebe

Da neben der fehlenden Zeit für die Durchführung eines BGF-Projektes der Kostenfaktor sowie die fehlende Organisationsstruktur von den KleinunternehmerInnen angeführt werden, gewinnt die Möglichkeit, ein gefördertes BGF-Projekt im Rahmen einer betriebsübergreifenden Initiative durchzuführen, an Bedeutung. Im Folgenden werden drei Hauptakteure vorgestellt, die das Ziel haben, BGF-Projekte für Klein- und Mittelunternehmen zu unterstützen:

Netzwerk BGF

Das „Österreichische Netzwerk betriebliche Gesundheitsförderung“ (www.netzwerk-bgf.at) wurde bereits unter Kapitel 1.2 kurz vorgestellt. Es bietet für Interessierte Kontaktadressen und eine Datenbank, welche bereits abgeschlossene BGF-Projekte in ganz Österreich vorstellt. Weiters sind auf der Homepage Kontaktmöglichkeiten zu ausgebildeten GesundheitszirkelmoderatorInnen sowie Angaben zum einschlägigen Ausbildungsangebot in den Bundesländern zu finden

Der Österreichische Netzwerk-Preis „BGF-Auszeichnung“ ist die höchste Auszeichnung für professionelle, hochqualitative BGF-Projekte, die alle zwei Jahre nach Entscheidung einer Fachjury vergeben wird.

Kranken- und Versicherungsanstalten

Die Sozialversicherungsträger leisten – im Rahmen ihres gesetzlichen Auftrags und der ihnen zur Verfügung stehenden Mittel – Unterstützung von Projekten, die einen nachweisbaren Bezug zur Gesundheitsförderung/Prävention haben. Die Bewertung erfolgt nach den Kriterien des Netzwerkes BGF (BGF-Charta, Gütesiegel des Österreichischen Netzwerkes). Auch innerhalb des BGF-Projektes können Sozialversicherungsträger mitunter als Datenquelle (Fehlzeiten- und Krankenstandsmanagement etc.) genützt werden.¹³⁸ Weiters bieten die Kassen kostenlos Materialien zur Durchführung von BGF-Projekten sowie kostenlose Beratung an.

¹³⁵ Vgl. Oskar Meggeneder et al. 2005, Seite 151.

¹³⁶ Vgl. Birgit Kriener et. al. 2004, Seite 72.

¹³⁷ Ein Überblick über die Kostenaufstellung bei BGF Projekten in KMU findet sich bei Helmut Graf/Vincent Grote 2003, Seite 37.

¹³⁸ Vgl. Oskar Meggeneder 2005.

Fonds Gesundes Österreich (FGÖ)

Eine wesentliche Schwerpunktsetzung des Fonds Gesundes Österreich (siehe Kapitel 3.3.5) ist die betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelbetrieben. In diesem Zusammenhang hat der FGÖ die Österreichische Kontaktstelle für betriebliche Gesundheitsförderung mit der Entwicklung und Umsetzung des Modellprojektes „Wirtschaftlicher Erfolgsfaktor Gesundheit“ (WEG) beauftragt (dazu weiter unten).

Der FGÖ bietet Ausbildungen zum/zur BGF-ProjektleiterIn sowie zum/zur GesundheitszirkelmoderatorIn an. Die TeilnehmerInnen erfahren in geblockter Seminarform über die wichtigsten Durchführungsschritte eines BGF-Projektes.

3.3.4 Beispiele von betrieblicher Gesundheitsförderung in österreichischen Klein- und Mittelbetrieben

Switch2006

Switch2006 ist ein Pilotprojekt, das von Mitte 2002 bis Mitte 2006 durchgeführt wurde, und sich speziell mit der Informations- und Kommunikations-Technologie-Branche auseinandersetzt. Das BGF-Projekt wurde mit den Mitteln des Fonds Gesundes Österreich von ppm Forschung + beratung durchgeführt. Aus den Projekterfahrungen sollen „Models of Good Practice“ herausgearbeitet werden, die Empfehlungen und Informationen in der Durchführung von BGF-Projekten in der IKT-Branche für interessierte Unternehmen bieten.

Im Rahmen von Teilprojekten wurden folgende Ziele verfolgt: Entwicklung von Instrumenten zur Gesundheitsförderung, die auf „Neue Selbständige“ in der IKT-Branche zugeschnitten sind, die Rücksichtnahme der BGF-Instrumente auf geschlechts- und altersspezifische Problemlagen in der IKT-Branche sowie das Entwickeln eines Projektes zur Gesundheitsförderung von SchülerInnen in der EDV-Grundausbildung.

Spagat – Innovative Gesundheitsförderung berufstätiger Frauen“

Spagat ist ein Kooperationsprojekt von ppm forschung + beratung (Projektdurchführung) und dem ÖGB Oberösterreich, finanziell unterstützt aus Mitteln des Fonds Gesundes Österreich. Schwerpunkt dieses Projektes war die Gesundheitsförderung von Frauen in Betrieben. Dazu wurde im Projektzeitraum von 2000 bis 2001 in fünf Betrieben mit verschiedenen Berufsgruppen (Reinigungspersonal, Mitarbeiterinnen eines Call-Centers, Hilfspersonal einer Betriebsküche etc.) Gesundheitszirkel durchgeführt. Die Bilanz des Projektes zeigt, dass die Probleme und Belastungen berufstätiger Frauen in den unterschiedlichen Branchen und Berufsgruppen viele Gemeinsamkeiten aufweisen.

WEG – Wirtschaftlicher Erfolgsfaktor Gesundheit

In den Jahren von 2003 bis 2005 wurde im Auftrag des FGÖ ein betriebsübergreifendes Modellprojekt „WEG – Wirtschaftlicher Erfolgsfaktor Gesundheit“¹³⁹ mit der Projektpartnerschaft der Salzburger Gebietskrankenkasse und der damaligen Versicherungsanstalt des Österreichischen Bergbaus durchgeführt. Ziel war es, ein bundesländerübergreifendes BGF-Projekt für Klein- und Mittelbetriebe zu entwickeln, das praxisnahe Umsetzungsmodulare bereitstellt.

Die beteiligten zwölf KMU waren in den Branchen Bau- und Baunebengewerbe, Bergbau, Tourismus, Hotellerie und Gastronomie angesiedelt und hatten eine Beschäftigtenzahl von 18 bis 95 Personen. Die Projektphasen lehnten sich an den klassischen Managementzyklen „Diagnose“ – „Planung“ – „Umsetzung“ – „Evaluierung“ an.¹⁴⁰

¹³⁹ Hier galt eine MitarbeiterInnenzahl bis zu 100 Personen als Klein- und Mittelbetrieb.

¹⁴⁰ Vgl. Oskar Meggeneder et al. 2005, Seite 143ff.

Die Diagnosephase unterschied sich nicht wesentlich von den herkömmlichen Instrumenten der BGF. Schriftliche Gesundheitsbefragung, Auswertung der Krankenstände und betriebliche Gesundheitskonferenzen wurden durchgeführt. In dieser Phase konnte bei der Mehrheit der MitarbeiterInnen in den beteiligten Betrieben ein erweitertes Verständnis von Gesundheit erzeugt und somit ein gedanklicher Paradigmenwechsel bei den Unternehmen bewirkt werden.

In der anschließenden Planungsphase wurde mit der Installierung von Gesundheitszirkeln, begleitet von externen ModeratorInnen, begonnen. Es zeigte sich, dass auch kleine Personengruppen von vier bis sechs Personen differenzierte und umfangreiche Ergebnisse entwickeln können. Die meisten Unternehmen hatten bis dahin kaum Erfahrungswerte in Bezug auf partizipative Gruppenarbeit und die Gesundheitszirkel wurden vielfach als „Durchbruch“ und Beginn einer neuen Kommunikation im Betrieb wahrgenommen.¹⁴¹ Ebenso stieg die Akzeptanz für das Projekt mit der Durchführung der ersten Gesundheitszirkel an. Die Ergebnisse der Diagnosephase wurden der zweiten Führungsebene präsentiert, die eine zentrale Schlüsselfunktion bei der Projektentwicklung, so vor allem in der effektiven Umsetzungsphase, darstellte. Auch wenn die Strukturen in KMUs kleiner und leichter sichtbar sind, ist die Funktion der Führung nicht weniger komplex.¹⁴² Aus diesem Grund war das Curriculum unter dem Titel „Leiten – Leisten – Leben“ mit umfassenden Informationen zum Führungsverständnis, zum Gesundheitsmanagement als Führungsaufgabe und zu den Analysewerkzeugen der BGF am Beginn der Umsetzungsphase von wesentlicher Bedeutung. Darüber hinaus konnte im Rahmen des Curriculums ein Erfahrungsaustausch zwischen den Betrieben evoziert werden. Zwei Gründe, die eventuell gegen diesen betriebsübergreifenden Erfahrungsaustausch sprechen, sind Zeitmangel und Konkurrenzdenken. Die Möglichkeit einer Kooperation sollte deshalb individuell abgestimmt werden, da sie auch den Projektverlauf negativ beeinflussen kann.¹⁴³

Bei der Umsetzungsphase nahm das WEG-Projekt auf die individuellen Schwerpunktsetzungen der teilnehmenden Unternehmen Rücksicht, setzte aber auch unternehmensübergreifende Akzente. Die Ausgangssituation der einzelnen Unternehmen kann bei betriebsübergreifenden BGF-Projekten stark variieren, worauf speziell einzugehen ist. Aber auch unternehmensübergreifende Interessen existieren, wie zum Beispiel die in allen beteiligten Betrieben bestehende Nachfrage nach einem verbesserten Stress- und Konfliktmanagement, das in Form von Seminaren und Schulungen trainiert werden konnte. Hier wurde auch der Austausch zwischen den Unternehmen als konstruktiv und positiv bewertet.

Am Ende dieser Phase stand die externe Evaluierung (durchgeführt vom Ludwig Boltzmann Institut) am Programm. Dabei wurde darauf geachtet, die Erhebungsinstrumente und die Dokumentation möglichst effektiv zu gestalten und die Beteiligten nicht zu überfordern oder zeitlich stark zu beeinträchtigen. Durch eine zweimalige schriftliche Panel-Gesundheitsbefragung, Dokumentationsbögen, einen Fragebogen für die Projektakteure und die Durchführung von zwei Fokusgruppen mit den Projektverantwortlichen und den GeschäftsführerInnen wurde dies gewährleistet.

Aus diesen Erfahrungswerten wurde ein Handbuch zur betrieblichen Gesundheitsförderung erarbeitet, welches einen Projektleitfaden und sieben Themenschwerpunkte für interessierte Klein- und Mittelbetriebe zur Verfügung stellt.¹⁴⁴

141 Eine geringe Zahl an MitarbeiterInnen garantiert per se noch keine bessere Kommunikationskultur als in Großbetrieben. Auch wenn in einem Klein- und Mittelunternehmen „jeder jeden kennt“ ist damit nicht automatisch eine partizipative Betriebskultur verbunden.

142 Vgl. Oskar Meggeneder et al. 2005, Seite 151.

143 Vgl. Birgit Kriener et al. 2004, Seite 81.

144 Der Leitfaden und die sieben inhaltlichen Handbücher sind im Februar 2005 erschienen, diese sind als Paket bei der „Oberösterreichischen Kontaktstelle für betriebliche Gesundheitsförderung“ um 72 Euro erhältlich.

3.4 Prozesse der betrieblichen Gesundheitsförderung

Im Sinne der, von der Luxemburger Deklaration geforderten, systematische Durchführung aller Maßnahmen im Rahmen einer BGF, hat sich in den letzten Jahren durch Erfahrungen in zahlreichen gesundheitsfördernden Initiativen ein grundsätzlicher Ablauf für Projekte betrieblicher Gesundheitsförderung etabliert.¹⁴⁵ Grob kann man diesen Prozess folgendermaßen darstellen:¹⁴⁶

Abbildung 4: Prozesse der betrieblichen Gesundheitsförderung



In der Praxis muss die obige Prozessstruktur an die jeweiligen Bedürfnisse angepasst werden und dabei insbesondere die Größe des Unternehmens berücksichtigt werden (siehe 3.3). Betriebliche Gesundheitsförderung bedeutet ein plan- und zielorientiertes Vorgehen. Jeder Betrieb muss einen für sich geeigneten Projektkreislauf entwickeln. Dies bedeutet auch, dass vor der konkreten Umsetzung von gesundheitsfördernden Projekten und Programmen eine genaue Diagnosephase und eine Bedarfsklä rung erfolgen müssen.¹⁴⁷

3.4.1 Planung, Zielfindung und Steuerung

Die Planungs- und Zielfindungsphase im Rahmen eines BGF-Projektes sollte nicht unterschätzt werden. In ihr geht es um die Erarbeitung und Konkretisierung von Zielen sowie um die Richtung, in die sich das betriebliche Gesundheitsmanagement entwickeln soll.¹⁴⁸ Klar definierte Ziele können auch in der späteren Projektevaluation eine wichtige Bedeutung als Indikatoren haben. Eine grobe Zielerfassung sollte bereits im Rahmen der Auftragsklärung zwischen Beratenden und AuftraggeberIn im Betrieb erfolgen. Hier werden Gegenstand, Ziele, Erfolgskriterien des Projektes und Entscheidungsbefugnisse, Verantwortlichkeiten, Spielregeln zwischen ProjektakteurInnen und EntscheidungsträgerInnen im Betrieb sowie Personal- und Zeitressourcen festgelegt und idealerweise während des Projektes laufend auf ihr Angemessenheit überprüft und gegebenenfalls adaptiert.¹⁴⁹ Folgende Leitfragen können bei der Auftragsklärung unterstützen:

¹⁴⁵ Vgl. Birgit Kriener 2003, Seite 30.

¹⁴⁶ Vgl. Eva Bamberg et al. 1998, Seite 143. Vgl. www.kmu-vital.ch/default2.asp?page=anwendung&cat=2 [02.05.2006]. Vgl. www.netzwerk-bgf.at [02.05.2006], Projekt WEG, Projektleitfaden, Seite 12.

¹⁴⁷ Vgl. www.netzwerk-bgf.at [02.05.2006], Projekt WEG, Projektleitfaden, Seite 10.

¹⁴⁸ Vgl. Eberhard Ulich/Marc Wülser 2004, Seite 123-125.

¹⁴⁹ Vgl. Alfred Janes et al. 2001, Seite 42-43.

Übersicht 4: Leitfaden für die Auftragsklärung

1. Gegenstand des Projektes? Was soll/darf Thema des Projektes werden, was ausdrücklich nicht?
2. Ziele des Projektes? Wenn das Projekt erfolgreich war, was ist dann anders? Was liegt dann vor? Was ist dann geschehen, was nicht?
3. Erfolgskriterien des Projektes? Wer wird woran erkennen, dass das Projekt erfolgreich war? Welche Gewichtungen erhalten Beurteilungen jeweils?
4. Wer ist der Auftraggeber des Projektes? Im Falle eines Auftraggebergremiums: wer vertritt das Auftraggebergremium gegenüber den Projektverantwortlichen?
5. Wer trifft die projektbezogenen Entscheidungen?
6. Welches ist das Zielsystem des Projektes?
7. Wer sind die Projektverantwortlichen? Wer ist der Auftragnehmer?
8. Welche Rolle übernehmen die Projektverantwortlichen? Welche Aufgaben, Kompetenzen und Verantwortlichkeiten sind damit verbunden?
9. Welche Spielregeln gelten zwischen Projektakteuren und Entscheidungsträgern im Betrieb? Wie wird der Informationsfluss gestaltet? Wie werden der Projektablauf und die Ergebnisse dokumentiert? Welche Verhaltensregeln werden für das Krisenmanagement während des Projekts benötigt?
10. Welche Personalressourcen stehen dem Projektteam zu Verfügung? Welche zeitlichen Ressourcen stehen zu Verfügung? Wann ist das Projekt zu Ende?

Quelle: Eberhard Ulich/Marc Wülser 2004, Seite 123, in Anlehnung an Alfred Janes et al. 2001, Seite 43

Strategisches Ziel eines BGF-Projektes ist im Sinne des Gesundheitsmanagements „die Förderung des ständigen Optimierungsprozesses zur Steigerung der beruflichen Leistungsfähigkeit bei gleichzeitiger Minimierung der persönlichen Verausgabung“ sowie der Schutz des Einzelnen vor berufsbedingten Gesundheitsgefahren.¹⁵⁰ Um konkrete Ziele verfolgen zu können, müssen daraus operationale Ziele abgeleitet und in konkrete Zielvereinbarungen umgesetzt werden. Diese können nach Jancik wie folgt aussehen:

Übersicht 5: Mögliche operationale Ziele eines BGF-Projektes

- Risikoermittlung in definierten Bereichen,
- Gefährdungsermittlung für definierte Bereiche,
- Bewertung der Gesundheitsrisiken in definierten Bereichen,
- Erstellen von Gesundheitsberichten,
- Suche nach Möglichkeiten zur Risikominimierung in definierten Bereichen,
- Bewertung von Möglichkeiten zur Risikominimierung für definierte Bereiche,
- Optimierung definierter Arbeitsplätze und -bereiche,
- Optimierung von definierten Arbeitsverfahren,
- Optimierung von Arbeitszeitmodellen,
- Gesundheitsförderung für definierte Zielgruppen,
- Gesundheitsinformation für definierte Zielgruppen,
- Gesundheitsvorsorge für definierte Zielgruppen,
- Ermittlung und Bewertung der Arbeitszufriedenheit,
- Ermittlung und Bewertung innerbetrieblicher Kommunikation,
- Ermittlung und Bewertung demographisch bedingter Risiken,
- Ermittlung und Bewertung psychosozial bedingter Risiken,
- Ermittlung und Bewertung von Morbiditätsrisiken,
- Ermittlung und Bewertung produktbezogener Risiken,
- Ermittlung und Bewertung von technologischen Alternativen,
- Ermittlung und Bewertung von Methoden der Risikobegrenzung,
- Ermittlung und Bewertung von Möglichkeiten zur Organisationsentwicklung.

Quelle: Jürgen M. Jancik 2002, Seite 126–127

Es reicht aber nicht aus, lediglich Ziele festzulegen, es sollten gleichzeitig Rahmenbedingungen der Zielerreichung definiert werden, soweit das noch nicht im Rahmen der Auftragsklärung geschehen ist. Dies ist insbesondere dann wichtig, wenn durch das Projekt Anstöße in Richtung organisationaler Veränderungen des Betriebes zu erwarten sind und mit gewissen Widerständen von „bewahrenden Kräften“ im Betrieb zu rechnen ist. Bei der Besetzung der relevanten Projektgremien sollte deshalb darauf geachtet werden, dass EntscheidungsträgerInnen („MachtpromotorInnen“) in angemessener Weise vertreten sind, vorhandene Wissens- und Beziehungsressour-

¹⁵⁰ Vgl. Jürgen M. Jancik 2002, Seite 126.

cen („Fach- und Beziehungspromotoren“) ausreichend genutzt werden und Betroffene als „KennerInnen“ ihrer Arbeitssituation miteinbezogen werden.¹⁵¹ Ein gutes Projektmarketing im Unternehmen (z. B. Kommunikation von Zwischenergebnissen, Weitergabe von Informationen, Überzeugungsarbeit) ist ebenfalls wesentlich für den Erfolg des Projektes und sollte deshalb in der Planungsphase genügend Berücksichtigung finden.

Während der Planungs- und Durchführungsphase des Projektes müssen darüber hinaus laufend Managementaufgaben geplant und wahrgenommen werden. Dazu zählen „hard facts“ (z. B. Ressourcenplanung) ebenso wie personen- und prozessbezogene Merkmale (z. B. Steuerung der Projektgruppe, Steuerung des Umgangs mit projektbezogenen motivationalen Problemen, Steuerung des Umganges mit Widerständen und Konflikten als Folge von Veränderungsvorschlägen).

3.4.2 Analyseverfahren und -instrumente

Um Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung wirksam einsetzen zu können, müssen zunächst eine Erfassung des Gesundheitszustandes der MitarbeiterInnen und eine Analyse der Arbeits- und Organisationsbedingungen, die diesen Gesundheitszustand beeinflussen, erfolgen. Es existiert eine Vielzahl an Methoden und Instrumenten, die eingesetzt werden können, um den Bedarf an gesundheitsfördernden Maßnahmen für die Beschäftigten eines Unternehmens genau festzustellen.

Um das passende Analyseverfahren für das Unternehmen auswählen zu können, sollten zuvor folgende Fragen geklärt werden:

- Ist das Analyseverfahren für die zu untersuchende Branche und den zu untersuchenden Tätigkeitsbereich geeignet?
- Welche zeitlichen, finanziellen und personellen Ressourcen stehen mir für die Durchführung zur Verfügung?
- Von welchen Hypothesen über den „Gesundheitszustand“ des Unternehmens werde ich vor Beginn eines Gesundheitsprojektes geleitet? Welche Analyseverfahren können diese Hypothesen prüfen?

Im Folgenden werden beispielhaft Analyseverfahren dargestellt, die sich im Hinblick auf die Methode der Datengewinnung (Dokumentenanalyse, Gesundheitszirkel, Beobachtungsinterview, Befragung, psychophysiologische Messung) sowie durch die Analysetiefe (orientierende Verfahren, Screeningverfahren, ExpertInnenverfahren) unterscheiden. Zunächst werden mögliche Herangehensweisen an eine BGF-Analyse kurz abgehandelt und anschließend ausgearbeitete Analyseinstrumente beschrieben.

3.4.2.1 Analyseverfahren

a) Analyse im Rahmen eines Gesundheitsberichtes¹⁵²

Theoretischer Abriss: Empfehlenswert ist die Erstellung eines Gesundheitsberichtes, der sowohl die harten Fakten eines datenbezogenen Berichtes als auch die gesundheitspolitische Programmatik eines belegschaftsnahen Berichtes enthält. Er kann Basisinformationen über die „gesundheitliche Lage“ des Betriebes liefern, die Mittel der Gesundheitskommunikation beschreiben (unter besonderer Beachtung u. a. der Befähigung der Belegschaft, ihre gesundheitlichen Interessen zu erkennen und zu artikulieren, sowie der Darstellung der dafür geeigneten Instrumente der Gesundheitsförderung) und als Ansatzpunkt für den Einsatz weiterer Analyseverfahren genutzt werden.

¹⁵¹ Vgl. Eberhard Ulich/Marc Wülser 2004, Seite 127.

¹⁵² Vgl. www.netzwerk-bgf.at [25.04.2006], unter Gesundheitsbericht.

Ziel: Der Gesundheitsbericht soll zur (laufenden) Selbstbeobachtung und Selbststeuerung des Betriebes in Sachen Gesundheit beitragen und die Belegschaft über den „Gesundheitsstatus“ des Betriebes informieren, einen Überblick über die Belastungs- und Gesundheitssituation geben sowie die zielgerichtete Maßnahmenfindung erleichtern. Der Gesundheitsbericht, der am Anfang eines Gesundheitsprojektes stehen kann, stellt eine Grundlage für die Gesundheitsdiskussion im Betrieb dar und bietet somit auch Orientierung für die Auswahl weiterer Analyseverfahren, wie sie weiter unten dargestellt sind.

Quelle: www.netzwerk-bgf.at [25.04.2006], Jürgen M. Jancik 2002, Seiten 118–120.

Anmerkung: In kleineren Unternehmen ist es vor allem aus Datenschutzgründen sinnvoller, überbetriebliche Gesundheitsberichte auf Ebene einer Region oder einer Innung zu gestalten.

b) Analyse betrieblichen Humankapitals/Dokumentenanalyse¹⁵³

Theoretischer Abriss: Während in jedem Betrieb und jeder Organisation finanztechnische Daten genau gesammelt und ausgewertet werden, werden Daten, die sich auf das Humankapital oder auf das Krankheits- und das Gesundheitsgeschehen beziehen, immer noch zu wenig analysiert und verwertet. Der Gesundheitsbericht kann je nach Fragestellung um verschiedene Parameter des betrieblichen Humankapitals erweitert werden. Jene Parameter, welche bereits im Rahmen von BGF-Projekten zur Analyse herangezogen wurden, sollen hier vorgestellt werden.

- Beziehungsgeflecht: Z. B. bei regelmäßigen Betriebsrundgängen sollte man die Kontaktaufnahme von und mit den MitarbeiterInnen ermöglichen und so Beziehungsgeflechte, die Führungsstrategien, das Führungsverhalten und die Gestimmtheit der MitarbeiterInnen wahrnehmen.
- Altersaufbau der Belegschaft: Diese Daten geben Aufschluss über Krankheitsrisiken, die eng mit dem Alter verknüpft sind.
- Betriebszugehörigkeit, Fluktuation: Dieser Parameter kann Auskunft über Beschäftigungsreserven sowie über den Erfolg bei der MitarbeiterInnenbindung geben. Beides ist eng mit dem Gesundheitsgeschehen im Unternehmen verbunden.
- Anwesenheitsrate/Fehlzeitenquote: Diese gibt direkte Hinweise auf die Entwicklung des Krankheits-/Gesundheitsgeschehens im Unternehmen. Diese Daten ermöglichen auch die Berechnung der Kosten durch die Abwesenheit von MitarbeiterInnen.
- Daten aus den Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen: Aus Datenschutzgründen stellen die Krankenkassen nur großen Unternehmen Daten über Arbeitsunfähigkeit und die dafür angegebenen Gründe zur Verfügung.

Ziel: Bei den gewonnenen Daten handelt es sich oft um so genannte „weiche Daten“, die für einen überbetrieblichen Vergleich nicht geeignet sind. Wichtig bei der Sammlung von Daten zum Humankapital ist es vor allem, die Richtung und das Tempo einer stattfindenden Veränderung innerhalb des Unternehmens festzustellen und weniger die absolute Größe der ermittelten Daten zu bestimmen.

Quelle: Jürgen M. Jancik 2002, Seite 129–149; Eberhard Ulich/Marc Wülser 2004, Seite 135–142 (Fehlzeiten und betriebliches Gesundheitsmanagement).

c) Analyse im Rahmen von Gesundheitszirkel¹⁵⁴

Theoretischer Abriss: Gesundheitszirkel sind eine Form betrieblicher Kleingruppenarbeit, in deren Rahmen sich in der Regel Personen verschiedener Berufsgruppen, Hierarchieebenen eines Betriebes und betriebliche ExpertInnen (Betriebsarzt/-ärztin, Betriebsrat/-rätin etc.) über einen begrenzten Zeitraum und in regelmäßigen Abständen treffen.¹⁵⁵ Es können aber auch „nur“ MitarbeiterInnen in Gesundheitszirkeln vertreten sein. Die TeilnehmerInnen setzen sich mit den Arbeitsbedingungen im Betrieb auseinander, analysieren sie, um in weiterer Folge auch gemeinsam an Veränderungsvorschlägen und deren praktischer Umsetzung zu arbeiten.

¹⁵³ Vgl. Jürgen M. Jancik 2002, Seite 129–149.

¹⁵⁴ Vgl. Christian Scharinger o.J., Seite 30–33.

¹⁵⁵ Empfehlungen, die im Rahmen des WEG-Projektes erarbeitet wurden, sehen 4.5 Sitzungen mit einer Dauer von mindestens drei Stunden als ideal an, wobei die Teilnahme an den Gesundheitszirkeln als Arbeitsstunden bezahlt werden sollten. Vgl. Christian Scharinger o.J.

Ziele: Im Rahmen eines Modellprojektes des Fonds Gesundes Österreich, namens WEG – Wirtschaftlicher Erfolgsfaktor Gesundheit, wurden vier konkrete Ziele eines Gesundheitszirkels formuliert:¹⁵⁶

- jene Faktoren zu identifizieren, welche die Gesundheit und Sicherheit der Beschäftigten im Unternehmen positiv stärken,
- jene Faktoren zu identifizieren, welche die Gesundheit und Sicherheit der Beschäftigten negativ beeinflussen,
- diese Faktoren zu analysieren und
- Vorschläge zu erarbeiten, wie die Situation verbessert werden könnte.

Quelle: www.netzwerke-bgf [20.4.2006], Jürgen M. Jancik 2002; www.kmu-vital.ch/doc-d/Gesundheitszirkel/Gesundheitszirkel_KMU-vital.pdf [15.4.2006] (Umfangreiche Tipps und auch Materialien für die Gestaltung von sieben Sitzungen).

Anmerkung: Die personelle Gruppenzusammensetzung sollte unbedingt über den ganzen Zeitraum der Sitzungen dieselbe bleiben. Außerdem sollten sich jene, die am Gesundheitszirkel teilnehmen, dazu verpflichten, auch bei jeder Sitzung anwesend zu sein.

Wichtig scheint auch der Hinweis auf die Bedeutung der Moderation für das Gelingen eines Gesundheitszirkels. Die Moderation kann entweder durch eine/n professionelle/n externe/n ModeratorIn erfolgen oder durch eine/n speziell ausgebildete/n interne/n MitarbeiterIn.

Aus dem Gesundheitszirkel wird im idealen Fall eine Steuerungsgruppe entstehen, die das gesamte weitere BGF-Projekt betreut. Der Gesundheitszirkel stellt also mehr als nur ein einfaches Analyseinstrument dar und setzt darüber hinaus die Prinzipien der Integration und Partizipation auf effiziente Weise um.

d) Die systematisierte Betriebsbegehung¹⁵⁷

Theoretischer Abriss: Um einen Überblick über den Produktionsablauf, die Arbeitsorganisation und die Arbeitsbedingungen im Betrieb zu erhalten, ist es sinnvoll, sich den Betrieb genauer anzusehen. Als Basis der Analyse dienen arbeitswissenschaftliche Beurteilungsdimensionen, die folgendermaßen zusammenfasst werden können:¹⁵⁸

Übersicht 6: Die systematische Betriebsbegehung

Arbeitsorganisation, aufgabenbezogene Anforderungen der Arbeitstätigkeit:	Vertikale und horizontale Arbeitsteilung Handlungs- und Entscheidungsspielräume Variabilität (Tätigkeitswechsel) Produktdistanz
Kooperation und Kommunikation:	Aufgabenbedingte Kooperationserfordernisse Möglichkeit zu persönlicher Kommunikation
Räumlich-technische Bedingungen der Kommunikation:	Hintergrundlärm Blickkontakt am Arbeitsplatz Verbaler Austausch über Arbeitsaufgaben
Aufgabenbezogene Belastungen:	Probleme mit dem Informationsfluss Unterbrechungen durch Personen (z. B. Telefonanrufe), Blockierung (z. B. Materialstau) Zeitdruck, Zeitbindung Monotonie
Aufgabenspezifische Belastungen:	Konflikte zwischen MitarbeiterInnen oder zwischen MitarbeiterInnen und Vorgesetzten
Umgebungseinflüsse, Ergonomie:	Hitze, Kälte, Lärm Zwangshaltungen, schweres Heben und Tragen

Quelle: Eva Bamberg et al. 1998, Seite 246–247

Ziele: Die systematische Betriebsbegehung soll vertiefende Analysen, wie etwa eine Arbeits- und Tätigkeitsanalyse, vorbereiten. Ihre Ergebnisse werden idealerweise in Form eines Berichtes an die Steuerungsgruppe

¹⁵⁶ Vgl. Christian Scharinger o.J., Seite 30.

¹⁵⁷ Vgl. Eva Bamberg et al. 1998.

¹⁵⁸ Vgl. Eva Bamberg et al. 1998, Seite 246.

weitergegeben und dienen dieser als Grundlage für die weitere Planung der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Quelle: Eva Bamberg et al. 1998, Seite 246–247.

3.4.2.2 Analyseinstrumente

a) Prüf/-Checklisten¹⁵⁹

Theoretischer Abriss: Es gibt eine große Anzahl von Prüf/-Checklisten, die ein großes Spektrum an Themen abdecken, vom richtigen Heben und Tragen bis hin zu Burnout. Prüf/-Checklisten sind orientierende Verfahren, die nur über eine geringe Analysetiefe verfügen, dafür aber ohne großen Aufwand durchgeführt werden können. Eine umfassende Auflistung und Beschreibung der Analyseinstrumente befindet sich im Anhang. An dieser Stelle werden nur kurze und sehr allgemein gehaltene Informationen geliefert.

Quelle: www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Handlungshilfen-und-Praxisbeispiele/Toolbox/Orientierende_20Verfahren.html__nnn=true [12.04.2006]; www.kmu-vital.ch/default2.asp [12.04.2006]; www.suva.ch/home/suvapro/selbsttests_kmu.htm [14.04.2006].

Verfahrensart/Analysetiefe: Orientierendes Verfahren. Checklisten dienen zur Orientierung, ob ein bestimmter Bedarf (z. B. Information über die richtige Haltung) oder ein bestimmtes Defizit überhaupt vorliegt und wo die Ursachen dafür liegen könnten. Mit einem solchen orientierenden Verfahren kann eine tiefer gehende und aufwendigere Analyse begründet werden.

Kosten: Checklisten stellen eine günstige Methode dar, um erste Analysen durchzuführen. Viele Prüflisten sind gratis zu beziehen. Durchführungsdauer: Die Durchführungsdauer dieser Verfahren ist zumeist kürzer als bei Verfahren mit größerer Analysetiefe. Die Mehrheit der Verfahren dauert zwischen zehn und 30 Minuten.

Anwendungsgebiete: Für vielfältige Bereiche des Arbeitslebens existieren Prüf-/Checklisten, Leitfäden oder andere orientierende Verfahren. Beispiele sind:

- Gefährdungsbeurteilung,
- Beschaffung und Herstellung menschengerecht gestalteter Maschinen und Anlagen,
- Bewertung und Gestaltung von Bildschirmarbeit,
- Objektive und subjektive Belastungsermittlung, Beanspruchungsermittlung,
- Bewertung der Einführung neuer MitarbeiterInnen,
- Erfassung von Problemen mit Suchtmitteln bei der Arbeit,
- Erfassung von Stress,
- Erfassung der erlebten Arbeitsintensität und des Tätigkeitsspielraumes.

Gütekriterien: Viele der orientierenden Verfahren wurden nicht auf die statistischen Kriterien der Objektivität, der Zuverlässigkeit und der Gültigkeit geprüft, oder ihre Testgütekriterien sind mangelhaft. Die Ergebnisse sind daher bei den meisten Verfahren auch nicht vergleichbar.

b) Der SALSA-Fragebogen¹⁶⁰

Theoretischer Abriss: Das von I. Udris und M. Rimann (1993) entwickelte Fragebogen-Verfahren „Salutogenetische Subjektive Arbeitsplatzanalyse“ (SALSA) wird eingesetzt, um Personen über die Einschätzung der eigenen Arbeitstätigkeit und den Bedingungen in der Organisation zu befragen.¹⁶¹

¹⁵⁹ Vgl. Bundesanstalt für Arbeitsschutz, www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Handlungshilfen-und-Praxisbeispiele/Toolbox/Orientierende_20Verfahren.html__nnn=true [12.04.2006].

¹⁶⁰ Vgl. Bundesanstalt für Arbeitsschutz, www.baua.de/nn_27756/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Handlungshilfen-und-Praxisbeispiele/Toolbox/Verfahren/SALSA.html [12.04.2006].

¹⁶¹ Vgl. Eberhard Ulich/Marc Wülser 2004, Seite 168.

Quelle: Oliver Strohm/Eberhard Ulich 1997 (Der SALSA Fragebogen liegt in Form einer CD-Rom bei).

Verfahrensart/Analysetiefe: Screeningverfahren, das aus schriftlichen Einzel- oder Gruppenerhebungen mit fünfstufigen Antwortformaten besteht. Alle hier angeführten Screeningverfahren unterscheiden sich von den beiden orientierenden Verfahren durch eine feinere Abstufung der Ausprägungen der erfassten Merkmale und können somit ein differenzierteres Bild über gefundene Stärken oder Schwächen zeichnen.¹⁶²

Kosten: Ungefähr 45 Euro für die Anschaffung des Buches „Unternehmen arbeitspsychologisch bewerten. Ein Mehr-Ebenen-Ansatz unter besonderer Berücksichtigung von Mensch, Technik und Organisation“ von Oliver Strohm und Eberhard Ulich (1997).

Durchführungszeit: 15 bis 20 Minuten.

Anwendungsgebiete: Der Fragebogen ist für unterschiedliche Branchen und Tätigkeitsklassen universell anwendbar.

Gütekriterien:¹⁶³ Der Fragebogen wurde anhand von 955 Angestellten aus 14 Betrieben des Dienstleistungssektors und 700 Personen aus elf Betrieben des Produktionssektors überprüft. Es konnte nachgewiesen werden, dass das Verfahren vom Verfahrensleiter unabhängig und zuverlässig misst. (Cronbach's Alpha- Werten der einzelnen Skalen zwischen .60 und .90). Es konnte auch gezeigt werden, dass der Fragebogen das Gütekriterium der Gültigkeit (Validität) erfüllt und somit tatsächlich misst, was er zu messen vorgibt. Weiters ist zu erwähnen, dass die Autoren Mittelwerte und Standardabweichungen der oben erwähnten 25 Betriebe angeben, wodurch ein Vergleich mit diesen ermöglicht wird. Eine Normierung im engeren Sinne existiert allerdings nicht.

Anmerkung:¹⁶⁴ (1) Der Salsa eignet sich auch für die Anwendung in KMU. (2) Es können auch nur Teile des SALSA verwendet werden. (3) Der SALSA stellt ein ökonomisches Erhebungsinstrument dar, da er eine geringe Durchführungsdauer hat und EDV-Programme zur Auswertung bietet.

c) Der Impuls-Test¹⁶⁵

Theoretischer Abriss: Der von Martina Molnar et al. (2005) erarbeitete Impuls-Test stellt ein Instrument zu orientierenden Analyse von Stressfaktoren und Ressourcen der jeweiligen Arbeitsbedingungen dar. Die Ergebnisse des Tests sollen einen Ausgangspunkt für erfolgreiche Interventionen und für den Aufbau fehlender Ressourcen sein¹⁶⁶

Quelle: www.arbeiterkammer.at/www-402-IP-13790.html [02.05.2006]; Martina Molnar et al. 2005 (Der Impuls-Test liegt bei).

Verfahrensart/Analysetiefe: Screeningverfahren, schriftliches Befragungsinstrument für Einzelpersonen und Gruppen.

Kosten: Keine, das Verfahren ist kostenlos verfügbar (siehe Zugang).

Durchführungsdauer: Ca. 20 Minuten für das Ausfüllen des Fragebogens.

Anwendungsgebiete: Der Test ist für unterschiedliche Branchen und Tätigkeitsklassen universell anwendbar.

Gütekriterien: Über die Erfüllung statistischer Gütekriterien werden keine Angaben gemacht.

¹⁶² Vgl. www.baua.de/nn_10772/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Handlungshilfen-und-Praxisbeispiele/Toolbox/Handbuch_20inkl._20Anhang_201-6.pdf [12.04.2006], Seite 13.

¹⁶³ Vgl. PSYNDEXplus-Tests, web5s.silverplatter.com/webspirs/start.ws?customer=c85306&language=de&databases=KM [12.04.2006].

¹⁶⁴ Vgl. Eberhard Ulich/Marc Wülser 2004, Seite 168.

¹⁶⁵ Vgl. Bundesanstalt für Arbeitsschutz, www.baua.de/nn_27756/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Handlungshilfen-und-Praxisbeispiele/Toolbox/Verfahren/IMPULS.html [02.05.2006].

¹⁶⁶ Vgl. Martina Molnar et al. 2005, Seite 28.

Anmerkung: Der Impuls-Test stellt ein ökonomisches Instrument dar, das zur Sensibilisierung für das Thema „Psychische Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz“ beitragen kann. Es muss aber darauf hingewiesen werden, dass keine wissenschaftlichen Ergebnisse über die Güte des Verfahrens vorliegen.

d) WAI- Deutsche Fassung¹⁶⁷

Theoretischer Abriss: Der von Simon Kaluza et al. (2003) beschriebene Work Ability Index (WAI) ist ein Verfahren zur Erfassung der Arbeitsfähigkeit der Beschäftigten. Dieses Verfahren soll dabei helfen, Ressourcen und Risiken zu identifizieren, um wirksame Maßnahmen für den Erhalt und die Förderung der Arbeitsfähigkeit während des gesamten Erwerbslebens gestalten zu können. Der WAI wurde in den 1980er Jahren in Finnland entwickelt und mittlerweile in 20 Sprachen übersetzt.

Quelle: Der Fragebogen ist online verfügbar unter: www.arbeitsfaehigkeit.net/46.htm [10.04.2006].

Verfahrensart/Analysetiefe: Screeningverfahren, Fragebogen, der sowohl von der befragten Person selbst als auch von Dritten, so z. B. dem/der Betriebsarzt/Betriebsärztin, ausgefüllt werden kann.

Kosten: Keine.

Durchführungsdauer: 10 bis 15 Minuten.

Anwendungsgebiete: Das Verfahren ist für unterschiedliche Branchen und Tätigkeitsklassen universell anwendbar.

Gütekriterien: Die Erfüllung statistischer Gütekriterien wurde für den WAI durch groß angelegte Studien bestätigt.

Anmerkung: Durch die jahrelange internationale Anwendung des WAI sind zahlreiche Vergleichsmöglichkeiten der Ergebnisse gegeben, wie etwa von Abteilungen innerhalb eines Betriebes, von Betrieben, von Branchen, von Altersgruppen und von Ländern.

e) RHIA/VERA¹⁶⁸

Theoretischer Abriss: Das von Leitner et al. entwickelte RHIA-Verfahren (1987) und das von Oesterreich/Volpert erarbeitete VERA-Verfahren (1991) untersuchen gewerblich-industrielle Arbeitsaufgaben, auf deren geistige Anforderung, deren Belastung für den arbeitenden Menschen und auf den Zeitspielraum den die Arbeitsaufgaben dem Menschen gewähren. Mit dem Verfahren VERA (Verfahren zur Ermittlung von Regulationserfordernissen in der Arbeitstätigkeit) werden in der Arbeitstätigkeit geforderte Planungs- und Denkprozesse, d. h. kognitive Anforderungen, erhoben, mit dem Verfahren RHIA (Verfahren zur Ermittlung von Regulationshindernissen in der Arbeitstätigkeit) hingegen belastende Arbeitsbedingungen.

Quelle: www.testzentrale.de/?mod=tests&so=1&li=h [10.04.2006] (Verkauf); Oliver Strohm/Eberhard Ulich 1997, Seiten 204–208; www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Handlungshilfen-und-Praxisbeispiele/Toolbox/Instrumente_2C_20Verfahren_20finden.html__nnn=true [12.04.2006].

Verfahrensart/Analysetiefe: ExpertInnenverfahren, bestehend aus Beobachtungsinterviews, bei denen der Arbeitende bei der Durchführung einer bestimmten Arbeitsaufgabe beobachtet und befragt wird. Die Anzahl der Abstufungen der Merkmalsausprägungen ist bei diesen Verfahren am höchsten und erlaubt einen Vergleich verschiedener Arbeitstätigkeiten sowie die Bestimmung von Eignungsanforderungen.¹⁶⁹

167 Vgl. www.arbeitsfaehigkeit.net/pdf_files/downloads/WAIInformationspapier_v0118si.pdf [10.04.2006]. Vgl. Bundesanstalt für Arbeitsschutz, www.baua.de/nn_27756/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Handlungshilfen-und-Praxisbeispiele/Toolbox/Verfahren/WAI.html [10.04.2006]. Vgl. www.arbeitsfaehigkeit.net/34.html [10.04.2006].

168 Vgl. Datenbank PSYNDEXplus-Tests 1977-2005/12 unter www.zpid.de/index.php?wahl=lehrmaterialien [03.05.2006]. Vgl. Oliver Strom/Eberhard Ulich 1997, Seite 204-208.

169 Vgl. www.baua.de/nn_10772/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Handlungshilfen-und-Praxisbeispiele/Toolbox/Handbuch_20inkl._20Anhang_201-6.pdf [12.04.2006], Seite 13f.

Kosten: Anschaffung des Verfahrens: RHIA/VERA-Produktion Euro 34,95 (Handbuch); Euro 79,95 (Manual und Antwortblätter; Stand: 6.7.2002). RHIA/VERA-Büro: Euro 26,95 (Handbuch); Euro 49,95 (Manual und Antwortblätter; Stand 3.2006). Eventuell ist auch ein/e externe/r TestleiterIn zu bezahlen.

Durchführungsdauer: Der Erhebungsaufwand bei einer Arbeitsaufgabe beträgt bei der Durchführung beider Instrumente zwei bis fünf Stunden. Für die nachbereitenden Aufgaben sind zusätzlich ein bis drei Stunden einzurechnen.

Anwendungsgebiete: Die Verfahren eignen sich für Industrie, Büro und Verwaltung und umfassen körperliche und geistige Tätigkeiten

Gütekriterien: Sowohl RHIA als auch VERA wurden mehrfach überprüft und können als gültige, zuverlässige und unabhängige Verfahren bezeichnet werden. Es liegt keine Normierung vor, da ein Vergleich aufgrund der Vielzahl an unterschiedlichen Tätigkeiten nicht sinnvoll erscheint.

Anmerkung: Die beiden eigenständigen Verfahren wurden in den letzten Jahren weiterentwickelt und auch miteinander kombiniert. Folgende Verfahren sind daraus entstanden: das Verfahren RHIA/VERA-Produktion für Tätigkeiten in der Produktion, das Verfahren RHIA/VERA-Büro speziell für Bürotätigkeiten, VERA-KHR für die Analyse der kollektiven Handlungsregulation von Arbeitsgruppen im Produktionsbereich, VERA-G speziell für die Untersuchung geistiger Arbeit, das Verfahren EVA zur Ermittlung von Alltagstätigkeiten und das Verfahren KABA, Kontrastive Aufgabenanalyse, die den Einsatz von Informations- und Kommunikationstechniken beurteilt.

f) Psychologische Tätigkeitsablaufanalyse (Ganzschichtbeobachtung)¹⁷⁰

Theoretischer Abriss: Dieses von Oliver Strom und Eberhard Ulich (1997) beschriebene Verfahren analysiert und bewertet Tätigkeitsabläufe in Mensch-Maschine-Systemen. Es werden dabei die zeitlichen Strukturen von Arbeitstätigkeiten erfasst, indem der Tätigkeitsablauf in seine Teiltätigkeiten gegliedert wird. Der Ablauf dieser Teiltätigkeiten wird während einer Schicht oder mehreren kompletten Schichten beobachtet. Die psychologische Tätigkeitsablaufanalyse umfasst drei Phasen: Die Vorbereitung der Analyse, bei der die Auftragsarten und die damit verbundenen Tätigkeiten zunächst erfasst werden. Die Tätigkeiten werden dann in Teiltätigkeiten gegliedert und anschließend kategorisiert. Es folgt die Datenerhebung durch Beobachtung und zum Abschluss die Auswertung, die die Bewertung der Tätigkeiten beinhaltet. Dieses bewährte Verfahren eignet sich nicht nur für die Analyse der Arbeitstätigkeiten, sondern auch zur Abschätzung der Auswirkungen auf den arbeitenden Menschen sowie um begründete Gestaltungsvorschläge zu entwickeln. Das Verfahren ermöglicht die Identifizierung von Schlüsselproblemen, die aus bestimmten zeitlichen Strukturen einer Tätigkeit erwachsen, wie etwa mangelnder zeitlicher Freiheitsgrad, stark repetitive Arbeitstätigkeiten, Unvorhersehbarkeit einer Tätigkeit oder Anzahl der Störungen während der Tätigkeit.

Quelle: Strom, Oliver/Ulich, Eberhard 1997.

Verfahrensart/Analysetiefe: Systematische, standardisierte, nicht-teilnehmende Beobachtung einer bestimmten Tätigkeit.

Kosten: Die Kosten beschränken sich auf die Arbeitszeit der Personen, die die Analyse durchführen.

Durchführungsdauer: Hier ist ein beträchtlicher zeitlicher Aufwand einzurechnen: Ein halber Tag muss für die Vorbereitung eingeplant werden und zumindest eine Schicht zur Erhebung. Auch für die Auswertung sollten einige Stunden veranschlagt werden.

Anwendungsgebiete: Die Analyse eignet sich für Tätigkeiten in Mensch-Maschine-Systemen. Sie kann überall dort sinnvoll eingesetzt werden, wo ein vertiefter Einblick in die zeitlich-strukturellen Aspekte eine Tätigkeit

¹⁷⁰ Vgl. Oliver Strom/Eberhard Ulich 1997, Seite 245–257.

gefordert ist, oder wo die zeitliche Feinstruktur von Tätigkeiten erfasst werden soll, um die Verteilung und die Auftrittshäufigkeiten einzelner Teiltätigkeiten zu analysieren und zu bewerten.

g) Psychophysiologische Messungen¹⁷¹

Theoretischer Abriss: Die Weiterentwicklung psychophysiologischer Messmethoden der letzten Jahrzehnte hat es erlaubt, diese auch außerhalb des Labors, also in „normalen“ Arbeitssituationen anzuwenden. Die aufwendigen, aber genauen Messmethoden sollen die psychophysiologischen Auswirkungen der Arbeit auf den arbeitenden Menschen analysieren.

Quelle: Helmut Graf 2006, Seite 65–72.

Anwendungsgebiete: Besonders im Bereich Stress werden psychophysiologische Analysemethoden eingesetzt. Hierzu gehören:

- **Clinical Stress Assessment (invasive Stressmessmethode):** Diese Methode wurde von Sepp Porta in den letzten Jahren entwickelt und befasst sich mit Stress aus endokrinobiologischer („Stresshormone“) Sicht. Es kann mit dieser Methode festgestellt werden, bei welchen Tätigkeiten Stress entsteht oder ob die Testperson etwa unter chronischem Stress leidet.
- **Das AutoChrono Bild (nicht-invasive Stressmessmethode):** Diese Methode der Chronobiologie wurde von Maximilian Moser entwickelt. Mit ihr kann objektiv gemessen werden, wie der Körper auf stressbelastete Veränderungen am Arbeitsplatz, aber auch auf Aktivierung und Erholung reagiert.

Anmerkungen: Praktisch alle psychophysiologischen Analysemethoden, erfordern die Betreuung durch Fachkräfte, wie ArbeitspsychologInnen oder ArbeitsmedizinerInnen.

3.4.3 Interventionen

3.4.3.1 Planung

Im Vorfeld einer Maßnahme sollten die Verantwortlichen des BGF-Projektes bzw. des Gesundheitsmanagements festlegen, mit welchen Zielen und Strategien aus der Analysephase sie in die Interventionsphase gehen wollen. Dabei sind Analyse und Intervention in der Praxis häufig nicht zu trennen, denn genau genommen ist jede Datenerhebung für eine Analyse bereits ein Eingriff in das Geschehen des Betriebes. Analyse und Intervention stellen also einen integrierten Prozess dar. Oft wird durch die Wahl der Analysemethode eine mögliche Intervention schon vorgegeben, denn eine Intervention sollte im Idealfall eine geeignete Reaktion auf einen festgestellten Bedarf des Unternehmens oder der einzelnen Person sein.¹⁷²

Auch wenn die Analyseergebnisse Hinweise auf Interventionsschwerpunkte geben können, hängt die endgültige Entscheidung für eine Maßnahme zur betrieblichen Gesundheitsförderung auch von anderen Faktoren ab, wie von Alltagstheorien zum Thema „Arbeit“, von Zielen der Einzelnen und der Organisation und auch von Kosten-/Nutzenüberlegungen. Schon in der Zielfindungs- und Planungsphase müssen sich ProjektbetreiberInnen und AuftraggeberInnen Überlegungen betreffend der Erwünschtheit und der Durchsetzungsfähigkeit bestimmter Interventionen machen und mögliche Gegenreaktionen von Anfang an mitdenken (siehe 3.4.1).

Folgende Problemstellungen müssen bei der Auswahl eines Verfahrens Beachtung finden:

- Entspricht das Ziel der Intervention dem, durch die Analyse festgestellten Bedarf?
- Ist die Intervention im Unternehmen überhaupt realisierbar (Unternehmensform, Unternehmensgröße)?

¹⁷¹ Vgl. Helmut Graf 2006, Seite 65.

¹⁷² Vgl. Eva Bamberg et al. 1998, Seite 177–178.

- Ist die Intervention für die Zielgruppe geeignet (Bottom-up, Top-down)?
- Über welche Ressourcen verfüge ich (Kosten, Dauer, MitarbeiterInnen)?
- Lässt sich die Maßnahme gut evaluieren (Zieldefinition, geeignetes Evaluierungsinstrument)?
- Habe ich Zugang zu nötiger Unterstützung?

Im Rahmen der operativen Planung der Durchführungsphase müssen personelle Zuständigkeiten bestimmt und die notwendige vertrauensbildende Öffentlichkeitsarbeit diskutiert werden. Partizipation und Transparenz durch festgelegte AnsprechpartnerInnen sowie die Möglichkeit zur direkten Teilnahme an Gesundheitszirkeln und Arbeitskreisen sind hier wesentlich. Dabei ist es unerlässlich, sich bereits im Vorfeld darüber Gedanken zu machen, wie mit Diskussionsergebnissen und etwaigen Veränderungsvorschlägen der MitarbeiterInnen umgegangen werden soll.

Bei der Auswahl geeigneter Interventionsinstrumente können Akteure der betrieblichen Gesundheitsförderung mittlerweile auf eine große Anzahl von Instrumenten, Ansätzen und Methoden zurückgreifen, sollten aber in jedem Fall die spezifische Situation des jeweiligen Betriebes mitdenken. Im Sinne der Luxemburger Deklaration für betriebliche Gesundheitsförderung (siehe Kapitel 1) müssen Interventionen sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientiert sein. Die Maßnahmen zielen also einerseits auf das Verhalten der arbeitstätigen Person ab und andererseits auf die Bedingungen, unter denen die jeweilige Person arbeiten muss. Dabei bedingen sich diese beiden Ebenen bis zu einem gewissen Ausmaß gegenseitig und sind hierarchisch zu denken, im Sinne einer Überordnung der Verhältnis- gegenüber der Verhaltensprävention.¹⁷³ So reicht es für eine „erfolgreiche“ Gesundheitsförderung nicht aus, die Belastungen von einseitiger Bildschirmarbeit allein durch körperliche Maßnahmen zu reduzieren, sondern es muss vorerst einmal überlegt werden, wie die Arbeit gestaltet und organisiert sein sollte, um gesundheitsförderlich zu sein.

Übersicht 7: Personen- und bedingungsbezogene Interventionen der betrieblichen Gesundheitsförderung

	Personenbezogene Interventionen = verhaltensorientiert	Bedingungsbezogene Interventionen = verhältnisorientiert
Bezogen auf	Einzelne Personen → individuumorientiert	Arbeitssysteme und Personengruppen → strukturiert
Beispiele für Maßnahmen	Rückenschule, Stressimmunisierungstraining	vollständige Aufgaben, Gruppenarbeit, Arbeitszeitgestaltung
Wirkungsebene	Individuelles Verhalten	Organisationales, soziales und individuelles Verhalten
Personenbezogene Effekte	Gesundheit, Leistungsfähigkeit	Positives Selbstwertgefühl, Kompetenz, Kohärenzerleben, Selbstwirksamkeit, Internale Kontrolle, Gesundheit, Motivation, Leistungsfähigkeit
Wirtschaftliche Effekte	Reduzierung krankheitsbedingter Fehlzeiten	Verbesserung der Produktivität, Qualität, Flexibilität und Innovationsfähigkeit, geringere Fehlzeiten und Fluktuation
Effektdauer	Kurz- bis mittelfristig	Mittel- bis langfristig

Quelle: Eberhard Ulich 2001, Seite 486

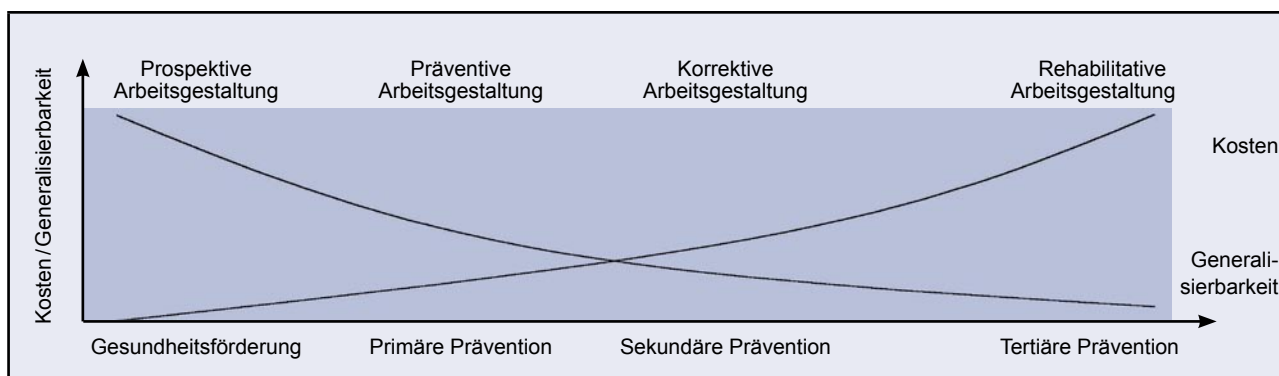
Idealerweise sollten Maßnahmen wissenschaftlich fundiert, ökonomisch gerechtfertigt sowie von den Betroffenen akzeptiert sein und dort ansetzen, wo der größte Bedarf besteht. Um positive Effekte der Interventionen zu gewährleisten, ist es nach Badura et al. zudem notwendig, „längerfristig die Gesundheitskompetenz der Beschäftigten zu erhöhen“ und „personen- und umweltbezogene Maßnahmen problemgerecht“ zu kombinieren.¹⁷⁴ Denn durch die Kombination bedingungs- und personenbezogener Interventionen wird „human gestaltete Arbeit“ langfristig wirksam und nutzbar. Je nachdem, ob die Prinzipien gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung schon in der Planungs-, Entwurfs- oder Neustrukturierungsphase berücksichtigt werden oder erst im Nachhinein aus ergonomischen, physiologischen, psychologischen, sicherheitstechnischen oder rechtlichen Gründen abge-

¹⁷³ Vgl. Eberhard Ulich/Marc Wülser 2004.

¹⁷⁴ Vgl. Bernhard Badura et al. 1999, Seite 96.

wandelt werden, spricht man von prospektiver oder korrekativer Arbeitsgestaltung. Wie die Abbildung 5 zeigt, sind mit einer umfassenden Berücksichtigung gesundheitsfördernder Elemente in der frühen Gestaltungsphase nicht nur ein hoher Grad an Generalisierbarkeit (Transfer und Verallgemeinerung in andere Strukturen) gegeben, sondern es sind auch die organisatorischen, räumlichen und dadurch verursachten finanziellen Kosten geringer als bei nachträglichen korrekativen Maßnahmen der Arbeitsgestaltung.

Abbildung 5: Verhältnis von Generalisierbarkeit und Kosten unterschiedlicher Maßnahmen der Arbeitsgestaltung



Quelle: Richter 2002a, Seite 47, nach: Eberhard Ulich/Marc Wülser 2004, Seite 121

Im Folgenden soll eine kurze Übersicht, über verschiedene Interventionsfelder geliefert werden. Sie beansprucht keine Vollständigkeit, sondern dient in erster Linie dem Aufzeigen der Vielzahl an Dimensionen, die bei gesundheitsfördernden Interventionen berücksichtigt und kombiniert werden müssen.

Übersicht 8: Mögliche Dimensionen gesundheitsfördernder Maßnahmen¹⁷⁵

Arbeitsplatz	Art der Arbeit (z. B. Bildschirm, Produktion etc.)
Arbeitsumfeld	Raumklima Lärm Licht Erschütterung Bauliche Veränderungen partizipativ gestalten Partizipative Organisationsentwicklung
Aufgabengestaltung	Kollektive Aufgabenerweiterung Individuelle Aufgabenerweiterung
Arbeitsorganisation	Qualitätszirkel Projektgruppen Fertigungsteams Teilautonome Arbeitsgruppen Sicherheit am Arbeitsplatz
Arbeitszeit	Schichtarbeit Variables Arbeitszeitmodell Gleitendes Arbeitszeitmodell Dynamisches Arbeitszeitmodell
Personalentwicklung	Zusammenarbeit im Team Förderung des „Wir-Gefühls“ BGF als Führungsaufgabe
Gesundheitsverhalten	Bewegung Ernährung Genussmittelkonsum (Zigaretten, Alkohol) Wellness Stressmanagement Psychosoziale Gesundheit

¹⁷⁵ Konkrete Maßnahmen sind in diversen Nachschlagewerken für betriebliche Gesundheitsförderung zu finden. Vgl. Kapitel 3.4.3.3.

Bis auf Interventionen, die auf die Verbesserung des Gesundheitsverhaltens abzielen, sind alle hier aufgezählten Dimensionen bedingungsbezogen (=verhältnisorientiert). Dabei gilt eine sachgerechte Gestaltung von äußeren Arbeitsbedingungen als notwendige, aber nicht hinreichende Voraussetzung für die Gesundheitsförderung. Interventionen müssen darüber hinaus folgende gesundheitsfördernde Bedingungen schaffen:

- Hierarchisch und sequentiell vollständige Aufgaben,
- Vielfalt zu bearbeitender Aufgaben,
- Arbeitsbedingte Kommunikation und Kooperation,
- Informelle Kommunikationsmöglichkeiten,
- Soziale Unterstützung,
- Entscheidungs-, Gestaltungs- und Handlungsspielräume,
- Transparenz und Vorhersagbarkeit.

Bei den Ansatzpunkten für personenbezogene Interventionen kann zwischen jenen Maßnahmen, die auf eine Veränderung des gesundheitsbezogenen Verhaltens (z. B. Raucherentwöhnung, Entspannung etc.) abzielen, jenen, die internale Ressourcen (z. B. soziale Kompetenzen, Stressmanagement etc.) zu stärken suchen und jenen, die den Ausbau externaler Ressourcen (z. B. soziale Unterstützung, Handlungsspielraum) fördern, unterschieden werden. Dabei ist zu beachten, dass externe Ressourcen in der Arbeitstätigkeit, den Ausführungsbedingungen und in der organisationellen Einbettung durch bedingungsbezogene Interventionen erzeugt, ihre Wirkung aber erst entfalten, wenn sie durch personenbezogene Maßnahmen unterstützt werden.

3.4.3.2 Durchführung

Je nach technischem, finanziellem und zeitlichem Aufwand für die Durchführung von gesundheitsfördernden Maßnahmen sowie den Machtverhältnissen im Unternehmen werden Verbesserungsvorschläge direkt vom Vorgesetzten umgesetzt oder bestimmte Verfahrensweisen zur Umsetzung in Arbeitskreisen entwickelt. Bei höheren Kosten bieten sich zwei unterschiedliche Vorgehensweisen an. Im Rahmen des betrieblichen Vorschlagswesens können die zuvor von den Beschäftigten erarbeiteten und im Arbeitskreis diskutierten Verbesserungsvorschläge aufgenommen und umgesetzt werden. Eine schnellere und praktikablere Variante ist nach Badura et al. aber die Einrichtung von zeitlich begrenzten und mit entsprechenden Kompetenzen und Befugnissen ausgestatteten Projektgruppen zur Umsetzung konkreter Maßnahmen.¹⁷⁶ In jedem Fall muss eine ausreichende Flexibilität der geplanten Interventionen, im Sinne einer inhaltlichen und prozessbezogenen Konzeption sowie der Berücksichtigung des spezifischen Unternehmenskontexts, sichergestellt werden. Denn durch die „rezeptartige Anwendung“ von Interventionsinstrumenten werden zusätzliche sinnvolle Maßnahmen oft eher behindert als unterstützt.¹⁷⁷

Wie bereits angedeutet wurde, ist bei der Durchführung und Steuerung von Interventionen ein im Vorhinein festgelegter und mit der Umsetzung der Maßnahmen betrauter Arbeitskreis von großer Bedeutung. Die Arbeitskreise können grundsätzlich aus Personalleitung, Sicherheitsfachkraft, betriebsärztlichem Dienst und Betriebsrat/-rätin bestehen und für die Diskussion und Umsetzung von Maßnahmen „sinnvoll“ erweitert werden. Dabei sollte der mit einer Erweiterung verbundene Nutzen für die Umsetzung mitgedacht werden, wie es in Übersicht 9 beispielhaft dargestellt ist.

¹⁷⁶ Vgl. ebenda 1999, Seite 95.

¹⁷⁷ Vgl. Eberhard Ulich/Marc Wülser 2004, Seite 119.

Übersicht 9: Mögliche Erweiterungen des Arbeitskreises

Personenkreis	Nutzen
Beschäftigte	Schaffung von Akzeptanz bei den MitarbeiterInnen
Betrieblicher Sozialdienst	Z. B. Kompetenzen für Suchtprobleme
Verpflegungseinrichtungen	Beitrag zu gesunder Verpflegung
Die jeweiligen Krankenkassen	Interessenausgleich, breiter Erfahrungsschatz
Interne Organisationsentwickler	Unterstützung bei Struktur- und Prozessveränderungen

Quelle: Bernhard Badura et al. 1999, Seite 72.

Innerhalb eines solchen Arbeitskreises ist eine fix vorgegebene Verteilung von Verantwortlichkeiten bei der Steuerung und Vernetzung von Einzelmaßnahmen sinnvoll. Denn eine effiziente Umsetzung von Maßnahmen inklusive Prozessevaluation (siehe Kapitel 3.4.4) verlangt nach einer klaren Organisation, innerhalb der auch Unternehmensführung und Beschäftigte ihre Anlaufstellen und VerantwortungsträgerInnen genau kennen. Nur so ist davon auszugehen, dass etwaige Probleme ihren Weg zur Artikulation finden und begonnene Interventionsmaßnahmen gegebenenfalls adaptiert werden. Ein offener Umgang mit Entscheidungen von VerantwortungsträgerInnen und ihren Ursachen (z. B. Verzögerungen bei der Umsetzung von Maßnahmen) sowie die Beteiligung von Beschäftigten in Arbeitskreisen oder Projektgruppen tragen zur Akzeptanz von gesundheitsfördernden Aktivitäten des Betriebes bei und sind damit auch grundlegend für den Erfolg von Interventionen.

Folgende mögliche Steuerungs- und Umsetzungsprobleme sind bei der Durchführung von „Betrieblichem Gesundheitsmanagement“ (BGM) zu beachten, die auch für BGF-Projekte von Bedeutung sind.

Übersicht 10: Steuerungs- und Umsetzungsprobleme des BGM

BGM stößt auf Widerstände:	In der Vergangenheit beobachtete Mängel in Anlage und Vorgehen von BGM
<ul style="list-style-type: none"> • Weil das Management Ziele und Leistungen der Gesundheitsförderung mit Zielen und Leistungen des Arbeitsschutzes gleichsetzt • Weil das allgemeine Interesse an BGM bedingt durch fehlendes Problembewusstsein gering ist • Weil die Beschäftigten misstrauisch sind und/oder Angst vor Missbrauch persönlicher Daten haben • Weil zu kurzfristige Effekte (z. B. sofortige Kürzung des Krankenstandes) erwartet werden • Weil längerfristige sowie motivierende Vorteile und Nutzen für die Organisation unterschätzt werden (da man alleine auf kostensenkende Effekte setzt) 	<ul style="list-style-type: none"> • Bedarfsanalyse wird unterlassen oder ist mangelhaft • Prioritätensetzung oder Zielgruppenauswahl sind nicht am realen Bedarf orientiert • Es kommen verhaltenspräventive Maßnahmen zum Einsatz, deren Wirkung nicht ausreichend belegt ist • BGM wird als zeitlich begrenztes Projekt angesehen, hat daher auch nur einen geringen Wert und geringe Priorität in der Organisation • Evaluation der eingeleiteten Maßnahmen wird unterlassen oder hat methodische Mängel

Quelle: Bernhard Badura et al. 1999, Seite 106

3.4.3.3 Nachschlagewerke und Links für Interventionsmaßnahmen

Da es mittlerweile eine große Vielfalt an gesundheitsfördernden Maßnahmen und Interventionen gibt, werden im Folgenden überblicksartig Nachschlagewerke und Links zur Durchführung von Interventionen in Hinblick auf unterschiedliche Themen vorgestellt.

Weiterführende Literatur:

Bamberg, Eva/Ducki, Antje/Metz, Anna-Marie (Hg.) (1998): Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, Göttingen.

1. Bedingungsbezogene Intervention

Arbeitsbedingungs-gestaltung

- Sicherheit am Arbeitsplatz
- Überbetrieblicher Belastungsfaktor
- Schichtarbeit und Nachtarbeit
- Mehrarbeit
- Flexible Arbeitszeiten
- Belastungen am Arbeitsplatz

Arbeitsinhalt

- Salutogene Arbeitsinhalte
- Psychologische Arbeitsgestaltung
- Korrektive, präventive und prospektive Strategien
- Vollständige Tätigkeiten
- Vielfalt der Aufgaben
- Arbeitsbedingte Kommunikation und Kooperation
- Informelle Kommunikation
- Soziale Unterstützung
- Entscheidungs-, Gestaltungs- und Handlungsspielräume
- Transparenz und Vorhersehbarkeit

Organisationale Gestaltung

- Aufbau und Ablauforganisation
- Aufgabenteilung
- Informations und Kommunikationsstrukturen
- Differentielle Arbeitsgestaltung

2. Personenbezogene Interventionen

- Information und Aufklärung
- Instruktion und Unterweisung
- Verhaltensmodifikation
- Beratung, Coaching
- Training, Kurs, Seminar
- Beratungssystem und Beratungsgespräch
- (Problemlöse-)gruppen

Spezifische Themen:

- Kommunikation, Information und Beteiligung
- Führung
- Umgebungsbedingungen
- Alkoholprävention
- Mobbing
- Burnout
- Outdoor Training

3. Integration personenbezogener- und bedingungsbezogener Interventionen
4. Realisierung präventiver Potenziale in den Ausführungsbedingungen von Arbeitstätigkeiten
 - Arbeitszeit
 - Räumliche Gestaltung
 - Ergonomische Arbeitsplätze
 - Umgang mit Schadfaktoren
5. Realisierung salutogenetischer Potenziale in Arbeitstätigkeiten
 - Qualifikation fördern
 - Kommunikationstrainings
 - Freiheitsgrade erkennen
 - Internale Kontrollüberzeugung
 - Problemlösung

Braumann, Klaus Michael (2005): Fit im Beruf – einige Hinweise zum Gesundheitscoaching aus bewegungsmedizinischer Sicht. In: Lauterbach, Matthias: Gesundheitscoaching – Strategien und Methoden für Fitness und Lebensbalance im Beruf, Heidelberg, Seiten 202–216.

Bewegung im Arbeitsleben

Kriener, Birgit/Neudorfer, Ernst/Künzel, Daniela/Aichinger, Alice (2004) Gesund durchs Arbeitsleben – Empfehlungen für eine zukunfts- und alternsorientierte betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelbetrieben, Wien.

Schulung von Multiplikatoren
 Modelle auf betrieblicher Ebene
 UnternehmerInnenworkshop/coaching
 Gesunde Führung & Gesundheitsworkshop im Unternehmen
 Kompaktform BGF- Projekt
 Instrumente zur eigenen Anwendung

Lauterbach, Matthias (2005): Gesundheitscoaching – Strategien und Methoden für Fitness und Lebensbalance im Beruf, Heidelberg (Kapitel methodische Umsetzung).

Gesundheitscoaching im Einzelsetting

Maslach, Christina/Leitner, Michael P. (2001): Die Wahrheit über Bournout – Stress am Arbeitsplatz und was Sie dagegen tun können, Wien/New York.

Burnout verhindern und Identifikation aufbauen

Schedlowski, Manfred (2005): Stress, Stressreaktionen und Belastungsbewältigung. In: Lauterbach, Matthias: Gesundheitscoaching – Strategien und Methoden für Fitness und Lebensbalance im Beruf, Heidelberg, Seite 227–237.

Kognitives Verhaltenstraining zur Stressreduktion

Ulich, Eberhard/Wülser, Marc (Hg.) (2004): Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven, Wiesbaden.

Beispiele Präventiver Arbeitsgestaltung
 Beispiele Prospektier Arbeitsgestaltung

Korrektive Arbeitsgestaltung
 Soziotechnischer Systemansatz
 Gesundheitsförderliche Aufgabengestaltung
 Tätigkeitsspielraum Gruppenarbeit
 Einsatz neuer Technologien
 Unternehmenskultur- gesunde/ ungesunde Organisation
 BGF im Rahmen von Managementinstrumenten
 Erweiterte Wirtschaftlichkeitsanalyse
 Balanced Scorecard

Wienemann, Elisabeth (2005): Betriebliches Gesundheitsmanagement und die Rolle der Führungskraft. In: Lauterbach, Matthias: Gesundheitscoaching – Strategien und Methoden für Fitness und Lebensbalance im Beruf, Heidelberg, Seite 238–246.

Gesundheitsbezogene Aktivitäten in betrieblichen Organisationen

Links:

www.kmu-vital.ch/default2.asp?page=module&cat=3

Arbeitsgestaltung

Optimierung von Arbeitsplatz und Arbeitsmittel
 Erweiterung der Arbeitsaufgaben (job rotation, job enrichment etc.)
 Einführung von Gruppen-(Team-)arbeit
 Einführung eines neuen Arbeitszeitmodells (Schichtarbeit, flexible Arbeitszeitmodelle)
 Aspekte der Ergonomie
 Wie richte ich meinen Arbeitsplatz ergonomisch korrekt ein?
 Auf was muss ich beim Heben und Tragen von Lasten achten?
 Welches sind günstige raumklimatische Bedingungen (Licht, Lärm, Raumklima)?
 Wie erhebe ich die Arbeitsbedingungen am Arbeitsplatz?

Zusammenarbeit im Team (Workshop)

Workshop Kommunikation im Team
 Workshop Wie stärken wir uns gegenseitig?
 Workshop unterschiedlichen Fähigkeiten nutzen
 Workshop Auseinandersetzungen
 BGF als Führungsaufgabe (Workshop)
 Erkennen von Einflussfaktoren auf Motivation und Leistungsfähigkeit
 Erkennen von Krisenmerkmalen bei Mitarbeitern
 Fähigkeit anspruchsvolle Führungsgespräche zu führen
 Erkennen von Möglichkeiten und Grenzen der Führung

Wellness (Merkblätter oder Externe Anbieter)

Bewegung
 Ernährung
 Entspannung

Stressmanagement (3 Kurse)

www.netzwerk-bgf.at (unter Projekt WEG/Unterlagen zu BGF in KMU's)

Aspekte der psychosozialen Gesundheit am Arbeitsplatz
 Bewegung und Ernährung
 Fehlzeiten- und Krankenstandsmanagement
 Bauliche Veränderungen partizipativ gestalten
 BGF als Führungsaufgabe
 BGF und Organisationsentwicklung

www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Handlungshilfen-und-Praxisbeispiele/Handlungshilfen_und_Praxisbeispiele.html_nnn=true

Arbeitszeitgestaltung: Nacht und Schichtarbeit, „Bass“ Computerprogramm zur Schichteinteilung
 Maßnahmenkonzept für Gefahrenstoffe
 EpiManager Computerprogramm zur Gestaltung von Studien in Arbeitsmedizin
 Bekämpfung von psychischen Fehlbelastungen und Stress am Arbeitsplatz
 SIGMA und BASA: Shareware: Bewertung und Gestaltung von Arbeitstätigkeiten (SIGMA)/Bewertung von Arbeitsbedingungen (BASA)
 Maßnahmen gegen Stress

3.4.4 Evaluation und Qualitätssicherung

„Die Erfolgsbewertung (oder auch Evaluation genannt) ist das zentrale Element, das Gesundheitsmanagement von bloßem „Gesundheitsaktivismus“ unterscheidet. Erst durch eine fundierte Evaluation werden aus Einrichtungen und Leistungen des Gesundheitsmanagements „Lernende Systeme“. Diese Systeme informieren sich regelmäßig durch Rückmeldung über Angemessenheit, Effektivität und Effizienz ihrer Aktivitäten und Programme und können sich somit ihrer Umwelt durch kontinuierliche Optimierung oder auch grundsätzliche Überarbeitung ihrer Strukturen und Prozesse anpassen.“¹⁷⁸

Grundsätzlich geht es in Evaluationen darum, die Zielerreichung des Gesundheitsprojektes bzw. Gesundheitsmanagements zu überprüfen und als lernende Organisation Ergebnisse von Evaluationen in den laufenden Gesundheitsprozess zu integrieren. Damit ist die Evaluation ein unverzichtbarer Bestandteil betrieblicher Gesundheitsförderung und verlangt nach ausreichender Berücksichtigung in der Konzeptionsphase sowie nach einem nicht unbeträchtlichen Evaluationsbudget. Jedoch ist bei der Erfolgsbewertung zu berücksichtigen, dass sich der Aufwand in einem „vernünftigen“ Rahmen zu den Maßnahmen bewegt und die betrieblichen Möglichkeiten nicht überschätzt werden. In jedem Fall muss bei der Durchführung von Evaluationen darauf geachtet werden, dass die Instrumente von ausreichender Qualität sind und tatsächlich die zu beurteilenden Merkmale erfassen (Validität) sowie relevante Kriterien nicht übersehen (Reliabilität). Die Evaluation betrieblicher Gesundheitsförderung fungiert dabei als Teil der Qualitätssicherung in Betrieben und sollte daher möglichst anschlussfähig für andere Qualitätsmanagementsysteme sein, indem z. B. allgemeine Kriterien des Qualitätsmanagements berücksichtigt werden und in ein geeignetes Evaluationskonzept der betrieblichen Gesundheitsförderung einfließen.¹⁷⁹ Um ein solches Evaluationskonzept zu entwickeln, ist es hilfreich folgende Fragestellungen zu beachten:¹⁸⁰

¹⁷⁸ Bernhard Badura et al. 1999, Seite 112.

¹⁷⁹ Vgl. Eberhard Ulich/Marc Wülser 2004, Seite 178.

¹⁸⁰ Vgl. R. Horst Noack 1999, Seite 168.

- Welche gesundheitsrelevanten Informationen sollen mit Hilfe von Evaluationen gewonnen werden, was ist der Informationsbedarf?
- Welche Daten müssen dazu erfasst, kodiert und dokumentiert werden?
- Wie können diese Daten ausgewertet werden, welche gesundheitsrelevanten Informationen enthalten sie?
- Wie können die gewonnenen Gesundheitsinformationen an die Führungskräfte und an die Betrieblichen Akteure rückgemeldet und in deren Entscheidungsprozess sowie in die Arbeitsabläufe integriert werden?

Im Wesentlichen sind drei Formen der Evaluation betrieblicher Gesundheitsförderung zu unterscheiden: 1.) Strukturevaluation, die den Einfluss von Maßnahmen auf Organisationsstrukturen überprüft, 2.) Prozessevaluation, in der nach der Art der Durchführung, der Abfolge verschiedener Verfahrensschritte sowie Verläufen gefragt wird, und 3.) Ergebnisevaluation, die die Konsequenzen von Maßnahmen überprüft (siehe Übersicht 11).

Übersicht 11: Evaluationsebenen, Bezugspunkte sowie praktikable Instrumente im Betrieb

Evaluationsebene	Bezugspunkte	Fragestellung im Betrieb	Mögliche Instrumente
Strukturevaluation	Beurteilt Ergebnisse und Erkenntnisse über den Einfluss der Maßnahmen auf spezielle Organisationsstrukturen	„Gibt es nach den Maßnahmen gesundheitsförderliche Strukturen im Betrieb?“ (z. B. Weiterbildung zum Thema „Gesundheit“ oder auch Hebe- und Tragehilfen) „Wie weit hat sich z. B. die geplante Verbesserung der Kommunikations- und Führungsstrukturen eingestellt?“	MitarbeiterInnenbefragung nach Maßnahmen MitarbeiterInnenbefragung nach Belastungen/Beschwerden bei nächstem Zyklus Neue Organigramme
Prozessevaluation	Findet bereits während des Gesundheitsmanagements als „Teilcontrolling“ statt, wodurch ggf. über Veränderungen oder Beibehaltung von Maßnahmen entschieden werden kann	„Mit welchen Interventionsmaßnahmen (z. B. Zirkel, Rückenschule) haben sich zu einem bestimmten Zeitpunkt Erfolge oder auch Misserfolge unter welchem Aufwand eingestellt?“ „Welche Probleme gab es während der Durchführung von Maßnahmen?“	Standardisierte Befragung der TeilnehmerInnen von Maßnahmen durch VeranstalterInnen Zwischenresümeees bspw. in Zirkeln durch ModeratorInnen Focusgruppen, die Umsetzungen in ihren Bereichen beurteilen
Ergebnisevaluation	Beurteilt die Wirksamkeit von Maßnahmen und berücksichtigt dabei das Ausmaß einer Zielerreichung (auch über Auswertungen von Zwischenbilanzen und Ergebnissen)	„Hat die Intervention die erwünschte Wirkung erbracht, haben sich bspw. Krankenstände verringert bzw. hat sich das Wohlbefinden der Beschäftigten verbessert?“ „Haben sich die Risikofaktoren vermindert?“	Periodischer Gesundheitsbericht Periodische MitarbeiterInnenbefragungen nach Belastungen/Beschwerden Interne Fehlzeitauswertung

Quelle: Bernhard Badura et al. 1999, Seite 114–115

Da es mittlerweile eine ungeheure Vielzahl an unterschiedlichen Evaluationsinstrumenten gibt, deren Beschreibung alleine ein Handbuch ausfüllen würde, soll an dieser Stelle nicht weiter auf einzelne Instrumente eingegangen werden. Es ist aber sinnvoll, jene für die Bewertung des Gesundheitsgeschehens maßgeblichen Sensoren anzuführen (siehe Übersicht 12). Eine Veränderung der Werte, die von diesen Sensoren erhalten werden, geben Hinweis auf Veränderungen im betrieblichen Gesundheits- bzw. Krankheitsgeschehen und damit auf den Erfolg bzw. Misserfolg von Maßnahmen im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung. Sie sind aber gleichzeitig auch Voraussetzung für Planung und Zielfindung von betrieblicher Gesundheitsförderung und bereits Teil der Analysephase.

Übersicht 12: Sensoren des betrieblichen Gesundheitsmanagements

Wahrnehmung des Beziehungsgeflechts	Eine regelmäßige ungestörte Kommunikation mit den MitarbeiterInnen auf allen Ebenen eines Betriebes ermöglicht eine Wahrnehmung der Beziehungsgeflechte, der Führungsstrategien, des Führungsverhaltens und der Gestimmtheit der MitarbeiterInnen. Ohne diese Wahrnehmung können weder ein gezieltes Gesundheitsmanagement noch dessen Bewertung erfolgen.
Soziodemographie, Organisationsdemographie	Erst auf der Basis einer differenziert erstellten sozio- und organisationsdemographischen Auswertung (Altersaufbau der Belegschaft, Eintrittsalter bei Neuanstellung, generatives Verhalten etc.) sind Aussagen zu dem Gesundheits- und Krankheitsgeschehen möglich. Rationale Entscheidungen zur Gesundheitsförderung und zur Krankheitsprävention sowie deren Erfolgsbewertung sind nur mit Kenntnis dieser Auswertung möglich.
Anwesenheitsrate, Fehlzeitquoten	Das regelmäßige Ermitteln von Anwesenheitsraten oder Fehlzeitquoten und von den dazugehörigen betrieblichen Kosten ist ein erster Schritt zur Beobachtung des Krankheits- bzw. Gesundheitsgeschehens. Jedoch kann erst nach einer gezielten Untersuchung der Gründe für Veränderungen der Fehlzeiten festgestellt werden, inwiefern das Gesundheits- oder das Krankheitsgeschehen im Betrieb für Veränderungen verantwortlich sind. Denn Absentismus allein ist noch kein Indikator für Produktivität, Kreativität, Innovationsfähigkeit oder KundInnenorientierung.
Krankheitsgeschehen	Das Krankheitsgeschehen in einem Unternehmen oder in einer Organisation wird nur dann transparent, wenn die MitarbeiterInnen angstfrei mit vertrauenswürdigen ÄrztInnen über ihre Krankheiten sprechen können. Die unterstützende Zuwendung eines/einer solchen Betriebsarztes/Betriebsärztin zu erkrankten MitarbeiterInnen führt dann zu Daten, die in betriebliche Entscheidungen und deren Bewertung einfließen können.
Gesundheitsgeschehen	Das Gesundheitsgeschehen in einem Betrieb zeigt sich in dem erreichten Ergebnis aus der gemeinsamen Arbeit von MitarbeiterInnen und Führungspersonen. Das Ausmaß kundInnenorientierter Haltung, die Initiative zu Fortbildung, die Bereitschaft ständig Neues zu lernen, Kreativität und der Mut, Neues auszuprobieren, geben gute Hinweise auf den Zustand des Gesundheitsgeschehens.
Generatives Verhalten	Die Gestaltung von Arbeitsumgebung, Arbeitsplätzen und Arbeitszeiten aufgrund von Prognosen zum generativen Verhalten der MitarbeiterInnen ermöglicht es Eltern auch kleiner Kinder, ihre Kompetenz dem Betrieb zu Verfügung zu stellen. Nicht nur Kinderbetreuung und die Vermittlung von Betreuungsmöglichkeiten, sondern auch die Gestaltung der Arbeit, der Arbeitszeiten und Arbeitsaufgaben ist Voraussetzung, um zusammen mit den MitarbeiterInnen die beruflichen und privaten Verpflichtungen zu koordinieren. In diesem Sinne sind Prognosen zum generativen Verhalten sowie Bewertung der betrieblichen Vorsorge zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf wesentliche Sensoren der Gesundheitsförderung.
Fluktuation, Betriebszugehörigkeit	Die absolute Größe der Fluktuation allein ermöglicht noch keine Aussage über den inneren Zustand des Betriebes; abhängig von der regionalen Struktur, der Unternehmensart und der wirtschaftliche Situation können vielfältige Faktoren das Ausscheiden von MitarbeiterInnen beeinflussen. Veränderungen in der Fluktuation weisen aber auf eine Veränderung in der entsprechenden Organisation oder in deren Umfeld hin. Diese Veränderungen sind dann wieder relevant für das Gesundheitsgeschehen und sind bei den gesundheitsrelevanten Entscheidungen und der Bewertung zu berücksichtigen.
Kompetenzerweiterung und Weiterbildung	Veränderungen bei der Kompetenzerweiterung bzw. bei der Bereitschaft zu einer Kompetenzerweiterung weisen auf Veränderungen im Gesundheitsgeschehen hin und betreffen die Zukunftsfähigkeit von Unternehmen und Organisationen. Für die Bewertung des Gesundheitsgeschehens in einem Betrieb ist eine regelmäßige Kenntnis des Weiterbildungsverhaltens und des Interesses an Weiterbildung ein zentraler Indikator für die Ausprägung der gesunden Anteile.
Berufliche Barrieren	Für die Ermittlung beruflicher Barrieren hat die Arbeitsmedizin Handwerkszeug entwickelt, dass auf Anwendung wartet. Hier ist ein originäres Betätigungsfeld für WerkärztInnen oder BetriebsärztInnen, um in den Unternehmen, Organisationen und Wirtschaftszweigen Humankapital zu sichern.
Ausscheiden aus dem Arbeitsprozess	Die regelmäßige Befragung von MitarbeiterInnen, die aus dem Arbeitsprozess ausscheiden, ist ein wichtiger Sensor für die Beurteilung der jeweiligen Arbeitsumfelder, Arbeitsinhalte und für das Führungsverhalten der entsprechenden Führungspersonen.
Befragungen, Beurteilungen	Im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung ist die unmittelbare sensible Wahrnehmung der Meinungsbilder, Befindlichkeiten und Stimmungen in einer Belegschaft die Basis für unternehmerisches Handeln gegenüber oder mit den MitarbeiterInnen; mittelbare Wahrnehmungen durch nachgeordnete Führungspersonen bedürfen einer regelmäßigen Überprüfung. Befragungen sind zusätzliche unmittelbare und mittelbare Möglichkeiten, um Meinungsbilder, Befindlichkeiten und Stimmungen in einer Belegschaft zu erfassen, um verdeckte Meinungsbilder zu erkennen sowie um im Rahmen von Beurteilungen Standpunkte auszutauschen und Sichtweisen kennen zu lernen.
Betriebliche Krankheitskosten	Betriebliche Krankheitskosten und deren Entwicklung können in die Beurteilung der Qualität von Führungspersonen einfließen. Mit zunehmender Größe des Verantwortungsbereiches werden diese Kennzahlen weniger durch Zufälligkeiten beeinflusst. Die Höhe der betrieblichen Krankheitskosten verändert sich auch mit der Entwicklung bei der demographischen Zusammensetzung einer Belegschaft; die Ergebnisbewertung und die Bewertung der Entwicklung bei den Krankheitskosten müssen deswegen immer situationsbezogen mit Blick auf die Struktur der jeweiligen Belegschaft erfolgen. Die Angemessenheit von Führungsverhalten wird dann zum Thema der Leistungsbeurteilung, und die betrieblichen Krankheitskosten finden anteilig Berücksichtigung bei der Beurteilung der Angemessenheit von Zielverfolgung und dem Grad, in dem vereinbarte Ziele erreicht wurden.

Quelle: Jürgen M. Jancik 2002, Seite 129–149

Viele dieser Sensoren liefern eher „weiche“ als „harte“ Daten und sind kaum über verschiedene Betriebe hinweg vergleichbar. Deshalb sollte das Augenmerk weniger auf die absolute Größe der erfassbaren Daten gelegt werden als auf die Richtung und Geschwindigkeit von Veränderungen. Dies verlangt freilich nach wiederholter Erhebung der Daten mit jeweils den gleichen Methoden. Werden Methoden aus triftigen Gründen verändert, so müssen dadurch verursachte Schwankungen auch bei der Ergebnisbewertung berücksichtigt werden.

3.4.5 Förderungen für Gesundheitsprojekte

In Österreich erfolgte 1995 im Auftrag der Europäischen Kommission die Gründung des „EU-Netzwerkes betriebliche Gesundheitsförderung“. Ein Jahr später wurde die „Nationale Kontaktstelle“ an der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse eingerichtet, und 2000 kam es schließlich mit dem Ziel der regionalen Verbreitung zur Gründung des Österreichischen Netzwerkes Betriebliche Gesundheitsförderung (www.netzwerk-bgf.at). Folgende Partner und Regionalstellen in den Bundesländern arbeiten an der Entwicklung gemeinsamer Angebote und bieten den Betrieben in ihren Bundesländern Unterstützung an.

Koordinierungsstelle:

Oberösterreichische Gebietskrankenkasse (www.netzwerk-bgf.at).

Regionalstellen:

Burgenländische Gebietskrankenkasse (www.bgkk.at)

Fonds Gesundes Vorarlberg (www.vgkk.at)

Kärntner Gebietskrankenkasse (www.kgkk.at)

Niederösterreichische Gebietskrankenkasse (www.noegkk.at)

Oberösterreichische Gebietskrankenkasse (www.ooegkk.at)

Salzburger Gebietskrankenkasse (esv.sgkk.at)

Tiroler Gebietskrankenkasse (www.tgkk.at)

Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau (www.vaeb.at)

Wiener Gebietskrankenkasse (www.wgkk.at)

Partner:

Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (www.auva.at)

Bundesarbeitskammer (www.arbeiterkammer.at)

Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger (www.sozialversicherung.at)

Industriellenvereinigung (www.iv-net.at)

Österreichischer Gewerkschaftsbund (www.oegb.at)

Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft (esv-sva.sozvers.at)

Wirtschaftskammer Österreich (www.wko.at).

Darüber hinaus hat der 1998 gegründete Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) einen eigenen Bereich, der sich mit betrieblicher Gesundheitsförderung befasst. Mit Einsatz von Fördermitteln unterstützt der FGÖ folgende Aktivitäten der Gesundheitsförderung und Primärprävention:

- Praxisorientierte Projekte und Forschungsprojekte mit einem umfassenden Gesundheitsbegriff.
- Aufbau von Strukturen.
- Fortbildung, Vernetzung sowie Information und Aufklärung.

Die Programme sollen qualitativ hochwertig und vielfältig sein, um möglichst viele Menschen mit unterschiedlichsten Bedürfnissen zu erreichen. Grundsätzlich fördert der FGÖ nur Projekte mit einem Gesamtvolumen von

mehr als 10.000 Euro und übernimmt Teilfinanzierungen von Praxisprojekten – in der Regel von einem Drittel bis maximal zwei Drittel der anerkannten Gesamtkosten, wobei es bei so genannten Modellprojekten auch Ausnahmen gibt. Details zur Förderphilosophie, zu den Förderkriterien, Arbeitsgrundsätzen und geförderten Projekten finden sich auf der Homepage des FGÖ (www.fgoe.org).

4 Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung

Ziel arbeitsmarktpolitischer Maßnahmen ist in den meisten Fällen die Wiedereingliederung in die Erwerbsarbeit. Um eine solche Reintegration leisten zu können, müssen vorerst die psychischen und physischen Rahmenbedingungen für den Wiedereinstieg hergestellt sein. Der Arbeitsplatzverlust hat negativen Einfluss auf die psychische und physische Gesundheit sowie die psychosozialen Ressourcen einer Person (vgl. Kapitel 2). Zeiten von Arbeitslosigkeit zu reduzieren kann somit gesundheitsstabilisierende Wirkungen haben – sofern mit der Erwerbsarbeit keine neuerlichen gesundheitlichen Belastungen verbunden sind. Vor dem Hintergrund von konstanter Sockelarbeitslosigkeit und der Problematik der Langzeitarbeitslosigkeit bzw. der wiederholten Arbeitslosigkeit stellt sich die Frage, ob neben den klassischen arbeitsmarktpolitischen Maßnahmen und Initiativen (Qualifizierungs-, Berufsorientierungskurse und Vermittlung) spezifische gesundheitsförderliche Interventionen gesetzt werden können und sollen, um Krankheit und gesundheitlicher Destabilisierung in der Phase der Arbeitslosigkeit zu begegnen. Es existieren Pilotprojekte und Maßnahmenkonzepte, die im Folgenden dargestellt werden.

4.1 Maßnahmenplanung

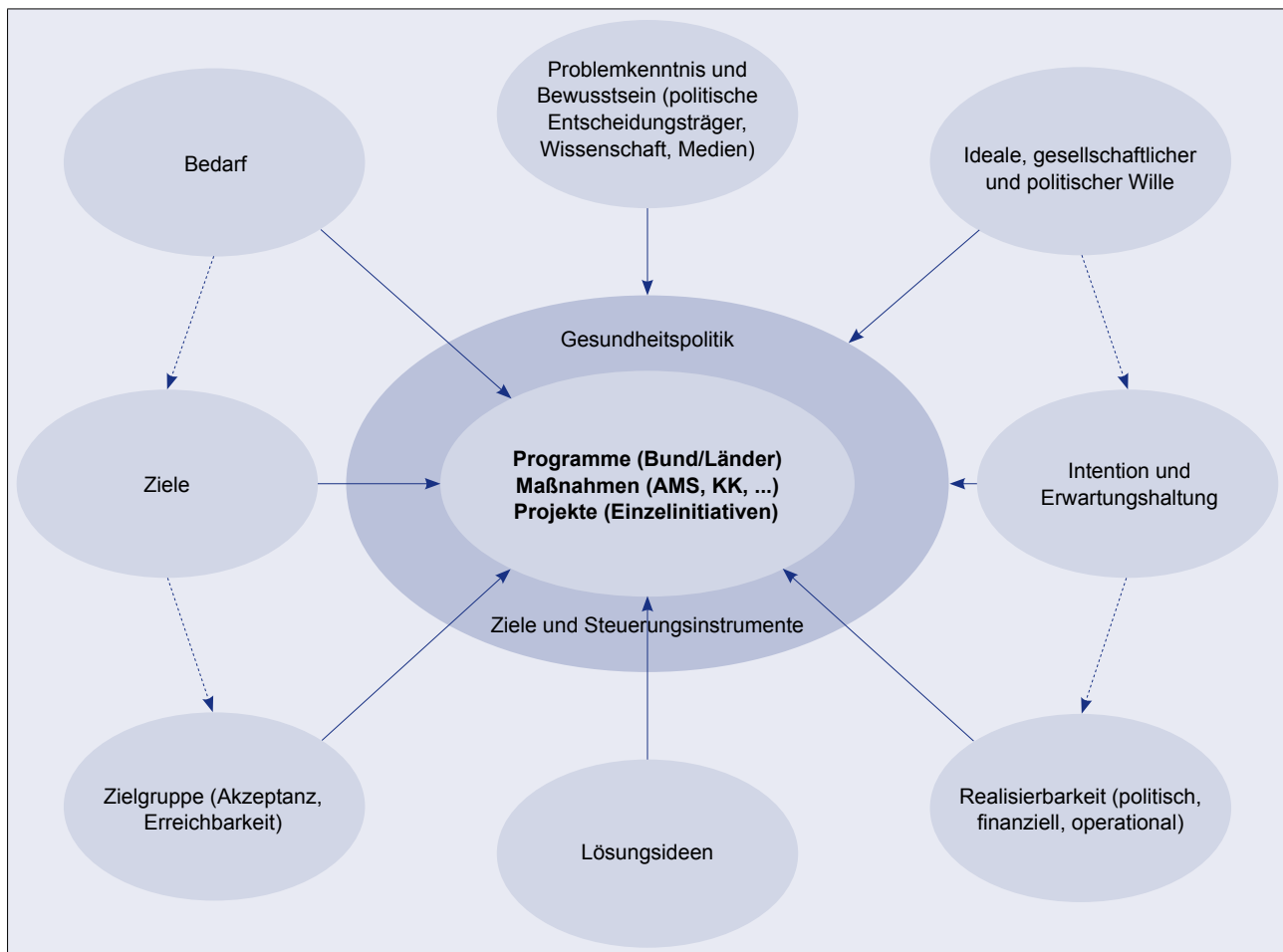
Staatliche Interventionen im sozialökonomischen Bereich (z. B. Transferleistungen, Angebot von Kinderbetreuungseinrichtungen) sowie verschiedene zielgruppenspezifische Einzelmaßnahmen (z. B. Suchtpräventionsprojekte) sind Teil der österreichischen Sozialpolitik. Dass in Österreich trotz Bedarf an Gesundheitsförderung bei Erwerbslosen kaum zielgerichtete Maßnahmen existieren, liegt nicht zuletzt an der enormen Heterogenität dieser Zielgruppe.

In Österreich erfüllt der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ – siehe Kapitel 3.4.5) den gesetzlichen Auftrag der Gesundheitsförderung und Primärprävention. Zu seiner Zielgruppe gehören „besonders gefährdete und benachteiligte Gruppen“, „Arbeitslose“ sind nicht explizit inkludiert. Erwerbstätige hingegen und das Setting „Arbeitsplatz“ fallen in den Zuständigkeitsbereich des FGÖ, womit Arbeitslose im Gegensatz zu Erwerbstätigen keinen Anspruch auf Gesundheitsförderung haben. Im Rahmen von EQUAL-Projekten¹⁸¹ und AMS-Kursen werden vereinzelt zusätzlich zu Berufsorientierung, Placement und Qualifizierung gesundheitsfördernde Tools angeboten (z. B. Ernährungsberatung, Informationen hinsichtlich gesundheitsfördernder bzw. therapeutischer Angebote). Das Projekt „Needles or Pins“ kombinierte erstmals Arbeitssuche und Suchtbekämpfung¹⁸² und hatte rehabilitativen Charakter. Weitere gezielte Maßnahmen für Arbeitslose gibt es derzeit (2006) im Gesundheitsbereich kaum.

Eine umfassende Maßnahmenkonzeption wäre daher notwendig. Die folgende Abbildung stellt die dabei mitspielenden Rahmenbedingungen dar.

181 www.esf-equal.at

182 Der Evaluationsbericht des Projektes ist abrufbar unter: www.abif.at/deutsch/download/Files/needles%20or%20pins.pdf [16.08.2006].

Abbildung 6: Einflussfaktoren bei der Maßnahmenkonzeption

Quelle: Thomas Elkeles/Wolf Kirschner 2004, Seite 50ff, eigene Visualisierung und Ergänzungen

Erläuterungen zur Graphik

Eine Bedarfserhebung bzw. eine Erhebung des Ist-Zustandes geht der Programm-, Maßnahmen- und Projektentwicklung voraus, um die Zielgruppen bestmöglich erkennen und bedienen zu können. Ziele und damit auch die Zielgruppen sind von großer Heterogenität gekennzeichnet. Es gilt zu differenzieren, ob primäres Ziel die Wiedereingliederung in den Erwerbsarbeitsmarkt ist oder eine Verbesserung der gesundheitlichen Lage.¹⁸³ Forschungen haben ergeben, dass folgende Variablen das Gesundheitsrisiko der Zielgruppe „Arbeitslose“ beeinflussen: Alter, Geschlecht, Qualifikation, Dauer der Arbeitslosigkeit, gesundheitliche Belastungen (z. B. bestehende Krankheiten) und Ressourcen (z. B. soziales Netz) sowie gesundheitliche Risiken aus individueller Prädisposition (z. B. Verhalten), sozialer Lage und Umwelt.¹⁸⁴ Die Erreichbarkeit der Zielgruppe ist aufgrund der großen Heterogenität, ihres geringen Organisationsgrades, ihrer hohen Fluktuation und ihrer (mitunter auftretenden) Stigmatisierung als schwierig zu bezeichnen.¹⁸⁵ Die Akzeptanz von gesundheitsfördernden Interventionen bei den verschiedenen Zielgruppen ist (noch) kaum fundiert erhoben. Um der Heterogenität der Zielgruppe gerecht zu werden, gilt es bei der Planung von gesundheitsfördernden Interventionen Ein- und Ausschlusskriterien bezüglich der Zielgruppe genau festzulegen. Ein Verfahren zur Zuordnung der potenziellen TeilnehmerInnen zu ausdifferenzierten Zielgruppen wäre hilfreich (z. B. Erhebungsbogen, Assessment-Center), um den Arbeitslosen die zu ihnen und ihrer Situation bestpassenden Maßnahmen anbieten zu können.

¹⁸³ Vgl. Thomas Elkeles/Wolf Kirschner 2004, Seite 59.

¹⁸⁴ Vgl. ebenda, Seite 16f sowie Seite 53.

¹⁸⁵ Vgl. ebenda, Seite 56.

In der Gesundheitspolitik (zentraler Außenkreis) werden unter den gegebenen Rahmenbedingungen (Satelliten in der Graphik) Richtlinien entwickelt. EU-Richtlinien setzen beispielsweise für die nationalen politischen Akteure Maßstäbe zur Etablierung einer nachhaltigen Gesundheitsvorsorge. Die Gesundheitspolitik hat diese Vorgaben dann in der nationalen Gesetzgebung zu implementieren, sodass Handlungsanweisungen für die konkrete Umsetzung gegeben sind. Die konkreten Schritte erfolgen dann in Programmen, Maßnahmen und Projekten (zentraler Innenkreis der Graphik). Programme werden von politischen Entscheidungsinstitutionen (Bund, Länder und Gemeinden) implementiert. Maßnahmenträger können das AMS, Krankenkassen (KK), karitative Vereine und ähnliche Institutionen sein.

4.2 Projekte

Die im folgenden beschriebenen Projekte enthalten ausschließlich Maßnahmen, die empfehlenswerten Charakter haben (z. B. sind keine Projekte enthalten, bei denen die Freiwilligkeit der Teilnahme in Frage steht oder in denen gesundheitsfördernde Ziele nur einen marginalen Aspekt darstellen¹⁸⁶). Aufgrund der uneinheitlichen Darstellung der vielfältigen Projekte in der Literatur und in elektronischen Datenträgern ist ein direkter Vergleich ebenso wenig möglich, wie die unterschiedlichen Evaluierungspraxen eine einheitliche Bewertung der Projekte zulassen. Bei der Zusammenstellung wurde darauf geachtet, eine möglichst breite Palette an möglichen Interventionen darzustellen. Das folgende Kapitel versteht sich daher als Impulsgeber für Maßnahmen im Bereich der Gesundheitsvorsorge mit der Zielgruppe der Erwerbsarbeitslosen. Die ersten fünf Projekte bauen auf dem Prinzip auf, dass Hilfe zur Selbsthilfe die effizienteste Methode bei der Bewältigung von Problemen ist.

4.2.1 Gesundheitsorientierte Selbstmanagementberatung (GSB)

Theoretischer Abriss: Oftmals hilft es am besten, wenn sich die Mitglieder einer Gruppe, die sich alle in einer ähnlichen Ausgangssituation befinden, gegenseitig unterstützen und beraten, da somit ein protektionistisches Verhalten seitens der Projektleitung unterbunden wird. Insbesondere nach einer längeren Abwesenheit von Erwerbsarbeitsmarkt können sich Resistenzen gegen hierarchische Strukturen aufbauen, wohingegen ein Selbstmanagement bevorzugt wird.

Ziel: Zentral beim GSB für Arbeitslose, instabil Beschäftigte bzw. von Arbeitslosigkeit Bedrohte ist es, Ängste und Unsicherheiten, die Stress – und damit gesundheitliche Belastungen – bewirken, zu erkennen und zu bewältigen. Das Ergebnis ist im besten Fall eine arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung. Das Beratungskonzept soll Hilfe zur Selbsthilfe geben.

Herkunft und Trägerorganisationen: Deutschland, EQUAL-Projekt, Universität Dortmund, Institut für Arbeitspsychologie und Arbeitsmedizin (IAPAM) Herdecke.

Quelle: Katrin Bökenkamp/Bea Kastner 2005, Seite 313ff; Michael Kastner (o.J.), Seite 6ff.

Projektbeschreibung: Neben dem Erlernen der Grundtechniken des Selbstmanagements (Verhaltens-, Lösungs- und Zukunftsorientierung, positive Verstärkung, Handeln in kleinen Schritten und Flexibilität) werden im Seminar konkrete Veränderungsprozesse angestoßen und begleitet.¹⁸⁷

¹⁸⁶ Die nähere Thematisierung findet sich bei Thomas Elkeles/Wolf Kirschner 2004, Seite 218 bzw. Seite 207f.

¹⁸⁷ Ein ähnliches Projekt wurde vom deutschen Bundeskrankenanstaltenverband im Sommer 2004 initiiert (www.bkk.de/bkk/content/powerslave.id,1000000347,nodeid,749.html [10.08.2006]).

Die Unterscheidung in Körper-, Gedanken- und Lebenswelt zieht sich durch das gesamte Projekt. Die „Körperwelt“ behandelt die Themen:

- Bewegung,
- Ernährung,
- Körperhaltung,
- Schlaf,
- Alkohol und
- Rauchen.

Im Bereich „Gedankenwelt“ werden die folgenden Themen behandelt.

- Zielfindung,
- Planung,
- Entscheidung,
- Wahrnehmung,
- Erwartung,
- Einstellung,
- Maßstäbe und
- Motivation.

Der Bereich „Lebenswelt“ zielt auf das Lernen von Emotionsmanagement ab.

Die GSB wird in Gruppen mit fünf bis zehn TeilnehmerInnen durchgeführt, die fünf Mal in monatlichen Abständen stattfinden. Pro Seminar sind fünf Stunden anberaumt. Zusätzlich zum Gruppencoaching werden Einzelcoachings angeboten.

Übersicht 13: Übersicht über den Aufbau der GSB¹⁸⁸

Modul	Ziel	Methoden/Inhalte
Einzelgespräch (1 Stunde)	Quantitative und qualitative Datenanalyse für die Vorbereitung, Durchführung und Auswertung der folgenden fünf Gruppensitzungen in den Workshops	Halbstandardisierter Leitfaden: 1) offene Leitfragen zur Lebenssituation (z. B. Leidensdruck, Einschätzung der aktuellen Lebenssituation, Gesundheitszustand, Alltagsstruktur) und Person (Stärken, kritische Lebensereignisse, Erwartung an die Beratung). 2) vorgegebene Leitfaden mit Angaben zur Person (Alter, Familienstand, Bildung, Gesundheit, Finanzen, Zukunftsperspektive, Beschäftigungssituation/Arbeitslosigkeit, Freizeit- und Gesundheitsverhalten, etc.)
Workshop Sitzung 1	Gegenseitiges Kennenlernen, Einstieg in das Thema „Körperwelt“	1) Idealanalyse (z. B. bei Ernährung: Broschüren und Empfehlungen bzgl. Konsummengen, biologischer Wirkungsweisen von Obst, Verteilen von Lebensmittellisten etc.) 2) Realanalyse (z. B. Ernährung: Was trinke und esse ich tatsächlich?) 3) Diskrepanzanalyse 4) Strategieentwicklung
Workshop Sitzung 2	Erarbeitung eines individuellen Zielsystems, Neubewertung alter Ziele	Thema: „Gedankenwelt“ 1) Zielfindung, Planen, Entscheiden, Wahrnehmungen, Erwartungen, Einstellungen, Maßstäbe und Motivation 2) Erarbeitung von Zielplänen 3) Standortbestimmung 4) Gewichtung der Ziele und Maßnahmen, Übungen zum Thema „Zeitmanagement“, Methoden der Entscheidungsfindung vorstellen, Thematisierung von „individueller Wahrnehmung“ und „Motivation“, Die TeilnehmerInnen schaffen sich „Landkarten im Kopf“, die ihnen eine klare Orientierung bieten.

188 Vgl. Michael Kastner (o. J.), Seite 7 und Katrin Bökenkamp/Bea Kastner 2005, Seite 320ff.

Workshop Sitzung 3 und 4	Gesunder Umgang mit negativen Gefühlen (Ärger, Angst) und Förderung von positiven Gefühlen (Freude, Glück);	Thema: „Lebenswelt“ Förderung der kommunikativen Kompetenzen Erkennen von Ärgerauslösern und Entwickeln von Möglichkeiten diese abzubauen und präventiv zu vermeiden. Übungen zum Führen von Bewerbungsgesprächen
Workshop Sitzung 5	Nachhaltigkeit der eingeleiteten Veränderungsprozesse fördern	Themen: „Stress und Entspannung“ (Was ist Stress, wie äußert er sich? Wie kann Stress bewältigt werden?) Abschließende Entspannungsübungen

Die Nachhaltigkeit der Seminarreihe wird durch den Besuch der im Anschluss angebotenen Selbsthilfegruppe gefördert.

4.2.2 Konzept Selbstmanagement-Beratung für Arbeitslose (SEBA)

Theoretischer Abriss: Ausgehend von der These, dass der Wiedereinstieg in den 1. Arbeitsmarkt weniger durch mangelnde Qualifikation verhindert wird als durch mangelnde physische und psychische Gesundheit, wurde ein Konzept ausgearbeitet, das zur selbständigen und autonomen Entwicklung eines gesundheitsfördernden Verhaltens befähigen soll. Zur Exploration wurde ein „Fragebogen zum Leben in der Arbeitslosigkeit“ entwickelt, dessen Datenanalyse zeigte, dass von Arbeitslosen positiv wahrgenommene Beratungen sich günstig auf ihre Gesundheit auswirken.¹⁸⁹ Das SEBA-Konzept nutzt diesen Umstand.¹⁹⁰ Es basiert auf einer Selbstmanagementtherapie, die Arbeitslose zu einer eigenständigen Problembewältigung unter Berücksichtigung des jeweiligen sozialen und kulturellen Kontextes anleitet.¹⁹¹ Ein erweitertes Projekt stellt das Konzept „Selbstmanagement-Beratung für Arbeitslose und instabil Beschäftigte“ (SEBAI) dar.¹⁹² Das Instrumentarium des ursprünglichen Fragebogens wurde dafür erweitert und schließt nun Personen mit unsicherer / instabiler Beschäftigung mit ein.

Theoretische Grundlage für beide Projekte sind der Selbstmanagement-Ansatz¹⁹³ sowie die Theorie der Salutogenese.¹⁹⁴ Im Selbstmanagement-Ansatz wird menschliches Verhalten als Zusammenwirken von drei Variablen betrachtet. Alpha-Variablen sind beobachtbar bzw. stellen externe Umgebungseinflüsse dar (z. B. Arbeitslosigkeit), Beta-Variablen beinhalten die kognitiven Prozesse und den Habitus von Individuen (z. B. Kleidung), und Gamma-Variablen wiederum befinden sich auf der biologisch-physiologischen Ebene (z. B. genetische Voraussetzungen). Die Selbstmanagementtherapie untersucht die Wechselwirkungen zwischen diesen drei Ebenen.

Die Theorie der Salutogenese ist eine weitere theoretische Basis für SEBA und SEBAI. Zentral ist dabei der Begriff des Kohärenzgefühls (Sense of Coherence, SOC).¹⁹⁵ SOC beschreibt als Voraussetzungen für menschliches Handeln das Vertrauen darauf, dass erstens Stimuli aus äußerer und innerer Umgebung strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind, dass zweitens jeder/ jede selbst Ressourcen zur Reaktion auf diese Stimuli zur Verfügung hat und dass drittens die Anforderungen positive Herausforderungen sind, die Engagement lohnen. Personen mit starkem SOC sind zur erfolgreichen Auseinandersetzung mit den gegebenen Umständen (Coping, z. B. mit Arbeitslosigkeit) motiviert und in der Lage unter verschiedenen Copingstilen und -methoden auszuwählen.

Ziel: Im Rahmen der Gesundheitsförderung soll eine SEBA-Beratung u. a. feststellen, welche Formen psychosozialer Hilfe durch die arbeitslose Person in Anspruch genommen werden könnten. SEBA und SEBAI sollen bei der Veränderung von pathologischen Automatismen und bei der Erlernung neuer Verhaltensweisen helfen.¹⁹⁶

¹⁸⁹ Vgl. ESTA (o. J.), Seite 17.

¹⁹⁰ Vgl. ebenda.

¹⁹¹ Vgl. Peter Kuhnert et al. 2001, Seite 367ff.

¹⁹² Vgl. Gesa Kliesch 2005, Seite 18ff.

¹⁹³ Vgl. ESTA (o. J.), Seite 13ff.

¹⁹⁴ Vgl. Aaron Antonovsky 1997; ESTA o. J., Seite 15f und André Deutschmann/Peter Kuhnert 2005, Seite 152f.

¹⁹⁵ Um den SOC zu bestimmen, hat Aaron Antonovsky einen Fragebogen entworfen, vgl. Aaron Antonovsky 1997.

¹⁹⁶ Vgl. Michael Kastner et al. 2001, Seite 381ff.

Arbeitslosen einen hohen „sense of coherence“ (siehe oben) zu vermitteln, ist Ziel von SEBA und SEBAI. Dieses Ziel konnte – wie die vorliegenden Evaluierungen des Pilot-Projektes beweisen¹⁹⁷ – erreicht werden.

Herkunft und Trägerorganisationen: Deutschland, EQUAL-Projekt (in Form einer Entwicklungspartnerschaft „Netzwerk Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung“ -N.A.G.), Universität Dortmund, Bildungsnetzwerk „Europäische Staatsbürgerakademie“ (ESTA e.V.)

Quelle: ESTA (o. J.), Seite 13ff; Gesa Kliesch 2005, Seite 15ff; Michael Kastner et al. 2001

Projektbeschreibung: Mittels gezielter Trainings wird auf Stresssituationen im Arbeitsalltag vorbereitet. Das SEBAI-Programm beinhaltet fünf Phasen:¹⁹⁸

- 1) Thematische Einführung und Erzeugen einer positiven Gruppendynamik: Kennen lernen, Aufbau von Vertrauen, Heranführung an Inhalt und Methoden, Organisation, Selbstreflexion
- 2) Aufbau individueller Orientierungsmuster „Arbeit und Privatleben“ (Werte-, Vision- und Zielklärung): Persönliche Ziele der TeilnehmerInnen für die Dauer des Projektes formulieren, zwischendurch Bewegungseinheiten – auch als gesundheitsfördernde Anregung im Alltag der TeilnehmerInnen einsetzbar.
- 3) Realanalyse: Die Methode des individuellen Brainstorming wird in Einzelarbeit angewandt, um typische Verhaltensweisen der TeilnehmerInnen aufzuzeigen (Bereiche: Berufsleben, soziale Kontakte, Gesundheitsverhalten, Hobbys).
- 4) Planung und Umsetzung von Interventionen und Präventionen mit Fokus Gesundheit: Aufbauend auf der Diskrepanzanalyse werden individuelle Interventionen geplant, um die Kluft zwischen „Ideal“ und „Real“ zu verkleinern.
- 5) Implementierung der Nachhaltigkeitsstrukturen: Um die nachhaltige Integration der erarbeiteten Aktivitäten in den Alltag zu gewährleisten, werden konkrete Umsetzungsvereinbarungen beschlossen und ein Patenschaftssystem für eine langfristige Begleitung wird installiert.

Eine bleibende Einrichtung nach dem Pilot-Projekt war die gesundheitsorientierte Selbsthilfegruppe für Arbeitslose und von Arbeitslosigkeit bedrohte Menschen im Arbeitslosenzentrum Dortmund, wobei die TeilnehmerInnen insbesondere vom gegenseitigen Erfahrungsaustausch profitierten.¹⁹⁹

4.2.3 Gesundheitsorientiertes Selbstmanagement bei Arbeitslosigkeit (GESA)

Theoretischer Abriss: Arbeitslose sind zwar einerseits großen gesundheitlichen Belastungen ausgesetzt, andererseits fehlt ihnen oft der Zugang zu gesundheitsfördernden Aktivitäten. Es ist daher notwendig, diese Kluft nachhaltig zu schließen.

Ziel: Die eigenen Stärken sollen hervorgehoben werden, damit eine nachhaltige Förderung des physischen und psychischen Gesundheitszustandes der TeilnehmerInnen erfolgen kann.

Herkunft und Trägerorganisationen: Deutschland, Universität Dortmund, Institut für Arbeitspsychologie und Arbeitsmedizin (IAPAM) Herdecke, Betriebskrankenkasse Hoesch

Quelle: Thomas Elkeles/Wolf Kirschner 2004, Seite 185.

Projektbeschreibung: Ebenso wie das oben in Kapitel 4.2.2 vorgestellte Projekt wird hier in fünf Phasen gearbeitet. Das praktische und theoretische Gesundheitsbewusstsein der TeilnehmerInnen wird in Gruppendis-

¹⁹⁷ Vgl. Gesa Kliesch 2005, Seite 21.

¹⁹⁸ Vgl. ebenda, Seite 19ff.

¹⁹⁹ Vgl. ebenda, Seite 22.

kussionen gestärkt und in eine gesundheitsfördernde Richtung gelenkt. Die TeilnehmerInnen werden ermutigt, gesundheitsfördernde Aktivitäten auszuüben und ihrem täglichen Leben hinzuzufügen.

4.2.4 Stressprävention bei Arbeitslosen und unsicher Beschäftigten

Theoretischer Abriss: Arbeitslose und unsicher Beschäftigte sind Stressoren ausgesetzt, die die Gesundheit beeinträchtigen und haben parallel dazu wenig institutionelle Hilfestellung bei ihrer Bewältigung zu erwarten. Bei der Behandlung von Stress und seinen Symptomen gilt es grundsätzlich zwischen veränderbaren und unveränderbaren Faktoren zu unterscheiden. Stress entsteht u. a. durch die kognitive Interpretationsleitung von Individuen, kann also durch (Re-)Interpretation der Situation relativiert werden. Das Bewusstmachen eigener stresserhöhender Gedanken (z. B.: „Andere haben schon eine Arbeit gefunden und ich nicht.“) und das aktive Gegensteuern mittels entspannender geistiger Arbeit (z. B.: „Dafür habe ich mehr Zeit für mich.“) kann bei der Stressbewältigung helfen.

Ziel: Das Ziel der Stressbewältigung ist es, Langzeitarbeitslose an ihre eigenen, zumeist vergessenen Ressourcen (z. B. soziale Unterstützung), Stärken und Fähigkeiten zu erinnern, die durch Problemlagen verdeckt sind.²⁰⁰ Stress auslösende Ereignisse sollen langfristig bewältigt werden können. Die Ansätze der kognitiven Verhaltenstherapie werden dabei berücksichtigt.

Herkunft und Trägerorganisationen: Deutschland, EQUAL-Projekt, Konzeption des N.A.G.

Quelle: Alexandra Karas/Peter Kuhnert 2005, Seite 91ff.

Beschreibung: Die Stressbewältigungskurse für Erwerbsarbeitslose sind in mehrere Phasen gegliedert. Zuerst werden Informationen zum Thema Stress vermittelt (Wodurch entsteht er? Was passiert im Körper? Welche Symptome gibt es?). Anschließend finden die Planung und das Training neuer Verhaltensformen sowie deren Übertragung in den Alltag statt. Die Aktivitäten werden therapeutisch begleitet.²⁰¹ Dabei können folgende Fragen aus der kognitiven Verhaltenstherapie dienlich sein:²⁰²

- Was denkt jemand, den die Situation weniger belastet als mich?
- Was würde schlimmstenfalls geschehen? Wie wahrscheinlich ist das?
- Was wäre schlimmer als diese Situation?
- Habe ich schon einmal eine ähnlich schlimme Situation gemeistert? Wie?
- Was würde ich einem Freund zur Unterstützung sagen, der sich in einer ähnlichen Situation befindet?
- Gibt es etwas anderes, etwas, das mir sehr wichtig ist, an das ich mich in dieser Situation erinnern könnte und das mir Mut und Sicherheit geben kann?

Zusätzlich zur gruppenorientierten Identifikation stressauslösender Rahmenbedingungen und adäquater Problemlösungstechniken (z. B. Zeitmanagement, Weiterbildung) werden Entspannungsverfahren auf der individuellen Ebene (z. B. Progressive Muskelentspannung, Autogenes Training, Meditation) angeboten.²⁰³

Anmerkung: Die hier präsentierten Ansätze reichen in den therapeutischen Bereich hinein. Dabei geben ExpertInnen folgendes zu bedenken: „Für zu konzipierende und/oder auszuwählende Maßnahmen der Gesundheitsförderung von Arbeitslosen (etc.) wird es damit schwierig sein, eine gangbare Grenzziehung zwischen tatsächlicher Förderung von Gesundheit und der Viktimisierung der Betroffenen zu therapierenden Kranken vorzunehmen.“²⁰⁴ Die TeilnehmerInnen sind folglich nicht wie TherapieklientInnen zu behandeln.

²⁰⁰ Vgl. Alexandra Karas/Peter Kuhnert 2005, Seite 106.

²⁰¹ Vgl. ebenda, Seite 105ff.

²⁰² Vgl. ebenda, Seite 109.

²⁰³ Vgl. ebenda, Seite 110.

²⁰⁴ Thomas Elkeles und Wolf Kirschner 2004, Seite 205.

4.2.5 Die salutogenetische Perspektive für Arbeitslose

Theoretischer Abriss: Die Durchführung von gesundheitsfördernden Maßnahmen bedeutet ein implizites oder explizites Erlernen von neuen Inhalten und Verhaltensweisen.²⁰⁵ Bei Erwachsenen ist Lernen im Gegensatz zu Kindern überwiegend ein „Anschlusslernen“ und weniger ein „Neulernen“. Der Lernprozess im Erwachsenenalter ist zudem selbstreferentiell und individuell, d. h., man entscheidet selbst, was man lernen will und was nicht. Wenn Wissen aufgrund biographischer Erfahrungen für Lernende nicht brauchbar, anwendbar und verständlich ist, wird es nicht angenommen. Angewandt auf Maßnahmen speziell für Arbeitslose bedeutet dies, dass etwa bei gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen (z. B. ungesunde Ernährung) der Lern- und Veränderungsbedarf gering ist – noch dazu wenn diese die momentane Situation (scheinbar) entlasten. Aufbauend auf der Theorie des „Konstruktivismus“, demnach sich Individuen ihre Umwelt selbst „konstruieren“ und nach diesen „Konstrukten“ denken und handeln sowie aufbauend auf dem Konzept der Salutogenese (siehe oben Kapitel 4.2.2) wurde folgendes Projekt entwickelt.

Ziel: Zielsetzung ist es, die Eigenkompetenzen von gesundheitsgefährdeten Personen – zu denen Langzeitarbeitslose oftmals zählen – langfristig in Gang zu setzen (z. B. Selbstachtung herstellen, Fähigkeit, sich Unterstützung von anderen Menschen zu holen, ausbauen, Genussfähigkeit schulen).²⁰⁶

Herkunft und Trägerorganisationen: Deutschland, EQUAL-Projekt.

Quelle: Maike Raddatz 2005, Seite 229ff.

Projektbeschreibung: Das Seminar „Die salutogenetische Perspektive“ ist als Halbtagsveranstaltung konzipiert. Es besteht aus zwei Einheiten, die inhaltlich aufeinander aufbauen. Theoretisch Inputs werden so kurz wie möglich gehalten und durch Pausen und Auflockerungsphasen unterbrochen, da (Langzeit-)Arbeitslose mitunter kaum von außen an sie herangetragene Strukturen in ihrem Alltag haben und damit vergleichsweise schwer an zeitliche Vorgaben und längere Konzentrationsphasen gewöhnt sind. In der ersten Einheit geht es nach einem thematischen Einstiegs-Input um mögliche Definitionsansätze von „Gesundheit“ und „Gesundheitsförderung“. Der zweite Seminarteil beschäftigt sich mit dem Krankheitsbegriff und der Entwicklung von Prävention und Gesundheitsförderung. Daran anschließend wird das salutogenetische Modell an sich vorgestellt.²⁰⁷

²⁰⁵ Vgl. Maike Susanne Raddatz 2005, Seite 330ff.

²⁰⁶ Vgl. ebenda, Seite 332.

²⁰⁷ Vgl. ebenda, Seite 333ff.

Übersicht 14: Aufbau des Seminars „Die salutogenetische Perspektive“²⁰⁸

<p>Aufwärmphase (ca. 15 Minuten)</p> <p>„Aufwärmspiele“: z. B. „Blitzlicht“: Die TeilnehmerInnen sitzen im Kreis, jeder/jede stellt sich in wenigen Sätzen vor und teilt mit, wie es ihm/ihr geht und welche Erwartungen an das Thema gestellt werden. Anschließend: Konzentrationsübung</p>
<p>Erste Seminareinheit (ca. 75 Minuten)</p> <p>Als thematischen Einstieg stellt die Seminarleitung den Aktualitätsbezug des Themas dar (z. B. neueste Informationen zur Arbeitsmarktsituation, Zukunft der Erwerbsarbeit, Arbeitslosigkeit und Gesundheit) und erörtert die Ziele des Seminars. Erster Arbeitsauftrag an die TeilnehmerInnen (Anzahl der TeilnehmerInnen ca. 20 Personen) Folgenden Aufgaben werden verteilt:</p> <ol style="list-style-type: none"> Schritt: „Überlegen Sie sich in Einzelarbeit, was für Sie „Gesundheit“ bedeutet, und schreiben Sie je Überlegung bzw. Gedanken ein Stichwort auf einen Zettel.“ (ca. fünf Minuten) Schritt: „Tauschen Sie sich zunächst mit Ihrem/Ihrer direkten Nachbarn/Nachbarin aus. Teilen Sie sich dann bitte in zwei Gruppen auf (maximal zehn Personen pro Gruppe, und überlegen Sie, ob und unter welchen Überschriften man Ihre einzelnen Stichwörter kategorisieren könnte. Schreiben Sie ihre Ergebnisse auf einen Flip Chart.“ (ca. 20 Minuten) Schritt: Jeweils ein Mitglied Ihrer Gruppe stellt die Ergebnisse im Plenum vor (ca. fünf Minuten) <p>Im Anschluss ergänzt die Seminarleitung die Ergebnisse und fasst sie zusammen.</p>
<p>Zweiter Arbeitsauftrag an die TeilnehmerInnen</p> <p>Arbeitsanweisungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> Schritt: „Bilden Sie Kleingruppen á vier TeilnehmerInnen, und überlegen Sie bitte gemeinsam, was man unter „Gesundheitsförderung“ verstehen könnte. Schreiben Sie Ihr Ergebnis, wenn möglich in Form einer Definition, auf das Flip Chart.“ (ca. 20 Minuten) Schritt: „Jeweils ein Mitglied Ihrer Gruppe stellt die Ergebnisse im Plenum vor“ (ca. fünf Minuten)
<p>Dritter Arbeitsauftrag an die TeilnehmerInnen</p> <p>Arbeitsanweisungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> Schritt: „Bilden Sie vier Kleingruppen.“ Schritt: „Bitte versuchen Sie gemeinsam, aus der vorliegenden Menge beschriebener Papierteile einen Text zu konstruieren.“ (ca. zehn Minuten) Jeweils zwei Gruppen bekommen ein Puzzle mit dem gleichen Wortlaut und sollen aus den mit einzelnen Wörtern beschriebenen Papierteilen einen Text konstruieren. Die einzelnen Wörter ergeben jeweils eine unterschiedliche Antwort auf die vorangegangene Fragestellung: „Was ist Gesundheitsförderung?“ <p>Die vorgeschlagenen Lösungstexte lauten</p> <ol style="list-style-type: none"> „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches und seelisches Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können“ (WHO 1986). „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt; dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, dass man sich um sich selbst und für andere sorgt, dass man in die Lage versetzt ist, selber Entscheidungen zu fällen und eine Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben, sowie dadurch, dass die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die allen ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen“ (WHO 1986, zitiert nach Keupp 2000, Seite 15)
<p>Zweite Seminareinheit (ca. 90 Minuten)</p> <p>Im Rahmen einer klassischen Theorieeinheit werden das „Biomedizinische Krankheitsmodell“²⁰⁹ und die Entwicklung der Prävention und Gesundheitsförderung thematisiert (inkl. Salutogenesemodell). Der Vortrag wird am besten mit Visualisierungstechniken unterstützt. Das Ziel dieser Seminareinheit ist es, neue Perspektiven zu eröffnen und die TeilnehmerInnen darauf hinzuweisen, dass neben dem üblichen defizitorientierten Krankheitsmodell auch noch eine andere Denkrichtung existiert.²¹⁰ Zwischendurch kann ein Musikstück zur Entspannung beitragen. Danach wird der Fragebogen zur Lebensorientierung nach Antonovsky, dem „Vater der Salutogenese“, ausgeteilt und von den TeilnehmerInnen ausgefüllt. Zur Vermeidung einer Stigmatisierung und wegen des hohen Zeitaufwandes einer genauen Auswertung wird von der Seminarleitung lediglich erwähnt, dass das Optimalergebnis im mittleren Bereich liegt. Darüber hinaus werden die TeilnehmerInnen aufgefordert zu überlegen, welche Themen bzw. Aspekte des Lebens (z. B. Selbstwertgefühl, Selbstvertrauen, Ängste und Zweifel, Genussfähigkeit etc.) die Fragen behandeln und diese Gedanken in Stichworten zu notieren. Die Stichworte sollen nach dieser Aufgabe im Plenum genannt werden. Die Seminarleitung hält die Stichworte auf dem Flip Chart fest.</p>
<p>Abschlussphase (ca. 15–20 Minuten)</p> <p>Für die Verbesserung zukünftiger Seminare werden die TeilnehmerInnen hier um ein Feedback über das Seminar gebeten. Die Seminarleitung leitet die Abschlussphase ein, indem sie die TeilnehmerInnen ersucht, das Seminar zu bewerten. Sie verweist hierbei auf den Flip Chart mit den einzelnen Seminarinhalten und verteilt an alle TeilnehmerInnen drei Aufkleber in Punkteform, die nach Belieben auf die Inhalte, die am besten gefallen haben, verteilt werden können. Im Anschluss besteht in einer letzten Gesprächsrunde noch die Möglichkeit für persönliches Feedback.</p>

208 Vgl. ebenda, Seite 335ff.

209 Vgl. ebenda, Seite 341.

210 Vgl. ebenda, Seite 345.

Anmerkung: Stark problemorientierte Interventionen sind bei Langzeitarbeitslosen nicht sinnvoll, da diese Zielgruppe bereits starken Belastungen ausgesetzt ist. Indem man sie auf gesundheitliche Probleme oder auf gesundheitsschädigende Verhaltensweisen aufmerksam macht, besteht die Gefahr der Stigmatisierung dieser Gruppe: „Der Hinweis auf das Risikoverhalten trifft den arbeitslosen Menschen persönlich, er fühlt sich diskriminiert, denn er wird nunmehr nicht nur als ‚weniger tüchtig‘ (faul), sondern auch als weniger leistungsfähig und krank stigmatisiert.“²¹¹

4.2.6 Der Fragebogen zur Arbeitslosigkeit und Beschäftigungsunsicherheit (FABU) – Ein diagnostisches Instrument

Theoretischer Abriss: Erst nach einer eingehenden Erhebung des Ist-Zustandes macht eine arbeitsmarkt- und/oder gesundheitspolitische Intervention Sinn. Der FABU und ein dazugehöriges Manual bieten die Möglichkeit, die gesundheitliche Verfassung (psychisch und physisch) der Zielgruppe „Erwerbsarbeitslose“ zu erheben.²¹² Um den Erfolg der Intervention messen zu können, ist ein stabiles Messinstrument erforderlich, das die erhobene Ausgangssituation ebenso beinhaltet. Das Screening-Instrument FABU kann auch für die abschließende Evaluierung von Interventions-Maßnahmen eingesetzt werden und erfüllt somit dieses Erfordernis.

Ziel: Der FABU richtet sich an PraktikerInnen aus der Sozial- und Arbeitsmarktberatung und dient der gesundheitlichen Diagnose der Arbeitslosen.

Herkunft und Trägerorganisationen: Deutschland, EQUAL-Projekt, Universität Dortmund.

Quelle: Christine Reick 2005, Seite 129ff; Thomas Elkeles/Wolf Kirschner 2004, Seite 189.

Projektbeschreibung: Der gesamte Fragebogen hat eine Bearbeitungsdauer von ca. 15 Minuten und beträgt inklusive Handbuch 40 Seiten. Der FABU ist in drei Module gegliedert: Körperwelt (subjektives körperliches Empfinden, z. B. Bluthochdruck, Fitness, gesundheitliches Risikoverhalten, etc.), Lebenswelt (emotionale Befindlichkeit und soziales Netz, z. B. soziale Unterstützung, persönlicher Lebenssinn, Kontrollbedürfnis) und Geisteswelt (psychosoziale Gesundheit, z. B. Einstellungen, Vorurteile, Selbstwert).²¹³ Der FABU wurde einer Normstichprobe aus der deutschen Bevölkerung vorgelegt, die in stabilen Arbeitsverhältnissen tätig ist. Diese Grundlage dient nun als Vergleichsmaßstab für die Analyse der FABU-Daten, die von der Zielgruppe zur Verfügung gestellt werden.²¹⁴ Die Diagnoseergebnisse sind kategorisiert in: kritisch, unproblematisch und sehr gut, um einen raschen Überblick zu gewährleisten.

Anmerkung: Bei einem individuellen, quantitativen Diagnose-Tool besteht immer die Gefahr der Überbewertung einzelner Items, die vielleicht nicht ganz zutreffend angegeben wurden (z. B. abhängig von Tagesverfassung, Missverständnis in der Formulierung, etc.). In 15 Minuten kann keine Gesamtdarstellung einer Person geleistet werden. Eine intensive, persönliche Face-to-Face-Auseinandersetzung mit einer Person mit gesundheitlichen Problemen muss ergänzend erfolgen. Der Vorteil wiederum liegt in der für die TeilnehmerInnen (hoffentlich) bestehenden Anonymität und in der bei einem quantitativen Instrument gegebenen Vergleichsmöglichkeiten mit der Gesamtgruppe.

²¹¹ Ebenda, Seite 332.

²¹² Vgl. Christine Reick 2005, Seite 136ff. In anderen Zusammenhängen wird der Fragebogen als DFLA (Dortmunder Frage zum Leben in der Arbeitslosigkeit) bezeichnet (z. B. Thomas Elkeles/Wolf Kirschner 2004, Seite 189; ESTA o.J., Seite 10f).

²¹³ Vgl. Christine Reick 2005, Seite 137ff.

²¹⁴ Vgl. ebenda, Seite 143f.

4.2.7 Arbeitslosigkeit und Sucht

Theoretischer Abriss: Die Tendenz zu gesundheitsschädlichem Alkoholkonsum, der bisweilen mit polytoxikomanem Konsum (vorwiegend von Medikamenten) einhergeht,²¹⁵ steigt mit zunehmender Dauer der Arbeitslosigkeit. Mit übermäßigem Alkoholkonsum sinkt nicht nur die Chance auf einen Wiedereinstieg in die Erwerbsarbeit, sondern es steigt zugleich das Risiko von dauerhaften Folgeschäden.²¹⁶ Die Rückfallquoten nach einer ärztlichen Behandlung von Alkohol- und DrogenpatientInnen in Arbeitslosigkeit sind hoch. Schulungsteilnehmende mit Suchtproblemen brechen die Maßnahmen zum Wiedereinstieg eher ab als Erwerbsarbeitslose ohne Suchtproblematik.²¹⁸ All diese Diagnosen machen den Einsatz von gezielten Rehabilitationsstrategien für diese Gruppe erforderlich. Um den „Teufelskreis“ von Sucht und Arbeitslosigkeit zu durchbrechen, hat sich die kognitive Verhaltenstherapie als hilfreich erwiesen.²¹⁹ Die Kognitionswissenschaft baut darauf, dass Kognitionen (d. h. Einstellungen, Gedanken, Bewertungen und Überzeugungen) das Verhalten eines Menschen prägen. Um eine Verhaltensänderung herbeizuführen, müssen also vorerst die Kognitionen bewusst gemacht, auf ihre Rationalität hin überprüft und dann in neues Verhalten übersetzt werden.

Ziel: Intention des Projektes war es, die Selbstkontrolle zu fördern, die aufgrund von Alkoholkonsum gesteigerte Erwartungshaltung zu reduzieren und Trinkreduktionstraining für langzeitarbeitslose SozialhilfeempfängerInnen mit Alkoholproblemen anzubieten.

Herkunft und Trägerorganisationen: Deutschland, EQUAL-Projekt, Dortmunder Dienste.²²⁰

Quelle: Peter Kuhnert et al. 2005, Seite 189ff.

Projektbeschreibung: Zu Beginn wurden quantitative und qualitative Items zum Suchtverhalten abgefragt. Das Projekt war dreistufig gegliedert: Zuerst fand eine dreimonatige Orientierungsphase statt (Assessment-Center, gesundheitliche Untersuchung, Gesundheitsunterricht, Vorpraktikum und Betreuung), daraufhin wurde eine zwölfmonatige Vertiefungsphase durchgeführt (Gesundheitskurs, weitere medizinische Untersuchungen und Betreuung) und abschließend eine drei Monate umfassende Nachbetreuung angeboten. Zur Interims- und zur abschließenden Evaluierung wurden bestimmte Parameter erhoben (z. B. Fehlzeiten, Alkoholtests, gesundheitlicher Zustand und Fitness sowie Selbsteinschätzung).²²¹

Anmerkung: Bei der spezifischen Suchtproblematik in der Arbeitslosigkeit ist zu beachten, dass Ursache und Wirkung nicht eindeutig voneinander zu trennen sind. Beide Faktoren stehen in Wechselwirkung zueinander (z. B. hat die Alkoholproblematik schon vor Verlust des Arbeitsplatzes bestanden) und bedingen sich gegenseitig. Daher ist es mitunter schwierig, eine einzelne Ursache zu „bekämpfen“ (z. B. den Alkohol). Eine Intervention kann nur dann gelingen, wenn die Zielvorgabe sich gegen die Sucht richtet und nicht gegen die betroffene Person.²²² Auch muss die Intention der Maßnahme gemeinsam mit der Zielgruppe erarbeitet werden, da zu hoch gesteckte Ziele eine Frustration vorprogrammieren (z. B. Alkoholreduktion und nicht Alkoholabstinenz als mittelfristige Zielsetzung).

²¹⁵ Vgl. Peter Kuhnert et al. 2005, Seite 197.

²¹⁶ Vgl. ebenda, Seite 190, 195.

²¹⁷ Vgl. ebenda, Seite 197, 205.

²¹⁸ Vgl. ebenda, Seite 206f.

²¹⁹ Vgl. ebenda, Seite 208.

²²⁰ Ein ähnliches Projekt wurde vom Arbeitslosenverband Deutschland in Cottbus durchgeführt (vgl. Thomas Elkeles/Wolf Kirschner 2004). Es ist aber weniger ausführlich dokumentiert, weshalb im Folgenden nur das erstgenannte Projekt ausgeführt wird. Speziell an Jugendliche richtet sich ein drittes Programm, das Projekt „fit in den Tag“ der deutschen Betriebskrankenkassen, der Volkswagen AG sowie der Stadt Wolfsburg (vgl. Thomas Elkeles/Wolf Kirschner 2004, Seite 154). Alkohol, Ernährung, Drogen und Stressbewältigung sind wesentliche Elemente der Intervention (ebenda). Interessant ist das dritte Programm deshalb, da es als eines der wenigen eine private Stiftung als Geldgeber gewinnen konnte.

²²¹ Vgl. Peter Kuhnert et al. 2005, Seite 208.

²²² Vgl. ebenda, Seite 208.

4.2.8 Mit E-Coaching unterstütztes Training

Theoretischer Abriss: Technischer Möglichkeiten eröffnen Handlungsspielräume für jegliche Maßnahmen. Kommunikation via SMS, E-Mail und Chat-Foren bietet eine kosten- und zeiteffiziente Möglichkeit, die vielfältigen Aspekte des Selbstmanagements zu unterstützen.²²³ In Kombination mit klassischen Face-to-face-Angeboten wird so eine optimale Wirkung erreicht.

Ziel: Grundsätzlich gilt es, den Glauben an die Selbstwirksamkeit zu stärken (d. h. bewusstes Erleben der eigenen Erfolge).

Herkunft und Trägerorganisationen: Österreich, Volkshilfe Wien, EQUAL-Projekt „Ways to Work“; Deutschland, im Zuge einer Tagung entwickeltes Konzept der Universität Dortmund.

Quelle: www.ways-to-work.at; Tim Hagemann 2005, Seite 213ff.

Projektbeschreibung: Der Ablauf des Training ist so gestaltet, dass nach einem einleitenden klassischen Face-to-Face-Seminar, in dem die spezifischen Problemlagen und Themen des Gesundheitsverhaltens diskutiert werden, die abschließend protokollierten Ziele und konkreten Verhaltensstrategien mit Unterstützung von elektronischer Datenverarbeitung umgesetzt werden (z. B. durch gezieltes Erinnern, individuelles Feedback, neue Informationen).

In Schritt 1 des Seminars sollten folgende Themen behandelt werden:

- Häufigkeit von Erkrankungen oder Unfällen,
- Subjektive und objektive Wahrscheinlichkeit, selbst zu erkranken,
- spezifische Gesundheits- und Risikoverhaltensweisen,
- subjektive Erwartungshaltung.

Ziel der ersten Einheit ist es, einen homogenen Informationsstand der TeilnehmerInnen aufzubauen.

In einem zweiten Schritt werden die persönlichen Erfahrungen der TeilnehmerInnen mit ihrem Verhalten in punkto Gesundheit (z. B. Raucherentwöhnung, Diät) thematisiert. Dabei werden folgende subjektiven Einschätzungen angesprochen:

- persönliche Ressourcen und deren Wirksamkeit,
- soziale Netzwerke und deren Unterstützungspotenzial,
- Identifizierung möglicher Barrieren.

Im letzten Schritt sollen die TeilnehmerInnen:

- konkrete (Teil-)Ziele festlegen,
- Handlungsalternativen entwickeln,
- den Kontext und den Zeitpunkt der Handlungsausführung bestimmen,
- Verbindlichkeiten (Verträge) schaffen und
- Mögliche (Eigen-)Anreize und Belohnungen bestimmen.

Als Abschluss des Seminars werden Protokolle aufgesetzt, deren Umsetzung mittels elektronischem Coaching unterstützt wird. Des Weiteren kann eine Interaktion über elektronische Mailsysteme oder Foren helfen, regelmäßiges Feedback zur Umsetzung vereinbarter Ziele einzuholen, aufgetretene Barrieren zu identifizieren, Handlungsalternativen und neue Ziele zu erarbeiten.²²⁴ Mit Fortschreiten der Maßnahme nimmt die gebotene Unterstützung schrittweise ab, um Abhängigkeitsverhältnisse zu vermeiden und die Autonomie der TeilnehmerInnen zu fördern.

²²³ Vgl. Tim Hagemann 2005, Seite 222f.

²²⁴ Vgl. ebenda, Seite 224.

Es bedarf zusätzlich zentraler Koordinierungsstellen, die einerseits Informationen über Angebote für die betroffenen Menschen sammeln und es andererseits den Trägerorganisationen ermöglichen, für ihre Angebote zu werben. Neben der Realisierung dieser Stelle als räumlich fixiertem Büro mit bestimmten Öffnungszeiten kann auch eine Internet-Datenbank als Informations-Pool fungieren.²²⁵

Anmerkung: In Zeiten zunehmender Technisierung und einer steigenden Zahl von Internet-UserInnen darf nicht vergessen werden, dass diese Form der Kommunikation dennoch nicht allen Menschen zur Verfügung steht. Insbesondere Personen in finanziell angespannten Situationen könnten aus Kostengründen bewusst auf diese Kommunikationsform verzichten haben. Nicht zuletzt ist die zunehmende Zahl von Internet-Abhängigkeit ein Hinweis darauf, dass E-Coaching nicht für alle Personengruppen geeignet ist.

4.2.9 Bewegung und Rückengymnastik

Theoretischer Abriss: Theoretischer Hintergrund für diese Maßnahme ist die Auffassung, dass Bewegung und körperliche Fitness wesentlich zum physischen und damit auch psychischen Wohlbefinden beitragen. Zwischen Gesundheitszustand und Schichtzugehörigkeit besteht laut wissenschaftlichen Erhebungen ein enger Zusammenhang,²²⁶ weshalb in den unteren Schichten, denen Langzeitarbeitslose in der Regel angehören, eine gesundheitsfördernde Intervention besonders wünschenswert ist.

Ziel: Nahziel der klassischen Rückenschule ist eine Stärkung der Rücken- und Bauchmuskulatur zur Entlastung der Wirbelsäule, da diese in unserer Gesellschaft meist überstrapaziert wird (z. B. viel sitzen, wenig Bewegung etc.). Fernziel des Bewegungskonzepts ist es, körperliche Risikofaktoren zu minimieren und Präventivmaßnahmen zu setzen.

Herkunft und Trägerorganisationen: Deutschland, Ansätze entwickelt im N.A.G. EQUAL-Projekt.

Quelle: Jessica Rasche 2005, Seite 229ff.

Projektbeschreibung: Im Fitness-Workshop konzentrierte sich das verantwortliche Team auf den Bereich „Rückengymnastik, Rückenentspannung und Rückenkräftigung“, da Beschwerden in diesem Bereich auf dem „besten Weg“ sind, sich zu einer „Volkskrankheit“ zu entwickeln.²²⁷ Drei Methoden kamen zum Einsatz: die traditionelle Rückenschule zur Verhaltensschulung, Muskelrelaxation, und der Sensory-Awareness-Ansatz zur Selbsterkennung. Neben den praktischen Übungen, wird der soziale Kontakt in den Mittelpunkt gestellt und – wenn möglich – in die Übungen eingebunden (Übungen mit PartnerInnen).²²⁸

Übersicht 15: Konzeptdarstellung: Bewegung und Rückengymnastik²²⁹

	Aktivität	Erklärung
1	Warming up	Kreislauf und Muskeln aktivieren
2	Dehnen	Beweglichkeit mobilisieren
3	Das Prinzip „Richtige Haltung“	Einführende Übungen ²³⁰
4	Rückengymnastik/Rückenkräftigung	Hauptteil, Übungen nach aufsteigendem Schwierigkeitsgrad durchführen
5	Entspannungsübung	Entlastung der Wirbelsäule und Entspannung der Rückenmuskulatur
6	Kräftigung der Bauchmuskulatur	ganzheitliche Rumpfkraftigung
7	Entspannung	Kurzvariante der „Progressiven Muskelrelaxation“

²²⁵ Vgl. ebenda, Seite 226.

²²⁶ Vgl. Jessica Rasche 2005, Seite 232.

²²⁷ Vgl. ebenda, Seite 232f.

²²⁸ Vgl. ebenda, Seite 234ff.

²²⁹ Vgl. ebenda, Seite 239.

²³⁰ Einführende Informationen finden sich unter www.rueckeninformation.de/pages/service/service.html [23.08.2006].

Anmerkung: Rückenschulen werden von den gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland einmal jährlich (zehn Sitzungen je 60 Minuten) mit ca. 80 % bezuschusst.²³¹ Auch österreichische Krankenkassen übernehmen die Kosten für Heilgymnastik. Eine breitere Öffentlichkeitsarbeit in diesem Zusammenhang wäre eine sinnvolle Maßnahme.

4.2.10 Outdoor-Training

Theoretischer Abriss: Outdoor-Trainings folgen einem erlebnispädagogischen Konzept (Lernen durch Erleben). Dieses besagt, dass durch eigenes Erleben und Erfahrungen kognitive und soziale Prozesse ausgelöst werden, die wiederum Lern- und Umdenkprozesse zur Folge haben können (ganzheitliches Lernen).²³² Wesentliches Element dabei ist die Spontaneität, also das ungeplante Zulassen von Ereignissen, die in unserer Gesellschaft zunehmend sinkt. Die Auseinandersetzung mit dem Unvorhergesehenen und dem Neuen stärkt die Handlungsoptionen in neuen Situationen und die Selbsteinschätzung. Um der unter Langzeitarbeitslosen verbreiteten Tendenz zur Selbstisolation entgegenzuwirken, wird durch Spiele, Initiativaufgaben (z. B. zur Förderung der Problemlösefähigkeit von Gruppen) sowie Übungen zur Sicherheits- und Vertrauensvorbereitung die Gesundheit gefördert: „Bei Langzeitarbeitslosen, die nur schwer zu sportlichen Aktivitäten zu motivieren sind, bieten sich Outdoor-Trainings an, da hier der Erlebnischarakter im Vordergrund steht und nicht die auf Selbstdisziplin ausgerichtete sportliche Leistung.“²³³

Ziel: Über den Aspekt des Abenteurers (Spaß an der Bewegung) sollen Arbeitslose an Aktivität und Bewegung herangeführt werden.

Herkunft und Trägerorganisationen: Deutschland, EQUAL-Projekt, N.A.G. Workshop in Wolfen-Nord und Frauen helfen Frauen e.V. Workshop in Pouch-Schlainitz.

Quelle: Gesa Kliesch 2005, Seite 241ff.

Projektbeschreibung: Bei Outdoor-Maßnahmen ist von Vorteil, dass durch das breite inhaltliche Spektrum der Trainings neben dem körperlichen Training zur Förderung der psychischen Gesundheit auch bildungsrelevante, soziale und ethische Ziele abgedeckt werden können (z. B. handwerkliche Techniken, Kreativitätsförderung, Hilfsbereitschaft, Förderung von Ausdauer und persönlicher Initiative, Übungen zur Selbstdisziplinierung, Umsicht). Vorteilhaft ist außerdem, dass die Durchführungsgeschwindigkeit an die Geschwindigkeit der TeilnehmerInnen angepasst werden kann, da keine Stress verursachenden Zeitvorgaben bestehen.

Anmerkung: Im Sinne eines Gender-Mainstreaming-Ansatzes sollte darauf geachtet werden, dass geschlechtstypische Handlungsoptionen nicht zu sehr perpetuiert werden (z. B. kreativ-geschickliches Handwerken mit Naturmaterialien für Frauen, Bergtour mit Lagerfeuer und Zeltbau für Männer).

4.2.11 Männergesundheit und Arbeitslosigkeit

Theoretischer Abriss: Zum typischen Verhalten von (arbeitslosen) Männern zählen eine geringere Gesundheits- und Körperbeachtung als bei (arbeitslosen) Frauen, eine höhere Risikobereitschaft als bei (arbeitslosen) Frauen und weniger Kontakte mit dem Gesundheitssystem.²³⁴ Die Folgen davon sind eine überproportional hohe Anzahl

231 Vgl. de.wikipedia.org/wiki/R%C3%Bcckenschule [17.8.2006].

232 Vgl. Gesa Kliesch 2005, Seite 243ff.

233 Ebenda, Seite 250.

234 Vgl. Peter Kuhnert 2005, Seite 288.

an Krankenhaustagen von arbeitslosen Männern gegenüber arbeitslosen Frauen (die einzigen beiden Diagnosen bei denen ein geringfügig höherer Frauenanteil feststellbar sind, sind Krankheiten des Bewegungsapparates und Neubildungen).²³⁵ Damit werden sie zu einer besonderen Zielgruppe auf die in der Maßnahmenplanung Rücksicht genommen werden muss.

Ziel: Es sollten jene Ziele im Mittelpunkt stehen, die einen unmittelbaren Zusatznutzen haben (z. B. Spaß an der Bewegung, Abbau von Aggressionen und Frust, Erfolgserlebnisse, Fitness).²³⁶

Herkunft und Trägerorganisationen: Deutschland, EQUAL-Projekt N.A.G.-Teilprojekte in Nordrhein-Westfalen und Sachsen-Anhalt.

Quelle: Peter Kuhnert 2005, Seite 273ff.

Projektbeschreibung: Hilfreich in der Maßnahmenkonzeption sind erprobte Beratungsprofile wie Peer-Counselling (Beratung durch gleichermaßen Betroffene), Self-Counselling (Hilfe zur Selbsthilfe), Self-Development-Counselling (Aufbau unterstützender Umgebung), lokale Beratungsnetzwerke und präventive Beratungsmodelle (zur Verhinderung von Langzeitarbeitslosigkeit). Langzeitorientierte Gesundheitsperspektiven für männliche Arbeitslose können nur dann sinnvoll aufgebaut werden, wenn die betroffenen Männer nicht mit Problemen der Alltagsbewältigung befasst sind. Um die Orientierung auf einen gesundheitsorientierten und Ressourcen schonenden Lebensstil zu lenken, ist es sinnvoll mit einem dreiphasigen Interventions-Modell zu arbeiten. Ein erster Schritt ist die Optimierung der Alltagsbewältigung und der damit verbundenen Freisetzung von Kapazitäten. Als zweites gilt es, diese Kapazitäten für Gesundheits- und Beschäftigungsziele zu nutzen, und der dritte Schritt besteht in der Herstellung einer dauerhaften Balance zwischen diesen beiden Ebenen.²³⁷

Anmerkungen: Eine Online-Beratungsstelle für Männer kann Schwellenängste nehmen, da sie gänzlich anonym erfolgt. Wien bietet beispielsweise eine Gesundheitsberatungsstelle für Männer.²³⁸ Die Möglichkeit von Peer-Counselling und Self-Counselling bietet die Männerberatungsstelle Wien, wo Gesundheit ein zentrales Thema ist.²³⁹ (Beide Institutionen beziehen sich allerdings nicht gezielt auf die Gruppe der Arbeitslosen, sondern sind offen für alle Männer)

4.2.12 Kommunikationstrainings

Theoretischer Abriss: Langanhaltende Arbeitslosigkeit kann zu einer Minderung der sprachlichen Kompetenzen führen und übt damit einen negativen Einfluss auf die psychische Gesundheit aus.

Ziel: Kommunikationstrainings sollen dazu beitragen mangelnde Kommunikationsfähigkeit zu reduzieren.

Herkunft und Trägerorganisationen: Deutschland, Europäische Staatsbürgerakademie (ESTA).

Quelle: ESTA o. J., Seite 37ff.

Projektbeschreibung: Das Training läuft in Form einer mehrtägigen jeweils drei- bis vierstündigen Veranstaltung ab. Nach einer kurzen theoretischen Einführung folgen praktische Übungen (z. B. Rollenspiele) und anschließend ein Austausch in der Gruppe. Es werden Sprecherfertigkeiten (z. B. Ich-Botschaften und Selbst-

²³⁵ Vgl. ebenda, Seite 288. 275ff.

²³⁶ Vgl. ebenda, Seite 289.

²³⁷ Vgl. ebenda, Seite 289.

²³⁸ Vgl. www.men-center.at [14.08.2006].

²³⁹ Vgl. www.maenner.at [10.8.2006].

stöffnung, Bezug zur konkreten Situation, Themenfokussierung) und Zuhörfertigkeiten (z. B. aktives Zuhören, Paraphrasieren, offene Frageformulierung, positives Feedback) geübt.²⁴⁰ Die Zusammenhänge zwischen Kommunikation und Wahrnehmung werden reflektiert. Gruppendynamische Prozesse sind dabei explizit erwünscht.²⁴¹

Die inhaltlichen Themen sind zu Beginn des Trainings einfach und regen die Kommunikation an (z. B. Hobbys, Reisen). Im Laufe der Zeit werden sie auf die persönlichen Interessen der TeilnehmerInnen abgestimmt. Die Themenwahl soll die Möglichkeit bieten, über Positives und eigene Stärken zu kommunizieren.²⁴² Mit der Anzahl der Veranstaltungen erhöht sich meist das Einbringen persönlicher Anliegen seitens der TeilnehmerInnen. An der aktiven Einbringung von Themengebieten aus dem Lebensalltag der TeilnehmerInnen lässt sich auch der Erfolg des Trainings ablesen. Stressentstehung und Stressbewältigung (Zeitorganisation) sowie Gesundheitsvorsorge bieten sich als Themen für fortgeschrittene Gruppen an.

4.2.13 Arbeitsmarkt +50

Theoretischer Abriss: Die Gesundheitsproblematik stellt sich bei älteren Arbeitslosen zweifach, sie zählen sowohl aufgrund ihrer Arbeitslosigkeit zu einer Risikogruppe als auch aufgrund ihres Alters. Beide Faktoren sind strukturell verursacht und können von Einzelpersonen nur in eingeschränktem Maße beeinflusst werden. Daher sollte bei dieser Zielgruppe, eine lustbetonte und den Alltag erleichternde Methodik im Vordergrund stehen, statt klassischen Wiedereingliederungsmaßnahmen.

Ziel: Das Projekt will die Beschäftigungsfähigkeit erhöhen.

Herkunft und Trägerorganisationen: Deutschland, Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Job-Center Wilhelmshaven und Volkshochschule Wilhelmshaven.

Quelle: www.arbeitsmarkt50.de/index.html

Projektbeschreibung: Das Gesamtpaket für Arbeitslose über 50 besteht aus aufeinander abgestimmten Maßnahmen und Einzelprojekten in den Bereichen Arbeit, Gesundheit und Qualifizierung und beinhaltet Wiedereingliederungsmaßnahmen, Arbeitsmarktaktivierung, Aufbau von Schlüsselkompetenzen, Existenzgründungshilfe und Gesundheitsprojekte.²⁴³

Sechs Module zur praktischen Gesundheitsförderung werden angeboten. Die einzelnen Module sind optional, mit Ausnahme der Auftaktveranstaltung, die zwei Stunden dauert und sich mit den Fragen „Was ist Gesundheit?“ und „Wie lässt sich das eigene Wohlbefinden steigern?“ befasst. Im Anschluss legen die TeilnehmerInnen fest, in welchen Seminaren sie aktiv werden möchten. Es besteht im Vorfeld die Möglichkeit, sich individuell beraten zu lassen.

Folgende Gesundheitsmodule stehen bei dem Projekt zur Auswahl:

²⁴⁰ Vgl. ESTA o.J., Seite 40f und Peter Kuhnert 2005, Seite 307f.

²⁴¹ Vgl. ebenda, Seite 38.

²⁴² Vgl. ebenda, Seite 39.

²⁴³ Vgl. www.arbeitsmarkt50.de/03gesundheitsprojekte.html [24.2.2006].

Übersicht 16: Überblick über Module von „Arbeitsmarkt +50“

Bezeichnung	Elemente
Modul 1: Bewegung (jeweils 24 Std.)	<p>Wege zur Bewegung Das Seminar richtet sich an Personen, die schon länger „nichts mehr gemacht haben“. Zur Förderung des allgemeinen physischen Wohlbefindens werden in diesem Seminar verschiedene Bewegungsmöglichkeiten vorgestellt (z.B. Walking, Gymnastik, Herz-Kreislauftraining, etc.).</p> <p>Rückenschule Die klassische Rückenschule dient der Stärkung der Rückenmuskulatur zur Schmerzreduktion und zur Schmerzvorbeugung. Sie beinhaltet zusätzlich ein Verhaltenstraining in Bezug auf rückenbelastende Tätigkeiten wie Sitzen, Bücken, Heben etc.</p>
Modul 2: Entspannung Autogenes Training (20 Std.) Tai-Chi, Qi-Gong und Yoga (30 Std.)	<p>Autogenes Training und Progressive Muskelentspannung nach Jacobsen Autogenes Training hilft, Alltags- und Arbeitsstress besser zu bewältigen, Nervosität abzubauen und Schlafstörungen zu beseitigen. Die Progressive Muskelentspannung nach Jacobsen zielt darauf ab, Entspannung und Ausgeglichenheit in Stresssituationen zu erreichen.</p> <p>Tai-Chi, Qi-Gong und Yoga Tai-Chi ist eine Bewegungskunst, die hilft, Unruhe und Stress zu bewältigen, die Lebenskraft Chi in Fluss zu bringen und Wirbelsäulen- und Haltungsschäden zu korrigieren. Qi-Gong ist eine traditionelle chinesische Form von Atemtherapie, die auch Konzentrations- und Meditationsübungen einschließt. Die Bewegungen wirken positiv auf das Nerven- und Kreislaufsystem und stärken die Abwehrkräfte. Yoga hilft, Stress abzubauen und Entspannung zu erreichen, Rückenproblemen entgegenzuwirken sowie rheumatische Erkrankungen, Kopfschmerzen und Migräne zu lindern.</p>
Modul 3: Alltagsanforderungen erfolgreich bewältigen (25 Std.)	Das Seminar bietet die Möglichkeit, sich das persönliche Zeit- und Selbstmanagementverhalten bewusster zu machen. Zeitraubende Verhaltensweisen werden identifiziert und geändert. Ein weiteres Thema ist der Umgang mit Stress-Situationen.
Modul 4: Gesunde Ernährung preiswert zubereiten (12 Std.)	Gesunde Ernährung muss nicht teuer sein. In diesem Seminar sollen sowohl theoretische Grundlagen vermittelt als auch die praktische Umsetzung erprobt werden.
Modul 5: Sich annehmen, abnehmen (30 Std.)	Die Gefahr von Herz-, Kreislauferkrankungen, Diabetes und chronischen Krankheitsbildern ist bei Übergewichtigen signifikant höher als bei normalgewichtigen Menschen derselben Altersgruppe. Dieses Modul soll Wege zur Gewichtsreduzierung aufzeigen.
Modul 6: Raucherentwöhnung (40 Std.)	Hier wird ein bereits oft erfolgreich durchgeführtes Training nach dem leicht modifizierten Programm der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung angeboten.

4.2.14 „Mehr Gesundheit für alle“²⁴⁴

Theoretischer Abriss: Vergangene Initiativen zeigten, dass Arbeitslose nicht wirkungsvoll über die klassischen Wege der Primärprävention zu erreichen sind. Deswegen wurde der Setting-Ansatz gewählt, der an die Lebenswelt der Betroffenen anknüpft.

Ziel: Ziel des Projektes war die Verbesserung eines selbst bestimmten Gesundheits- und Bewältigungsverhaltens bei Personen, die durch Langzeitarbeitslosigkeit oder wiederkehrende Arbeitslosigkeitsphasen physisch und

244 Vgl. www.bkk.de/bkk/powerslave.id,253,nodeid,.html [10.8.2006].

psychisch belastet sind. Gesundheitsförderliche Aktivitäten sollen genutzt und nachhaltig in den Lebensalltag integriert werden.

Herkunft und Trägerorganisationen: Deutschland, EQUAL-Projekt, Betriebskrankenkassen Bundesverband (BKK), Institut für Arbeitspsychologie und Arbeitsmedizin (IAPAM) Herdecke, Universität Dortmund.

Quelle: BKK 2005, Michael Kastner o. J., Michael Kastner et al. 2001.

Projektbeschreibung: Es wurden mehrere Projekte unter dem oben genannten Titel gestartet, in denen individuelle Angebote zur gesundheitsförderlichen Gestaltung des Alltags verbunden sind.²⁴⁵

Das Teilprojekt „Job-fit“²⁴⁶ lief folgendermaßen ab: Nach einem motivierenden und diagnostischen Einführungsgespräch durchliefen die TeilnehmerInnen im Rahmen eines Gruppenprogrammes eine Beratung,²⁴⁷ in deren Verlauf sie ihre Lebens- und Gesundheitssituation analysierten und im Hinblick auf Veränderungen im Gesundheitsverhalten theoretisch wie praktisch unterstützt wurden. Anschließend folgte eine Phase der weiteren Unterstützung zur Nachhaltigkeit.

Die Drop-out-Quote des Programmes war sehr gering. Bezüglich des subjektiv empfundenen Gesundheitszustandes zeigten vorher und nachher durchgeführte Messungen nur geringe Verbesserungen. Das Interventionsprogramm wirkte sich bei den TeilnehmerInnen unterschiedlich aus. Bei TeilnehmerInnen mit schweren physischen, psychischen, sozialen und materiellen Problemen konnten nur wenige bis keine Verbesserungen erzielt werden, während bei weniger dramatischen Fällen deutlich positive Effekte zu beobachten waren. Die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe im Anschluss an das Job Fit Programm wirkte sich positiv aus.²⁴⁸

Im Teilprojekt „Motivierende Gesundheitsgespräche mit Arbeitslosen“²⁴⁹ erhielten die TeilnehmerInnen ein Angebot zur Gesundheitsberatung. Darin wurde die individuelle Motivation ebenso thematisiert, wie Ansatzpunkte zur Verbesserung des eigenen Gesundheitsverhaltens. Die selbst bestimmte Umsetzung der individuellen Zielsetzungen sollte durch Eigenmotivation gestärkt werden.

Das Projekt „Berufliche Eingliederungs- und Arbeitsmaßnahmen“ (BEAM) erhielt ein eigenes Gesundheitsmodul zu den bereits bestehenden Qualifizierungsmaßnahmen hinzu.²⁵⁰ Das Projekt richtete sich an arbeitslose Personen mit psychischen Auffälligkeiten und/oder Suchterkrankungen. Die TeilnehmerInnen werden zu einem verantwortungsbewussten Umgang mit ihrer Gesundheit befähigt. Die TeilnehmerInnen durchliefen im Rahmen ihrer beruflichen Wiedereingliederung im Projekt BEAM ein Gesundheitsmodul mit verschiedensten Themengebieten, wie z. B. Selbst- und Zeitmanagement, Alltagsbewältigung, Stressbewältigung, Ernährung und Gesundheitsverhalten.²⁵¹

4.2.15 Gesundheitstisch Berlin

Theoretischer Abriss: Um das Gesundheitsbewusstsein zu stärken ist es zielführend, die Eigenverantwortung zu mobilisieren. Das kann gelingen, indem der persönliche Nutzen einer Veranstaltung für die TeilnehmerInnen herausgestrichen wird. Ohne eine vorhergehende Bestandsaufnahme und eine nachfolgende Evaluierung von Projekten kann deren Effizienz nicht bestimmt werden, weshalb beides in dem hier vorgestellten Projekt erfolgt ist.

²⁴⁵ Vgl. BKK 2005, Seite 2.

²⁴⁶ Vgl. www.bkk.de/bkk/content/powerslave,id,1000000344,nodeid,749.html [24.2.2006].

²⁴⁷ Vgl. Michael Kastner et al. 2001, Seite 378ff.

²⁴⁸ Vgl. Michael Kastner o. J., Seite 10ff.

²⁴⁹ Vgl. www.bkk.de/bkk/content/powerslave,id,1000000345,nodeid,749.html [24.2.2006].

²⁵⁰ Vgl. ebenda.

²⁵¹ Vgl. zum Projekt BEAM auch Thomas Elkeles / Wolf Kirschner 2004, Seite 191f.

Ziel: Das Gesundheitsbewusstsein der TeilnehmerInnen soll gestärkt und dadurch deren Gesundheit gefördert werden. Das Angebot richtet sich an Langzeitarbeitslose, die in einer Qualifizierungsmaßnahme stehen.

Herkunft und Trägerorganisationen: Deutschland, Allgemeine Ortskrankenkasse Berlin, Bildungseinrichtung für berufliche Umschulung und Fortbildung (BUF).

Quelle: Thomas Elkeles/Wolf Kirschner 2004, Seite 158f.

Projektbeschreibung: Das Angebot findet in denselben Räumlichkeiten wie die von den TeilnehmerInnen besuchte Qualifizierungsmaßnahme statt, was potenzielle Hemmschwellen abbaut (z. B. Erreichbarkeit, Wegzeiten, Angst vor Unbekanntem). Vorab wurden sowohl Projektleitung als auch freiwillige TeilnehmerInnen nach ihren Erwartungen befragt und deren Beiträge in Kleingruppendiskussionen vertieft, um Bedarf und Akzeptanz verschiedener Interventionsformen zu ermitteln.²⁵² Die ProjektleiterInnen mussten ihren theoretisch entwickelten Themenschwerpunkt zur Suchtprävention aufgrund der Diskussionsergebnisse zugunsten der von den TeilnehmerInnen bevorzugten Schwerpunkte „Stressbewältigung“ und „Bewegung“ zurücknehmen. Diese Vorgehensweise der partizipativen Einbindung von TeilnehmerInnen bereits in der Maßnahmenplanung war sicher mit ausschlaggebend für das große Interesse, das den Angeboten entgegengebracht wurde.

Anmerkung: Die geringen Deutschkenntnisse der TeilnehmerInnen im Angebot zur Entspannung waren ein Nachteil.²⁵³ Diesen Hindernissen könnte begegnet werden, indem vorab die Sprachkenntnisse der TeilnehmerInnen erfasst werden und dementsprechend SprachmittlerInnen hinzugezogen werden.

4.2.16 Servicestelle Arbeit und Gesundheit (SAG)

Theoretischer Abriss: Hilfe zur Selbsthilfe kann eine Förderung der psychosozialen sowie körperlichen Gesundheit bewirken. Durch den Austausch mit einer Betroffenenegruppe wird die eigene Perspektive gestärkt, und zugleich ergeben sich neue Blickwinkel.

Ziel: Arbeitslose mit Vermittlungshemmnissen (z. B. aufgrund von gesundheitlichen Problemen) sollen über das Projekt ihre sozialen Kompetenzen ausbauen und ihre Persönlichkeit entwickeln, um ihre Chancen auf Vermittlung auf dem Ersten und Zweiten Arbeitsmarkt zu erhöhen.

Herkunft und Trägerorganisationen: Deutschland, Albert-Schweitzer Familienwerk Brandenburg e.V., Arbeitslosenverband Brandenburg.

Quelle: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/?uid=6f126f6e5fe8125e03b5e8b275abbdad&id=suche&ssub=2&nr=1 [16.09.2006], Thomas Ekleles/Wolf Kirschner 2004, Seite 163f.

Projektbeschreibung: Die Service- und Beratungsstelle hat sich auf psychosoziale und gesundheitsfördernde Angebote spezialisiert. Sie bietet Informationen zu bestehenden Einrichtungen in diesen Bereichen an. Somit wird eine Vernetzung ermöglicht, und zusätzlich werden von den TeilnehmerInnen selbst entwickelte Netzwerke promoted. Dabei geht es sowohl darum, Bewältigungsstrategien zu entwickeln, als auch darum, Angebote im Bereich „Sport und Bewegung“ zu vermitteln. (Seit 2004 ist die Servicestelle allerdings nicht mehr in Betrieb, da die Finanzierung nicht geklärt werden konnte.)

Anmerkung: Eine solche Einrichtung kann die Kompetenzen von Institutionen in den Bereichen „Arbeitsmarkt“ und „Gesundheit“ sinnvoll verbinden (z. B. Arbeitsmarktverwaltungen bzw. Arbeitsmarktservices, Krankenkassen, private und öffentliche Trägervereine, die sich auf diese beiden Bereiche spezialisiert haben) und dadurch

²⁵² Vgl. ebenda, Seite 158ff.

²⁵³ Vgl. ebenda, Seite 158.

Synergieeffekte in der regionalen Hilfestellung erreichen. Sowohl für die beteiligten Organisationen kann durch die Kooperation neues Wissen direkt ausgetauscht werden, als sich auch Vorteile dadurch ergeben, dass die Personen, die eine solche Einrichtung in Anspruch nehmen, keinen „Spießbrutenlauf“ durch die verschiedenen Institutionen antreten müssen.

4.2.17 Langzeitarbeitslose orientieren sich (LOS)

Theoretischer Abriss: Bei arbeitsmarktintegrativen Maßnahmen für Langzeitarbeitslose sollen gesundheitsfördernde Aspekte unbedingt beinhaltet sein, da ein nicht unbeträchtlicher Teil von Langzeitarbeitslosen von gesundheitlichen Problemen betroffen ist.

Ziel: Die Integration in den Ersten oder Zweiten Arbeitsmarkt ist das Ziel.

Herkunft und Trägerorganisationen: Deutschland, Arbeitslosenzentrum Düsseldorf.

Quelle: www.zwd.de/download/ZU0205it_Projekte.pdf [16.08.2006], Thomas Elkeles/Wolf Kirschner 2004, Seite 177f.

Projektbeschreibung: Zwar standen gesundheitliche Maßnahmen nicht im Zentrum dieses Projektes, doch wird den potenziell vorhandenen gesundheitlichen Einschränkungen (bei 41 % der TeilnehmerInnen waren solche gegeben) Rechnung getragen, indem die TeilnehmerInnen an passende Stellen weiterverwiesen werden. Außerdem ist eine eingehende gesundheitliche Anamnese zu Beginn der Maßnahme erfolgt. Die Freiwilligkeit der Maßnahme, die zugesicherte Vertraulichkeit und die Professionalität der Maßnahme sprechen für die hohe Erfolgsquote von 32 % (Re-)Integration in den Ersten oder Zweiten Arbeitsmarkt. (Seit 2002 wird das Projekt vom Arbeitsamt allerdings nicht mehr finanziert und besteht daher nicht mehr.)

4.3 Resümee

Es liegt sowohl im individuellen Interesse von Arbeitslosen als auch im sozial-ökonomischen Interesse des Wohlfahrtsstaates, die Gesundheit von Arbeitslosen zu erhalten. Nur so können psychische, physische, soziale und finanzielle Kosten aufgrund von Erkrankungen eingedämmt werden. Gerade Erwerbsarbeitslose tragen ein erhöhtes Gesundheitsrisiko, weshalb dieser Gruppe besondere Aufmerksamkeit gelten muss.

Interventionen im Gesundheitsbereich müssen, um ihre Nachhaltigkeit zu gewährleisten, vom temporären Projektstatus in die dauerhafte Maßnahmenplanung und Maßnahmenausführung (Regelmaßnahmen) der relevanten Institutionen (z. B. AMS, Krankenkassen) transferiert werden. Es ist erforderlich, z. B. die konventionellen Beschäftigungs- und Fördermaßnahmen des AMS um arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung zu ergänzen. Die Einbindung bislang nicht berücksichtigter Kooperationspartner (z. B. private Stiftungen) kann u.U. dabei helfen, finanzielle Engpässe zu vermeiden.

Interventionen im Gesundheitsbereich sind notwendig wie auch gleichzeitig schwierig zu designen, neben der Bereitstellung der entsprechenden Budgetmittel sind auch Expertise, Innovationskraft und Einfallsreichtum bei der Maßnahmengestaltung gefordert. Zusätzlich ist die Zielgruppe der (Langzeit-)Arbeitslosen nicht immer leicht erreichbar-, ansprech- und überzeugbar – arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung muss erst auf den Weg gebracht werden.

Es stehen zwei Wege zur Verfügung, um die gesundheitlichen Risiken, denen Arbeitslose in höherem Maße ausgesetzt sind als Personen mit aktivem Erwerbsstatus, zu minimieren: Auf der einen Seite könnte ein „Health-Mainstreaming“ implementiert werden. Damit wären gesundheitsfördernde Maßnahmen als Querschnittsmaterie gestaltet, die in allen Maßnahmen für Arbeitslose mitberücksichtigt wird. Auf der anderen Seite wäre der Lösungsansatz im gezielten Angebot von Gesundheitsmaßnahmen für ausgewählte Zielgruppen zu sehen (z. B. Suchtproblematik). Der Königsweg wird darin liegen, die beiden Lösungsansätze konstruktiv miteinander zu verknüpfen.

5 Literatur

- Antonovsky, Aaron (1997): Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Tübingen.
- AUVA (2005): Auszug aus der Statistik 2004, Wien.
- Badura, Bernhard/Ritter, Wolfgang/Scherf, Michael (1999): Betriebliches Gesundheitsmanagement – Ein Leitfaden für die Praxis, Berlin.
- Bamberg, Eva/Ducki, Antje/Metz, Anna-Marie (Hg.) (1998): Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, Göttingen.
- Becker, Stefan J. (2002): Einklang von Beruf und Familie – Wie gelingt das in der Praxis, in: Arbeit und Arbeitsrecht – AuA 7/02, Frankfurt am Main, Seite 292–296.
- Bergmann, Bärbel (1994) Erleben und Bewältigen von Arbeitsunsicherheit in Sachsen, in: Montada, Leo (Hg.), Arbeitslosigkeit und soziale Gerechtigkeit, Frankfurt am Main/New York, Seite 214–231.
- Brenner, M.Harvey (2000): Estimating the Social Costs of Unemployment Policies in the European Union and the United States. Selected Material from the Report to the European Commission. TU Berlin und John Hopkins University, 2000.
- Brinkmann, Christian/Wiedemann Eberhard (1994): Individuelle und gesellschaftliche Folgen von Erwerbslosigkeit in Ost und West, in: Montada, Leo (Hg.): Arbeitslosigkeit und soziale Gerechtigkeit, Frankfurt am Main/New York, Seite 175–192.
- BKK Bundesverband (2005): Gesundheitsreport 2005, Essen.
- BKK Bundesverband (2004): Mehr Gesundheit für alle – Rahmenbedingungen/Projekte/Förderung/Adressen, Essen.
- BKK Bundesverband (2005): News – Gesundheitsförderung aktuell, o.O.
- BMSGK (2000a): Seniorenbericht 2000 (Kurzversion) – Bericht zur Lebenssituation älterer Menschen in Österreich, Wien.
- BMSGK (2000b): Seniorenbericht 2000 (Langversion) – Bericht zur Lebenssituation älterer Menschen in Österreich, Wien.
- Büssing, André (1993): Differentielle Folgen aus psychologischer Sicht, in: Arbeit, Heft 1, Jg. 2, Seite 5–19.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) (o.J.): Toolbox Version 1.1 – Instrumente zur Erfassung und Bewertung psychischer Belastungen. Abrufbar unter: www.baua.de/nn_10772/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Handlungshilfen-und-Praxisbeispiele/Toolbox/Handbuch_20inkl._20Anhang_201-6.pdf [09.08.2006].
- Bundesmisterium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (o.J.): Betriebswirtschaftliche Effekte familienfreundlicher Maßnahmen – Kosten-Nutzen-Analyse, o.O.
- Bundesministerium für Soziale Sicherheit, Generationen und Konsumentenschutz (o.J.): Familie ist ein Gewinn. Das Audit Familie & Beruf, o.O.
- Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit, Zentral-Arbeitsinspektorat (Hg.) (2002a): Broschüre – Arbeitnehmerschutz-Reformgesetz, Wien.
- Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit, Zentral- Arbeitsinspektorat (Hg.) (2002b): Broschüre – Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz. Das ArbeitnehmerInnenschutzgesetz, Wien.
- Bundesverband der Unfallkassen (2005): Psychische Belastungen am Arbeits- und Ausbildungsplatz – Phänomene, Ursachen, Prävention. Ein Handbuch, München.
- Clark, Campbell (2000): Work/Family Border Theory: A New Theory of Work/Family Balance, in: Human Relations, 53, Seite 747–770.
- Eberle, Gudrun/Kraemer, Roland/Lück,Patricia (2005): Wirtschaftlicher Nutzen Betrieblicher Gesundheitsförderung aus Sicht von Unternehmen. Bonn.

- Egger-Subotitsch, A./Sturm, R. (Hg.) (2006): „Damit fertig werden, das Beste herausholen und es irgendwie schaffen“. Beiträge zur Fachtagung „Physisch und psychisch beeinträchtigte Personen am Arbeitsmarkt“ vom 15. März 2005. Hg. vom AMS Österreich. Wien.
- Elkeles, Thomas/Kirschner, Wolf (2004): Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Interventionen durch Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement, Befunde und Strategien, Gutachten für den BKK-Bundesverband – Ergebnisbericht, Berlin.
- Engel, George L. (1979): The Need For a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine, in: Keupp, Heiner (Hg.): Normalität und Abweichung, München/Wien/Baltimore, Seite 63–85.
- ENWHP (1998): Cardiff Memorandum on Workplace Health Promotion in Small and Medium Sized Enterprises.
- ENWHP (2005): Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union, in der Fassung vom Juni 2005.
- Enzenhofer, Edith/Muralter, Doris/Rapa, Silvija/Simbürger, Elisabeth/Steiner, Karin (2004a): Erwerbsrealität von älteren ArbeitnehmerInnen: Chancen und Barrieren. AMS report 39, Wien.
- Enzenhofer, Edith/Muralter, Doris/Rapa, Silvija/Simbürger, Elisabeth/Steiner, Karin (2004b): Erwerbsrealität von älteren ArbeitnehmerInnen: Chancen und Barrieren. AMS info 67, Wien.
- ESTA Bildungswerk gGmbH (o. J.): Projektband Equal: N.A.G. – Netzwerk Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung.
- Faltermaier, Toni (1998): Gesundheit und Alltag. Laienkompetenz in Gesundheitshandeln und Gesundheitsförderung, Weinheim u. a.
- Förster, Peter/Berth, Hendrik/Brähler, Elmar (2004): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Ergebnisse der sächsischen Längsschnittstudie. 17. Welle, in: Arbeitsheft der Otto-Brenner-Stiftung, 37, Seite 1–46.
- Freidl, Claudia (2003): Wellness in der Multioptionsgesellschaft, Graz.
- Frese, Michael (1994): Psychologische Folgen von Arbeitslosigkeit in den fünf neuen Bundesländern. Ergebnisse einer Längsschnittstudie, in: Montada, Leo (Hg.): Arbeitslosigkeit und soziale Gerechtigkeit 1994, Frankfurt am Main/New York, Seite 193–212.
- Götz, R. u. a. (2006): AMS report 54: Productive Ageing in Europa. Recherchestudie zu Good Practice in ausgewählten Mitgliedstaaten der EU. Hg. vom AMS Österreich. Wien.
- Graf, Helmut (2006): Evaluierungsinstrumente in der betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF), abrufbar unter: www.netzwerk-bgf.at/dokumente/b161_8-InfoTag.pdf [02.05.2006], Seite 65–72.
- Graf, Helmut/Grote, Vincent (2003): Betriebliche Gesundheitsförderung als Personal- und Organisationsentwicklung in Klein- und Mittelunternehmen aus Sicht von Führungspersonen, Rosegg.
- Guest, David E. (2001): Perspectives on the Study of Work-Life-Balance. A Discussion Paper Prepared for the 2001 ENOP Symposium, Paris, March 29–31, abrufbar unter: www.ucm.es/info/Psyap/enop/guest.htm [07.03.2006].
- Hagemann, Tim (2005): Nachhaltiges Gesundheitsverhalten, in: Kastner, Michael/Hagemann, Tim/Kliesch, Gesa (Hg.): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung, Lengerich, Seite 213–228.
- Helmenstein, Christian/Hofmarcher, Marie M./Kleissner, Anna/Riedel, Monika et al. (2004): Ökonomischer Nutzen Betrieblicher Gesundheitsförderung, Wien.
- Hirtenlehner, Helmut/Meggeneder, Oskar (2005): Die Ansprechbarkeit kleinerer und mittlerer Unternehmen für betriebliche Gesundheitsförderung. Eine Typologie anhand von Befragungsdaten aus Oberösterreich. In: Meggeneder, Oskar/Pelster, Klaus/Sochert, Reinhold (Hg.): Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen, Bern.
- Jahoda, Marie/Lazarsfeld, Paul F./Zeisel, Hans (1975): Die Arbeitslosen von Marienthal – ein soziographischer Versuch, Frankfurt am Main.
- Jancik, Jürgen M. (Hg.) (2002): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Produktivität fördern, Mitarbeiter binden, Kosten senken, Wiesbaden.

- Janes, Alfred/Prammer, Karl/Schulte-Derne, Michael (2001): Transformations-Management. Organisationen von Innen verändern, Wien.
- Jung, Birgit (2004): Betriebliche Gesundheitsförderung im Sinn moderner Gesundheitswissenschaften unter besonderer Berücksichtigung von Klein- und Mittelunternehmen. Diplomarbeit an der Univ. Wien.
- Kammer für Arbeiter und Angestellte Wien (2005): Einführung in den Arbeitnehmerschutz und Gesundheit. Arbeit darf nicht krank machen, Wien.
- Kastner, Michael (o. J.): Gesundheitsorientierte Beratung für Arbeitlose und instabil Beschäftigte – Ein Instrument zur Förderung der Gesundheit, Lebensqualität und Leistungsfähigkeit.
- Kastner, Michael (2005): Arbeitslosigkeit und Gesundheit – Was bewirkt was und was ist zu tun? In: Kastner, Michael/Hagemann, Tim/Kliesch, Gesa (Hg.): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung, Lengerich, Seite 53–89.
- Kastner, Michael/Dudda, Friedrich/Vogt, Joachim (2001): Selbstmanagement-Beratung in der Arbeitslosigkeit – von der Notwendigkeit neuer Präventions- und Interventionskonzepte, in: Kastner, Michael/Vogt, Joachim (Hg.): Strukturwandel in der Arbeitswelt und individuelle Bewältigung, Lengerich, Seite 361–392.
- Kliesch, Gesa (2005): Outdoor, Indoor, was denn nun? In: Kastner, Michael/Hagemann, Tim/Kliesch, Gesa (Hg.): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung, Lengerich, Seite 15–52.
- Kliesch, Gesa (2005): Ein Projektleben lang, in: Kastner, Michael/Hagemann, Tim/Kliesch, Gesa (Hg.): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung, Lengerich, Seite 15–52.
- Kommission der Europäischen Gemeinschaften (2006): Ein Fahrplan für die Gleichstellung von Frauen und Männern – 2006–2010. Mitteilung der Kommission an den Rat, das Europäische Parlament, den Europäischen Wirtschafts- und Sozialausschuss und den Ausschuss der Regionen, Brüssel.
- Kriener, Brigitte (2002): Well@Work. Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen, Wien.
- Kriener, Brigitte/Neudorfer, Ernst/Künzel Daniela/Aichinger, Alice (2004): Gesund durchs Arbeitsleben. Empfehlungen für eine zukunfts- und altersorientierte betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelbetrieben, Wien.
- Kuhn, Karl (2000): Die volkswirtschaftliche Bedeutung von Gesundheitsmanagement. In Brandenburg, Uwe/Nieder, Peter/Susen, Britta (Hg.): Gesundheitsmanagement im Unternehmen. Grundlagen, Konzepte und Evaluation, Weinheim und München, Seite 95–107.
- Kuhnert, Peter (2005): Männergesundheit in der Arbeitslosigkeit, in: Kastner, Michael/Hagemann, Tim/Kliesch, Gesa (Hg.): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung, Lengerich, Seite 273–293.
- Kuhnert, Peter/Kastner, Michael (2002): Neue Wege in Beschäftigung – Gesundheitsförderung bei Arbeitslosigkeit, in Röhrle, Bernd/Sommer, Gert (Hg.): Prävention und Gesundheitsförderung, Band 2, Seite 373–406, Tübingen.
- Kuhnert, Peter/Karas, Alexandra/Deutschmann, André (2005): Arbeitslosigkeit – Weg in die Sucht? In: Kastner, Michael/Hagemann, Tim/Kliesch, Gesa (Hg.): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung, Lengerich, Seite 189–212.
- Leisch, Wilfried (2005): Arbeiten bis zum Umfallen? In: Arbeit & Wirtschaft, 59 Jg., Juni 2005, Wien. Abrufbar unter: www.arbeit-wirtschaft.at/aw_06_2005 [25.02.06].
- Maksys, Anna Claudia (1999): Gesundheitliche Auswirkungen der Arbeitslosigkeit, Diplomarbeit an der Univ. Wien.
- Meggeneder, Oskar (2002): Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich. Ein Rückblick mit Perspektiven, in: Soziale Sicherheit, 5, Seite 237-245.
- Meggeneder, Oskar (2005): Krankenstände vermeiden – Fehlzeiten reduzieren. Ein Leitfaden für Betriebe. Wien.
- Meggeneder, Oskar/Pelster, Klaus/Sochert, Reinhold (Hg.) (2005): Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen, Bern.

- Molnar, Martina/Geißler-Gruber, Brigitta/Haiden, Christine G. (2005): Impuls. Betriebliche Analyse der Arbeitsbedingungen, Wien.
- Neuhaus, Gottfried (o.J.): Grundlagen der Salutogenese. Abrufbar unter: www.gesunder-mausklick.de/gesund-heit_salutogenese.html [23.02.06].
- Noack, Horst R. (1999): Evaluation betrieblicher Gesundheitsförderung. In: Badura, Bernhard/Ritter, Wolfgang/Scherf, Michael (1999): Betriebliches Gesundheitsmanagement – ein Leitfaden für die Praxis, Berlin, Seite 168–174.
- ÖBIG (2004): Gesundheit und Krankheit in Österreich – Gesundheitsbericht Österreich 2004, Wien.
- Paridon, Hiltraut/Bindzius, Fritz/Windemuth, Dirk/Hanßen-Pannhausen, Renate/Boege, Katrin/Schmidt, Nicola/Bochmann, Frank (2004): Ausmaß, Stellenwert und betriebliche Relevanz psychischer Belastungen bei der Arbeit. Ergebnisse einer Befragung von Arbeitsschutzexperten, IGA Report 5, Essen.
- Paulus, Peter/Stoltenberg, Ute (Hg.) (2002): Agenda 21 und Universität – auch eine Frage der Gesundheit? Frankfurt am Main.
- Pfaff, Holger/Slesina, Wolfgang (Hg.) (2001): Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zu Evaluation und Qualitätssicherung, München.
- Pochobradsky, Elisabeth/Habl, Claudia/Schleicher, Barbara (2002): Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Bericht im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen, Wien.
- Raddatz, Maik Susanne (2005): Konzeptionelle Überlegungen einer Bildungseinheit als Interventionsansatz der professionellen Sozialarbeit in der Gesundheitsförderung von Arbeitslosen, in: Kastner, Michael/Hagemann, Tim/Kliesch, Gesa (Hg.): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung, Lengerich, Seite 329-360.
- Rasche, Jessica (2005): Sport und Gesundheit, in: Kastner, Michael/Hagemann, Tim/Kliesch, Gesa (Hg.): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung, Lengerich, Seite 229–240.
- Reick, Christine (2005): Möglichkeiten der Diagnostik arbeitslosigkeitsbedingter gesundheitlicher Beeinträchtigungen, in: Kastner, Michael/Hagemann, Tim/Kliesch, Gesa (Hg.): Arbeitslosigkeit und Gesundheit. Arbeitsmarktintegrative Gesundheitsförderung, Lengerich, Seite 129–148.
- Richter, Peter (2002): Psychische Belastungen in der modernen Arbeitswelt – neue Herausforderungen, Bewältigungs- und Gestaltungsansätze in: Arbeitsökologie – Briefe 05/2002 Seite 26–29, Frankfurt am Main.
- Robert-Koch-Institut (2003): Arbeitslosigkeit und Gesundheit in Deutschland.
- Rojdalen, Gunilla/Gelin, Gunnar/Ivergard, Toni (2004): Self-Assessed Changes in Mental Health and Employment Status as a Result of Unemployment Training, abrufbar unter: www.sciencedirect.com [27.06.06].
- Scharinger, Christian (o.J.): Projektleitfaden „WEG“. Betriebliche Gesundheitsförderung – Ein guter Weg für kleinere und mittelständische Unternehmen, Linz.
- Schwarz, Franz (2003): Sozioökonomische Ungleichheiten im Gesundheitsverhalten in Österreich, ÖIF – working paper, Nr. 32 – 2003, Wien.
- Sozialpartner für betriebliche Gesundheitsförderung (2002): Gesunde Arbeitnehmer – Erfolgreiche Betriebe. Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF), Wien.
- Statistik Austria (2002): Gesundheitszustand & Konsum medizinischer Leistungen – Ergebnisse des Mikrozensus September 1999, Wien.
- Statistik Austria (2005): Arbeitsmarktstatistik 2005 3. Quartal, Wien.
- Statistik Austria (2005): Jahrbuch der Gesundheitsstatistik 2004, Wien.
- Statistik Austria (2002): Gesundheitszustand & Konsum medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Mikrozensus September 1999, Wien.
- Statistik Austria (2006): Einkommen, Armut und Lebensbedingungen. Ergebnisse aus EU-SILC 2004. Wien.
- Steinbach, Herlinde (2004): Gesundheitsförderung. Ein Lehrbuch für die Pflege- und Gesundheitsberufe, Wien.
- Steiner, K./Sturm, R. (2005) (Hg.): AMS report 43: Alte Hasen zum Alten Eisen? Beiträge zur Fachtagung „Alte Hasen zum Alten Eisen? Zur Situation älterer Menschen am Arbeitsmarkt“ vom 21. Juni 2004. Hg. vom AMS Österreich. Wien.

- Strohm, Oliver/Ulich, Eberhard (1997): Unternehmen arbeitspsychologisch bewerten. Ein Mehr-Ebenen-Ansatz unter besonderer Berücksichtigung von Mensch, Technik und Organisation, Zürich.
- Ulich, Eberhard (2001): Arbeitspsychologie, Zürich/Stuttgart.
- Ulich, Eberhard/Wülser, Marc (Hg.) (2004): Gesundheitsmanagement in Unternehmen. Arbeitspsychologische Perspektiven, Wiesbaden.
- WHO (1948): Constitution, Genf.
- WHO (1986): Ottawa Charta für Gesundheitsförderung, Ottawa.
- WHO (1999): Gesundheit21: Das Rahmenkonzept „Gesundheit für alle“ für die Europäische Region der WHO, in: Europäische Schriftenreihe „Gesundheit für alle“ Nr. 6, Kopenhagen.
- Wilkinson, Richard G. (2001): Kranke Gesellschaften – Soziales Gleichgewicht und Gesundheit, Wien/ New York.






6 Anhang

6.1 Analyseverfahren zur Erfassung psychischer Belastung am Arbeitsplatz

Die folgende tabellarische Darstellung von Analyseinstrumenten ist in großen Teilen von der „Toolbox: Instrumente zur Erfassung psychischer Belastungen“ der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin Dortmund (BAuA – www.baua.de) übernommen und unterteilt die verschiedenen Verfahren nach folgenden Kriterien:²⁵⁴

Methode der Datengewinnung: Der Großteil der Verfahren kommt mit Hilfe der Methode der schriftlichen Befragung zu den gewünschten Daten und Informationen. Ein fast genauso großer Bereich der hier dargestellten Verfahren verwendet die Methode der Beobachtung, um Daten zu erheben. Befragungs- und Beobachtungsmethoden haben jeweils Vor- und Nachteile. In der Praxis hat sich deshalb ein kombinierter Einsatz beider methodischer Zugänge bewährt.

Tätigkeitsklassen: Die Spalte „Tätigkeitsklasse“ gibt an, für welchen Tätigkeitsbereich das Instrument zur Analyse geeignet ist. Hierbei unterscheiden die Symbole folgende Tätigkeitsklassen:

	Körperliche Tätigkeiten:	Sind durch einen hohen Grad an manuellen Handlungserfordernissen mit und ohne Maschinenbedienung gekennzeichnet.
	Geistige Tätigkeiten:	Bestehen vor allem in Aufnahme-, Übertragungs-, Verarbeitungs-, Erarbeitungs- und Weitergabeprozessen von Informationen.
	Interaktive Tätigkeiten:	Zeichnen sich durch die Arbeit der Beschäftigten am und mit Menschen aus.
	Bildschirmarbeit:	Sind geprägt durch Tätigkeiten am Computer.
Ist ein Instrument universell für alle Tätigkeitsklassen einsetzbar, dann ist dies durch das Symbol  gekennzeichnet.		

Analysetiefe: Die Analysetiefe der Analyseinstrumente ergibt sich zum einen aus der Merkmalsanzahl und zum anderen aus der Skalierung bzw. Stufung der Merkmale. Mit der Analysetiefe nimmt der Aufwand für den Einsatz der Verfahren bzw. die Durchführungszeit, die Auswertung der erhobenen Daten und die Differenziertheit der Ergebnisse zu. Es wird zwischen drei Ebenen der Analysetiefe unterschieden:






























Orientierende Verfahren enthalten grob gerasterte Merkmale und meist dichotome Merkmalsstufen (Ja–Nein, 0–1). Beispiele sind Prüf- und Checklisten. Mit den Ergebnissen können nur Schwerpunkte gekennzeichnet werden.






Screeningverfahren haben nicht immer eine höhere Anzahl von Merkmalen. Sie unterscheiden sich von den orientierenden Verfahren durch eine feinere, mehrstufige Skalierung der Merkmale. Screeningverfahren sind überwiegend Befragungsverfahren. Die Ergebnisse tragen zum Erkennen von Schwachstellen der Arbeitsgestaltung bei.

ExpertInnenverfahren haben in der Regel eine höhere Anzahl von gestuften Merkmalen. Die Stufen werden dabei meist verbal beschrieben, ExpertInnenverfahren nutzen in der Regel die Methoden der Beobachtung oder des Beobachtungsinterviews. Die ermittelten Ergebnisse erlauben neben einer differenzierten Arbeitsgestaltung den Vergleich verschiedener Arbeitstätigkeiten, die Abschätzung von Technikfolgen und die Bestimmung von Qualifikations- und Eignungsanforderungen.

254 Vgl. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) o.J., Seite 13–19.














Titel	Methode der Datengewinnung	Aufgabe	Tätigkeitsklasse	Branche	Analysertiefe
AAAA-Erfassung von kundenbezogenen Stressoren: Die AAAA-Skala	Schriftliche Befragung	Analyse der Belastungen in der Interaktion mit KundInnen		Dienstleistungsbranchen	K.A.
ABAKABA- Analytische Bewertung von Arbeitstätigkeiten nach Katz und Baitsch	Schriftliche Befragung	Arbeitsbewertung und Lohnfindung im intellektuellen, psychosozialen, physischen Bereich, Führungsverantwortung	 	Universell	ExpertInnenverfahren
ABETO-Arbeitsplatzbeurteilung nach Bildschirmarbeitsplatzordnung und EU-Richtlinie der TBS Oberhausen	Beobachtung, mündliche Befragung, schriftliche Befragung	Beurteilung der Arbeitsbedingungen an Bildschirmarbeitsplätzen im Rahmen einer Projektarbeit		Universell	Screeningverfahren
AET-Arbeitswissenschaftliches Erhebungsverfahren zur Tätigkeitsanalyse	Beobachtungsinterview	Analyse von Tätigkeitsanforderungen, Arbeitsbewertung, Arbeitsgestaltung	 	Universell	ExpertInnenverfahren
ATAA-Verfahren zur Analyse von Tätigkeitsstrukturen und prospektiver Arbeitsgestaltung bei Automatisierung	Beobachtungsinterview	Analyse von Arbeits- und Qualifikationsanforderungen	 	Industrie, Metallbranche	ExpertInnenverfahren
AVEM-Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebensmuster	Schriftliche Befragung	Erfassung konstanter Verhaltens- und Erlebensmuster in Arbeit und Beruf, wie Arbeitsengagement, Widerstandsfähigkeit und Bewältigungsverhalten, Erfolgserleben und Zufriedenheit	 	Büro und Verwaltung, Dienstleistungsbranche, Bildungswesen	K.A.
BAAM-Verfahren zur Beurteilung von Arbeitsinhalten, Arbeitsorganisation, Mitarbeiterführung und sozialen Beziehungen	Schriftliche Befragung	Ermittlung und Beurteilung von psychischen Belastungen in Verbindung mit Gesundheit, Arbeitseffizienz und Zielerreichung des Arbeitssystems Untersucht werden Arbeitsinhalt, Arbeitsorganisation, Mitarbeiterführung, soziale Beziehungen, Arbeitseffizienz, Zielerreichung und Gesundheit.	 	Universell	Screeningverfahren
BAB-Beurteilung arbeitsbedingter Belastungen und Gefährdungen	Beobachtung	Physische Belastung, Umgebungsbedingungen, psychische Belastung, Arbeitssicherheit werden beurteilt	 	Gewerbliche Wirtschaft (KMU)	ExpertInnenverfahren
BAGI-Bochumer Arbeitshilfen für gerichts feste Investitionen für Maschinen/Anlagen und IT-Systeme	Mündliche Befragung	Beschaffung und Herstellung menschengerecht gestalteter Maschinen und Anlagen für Hersteller und Betreiber/Hersteller	 	Industrie	Orientierendes Verfahren
BALY-Beteiligungsorientierte Arbeitsplatzanalyse	Mündliche Befragung, schriftliche Befragung	Beurteilung und Verbesserungen der Arbeitsbedingungen an Bildschirmarbeitsplätzen, Unterweisung nach ArbSchG + BildschArbV Arbeitsumgebung, Arbeitsmittel, Software, Arbeitsaufgaben, Handlungsspielraum, Zeitspielraum, Zusammenarbeit, Regulationshindernisse werden untersucht		Universell	ExpertInnenverfahren

BASA-Psychologische Bewertung von Arbeitsbedingungen – Screening für Arbeitsplatzinhaber	Mündliche Befragung, schriftliche Befragung	Belastungsermittlung bezüglich Ergonomie, Technik, Organisation	   	Universell	Screeningverfahren
BDS-Belastungs-Dokumentations-System	Schriftliche Befragung	Belastungs- und Gefährdungsbeurteilung: physische Belastung, Umgebungsbedingungen, psychische Belastung, Arbeitssicherheit	   	Industrie, öffentlicher Dienst, gewerbliche Wirtschaft (KMU)	Orientierendes Verfahren
BEA-Belastungsanalyse	Beobachtung, schriftliche Befragung	Stressoren: <ul style="list-style-type: none"> • Abhängigkeit vom Vorgesetzten • Abhängigkeit von anderen Beschäftigten • Abhängigkeit von technischen Einrichtungen • Ausmaß der Fremdkontrolle • Ausmaß der Bürokratisierung • Leistungs- und Zeitdruck • Ungewissheit/Folgen von Fehlhandlungen • Störungen und Wartezeiten • Geringe Handlungsvariabilität/Monotonie Ressourcen: <ul style="list-style-type: none"> • Kommunikation- und Hilfeleistungsmöglichkeiten • Entscheidungsspielraum 		Gewerbliche Wirtschaft (KMU), Industrie	ExpertInnenverfahren
BEBA-Psychische Belastungen bei Büroarbeit	Schriftliche Befragung, mündliche Befragung	Analyse psychischer Belastungen bei den Arbeitsaufgaben, Techniknutzung, arbeitsbedingte gesundheitliche Beschwerden sowie die Ableitung von Gestaltungslösungen	 	Büro und Verwaltung	Screeningverfahren
BHD-System Beanspruchungsscreening bei Humandienstleistungen	Schriftliche Befragung, Beobachtung	Beanspruchungsanalyse Beanspruchungsfolgen, Anforderungen (Organisation, KlientInnen, Pflegetätigkeit)	   	Gesundheitswesen, Bildungswesen	Screeningverfahren
BiFra-Bildschirm-Fragebogen	Schriftliche Befragung	Bewertung und Gestaltung von Bildschirmarbeit betreffend die technische Gestaltung, die Umgebungsbedingungen, die Softwareergonomie, die Arbeitsaufgaben, den Gesundheitsschutz	   	Universell	Orientierendes Verfahren
BMS-Ermüdung – Monotonie – Sättigung – Stress	Schriftliche Befragung	Belastungs-, Beanspruchungsanalyse zu Ermüdung, Monotonie, Sättigung und Stress	 	Industrie	Screeningverfahren
BoBuG-Bochumer Verfahren zur beteiligungsgestützten Belastungs- und Gefährdungsbeurteilung	Mündliche Befragung	Gefährdungsbeurteilung nach ArbSchG und BetrSichV Körperliche, psychische, mentale und emotionale Gefährdungen und Belastungen	 	Universell	Screeningverfahren
CEPAR-Computergestütztes Explorationsverfahren zur Erfassung psychosozialer Anforderungen und Ressourcen	Mündliche und schriftliche Befragung	Diagnose der Anforderungsbewältigung in den Bereichen Arbeit, Partnerschaft, Familie, Haushalt, Freizeit	   	Universell	K.A.
ChEF-Checklisten zur Erfassung von Fehlbeanspruchungsfolgen	Schriftliche Befragung, mündliche Befragung, Beobachtung	Belastungsermittlung, Beanspruchungsermittlung: Tätigkeitsmerkmale, Leistungs- und Verhaltensmerkmale, Umgebungseinflüsse		Industrie, Büro und Verwaltung	Orientierendes Verfahren
ChEnMM-Checkliste Einführung neuer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter	Beobachtung	Bewertung der Einführung neuer MitarbeiterInnen: Organisation, Art und Weise der Einführung, sicherheitsrelevante Informationen		Universell	Orientierendes Verfahren




ChSm-Checkliste Suchtmittel	Beobachtung	Erfassung von Problemen mit Suchtmitteln bei der Arbeit: Anzeichen, suchtfördernde Arbeitsbedingungen, Getränke, Regelungen, Umgang mit Betroffenen		Universell	Orientierendes Verfahren
ChSt-Checkliste Stress	Beobachtung	Erfassung von Stress: Stress-Anzeichen, Ursachen, Maßnahmen		Universell	Orientierendes Verfahren
ChSIV	Beobachtung	Gefährdungs- und Belastungsbeurteilung		Universell	Orientierendes Verfahren
CNC-Lf-CNC-Leitfaden	Beobachtungsinterview	Arbeitsgestaltung: Denk-/Planungsanforderungen, Stressoren, Kommunikation, Motivation, Fertigungsflexibilität		Industrie, gewerbliche Wirtschaft (KMU)	Screeningverfahren
DigA-Diagnose gesundheitsförderlicher Arbeit	Schriftliche Befragung	Gesundheitsanalyse (Schwachstellen und Potenziale), z. B. Arbeitsplatzunsicherheit, Betriebsklima, Entscheidungsspielraum, Zeitdruck, Beeinträchtigungen, Arbeitsfreude		Industrie, Stromerzeugung	Screeningverfahren
EBF-Erholungs-Belastungs-Fragebogen	Schriftliche Befragung	Analyse der Stressbewältigung: Belastungen (allgemeine, emotionale, soziale, körperliche, drei leistungsbezogene), Erholung (allgemein/emotional, sozial, körperlich, leistungsbezogen, Erholung durch Schlaf)		Universell	K.A.
EBK-Erhebungsbogen zur Erfassung des Betriebs- und Organisationsklimas	Schriftliche Befragung	Erfassung des Betriebsklimas, z. B. Unterstützung, soziale Spannungen, Art der Beziehungen, Vorgesetztenverhalten		Universell	Screeningverfahren
Effort-Skala-zur Erfassung psychischer Beanspruchung „Effort“	Schriftliche Befragung	Erfassung des subjektiven Beanspruchungserlebens: Beanspruchung, Anstrengung		Universell	Orientierendes Verfahren
EMOCOM-Emotionale und kommunikative Anforderung und Beanspruchung bei der Arbeit	Schriftliche Befragung	Analyse im Bereich neuer Anforderungen wie Emotion und Kommunikation: emotionale Dissonanz, emotionale Devianz, emotionale Restriktivität, Häufigkeit von Emotionsarbeit, schwierige KundInnen, leichte KundInnen, schwierige und leichte Kommunikation		Dienstleistungsbranche	Screeningverfahren
ERI-Effort-Reward Imbalance	Schriftliche Befragung	Ausgeglichenes Verhältnis von Verausgabung und Belohnung Verausgabung bei der Arbeitstätigkeit, Belohnung, berufliche Verausgabungsneigung		Universell	Screeningverfahren
EU-CON II Verfahren zur EU-konformen software-ergonomischen Bewertung und Gestaltung von Bildschirmarbeit	Beobachtung, mündliche Befragung	Software-ergonomische Bewertung und Gestaltung von Bildschirmarbeit Usability-Engineering-Kenngrößen (Aufgabenangemessenheit, Erwartungskonformität etc.), Softwarebewertung, Qualifikationsanforderungen		Universell	Screeningverfahren
EZ-Skala Eigenzustand-Skala	Schriftliche Befragung	Motivation, Beanspruchung		Universell	K.A.
FABA Fragebogen zur Analyse belastungsrelevanter Anforderungsbewältigung	Schriftliche Befragung	Erfassung von Verhaltensfehlregulationen Erholungsunfähigkeit/Arbeitsengagement, Planungsambitionen/Kontrollbedürfnis, Ungeduld, Dominanz		Universell	K.A.
FAKT-Fragebogen zu arbeitsbezogenen Konflikten in Teams	Schriftliche Befragung, mündliche Befragung	Erfassung gesundheitlicher Beschwerden: Allgemeinbefinden, Müdigkeit, Herz-Kreislauf, Magen-Darm, Kopf-Hals-Reizsyndrom, Anspannung, Emotionale Reaktivität, Schmerz, Sensorik		Universell	K.A.

FEBA-Fragebogen zur subjektiven Einschätzung der Belastungen am Arbeitsplatz	Schriftliche Befragung	Arbeitsplatzbezogene Belastungs- und Beanspruchungsanalyse: Arbeitsinhalt, Arbeitsorganisation, Körperhaltung, Arbeitsumweltfaktoren		Industrie	Screeningverfahren
FEG- Fragebogen zur Erfassung des Gesundheitsverhaltens	Schriftliche Befragung	Erfassung des aktuellen Gesundheitsverhaltens: Ernährung, Bewegung, Alkohol, Rauchen, Medikamente, Schlaf, allgemeines Wohlbefinden sowie Umgang mit Gesundheit und Krankheit		Universell	K.A.
Fema-Fragebogen zur Erfassung Mentaler Arbeitsbelastungen	Schriftliche Befragung	Belastungs- und Beanspruchungsermittlung: Schwierigkeit, Belastungshäufigkeit, Belastungsgrad, erlebte Beanspruchung		Industrie, Metallbranche, universell	Screeningverfahren
FEP-Fragebogen zur Einschätzung des Pflegesystems	Schriftliche Befragung	Pflegesystembezogene Arbeitsanalyse: Anforderungsvielfalt, Ganzheitlichkeit, Entscheidung, Verantwortung, Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten, soziale Interaktion		Gesundheitswesen	Screeningverfahren
FEWS 4.0-Frankfurt Emotion Work Scales 4.0	Schriftliche Befragung	Anforderungen, Ressourcen und Belastungen durch Emotionsarbeit		Dienstleistungsbranche	Screeningverfahren
FIT-Fragebogen zum Erleben von Intensität und Tätigkeitsspielraum in der Arbeit	Schriftliche Befragung	Erfassung der erlebten Arbeitsintensität und des Tätigkeitsspielraumes: Arbeitsintensität, Tätigkeitsspielraum, körperliche Anstrengung		Universell	Orientierendes Verfahren
FVA-Fragebogen zur Einschätzung des Führungsverhaltens	Schriftliche Befragung	Einschätzung des Führungsverhaltens: strategische Orientierung, Entscheidungsverhalten, Durchsetzungsverhalten, Leistungsorientierung, Zielorientierung		Universell	K.A.
GESBI-Gesundheit am Bildschirmarbeitsplatz	Analyse der psychomentalen Beanspruchung	Analyse der psychomentalen Beanspruchung: psychische Belastung und Beanspruchung, Arbeitsorganisation, soziale Beziehungen		Büro und Verwaltung, Dienstleistungsbranche	Screeningverfahren
GHQ 12-Fragebogen zum Allgemeinen Gesundheitszustand	Schriftliche Befragung	Bewertung des allgemeinen Gesundheitszustandes, z. B. Schlaflosigkeit, Depression, Wohlbefinden		Universell	K.A.
HAA-Heterarchische Aufgabenanalyse	Beobachtung, mündliche Befragung	BenutzerInnen- und aufgabenorientierte Softwaregestaltung: Ziele, Entscheidungen, Strategien, Arbeitsmethoden, Kognitionen, Emotionen		Büro und Verwaltung	ExpertInnenverfahren
InKA-Instrument zur Kommunikationsanalyse	Beobachtungsinterview	Handlungsbezogene Kommunikation, Wissensdivergenz, Kommunikationsübertragung		Büro und Verwaltung	ExpertInnenverfahren
ISTA-Instrument zur Stressbezogenen Arbeitsanalyse, Version 6.0	Beobachtung, mündliche und schriftliche Befragung	Stressbezogene Arbeitsanalyse: Regulationsanforderungen (z. B. Arbeitskomplexität, Variabilität, Kooperationserfordernisse), Regulationsmöglichkeiten (z. B. Handlungsspielraum, Partizipation, Zeitspielraum, Kommunikationsmöglichkeiten, Kooperationspielraum), Regulationsprobleme		Industrie, Büro und Verwaltung, Dienstleistungsbranche	ExpertInnenverfahren
JDS-Job Diagnostic Survey (deutsche Fassung)	Schriftliche Befragung	Motivationspsychologisch orientierte Arbeitsanalyse und Arbeitsgestaltung: Anforderungsvielfalt, Aufgabengeschlossenheit, Aufgabenbedeutsamkeit, Autonomie, Rückmeldung		Universell	ExpertInnenverfahren
KABA-Leitfaden zur Kontrastiven Aufgabenanalyse	Beobachtungsinterview	Analyse und Bewertung der Mensch-Rechner-Aufgabenverteilung: Zielgerichtetheit, Gegenständlichkeit, soziale Eingebundenheit		Büro und Verwaltung	ExpertInnenverfahren

KFZA-Kurz-Fragebogen zur Arbeitsanalyse	Schriftliche Befragung	Belastungsermittlung: Handlungsspielraum, Vielseitigkeit, Ganzheitlichkeit, soziale Rückendeckung, Zusammenarbeit, Qualitative und Quantitative Arbeitsbelastung, Arbeitsunterbrechungen, Umgebungsbelastung, Information und Mitsprache, betriebliche Leistungen		Universell	Screeningverfahren
KOMAL-Konfliktmanagement für Lehrkräfte – ein Expertensystem zur Information und Beratung	Schriftliche Befragung, mündliche Befragung	Diagnose von Lehrer-Schüler-Konflikten, z. B. Schülerangriffe, Leistungsmessung, Suchtmittel		Bildungswesen	K.A.
KOMPASS-Komplementäre Analyse und Gestaltung von Produktionsaufgaben in soziotechnischen Systemen	Mündliche Befragung, Beobachtungsinterview	Bestimmung des optimalen Automatisierungsgrades, Gestaltung der Mensch-Maschine-Funktionsteilung Soziotechnisches System, Arbeitstätigkeit, Mensch-Maschine-System		Metallbranche, Holzbranche, Elektrotechnikbranche	ExpertInnenverfahren
KÖPS-Fragebogen für körperliche, psychische und soziale Symptome	Schriftliche Befragung	Erfassung psychischer und sozialer Belastungen, z. B. Nervosität, Depressivität, Gelassenheit, Körperbeschwerden, Schmerzen, Ängste		Universell	K.A.
LGb-Leitfaden zur Gefährdungsbeurteilung	Beobachtung, Beobachtungsinterview, schriftliche Befragung	Gefährdungsermittlung, Belastungsermittlung, Risikoabschätzung: klassische Gefährdungen, physische Belastung, psychische Belastungen		Industrie, gewerbliche Wirtschaft (KMU), öffentlicher Dienst	Orientierendes Verfahren
LiPT-Leymann Inventory of Psychological Terror	Schriftliche Befragung	Feststellen von Mobbingverhalten und -verläufen: sozioökonomische Fragen zu Mobbinghandlungen, Intensität und Dauer, Stresssymptomen		Universell	ExpertInnenverfahren
LPI-Leitfaden zur qualitativen Personalplanung bei technisch-organisatorischen Innovationen	Mündliche Befragung	Personalplanung und -entwicklung: Unternehmensziele und -strategien, fertigungstechnische, arbeitsorganisatorische und personalwirtschaftliche Strukturdaten, Aufgaben und Funktionsbereiche, Kommunikation und Kooperation, Informationsaufnahme, -verarbeitung, -erzeugung, Kenntnisse		Industrie	ExpertInnenverfahren
MABstK-Mitarbeiterbefragung psychische Belastung und Beanspruchung in der stationären Krankenpflege	Schriftliche Befragung	Belastungs- und /oder Beanspruchungsanalysen: Arbeitsinhalte, Arbeitsorganisation, soziales Klima, Ressourcen, Gesundheitsfaktoren		Gesundheitswesen	Orientierendes Verfahren
MBI-D, MBI-GS-D-Maslach Burnout Inventory	Schriftliche Befragung	Burnout-Diagnostik: Emotionale Erschöpfung (EE), Depersonalisation (DP), reduzierte persönliche Leistungsfähigkeit (PE)		Gesundheitswesen, Dienstleistungsbranche	Orientierendes Verfahren
Mb-Pb-Merkblatt-Psychische Belastung	Beobachtung, Beobachtungsinterview, Befragung	Klassische Gefährdungen, psychische und organisatorisch bedingte Belastungen		Universell	Orientierendes Verfahren

MELBA-Merkmalsprofile zur Eingliederung Leistungsgewandelter und Behinderter in Arbeit – Das Dokumentations – und Profilvergleichsverfahren für Personalentwicklung und Rehabilitation	Profilvergleichsverfahren	Fähigkeitgerechter Personaleinsatz, Ableitung von Gestaltungsmaßnahmen und Förderzielen, Belastungs-Beanspruchungsanalyse Tätigkeitsbezogene Merkmale aus fünf Bereichen (kognitiv, sozial, Art der Arbeitsausführung, psychomotorisch, Kulturtechniken/Kommunikation), definiert als Anforderungen und Fähigkeiten		Universell	Screeningverfahren
MIOFAGS-Modulares Inventar zur Organisationsdiagnose Fragebogen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz	Befragung	Mit Unterstützung des MIOFAGS können Unternehmen recht schnell und einfach herausfinden, wo sie gut sind und wo sie ansetzen sollten, um ihren Arbeits- und Gesundheitsschutz zu optimieren. Konkret zeigt ihnen der MIOFAGS, wo Qualifizierungs- und Trainingsbedarf ihrer MitarbeiterInnen und Führungskräfte besteht, ob und wo Maßnahmen zur Verbesserung des sicherheitsgerechten Verhaltens ihrer MitarbeiterInnen und zur Gesundheitsförderung in ihrem Unternehmen ansetzen sollten. I. Sicherheits- und Gesundheitsverhalten II. Personalführung III. Sicherheits- und Gesundheitskultur	 	Gewerbliche Wirtschaft (KMU)	K.A.
MIOSTRESS-Modulares Inventar zur Organisationsdiagnose STRESS	Befragung	MIOSTRESS unterstützt Unternehmen, um arbeitsbedingten Stress gezielt zu reduzieren und so die Gesundheit und das Wohlbefinden Ihrer Mitarbeiter zu fördern. Aus den Ergebnissen lässt sich ableiten: • welche Mitarbeitergruppen (Abteilungen, Berufsgruppen etc.) besonders belastet sind • welche Aspekte der Arbeitssituation optimiert werden müssen • auf welche individuellen und betrieblichen Ressourcen, z. B. eine unterstützende Führung oder Unternehmenskultur ein Betrieb bauen kann, um Verbesserungen voranzutreiben I. psychische Belastungen II. individuelle und betriebliche Ressourcen	  	Dienstleistungsbranche, gewerbliche Wirtschaft (KMU)	K.A.
MTO-Mensch-Technik-Organisations-Analyse	Beobachtung, mündliche Befragung, schriftliche Befragung	Ganzheitliche Analyse, Bewertung und Gestaltung von Unternehmen: Mensch, Technik, Organisation	  	Industrie, Bildungswesen	ExpertInnenverfahren
NUSA-Normative und Subjektive Arbeitsanalyse	Schriftliche Befragung, mündliche Befragung	Erlebte Bedeutsamkeit der Arbeit: Intensität, Stimulans, Bedeutsamkeit, Umwelt		Universell	Screeningverfahren
PAP-Physiologische Aktivierungsparameter	Beobachtung	Belastungsbezogene Beanspruchungsermittlung, z. B. EKG, HPD, EEG, LSF, SCR, EMG		Universell	ExpertInnenverfahren
PASTA-Potenzialanalyse stationäre Altherilfe	Schriftliche Befragung	Personal- und Gesundheitsmanagement Die sechs Profile der PASTA-MitarbeiterInnenbefragung lauten: Zufriedenheits-, Betriebsklima-, Führungs-, Kompetenz-, Belastungs- und Beanspruchungsprofil	 	Gesundheitswesen	Screeningverfahren
PI-Pb-Prüfliste – psychische Belastung	Schriftliche Befragung	Gefährdungsbeurteilung, Belastungsermittlung, Tätigkeitsmerkmale		Universell, Büro und Verwaltung	Orientierendes Verfahren

REBA-Rechnergestützte psychologische Bewertung von Arbeitsinhalten	Beobachtungsinterview	Psychologische Bewertung von Arbeitsinhalten: Handlungsregulation, Fehlbeanspruchungserleben, Bewertungsebenen (22 Tätigkeitsmerkmale)		Industrie, Dienstleistungsbranche	Screeningverfahren
Rg-EgAB-Ratgeber zur Ermittlung gefährdungsbezogener Arbeitsschutzmaßnahmen im Betrieb	K.A.	Gefährdungsbeurteilung, klassische Gefährdungen, psychische Belastungen		Universell	Orientierendes Verfahren
SAA-Subjektive Arbeitsanalyse	Schriftliche Befragung	Belastungsermittlung: Handlungsspielraum, Transparenz, Verantwortung, Qualifikation, soziale Struktur, Arbeitsbelastung		Universell	Screeningverfahren
SF-MAB-Standardfragebogen zur Mitarbeiterbefragung	Schriftliche Befragung	Beurteilung des Unternehmens, z. B. Zufriedenheit, Informationen, Weiterbildungsmöglichkeiten, Aufstiegschancen		Universell	Screeningverfahren
SIGMA-Screening-Instrument zur Bewertung und Gestaltung von menschenrechtlichen Arbeitstätigkeiten	Beobachtung, Beobachtungsinterview	Gefährdungs- und Belastungsermittlung: Arbeitstätigkeit, Arbeitsumgebung, Arbeitsorganisation, besondere Anforderungen / spezifische Belastungen		Universell	Screeningverfahren
Skl-Skala Irritation	Schriftliche Befragung	Mittelfristige Beanspruchungsfolgen, verschiedene Erschöpfungszustände		Universell	Orientierendes Verfahren
SPA-Screening psychischer Arbeitsbelastungen, in den Formen SPA-P (Person) und SPA-S (Situation)	Beobachtung, schriftliche Befragung	SPA-S: Belastungsanalyse und -bewertung SPA-P: Belastungs- und Beanspruchungsanalyse, Bewertung SPA-S: Entscheidungsspielraum, Komplexität, Qualifikationserfordernisse, besondere Anforderungen an die Handlungszuverlässigkeit / risikobehaftete Arbeits Situationen, belastende Ausführungsbedingungen SPA-P: Entscheidungsspielraum, Komplexität, Qualifikationserfordernisse, besondere Anforderungen an die Handlungszuverlässigkeit / risikobehaftete Arbeits Situationen, belastende Ausführungsbedingungen, soziale Beziehungen		Büro und Verwaltung, Dienstleistungsbranche	Screeningverfahren
SynBa-Synthetische Beanspruchungs- und Arbeitsanalyse	Schriftliche Befragung	Beanspruchungs- und Arbeitsanalyse: Aufgabenanforderungen, Tätigkeitsspielraum, Regulationsbehinderungen, Leistungskontrolle, Kooperation und Kommunikation		universell	Screeningverfahren
SynBa- Version 2004-Synthetische Beanspruchungs- und Arbeitsanalyse	Schriftliche Befragung	Tätigkeitsanalyse, Beanspruchungs- und Arbeitsanalyse, Beanspruchungserleben Tätigkeitsanalyse: Berufs- und branchenspezifisch Belastungsanalyse: Aufgabenanforderungen, Tätigkeitsspielraum, Regulationsbehinderungen, Leistungskontrolle, Kooperation und Kommunikation Beanspruchungsanalyse: Emotionen und Beanspruchungserleben		Büro und Verwaltung, Dienstleistungsbranche, Fertigung, Gesundheitswesen	Screeningverfahren
TAA-Tätigkeits- und Arbeitsanalyseverfahren	Schriftliche Befragung, Beobachtung	Arbeitsanalyse und Organisationsdiagnose im Gesundheitswesen als Grundlage für Arbeitsgestaltung und Organisationsentwicklung Anforderungen, Qualifikation, Spielräume, Ressourcen, Belastungen, Aufgabenstruktur und Arbeitsteilung, Organisationsstruktur etc.		Gesundheitswesen	ExpertInnenverfahren

TAI-Tätigkeitsanalyseinventar	Mündliche und schriftliche Befragung	Belastungs- und Gefährdungsermittlung, ergonomische Gestaltung, Entwickeln von Ausbildungskonzepten, Vorher-Nachher-Vergleiche Merkmale des Standortes, Arbeitsorganisation, Technik, Information, Qualifikation		Industrie, Dienstleistungsbranche	ExpertInnenverfahren
TBS-Tätigkeitsbewertungssystem	Beobachtung, Beobachtungsinterview	Tätigkeitsanalyse, Tätigkeitsbewertung, Tätigkeitsgestaltung: Arbeitsorganisation, Technik, Kooperation, Verantwortung, geistige Leistungen, Qualifikation, Lernerfordernisse		Industrie, Büro und Verwaltung	ExpertInnenverfahren
TEBA-Tätigkeitsscreening zur Erfassung psychischer und sozialer Belastung im Arbeitsprozess	Beobachtung, Beobachtungsinterview	Erfassung psychischer und sozialer Belastungen, z. B. Freiheitsgrade, Rückmeldungen, Verantwortung		Universell	Screeningverfahren
TED-Testsystem zur Erfassung von Daten- und Kommunikationsstilen in der Führungskräfteentwicklung	Mündliche Befragung	Potenzialbeurteilung in der Führungskräfteentwicklung: intra- und interpersonelle Denkstile		Universell	K. A.
TICS-Trierer Inventar zum chronischen Stress	Schriftliche Befragung	Erfassung verschiedener Formen von Stress: Arbeitsüberlastung, soziale Überlastung, Erfolgsdruck, Unzufriedenheit mit der Arbeit, Überforderung bei der Arbeit, Mangel an sozialer Anerkennung, soziale Spannungen, soziale Isolation, chronische Besorgnis		Universell	K. A.