

Hauß, Friedrich

Book — Digitized Version

Gesundheitsförderung im Handwerk

Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz, Forschung, No. Fb 656

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Hauß, Friedrich (1992) : Gesundheitsförderung im Handwerk, Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz, Forschung, No. Fb 656, ISBN 3-89429-203-2, Wirtschaftsverlag NW, Bremerhaven

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/112655>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



WZB-Open Access Digitalisate

WZB-Open Access digital copies

Das nachfolgende Dokument wurde zum Zweck der kostenfreien Onlinebereitstellung digitalisiert am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (WZB). Das WZB verfügt über die entsprechenden Nutzungsrechte. Sollten Sie sich durch die Onlineveröffentlichung des Dokuments wider Erwarten dennoch in Ihren Rechten verletzt sehen, kontaktieren Sie bitte das WZB postalisch oder per E-Mail:

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH
Bibliothek und wissenschaftliche Information
Reichpietschufer 50
D-10785 Berlin
E-Mail: bibliothek@wzb.eu

The following document was digitized at the Berlin Social Science Center (WZB) in order to make it publicly available online.

The WZB has the corresponding rights of use. If, against all possibility, you consider your rights to be violated by the online publication of this document, please contact the WZB by sending a letter or an e-mail to:

Berlin Social Science Center (WZB)
Library and Scientific Information
Reichpietschufer 50
D-10785 Berlin
e-mail: bibliothek@wzb.eu

Digitalisierung und Bereitstellung dieser Publikation erfolgten im Rahmen des Retrodigitalisierungsprojektes **OA 1000+**. Weitere Informationen zum Projekt und eine Liste der ca. 1 500 digitalisierten Texte sind unter <http://www.wzb.eu/de/bibliothek/serviceangebote/open-access/oa-1000> verfügbar.

This text was digitizing and published online as part of the digitizing-project **OA 1000+**. More about the project as well as a list of all the digitized documents (ca. 1 500) can be found at <http://www.wzb.eu/en/library/services/open-access/oa-1000>.

Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz

– Forschung –
Fb 656

F. Hauß

Gesundheitsförderung im Handwerk

Dortmund 1992

Bearbeiter: Dr. rer. pol. Friedrich Hauß
IGE – Institut für Gesundheits- und Sozial-
forschung GmbH
Otto-Suhr-Allee 18, 1000 Berlin 10
Telefon (030) 348070

Herausgeber: Bundesanstalt für Arbeitsschutz
Vogelpothsweg 50–52
4600 Dortmund 1

Druck und Verlag: Wirtschaftsverlag NW
Verlag für neue Wissenschaft GmbH
Postfach 101110
2850 Bremerhaven 1
Telefon (0471) 46093–95
Telefax (0471) 42765

Aus Gründen des Umweltschutzes wurde diese
Schrift auf chlorfrei gebleichtem Papier gedruckt.

ISSN 0932-3856
ISBN 3-89429-203-2

I. Zusammenfassung: "Gesundheitsförderung im Handwerk"

Ziel des Forschungsprojektes war es, ein praktikables System für die Gesundheitsförderung in Klein- und Kleinstbetrieben in enger Kooperation zwischen den Innungen (Trade Associations), Krankenkassen und Berufsgenossenschaften (Works Compensation Funds) zu entwickeln. Da Kleinbetriebe den Handwerksbereich strukturieren, mußten Lösungen überbetrieblich, aber trotzdem problemnah sein. Um diesen Anforderungen zu genügen, wurde ein Gesundheitsbericht aus den Daten der Krankenkassen und aus Informationen einer Befragungsaktion zusammengestellt. Der Gesundheitsbericht beschreibt die gesundheitliche Lage der Beschäftigten, ihre subjektiv empfundenen Arbeitsbelastungen und Beschwerden. Aufgrund dieses Berichtes wurden in enger Kooperation aller Beteiligten Maßnahmen der Gesundheitsförderung ausgewählt, die sich weniger an den einzelnen Betrieb, mehr jedoch an bestimmte Beschäftigtengruppen aus allen Betrieben richteten.

Damit die Krankenkassen als Zentralinstitution künftiger Gesundheitsförderungsprojekte mit Kleinbetrieben den Prozeß in Zukunft selbst durchführen können, wurde ein anwendungsfertiges EDV-Programm entwickelt, mit dem die Kassen in Zukunft selbst Gesundheitsberichte herstellen können. Zudem wurde ein praktischer Leitfaden für die Abfassung, grafische Gestaltung und Verbreitung des Berichtes entwickelt.

Schlagwörter

Betriebliche Gesundheitsförderung
Handwerk

II. Summary: "Health Promotion for the crafts"

It was the aim of the project to develop a practicable system for health promotion in small and smallest enterprises. This was done in close cooperation with trade associations, health insurances and works compensation funds. Since crafts-establishments are usually very small, the report system had to be realized by a special central unit, nevertheless it had to stay problem oriented. To satisfy these requirements a health report was made out of data of health insurances and of information from a survey. The health report describes the employees` health state, their subjectively perceived work stress and complaints. On the basis of this report actions of health promotion were chosen in close cooperation with all participants. These were less directed to a single enterprise but more to certain groups of employees from all enterprises.

The health insurances will be the central institutions of future health promotion for small enterprises. An applicable software was developed to enable them to manage the process by themselves. Moreover practical manuals for the production, the graphical presentation and the diffusion of the reports have been written.

III. Résumé: "La promotion de la santé dans L'artisanat"

L'objet de l'enquête consistait à développer un système praticable pour la promotion de la santé dans les petites entreprises et les entreprises artisanales en étroite coopération avec les corporations les caisses de maladie et les associations préventives des accidents du travail. Etant donné que les petites entreprises structurent les activités artisanales, il fallait que les solutions aillent au delà de l'entreprise tout en approchant le problème. Pour suffire à ces exigences, un rapport de santé a été établi sur la base de données fournies par les caisses de maladie et d'informations issues d'une action de consultation. Le rapport de santé décrit l'état de santé des employés, les charges qu'ils ressentent de façon subjective en rapport à leur travail et leurs doléances. En raison de ce rapport, des mesures pour la promotion de la santé ont été sélectionnées en étroite coopération avec tous les intéressés; ces mesures s'adressaient moins à l'entreprise individuelle qu'à des groupements professionnels spécifiques dans les diverses entreprises.

Afin que les caisses de maladie en tant qu'institution centrale pour des projets futurs de promotion de la santé soient en mesure de réaliser cette action de façon autonome avec les petites entreprises, un programme informatique prêt à l'emploi a été développé, au moyen duquel les caisses pourront à l'avenir établir elles-mêmes les rapports de santé. En outre, des instructions pratiques d'application ont été développées pour la rédaction, la présentation graphique et la diffusion du rapport.

Inhalt

A	GESUNDHEITSBERICHT GESUNDHEIT, ARBEITSBELASTUNGEN UND ÄNDERUNGSVORSCHLÄGE IN DER KRAFT- FAHRZEUGGINNUNG DÜSSELDORF	1
0.	Vorwort	1
1.	Die Entstehung dieses Berichtes	2
2.	Die Kraftfahrzeuginnung in Düsseldorf	4
3.	Materialien für diesen Gesundheitsbericht	5
4.	Kurze Zusammenfassung der Ergebnisse	5
5.	Die Beschäftigten im Kfz-Handwerk	6
6.	Der Krankenstand in den Innungsbetrieben	8
7.	Die Präzisierung der Ergebnisse durch die Informatio- nen aus dem Fragebogen	12
7.1	Die Haupttätigkeitsbereiche der Gruppen	13
7.2	Arbeitsbelastungen	14
7.3	Belastungen und Beschwerden	17
8.	Der Gesundheitszustand der Beschäftigten	18
8.1	Subjektives Befinden	18
8.2	Gesundheitsinteresse, Gesundheitsverhalten	21
9.	Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung im Kfz-Handwerk	22
9.1	Arbeitsweltbezogene Maßnahmen	24
9.2	Maßnahmen, die nicht unmittelbar die Arbeitswelt be- treffen	28
Anhang:	Arztbesuch und Medikamentenverbrauch	30
	Strukturzeichnung Projektorganisation	33
	Maßnahmen-Matrix	34

B	LEITFADEN PRAKTISCHE ANLEITUNGEN ZUR GESUNDHEITS- FÖRDERUNG IM HANDWERK	37
I.	AUFGABENVERTEILUNG UND ORGANISATIONS- STRUKTUR DER BETRIEBLICHEN GESUNDHEITS- FÖRDERUNG IN EINEM KRANKENKASSENVER- BAND	37
1.	Ausgangsüberlegungen	37
2.	Voraussetzungen für die betriebliche Gesundheitsbe- richterstattung durch die Krankenkassen	38
2.1	Technische Voraussetzungen	39
2.2	Voraussetzungen zur Herstellung und Integration be- trieblicher Gesundheitsberichte	40
2.2.1	Kenntnis des Anwendungsfeldes	40
2.2.2	Kenntnisse von Auswertungs- und Darstellungsverfah- ren	40
2.2.3	Kenntnisse im Arbeitsschutz und in der betrieblichen Gesundheitsförderung	41
2.3	Kenntnisse zur Vermittlung der Berichte	41
3.	Die Organisation der betrieblichen Gesundheitsbe- richterstattung im IKK-System	41
3.1	Die Aufgaben der Einzelkrankenkasse	43
3.2	Die Aufgaben der Zentrale	43
3.3	Ein Vorschlag zur Organisation	44
II.	HANDLUNGSHILFE	45
1.	Die Funktion dieser Anleitungen	45
1.1	Anleitung zum praktischen Handeln - kein Handlungs- ersatz	46
1.2	Projektbezogene Anpassung ist in jedem Fall notwen- dig	47
1.3	Voraussetzungen für ein Gesundheitsförderungs- projekt	48
2.	Die Informationsquellen des betrieblichen Gesund- heitsberichtes	49
2.1	Die AU-Datenanalyse	50
2.2	Der Fragebogen an die Beschäftigten	51
2.3	Der Fragebogen für Betriebseigner	52

2.4	Expertengespräche und Diskussionen in Gremien, Ausschüssen etc.	52
III.	DIE INSTRUMENTE UND IHRE ANWENDUNG	53
1.	Die AU-Daten der Krankenkasse	53
1.1	Der Vergleichsreport	54
1.1.1	Beispiele für die Interpretation von Tabellen	55
1.1.2	Besonderheiten	57
1.2	Der Schichtungsreport	58
2.	Der Fragebogen für die Beschäftigten	61
2.1	Allgemeines	61
2.1.1	Sorgfältige Auswahl der Fragen	62
2.1.2	Codierung	62
2.1.3	Grafische Gestaltung	63
2.2	Fragenbereiche und Indikatoren	63
2.2.1	Subjektives Gesundheitsinteresse	63
2.2.2	Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes	64
2.2.3	Die Inanspruchnahme von medizinischer Versor- gung	64
2.2.4	Tätigkeitsbereiche und Arbeitsbelastungen, Verbesse- rungsvorschläge	65
2.2.5	Arbeitsschutz	65
2.2.6	Persönliche Merkmale	65
2.3	Die Erfassung der Fragebogen auf Datenträgern	66
2.3.1	Verschlüsselung offener Antworten	66
2.3.2	Datensatzbeschreibung	66
2.3.3	Datenerfassung	67
2.3.4	Die Modifikation der Daten: Recoding - Neuberech- nung und Zählen	69
2.3.4.1	Die Funktion "Recoding"	70
2.3.4.2	Die Funktion "Count"	72
2.3.4.3	Die Funktion "Compute"	73
2.4	Die Auswertung der Daten	74
2.4.1	Frequencies	75
2.4.2	Descriptives	76
2.4.3	Mittelwerttest	77
2.5	Darstellungsverfahren	79

2.5.1	Auswahl von Grafiktypen und Darstellungsweisen	80
2.5.2	Grafiktypen	83
Anhang	89

Der Bericht "Gesundheitsförderung im Handwerk" ist Teil des Schlußberichtes der wissenschaftlichen Begleitung des Projektes "Handwerksbezogene Gesundheitsförderung - Entwicklung eines Praxismodells". Der gesamte Schlußbericht an die Bundesanstalt für Arbeitsschutz, die die wissenschaftliche Begleitung gefördert hat, sowie an den IKK Landesverband Nordrhein und Rheinland-Pfalz besteht aus drei Teilen, die unterschiedliche Zwecke verfolgen:

- *Der betriebliche Gesundheitsbericht für das Kfz-Handwerk in Düsseldorf informiert über die Verteilung des Krankenstandes unter den Beschäftigten des Kfz-Handwerks und über die Verteilung von Krankheitsarten unter ihnen. Es werden konkrete Maßnahmen zur Gesundheitsförderung vorgeschlagen. Dieser Gesundheitsbericht stellt den Kern des Projektes dar.*
- *Der Leitfaden richtet sich an Mitarbeiter der IKK, die die betriebliche Gesundheitsförderung entwickeln und durchführen wollen. Hier finden sie sehr praktische Informationen zur Gestaltung von Fragebogen und Berichten, zum Umgang mit statistischen Auswertungspaketen, zur Anfertigung von Grafiken und zur Umsetzung der Ergebnisausdrucke der AU-Datenanalyse.*
- *Es gibt außerdem ein Pflichtenheft, das sich ausschließlich an die EDV-Mitarbeiter im IKK-System richtet und nicht in diesen Bericht integriert ist. Dort werden die Programme erläutert und in ihrer Anwendung beschrieben, die notwendig sind, um die AU-Datenanalyse durchführen zu können. Bestandteil des Pflichtenheftes ist ein Datenband, auf dem die entsprechenden Programme enthalten sind.*

A GESUNDHEITSBERICHT
Gesundheit, Arbeitsbelastungen und Änderungsvorschläge in der
Kraftfahrzeuginnung Düsseldorf

0. Vorwort

Der vorliegende Gesundheitsbericht ist Bestandteil und Arbeitsergebnis des Projektes "Handwerksbezogene Gesundheitsförderung - Entwicklung eines Praxismodells", das der IKK-Landesverband Nordrhein und Rheinland-Pfalz als Initiator und verantwortlicher Projektträger modellhaft für das gesamte IKK-System durchführt und das vom IKK-Bundesverband finanziert wird. Das Projekt wird gemeinsam mit der IKK Düsseldorf und Neuss im Kfz-Handwerk Düsseldorf verwirklicht.

Ziel ist es, in enger Zusammenarbeit mit der Bundesanstalt für Arbeitsschutz, der zuständigen Berufsgenossenschaft und weiteren wichtigen Kooperationspartnern Bedingungen und Perspektiven für eine handwerksbezogene Gesundheitsförderung zu untersuchen, die verhaltens- und verhältnispräventive Ansätze einschließt.

Die Bundesanstalt für Arbeitsschutz hat diesen Bericht durch öffentliche Fördermittel unterstützt, um die Gesundheitsberichterstattung im Bereich der Klein- und Kleinstbetriebe voranzutreiben.

Ein Gesundheitsbericht ist für Praktiker in den Krankenkassen und Betrieben geschrieben. Er soll ihnen Hinweise auf Beschäftigungsgruppen mit einem erhöhten Krankenstand liefern und eine gezielte Auswahl geeigneter Gesundheitsförderungs- und Arbeitsschutzmaßnahmen erleichtern. Da nichts so praktisch ist wie eine gute Konzeption, ist in diesem Bericht der Versuch gemacht worden, die zugrunde liegende Konzeption von Gesundheitsförderung ausdrücklich zum Tragen kommen zu lassen, obwohl sie vielleicht nicht von allen Beteiligten geteilt wird. Sie lautet schlagwortartig zusammengefaßt folgendermaßen:

- Betriebliche Gesundheitsförderung hat von den konkreten betrieblichen Gegebenheiten auszugehen. Die Informationen über diese Gegebenheiten sind möglichst vollständig und überprüfbar zu gewinnen.
- Die Aktivitäten und Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung müssen in die betrieblichen Routinen und Organisationsformen integrierbar sein. Das heißt im Regelfall, daß Gesundheitsförderung Teil des betrieblichen Arbeitsschutzsystems sein wird. Maßnahmen, die diese Voraussetzung nicht erfüllen, sind nicht der be-

trieblichen Gesundheitsförderung zuzuordnen. Es sind vielmehr Gesundheitsförderungsmaßnahmen, die im Betrieb (als Ort der Durchführung) stattfinden.

- Betriebliche Gesundheitsförderung ist ein hoch kooperativer und arbeitsteiliger Prozeß. Er sollte sich in erster Linie auf die Akteure stützen, die bereits im Feld der betrieblichen Gesundheitserhaltung und Krankheitsverhütung aktiv sind. Also im wesentlichen auf die Berufsgenossenschaften, die Fachkräfte für Arbeitssicherheit und Betriebsärzte, die Meister und Vorgesetzten und schließlich auf die Beschäftigten selbst.
- Die Rolle der Krankenkassen in diesem Prozeß sollte die eines anregenden und informierenden Parts sein. In § 20 des SGB V werden die Kassen aufgefordert, den Gründen für arbeitsbedingte Erkrankungen nachzugehen und auf ihre Beseitigung hinzuwirken. Dies soll in Kooperation mit anderen Gesundheitsakteuren geschehen (zum Beispiel Berufsgenossenschaften). Die Entwicklung der betrieblichen Gesundheitsberichterstattung ist eine solche Aufgabe, die durch § 20 SGB V nicht nur gestattet, sondern geradezu erforderlich wird.

Der Autor dankt den beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Bundesanstalt für Arbeitsschutz, der IKK Düsseldorf und Neuss, des Landesverbandes Nordrhein und Rheinland-Pfalz sowie der Maschinenbau- und Kleisenindustrie-Berufsgenossenschaft, die mit großem Engagement und viel Sachverstand die Gesundheitsförderung im Kraftfahrzeughandwerk vorangebracht haben.

1. Die Entstehung dieses Berichtes

Die Herstellung eines Gesundheitsberichtes wie des vorliegenden ist ein aufwendiges Verfahren, für das zahlreiche Abstimmungsprozesse, hochentwickelte Datenverarbeitungs-, Auswertungs- und Darstellungsverfahren erforderlich sind, das von den durchführenden Krankenkassen eine erhebliche organisatorische Anstrengung verlangt und nicht zuletzt Geld kostet.

Diese technischen, organisatorischen, finanziellen und Wissens-Barrieren haben es bisher verhindert, daß die betriebliche Gesundheitsberichterstattung zur Routineaufgabe der Krankenkassen geworden ist. Faktisch haben bis jetzt nur sehr wenige (weniger als 20) Krankenkassen in der Bundesrepublik einen solchen Bericht hergestellt, fast ausnahmslos jedoch für Betriebe mit größeren Beschäftigtenzahlen.

Für die Bundesanstalt für Arbeitsschutz, die Innungskrankenkasse und die beteiligte Kfz-Innung war es Anlaß genug, mit Hilfe öffentlicher Fördermittel die Gesundheitsberichterstattung für die der Innung angeschlossenen Betriebe zu beginnen. Am Ende sollte ein Modell stehen, das die Innungskrankenkasse in die Lage versetzen sollte, selbständig solche Gesundheitsberichte für verschiedene Innungen durchzuführen.

Der hier vorliegende Gesundheitsbericht muß also zwei Funktionen erfüllen:

- Er soll (wie ein "echter" Bericht) helfen, konkrete Maßnahmen und Aktivitäten des Arbeitsschutzes und der Gesundheitsförderung zielgerichtet zu entwickeln.
- Ihm kommt gleichzeitig im Rahmen des Gesamtprojektes "Demonstrationscharakter" zu. Deshalb enthält dieser Bericht Abschnitte, die den Bericht selbst erklären und die in dieser Form in einen Routine-Gesundheitsbericht nicht aufgenommen würden.

Neben diesem Bericht entsteht ein Handbuch, in dem die Auswertung, die Darstellung und die Interpretation von Gesundheitsberichten beschrieben werden, sowie ein Pflichtenheft für die EDV, mit dessen Hilfe jede einzelne IKK einen solchen Bericht herstellen kann. Für die Gesundheitsförderung im Handwerk stellt dieser Bericht daher das "Teilergebnis" des Projektes dar, das gemeinsam mit der Kraftfahrzeuginnung und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz durchgeführt wird.

Im folgenden wird kurz die Entstehungsgeschichte des Berichtes anhand von handlungsleitenden Prinzipien dargestellt.

Kooperation und Konsens unter allen Beteiligten

Neben dem federführenden Forschungsinstitut IGES wirkten an der Entstehung des Gesundheitsberichtes von Anbeginn an die Bundesanstalt für Arbeitsschutz, die IKK Düsseldorf und Neuss, der IKK-Landesverband Nordrhein und Rheinland-Pfalz, die Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertreter der Kfz-Innung Düsseldorf, die örtliche IG Metall sowie die Maschinenbau- und Kleisenindustrie-Berufsgenossenschaft mit. Eine zentrale Rolle spielte dabei der Arbeitskreis Gesundheitsförderung im Kfz-Handwerk. Soweit dem Autor bekannt ist, ist ein solcher, in einem kooperativen Prozeß entstandener Gesundheitsbericht bisher einmalig.

Aufbereitung der Stamm- und Leistungsdaten nach vorgegebenen Kriterien

Die AU-Datenanalyse stellt den Kern der betrieblichen Gesundheitsberichterstattung dar. Diese Daten werden unter Routinebedingungen nicht für Auswertungszwecke hergestellt. Sie müssen nach bestimmten - und in diesem Fall im EDV-Pflichtenheft niedergelegten - Kriterien zusammengestellt und organisiert werden. Dies kann nur dort geschehen, wo die Daten vor-

handen sind, also in der Regel bei der Einzelkasse. Die Aufbereitung dieser Daten durch die Einzelkasse erfordert selbst dann sehr viel Aufwand, wenn die Hardware-Ausstattung entsprechende Sortierläufe prinzipiell zuläßt.

Beteiligung an der Entwicklung eines Fragebogens

Zur Ergänzung der AU-Daten wurde ein Fragebogen entwickelt, dessen Ergebnisse ebenfalls in diesen Bericht eingegangen sind. Mit diesen Fragebogen sollten vor allem Arbeitsbelastungen, subjektive Befindlichkeiten und Interesse an gesundheitserhaltenden Maßnahmen von den Beschäftigten erfragt werden. Zwar sollte der Fragebogen auch in anderen Innungen einsetzbar sein, aber unterschiedliche Fragenbereiche bedürfen der Beratung durch die Mitglieder der Innung und innerhalb der Kasse.

Organisation der Befragung

Der IKK Düsseldorf und Neuss kam die Organisation und Durchführung der Befragung zu. Da alle Betriebe, die ein Interesse an der Befragungsaktion bekundet hatten, persönlich aufgesucht und die Fragebogen in der Regel auch persönlich abgeholt wurden, nahm die Durchführung dieser Befragung erhebliche Ressourcen in Anspruch. Diese Anstrengungen haben sich jedoch in einer hohen Beteiligungsrate der Betriebe niedergeschlagen. Von den 162 in der Innung vertretenen Betrieben haben 81 (also genau die Hälfte) an der Befragung teilgenommen. Bei den Beschäftigten lag die Beteiligung bei 26,68 % (n = 509). Differenzierungen im Antwortverhalten nach Betriebsart, Altersverteilung etc. haben sich nicht ergeben.

Werbung für die Datenerhebung im Verband und nach außen.

Während der ganzen Erhebungsphase begleitete die IKK das Vorhaben mit Informations- und Werbemaßnahmen. So wurden Vorgehensweise und Ergebnisse mehrfach Repräsentanten der Innung vorgestellt, Informationsmaterial an die Betriebe verteilt etc. Diese Aufgaben werden als notwendige Aktivitäten angesehen, um bei einer so lang dauernden Aktion auch am Ende des Prozesses, wenn es nämlich um die Entwicklung und Umsetzung konkreter Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung geht, auf das Interesse aller Beteiligten zu stoßen.

2. Die Kraftfahrzeuginnung in Düsseldorf

Die IKK Düsseldorf und Neuss versicherte zum Stichtag (15.10.89) genau 1 908 Beschäftigte im Kraftfahrzeughandwerk. Diese arbeiteten in 162 Betrieben. Auf diesen Stichtag beziehen sich die folgenden Ergebnisse, soweit sie der AU-Analyse entstammen.

Das Kraftfahrzeughandwerk hat eine stabile Beschäftigungsstruktur bei instabilen individuellen Arbeitsverhältnissen. Die Fluktuationsrate der Mitar-

beiter im Kraftfahrzeughandwerk von Düsseldorf/Neuss liegt bei fast 30 %; dies ist ein hoher Wert. Von den zu Beginn eines Jahres bei den Kfz-Betrieben Beschäftigten ist zu Beginn des nächsten Jahres bereits jeder dritte aus seinem Betrieb ausgeschieden.

3. Materialien für diesen Gesundheitsbericht

Es gibt im wesentlichen drei Informationsquellen, aus denen sich dieser Bericht zusammensetzt:

- **Krankenkassendaten** über die **Arbeitsunfähigkeit** der Mitarbeiter der Kraftfahrzeuginnung. Natürlich wurden diese Daten anonymisiert. Rückschlüsse auf einzelne Personen sind nicht möglich.
- Ergebnisse einer **Befragung**, an der sich 509 **Mitarbeiter** beteiligt haben (zwei Fragebogen konnten allerdings nicht ausgewertet werden). Auch diese Befragung wurde vollkommen anonym durchgeführt. Sie diente dem Zweck, die Daten über die Arbeitsunfähigkeit (im folgenden AU-Daten genannt) mit Informationen über die Arbeits- und Lebensweise der Beschäftigten und über ihre Belastungen aus der Arbeits- und Lebenswelt zu ergänzen, denn erst diese Informationen machen eine zielgruppengenaue Maßnahmenauswahl möglich. Aus den AU-Daten selbst sind diese Informationen nicht zu gewinnen.
- Ergebnisse der **Befragung von Arbeitgebern** (Betriebseignern). Mit dieser Befragung, an der sich knapp 40 Betriebseigner beteiligt haben, sollten Informationen aus Arbeitgebersicht gewonnen werden.

4. Kurze Zusammenfassung der Ergebnisse

Es gibt einige herausragende Ergebnisse, die bereits an dieser Stelle zusammengefaßt werden sollen:

- Der Krankenstand in der Kfz-Innung ist gering. Er liegt im Jahresmittel bei 4,45 % und damit um ca. 0,5 % unter dem Wert für die Bundesrepublik von 1990 (alte Bundesländer).
- Für ältere und jüngere Mitarbeiter ergeben sich jedoch vollkommen unterschiedliche Krankenstandsverläufe:
 - Jüngere Mitarbeiter (bis 25 Jahre) sind häufiger krank (ca. zwei Fälle pro Jahr), aber insgesamt nur acht Tage im Jahr.
 - Ältere Mitarbeiter (über 50 Jahre) sind seltener krank (1- bis 1,5mal), dafür aber insgesamt mehr als 20 Tage pro Jahr.

- Ältere Mitarbeiter gehören zur Gruppe mit dem größten Interventionsbedarf. Für sie müßte unter gesundheitlichen Gesichtspunkten am meisten getan werden, um eine weitere Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes zu verhindern. Ihre Krankheitsschwerpunkte liegen bei Krankheiten des Bewegungsapparates und des Kreislaufsystems.
- Jüngere Mitarbeiter gehören zur Gruppe, bei der sich Prävention am meisten lohnt. Für sie müßte viel getan werden, damit sich ihr guter Gesundheitszustand erhält. Ihre Krankheitsschwerpunkte liegen im Bereich der Verletzungen und der Krankheiten der Atmungsorgane.
- Beide Gruppen nehmen Merkmale ihrer Arbeitssituation etwa gleich "belastend" wahr. Das subjektiv empfundene Belastungsniveau ist jedoch bei den älteren Beschäftigten höher.
- Ältere Beschäftigte klagen über unbefriedigendes soziales Klima (und leiden entsprechend häufig an Nervosität, Herzklopfen und Reizbarkeit). Jüngere Mitarbeiter klagen zusammen mit den Älteren über hektische Arbeitsbedingungen und eine unzureichend sanierte Arbeitsumgebung.
- An den "üblichen" Gesundheitsförderungsmaßnahmen sind beide Gruppen nicht sehr interessiert. Jüngere bevorzugen Sport und Verkehrssicherheitstrainingsmaßnahmen. Ältere Beschäftigte wünschen sich vor allem Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsumwelt.

5. Die Beschäftigten im Kfz-Handwerk

Aus der Krankenstandsforschung wissen wir seit langem, daß unterschiedliche Krankenstände von Beschäftigten (AU-begründete Fehltage - geteilt durch 365) und vor allem das Krankenstandsvolumen (alle AU-Tage pro Jahr) erheblich von den persönlichen Merkmalen der Beschäftigten beeinflußt sind. Wenn im Betrieb gesagt wird: "Es sind immer dieselben krank", so stimmt dies in gewissem Ausmaß. Als besonders wichtige Merkmale haben sich das Alter und die Stellung im Beruf herausgestellt. Die Nationalität und das Geschlecht spielen dagegen eine weniger wichtige Rolle. In dieser Untersuchung sind Frauen ohnehin nicht berücksichtigt, da ihr Anteil im gewerblichen Bereich bei unter 8 % liegt. Eine Differenzierung nach der Nationalität sollte ebenfalls nicht vorgenommen werden, da man sich davon keine Informationen versprach, die sich in der Durchführung von Maßnahmen niederschlagen könnte.

Abb. 1 Beschäftigte in der Kfz-Innung im Vergleich mit allen Versicherten der IKK

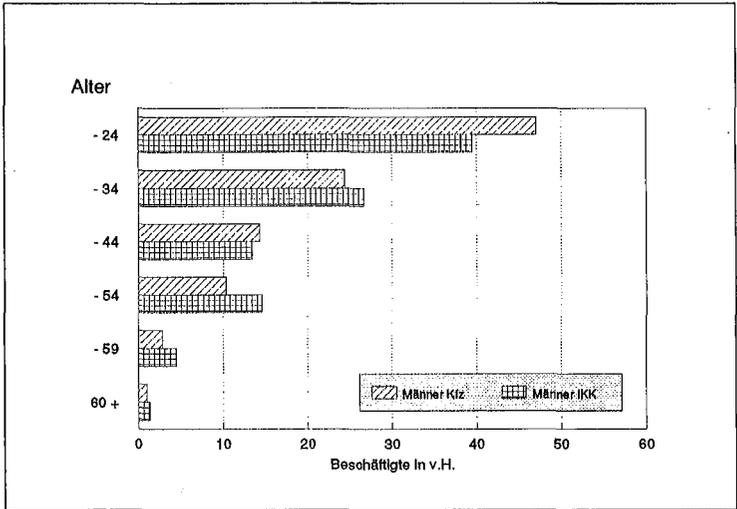
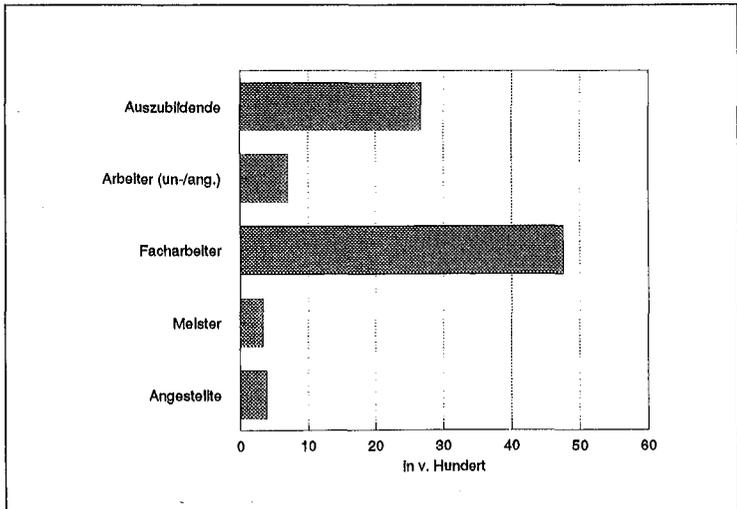


Abb. 2 Stellung im Beruf im Kfz-Handwerk



Der große Anteil der jünger als 25 Jahre alten Beschäftigten in der Innung (sie machen fast 50 % aller Versicherten aus) ist im wesentlichen durch Auszubildende begründet. Mitarbeiter der Kraftfahrzeuginnung sind im Durchschnitt noch jünger als die Mitarbeiter anderer Innungen. Dies läßt einen insgesamt geringen Krankenstand erwarten.

Die Ursache für einen geringen Krankenstand ist auch darin zu sehen, daß nur 7,5 % aller Beschäftigten im Kfz-Handwerk an- und ungelernete Arbeiter sind. Diese Verteilung zeigt die Abbildung 2.

Unter personalpolitischen Gesichtspunkten gesehen, könnte man sich kaum eine günstigere Beschäftigungsstruktur vorstellen, als sie die Kfz-Innung in Düsseldorf hat. Als Negativfaktor bleibt lediglich die recht hohe Fluktuation erwähnenswert. Sie liegt bei etwa 30 %, das heißt einer von drei Beschäftigten ist nach Ablauf eines Jahres nicht mehr im gleichen Betrieb beschäftigt. Viele Unternehmen klagen, daß unter solchen Bedingungen neben den Meistern keine Stammsbelegschaft aufgebaut werden kann.

6. Der Krankenstand in den Innungsbetrieben

Wie zu erwarten, liegt der Krankenstand in den Innungsbetrieben mit 4,45 % sehr niedrig. Die Abbildung 3 zeigt, daß der Krankenstand der Kfz-Innung noch unter dem für alle Versicherten der IKK liegt, lediglich in der obersten Altersgruppe zeigt diese Entwicklung Abweichungen, allerdings befinden sich in dieser Altersgruppe nur 22 Beschäftigte.

Schlüsselt man diesen Krankenstand nun in AU-Fälle und in AU-Tage je Fall auf, so ergibt sich eine für diesen Bericht zentrale Abbildung (Abb. 4).

Unabhängig von der nicht beunruhigenden Höhe des Krankenstandes zeigt diese Abbildung:

- Ein Krankenstandsproblem ergibt sich bei den ganz jungen Arbeitern. Sie sind relativ häufig krank und stören durch ihr Fehlen den Betriebsablauf. 49 % aller Krankenstandsfälle haben in dieser Gruppe nur eine Dauer von 1 bis 3 Tagen. Von den Gesamttagen in dieser Gruppe entfallen jedoch nur 7,5 % auf die Kurzzeit-AU (im Bundesdurchschnitt sind es ca. 2,2 %). Dies ist auch der Grund, daß ihr Krankenstand, obwohl er nicht sehr viele AU-Tage ausmacht, im Betrieb auffällt.
- Ein weiteres (und unter gesundheitlichen Gesichtspunkten ernsthaftes) Krankenstandsproblem ergibt sich für ältere Mitarbeiter. Diese Gruppe weist eine überdurchschnittlich lange AU-Dauer je Fall auf, die Schlußfolgerungen auf erhebliche Gesundheitsprobleme zuläßt.

Abb. 3 Der Krankenstand nach Alter im Vergleich

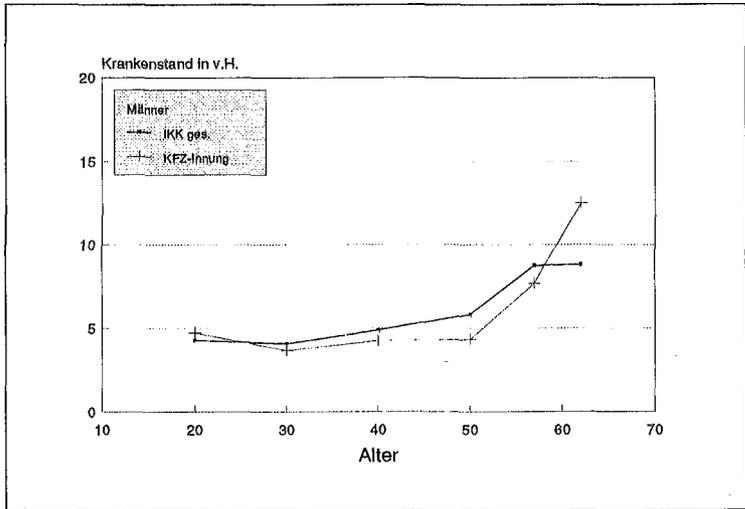
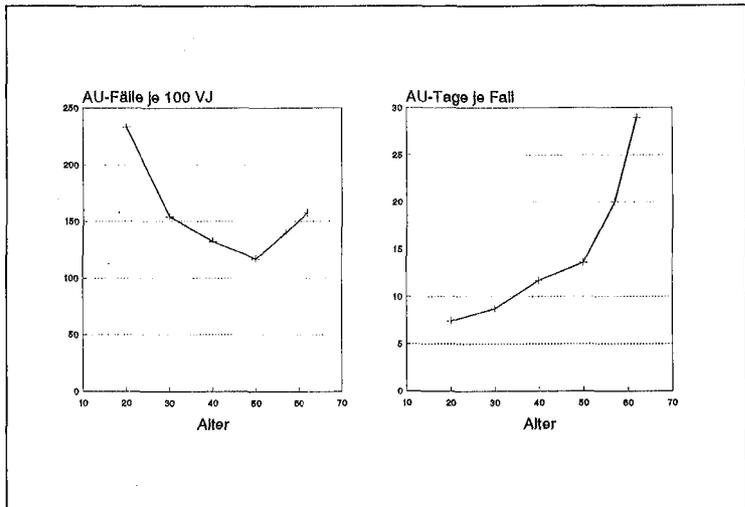


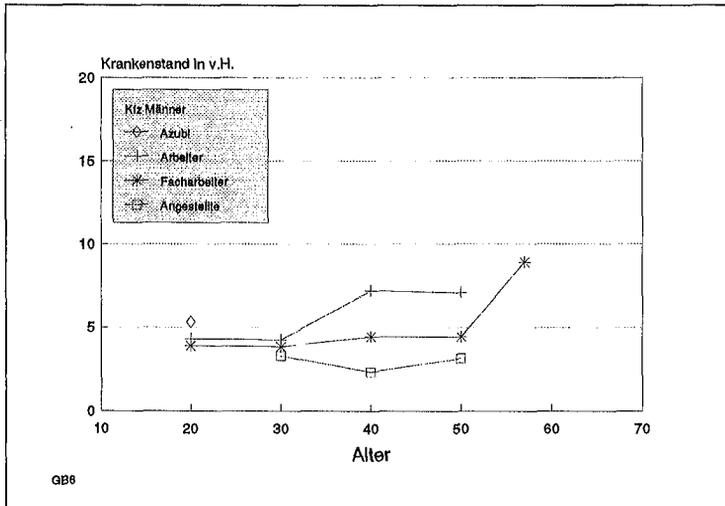
Abb. 4 AU-Fälle und AU-Tage je Fall nach Alter



Diese beiden Gruppen - junge Mitarbeiter bis 25 Jahre und ältere Mitarbeiter über 50 Jahre - werden für diesen Bericht im Mittelpunkt der Beobachtung stehen, da sie, bei insgesamt gering ausgeprägtem Krankenstand, doch solche Auffälligkeiten aufweisen, daß Maßnahmen für diese Gruppen sinnvoll erscheinen.

Außer nach dem Alter (jedoch nicht unabhängig davon) unterscheidet sich der Krankenstand auch noch nach der Stellung im Beruf (siehe Abb. 5).

Abb. 5 Krankenstand nach Stellung im Beruf



Die Werte dieser Abbildung entsprechen den erwarteten Ergebnissen. Den höchsten Krankenstand haben die un- und angelernten Arbeiter, den niedrigsten Krankenstand weisen Angestellte auf. Die Abbildung bestätigt erneut die These, daß der Krankenstand um so höher ist, je geringer die individuelle Arbeitsautonomie ausgeprägt ist. So kann zum Beispiel ein Angestellter eventuell noch mit einem eingegipsten Fuß seine Arbeit verrichten, ein Arbeiter, aber auch ein Facharbeiter oder Meister werden dazu kaum in der Lage sein. Die unterschiedliche Arbeitsmotivation und Einstellung zur Arbeit, die oft hinter dem gruppenspezifischen Krankenstand vermutet wird, läßt sich ebenfalls oft auf den Grad der Autonomie zurückführen: Wer seine Arbeit selbständig planen und durchführen kann und die Ergebnisse

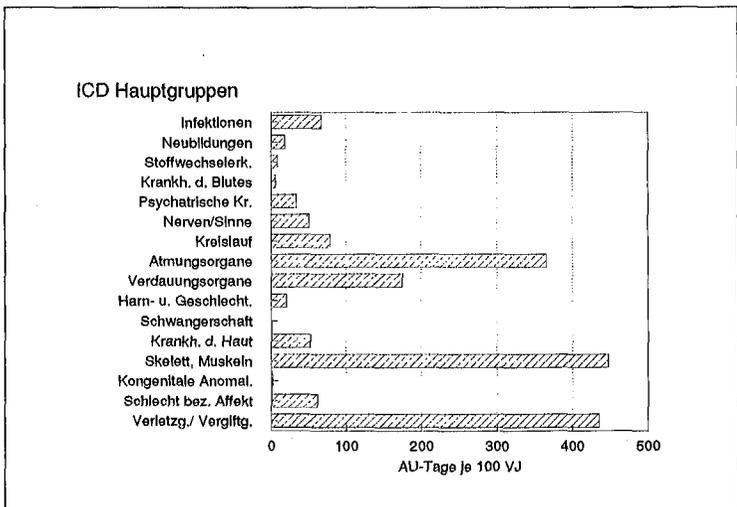
unmittelbar sieht, wird sich mehr mit ihr identifizieren als jemand, der in einem stark strukturierten Zeit- und Anweisungsspektrum arbeitet.

Die nächste Abbildung zeigt die Verteilung von Krankheitsarten (Hauptdiagnosegruppen) auf alle Mitarbeiter. Dabei werden die AU-Tage berechnet, da dies der am meisten aussagefähige Indikator ist. (Den Betrieben "fehlen" Tage, nicht Fälle.) Diese Tage sind auf je 100 Versichertenjahre standardisiert, damit die Angaben zwischen unterschiedlichen Gruppen mit unterschiedlicher Besetzung und Fluktuation vergleichbar werden.

Es entfallen 78 % aller AU-Tage auf die folgenden vier Hauptdiagnosegruppen:

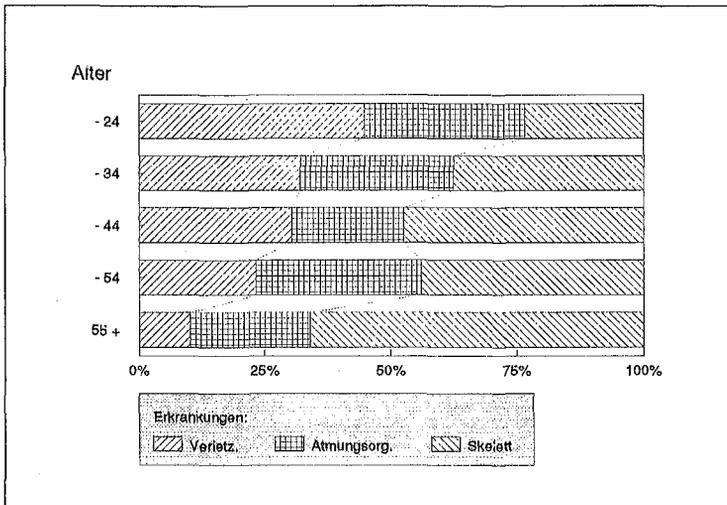
- HG 13: Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes mit 447,4 AU-Tagen je 100 VJ,
- HG 17: Vergiftungen und Verletzungen mit 435,2 AU-Tagen je 100 VJ,
- HG 8: Erkrankungen der Atmungsorgane mit 365,7 AU-Tagen je 100 VJ,
- HG 9: Erkrankungen der Verdauungsorgane mit 175 AU-Tagen je 100 VJ.

Abb. 6 AU-Tage je 100 Versichertenjahre (VJ) in den Hauptdiagnosegruppen



Gliedert man die Aussagen dieser Abbildung nach dem Alter der Befragten, so werden (unter gesundheitlichen Aspekten) Schwerpunkte für die Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung sichtbar (Abb. 7): Bei jungen Beschäftigten sind es hauptsächlich Verletzungen, die den Krankenstand hervorrufen, bei älteren die Erkrankungen des Bewegungsapparates. Bei den jungen wirken sich hier die erhöhte Riskobereitschaft und die größere Unerfahrenheit aus, bei den ältern Beschäftigten die Verschleißprozesse eines langen Arbeitslebens.

Abb. 7 Die drei wichtigsten Hauptdiagnosegruppen nach Alter



7. Die Präzisierung der Ergebnisse durch die Informationen aus dem Fragebogen

Die AU-Datenanalyse dient hauptsächlich dem Zweck, erste Hinweise auf mögliche Zielgruppen für die Gesundheitsförderung zu erhalten. Die dort gefundenen Ergebnisse werden durch die Analyse der Befragung präzisiert. Mit dem Fragebogen wurden Informationen zu folgenden Bereichen erhoben:

- Arbeitstätigkeit und Arbeitsbereich der Beschäftigten,
- Arbeitssituation und Arbeitsbelastungen,

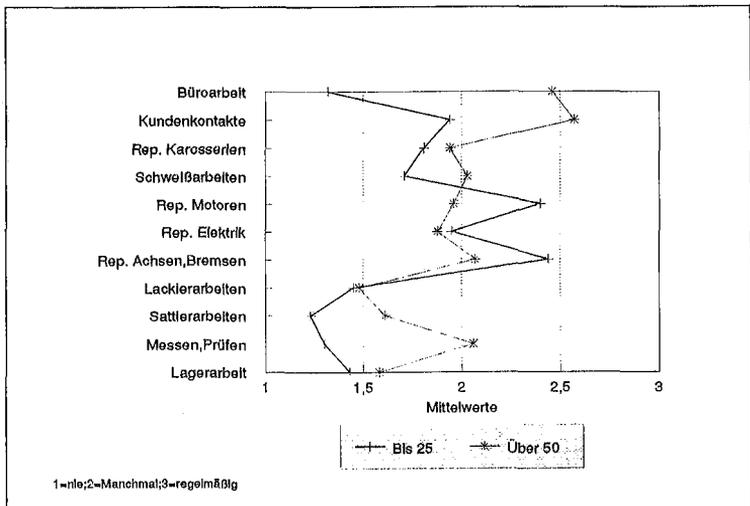
- persönliches Wohlbefinden,
- Gesundheitszustand der Beschäftigten,
- Gesundheitsinteresse der Beschäftigten.

In dieser Reihenfolge werden die Ergebnisse der Befragung nun präsentiert. Dabei beschränken wir uns bei der Darstellung von vornherein auf die jungen Mitarbeiter (größtes präventives Potential) und auf die älteren Mitarbeiter (größter Interventionsbedarf). Außerdem berichten wir nur über solche Ergebnisse, die relevant für die Maßnahmengestaltung sind.

7.1 Die Haupttätigkeitsbereiche der Gruppen

Damit betriebliche Maßnahmen der Gesundheitsförderung, des Arbeitsschutzes und der Personalpolitik sich möglichst gezielt an die am meisten betroffenen Mitarbeiter richten können, müssen wir wissen, wer an welchem Ort arbeitet. Die folgende Übersicht zeigt dies für die verschiedenen Altersgruppen.

Abb. 8 Tätigkeitsbereiche der jungen und älteren Beschäftigten



Es zeigt sich danach, daß die älteren Mitarbeiter erwartungsgemäß eher in Tätigkeitsbereichen eingesetzt sind, die eine gewisse Erfahrung voraussetzen. Dies sind vor allem Büroarbeiten, Kundenkontakte, aber auch Schweißen und Reparieren von Karosserien sowie Sattlerarbeiten (als Lehrberuf ausgestorben) und das Messen und Prüfen. Die jüngeren Mitarbeiter sind dagegen eher mit den üblichen Routinearbeiten in einer Kraftfahrzeugreparaturwerkstatt beschäftigt. Dies ist auch kein Wunder, da sie zahlenmäßig etwa dreimal so stark sind wie die Gruppe der älteren Beschäftigten. Es bleibt anzumerken, daß diese Abbildung nichts darüber aussagt, welche Tätigkeiten absolut am häufigsten vorkommen, sondern nur, wie häufig die Tätigkeiten von den einzelnen Gruppenmitgliedern wahrgenommen werden.

7.2 Arbeitsbelastungen

Die Angabe, ob sich jemand stark, weniger stark oder gar nicht durch bestimmte Gegebenheiten am Arbeitsplatz belastet fühlt, ist eine sehr subjektive Einschätzung. Einzelne Mitarbeiter empfinden bestimmte Belastungen als völlig unbedeutend. Wieder andere Mitarbeiter würden angeben, unter eben diesen Belastungen schon heftig zu leiden. Aber gerade auf diese subjektive Seite der Betrachtung kommt es bei dem Fragebogen an: Wir wollen wissen, was die Beschäftigten von ihren Arbeitsplätzen denken. Denn von dem Ausmaß der subjektiven Belastungseinschätzung hängt es natürlich ab, ob der Mitarbeiter Vorschläge zur Verbesserung macht, ob er sich in Krankheit flüchtet oder tatsächlich überlastet ist, ob er gerne arbeitet oder auch nicht. Die Abbildung 9 gliedert die erfragten Belastungen nach den wichtigsten Belastungsbereichen.

Bis auf die wesentlich häufigere Nennung von Belastungen durch das soziale Klima durch die älteren Beschäftigten verläuft das Belastungsprofil für beide Gruppen fast identisch: Hektik ist mit Abstand die am häufigsten genannte Belastungsart. Belastungen aus der Arbeitsumgebung und ergonomische Belastungen folgen. Abbildung 10 zeigt, welche Einzelbelastungen im Bereich der hektischen Arbeitsbelastungen genannt werden.

Auch bei den Einzelbelastungen gleichen sich die Profile, aber die älteren Mitarbeiter fühlen sich deutlich mehr belastet als die jungen. Offensichtlich sollten unter Änderungsgesichtspunkten unvorhergesehene Störungen vermieden werden sowie insgesamt ein allzu forciertes Arbeitstempo. Möglicherweise sollte über eine noch größere Entzerrung von Kundenwünschen und Bearbeitungsmöglichkeiten nachgedacht werden (siehe Abschnitt 9).

Abb. 9 Belastungsbereiche der Beschäftigten im Kfz-Handwerk

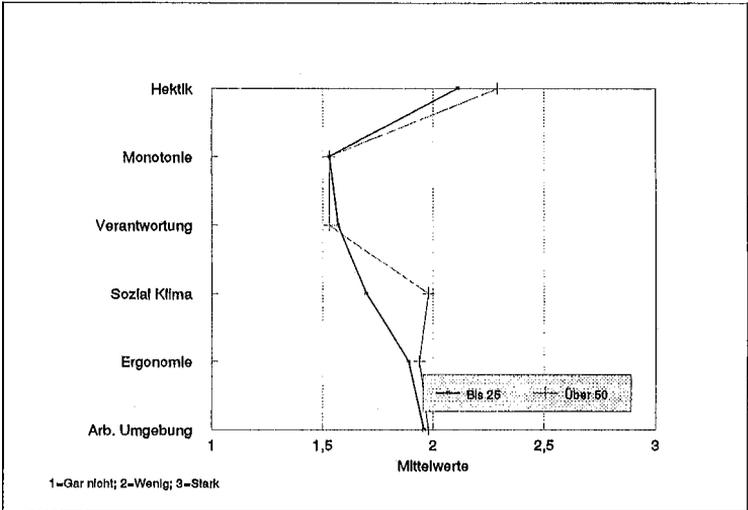
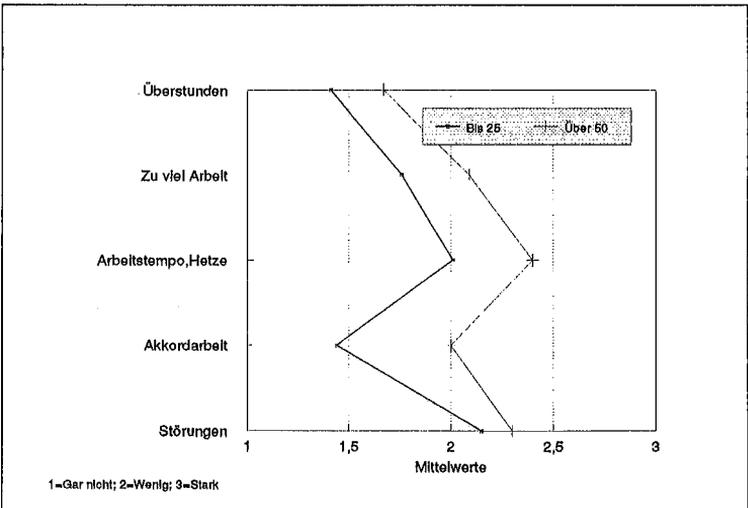


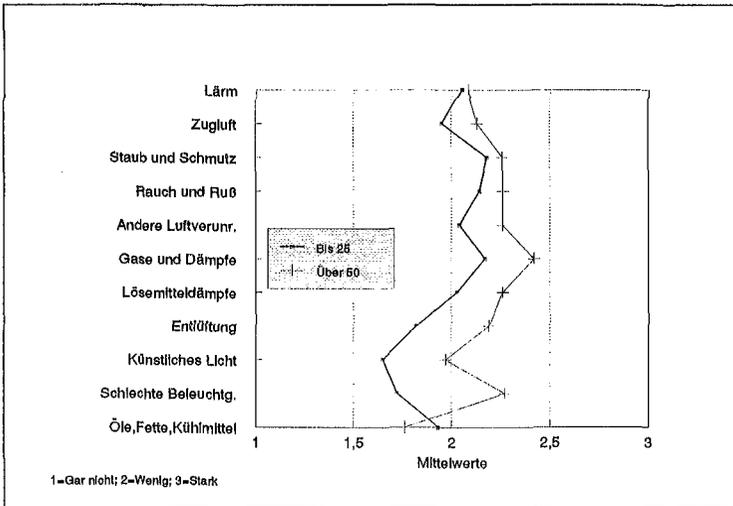
Abb. 10 Hektische Arbeitsbelastungen nach Angaben der Beschäftigten



Die in Kraftfahrzeugreparaturbetrieben immer häufiger anzutreffende Akkordarbeit scheint dagegen weder bei älteren noch bei jüngeren Mitarbeitern als eine besondere Belastung empfunden zu werden.

Auch im Falle der Arbeitsumgebungsbelastungen (Abb. 11) verlaufen die Profile für alte und jüngere Mitarbeiter parallel, jedoch auf verschiedenen Ebenen. Durchweg fühlen sich die älteren Mitarbeiter stärker belastet. Dies gilt vor allem für die Art der Beleuchtung sowie für Gase und Dämpfe. Was die Beleuchtung angeht, so wird dies verständlich, wenn man das naturgemäß schlechtere Augenlicht der älteren Mitarbeiter bedenkt. Aber auch die Tatsache, daß sie eher Spezialaufgaben wahrnehmen, bei denen eventuell eine gute Beleuchtung erforderlich ist, spricht dafür, daß die Alltagsbeleuchtung in der Kraftfahrzeugwerkstatt nicht allen Anforderungen genügt. Dies wurde auch im Projekt "Humanisierung in Kraftfahrzeugbetrieben" (BAU 1988) festgestellt.

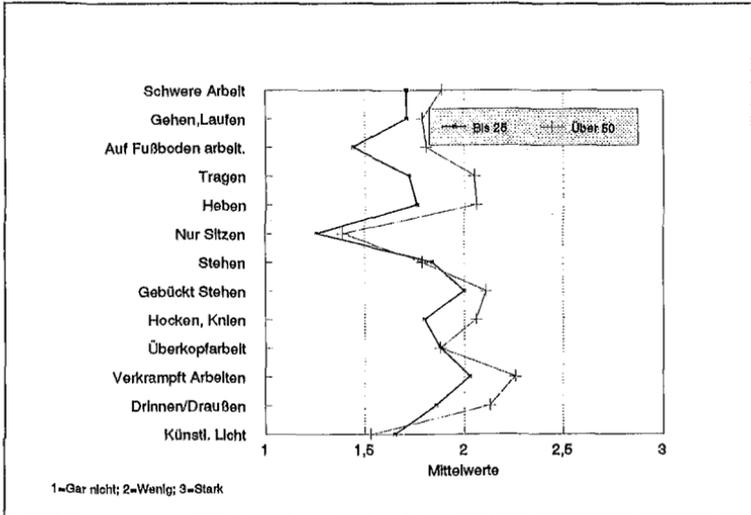
Abb. 11 Einzelne Arbeitsumgebungsbelastungen



Auch bei den ergonomischen Belastungen finden wir ein weitgehend gleiches Profil für junge und alte Mitarbeiter. Auch hier fühlen sich die älteren Mitarbeiter, besonders durch die klassischen Arbeitsbelastungen, mehr gefordert. Tragen und Heben sowie gebücktes Stehen, Knien und ver-

krampfes Arbeiten führen in dieser Gruppe zu Klagen. Abbildung 12 zeigt diese Belastungsprofile.

Abb. 12 Ergonomische Einzelbelastungen



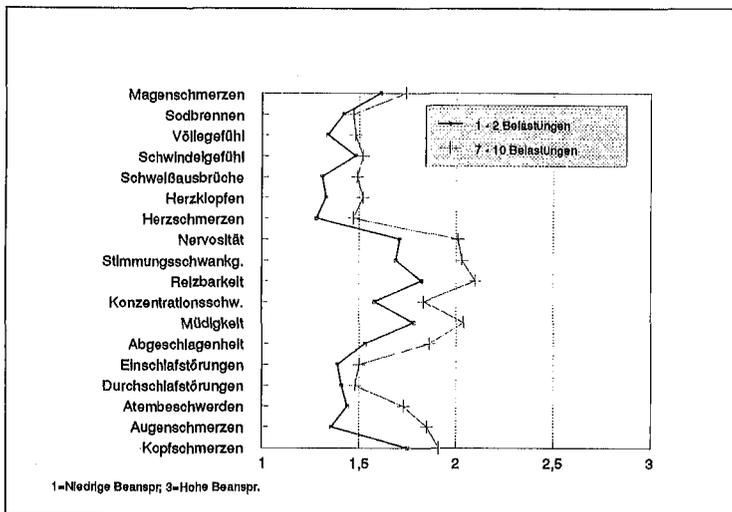
7.3 Belastungen und Beschwerden

Es soll nun (für beide Altersgruppen zusammen) dargestellt werden, wie die wahrgenommenen Belastungen sich auf die Beschwerden niederschlagen. Die Ergebnisse dieser Abbildung sind kein Beweis für die Annahme, daß die Arbeitsbelastungen tatsächlich und in jedem Fall Auswirkungen auf die Gesundheit haben; aber sie legen nahe, davon auszugehen, daß mit der Menge der wahrgenommenen Arbeitsbelastungen auch das Ausmaß der gesundheitlichen Beeinträchtigung wächst.

Je größer der Unterschied zwischen den Kurven ist, desto größer ist die Beeinflussung der Belastungszahl auf die Beschwerden. Dies ist besonders bei den eher "psychosomatischen" Belastungen der Fall, wie zum Beispiel bei Nervosität, Stimmungsschwankungen, Reizbarkeit und Müdigkeit. Dies sind im übrigen auch jene Beanspruchungen, die auf das soziale Klima im Betrieb mit Sicherheit Einfluß haben. Schon aus diesem Gesichtspunkt her-

aus empfiehlt es sich, das Ausmaß der Arbeitsbelastungen möglichst gering zu halten.

Abb. 13 Belastungen und Beschwerden



8. Der Gesundheitszustand der Beschäftigten

8.1 Subjektives Befinden

Für die Produktivität des Betriebes und für die Gesundheit der Mitarbeiter ist das subjektive Wohlbefinden eine entscheidende Größe. Wer sich selbst wohl fühlt, wird schnell gesund, wenn er erkrankt ist, und eher bereit sein, seine Arbeitskraft auch dann zur Verfügung zu stellen, wenn er "an sich" krankgeschrieben sein könnte, er wird darüber hinaus einen ganz anderen Eindruck auf die Kunden des Betriebes machen und so auch zur Imagebildung beitragen können. Insofern hat das Motto der IKK Düsseldorf und Neuss "Gesunde Mitarbeiter - erfolgreiche Betriebe" durchaus seine Berechtigung. Abbildung 14 greift die Beschwerdeliste aus Abbildung 13 auf und zeigt, wie sich die Beschwerden über die Altersgruppen verteilen.

Die Abbildung 15 zeigt, mit welchen Bereichen des Lebens die Befragten zufrieden sind und mit welchen weniger.

Abb. 14 Beschwerden in den einzelnen Altersgruppen

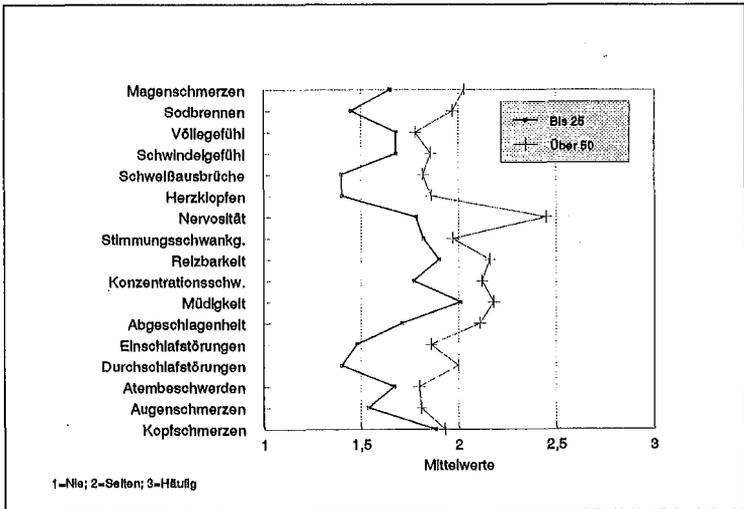
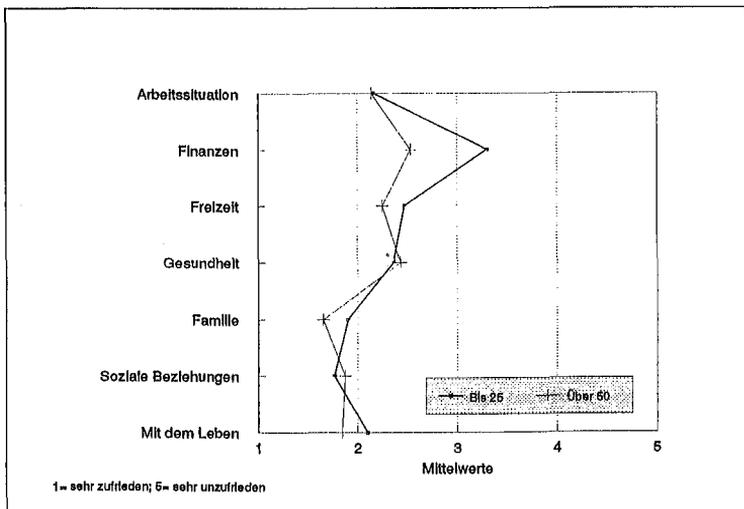
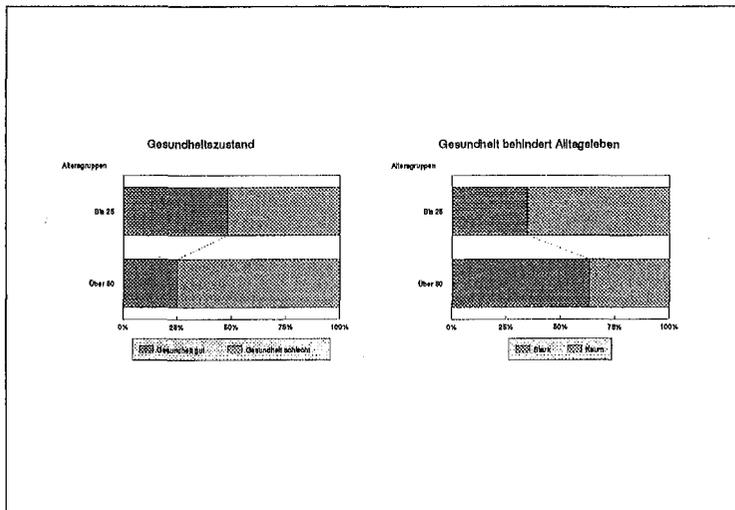


Abb. 15 Zufrieden mit ...



Im ganzen gesehen sind jüngere Mitarbeiter weniger zufrieden mit ihrer gesamten Situation. Man könnte auch sagen: sie haben sich noch nicht mit ihrer Situation abgefunden. Dies gilt besonders für die finanzielle Lage der Beschäftigten, wobei allerdings der hohe Anteil an Auszubildenden mit niedrigem Einkommen zu berücksichtigen ist. Was die Einschätzung der eigenen Gesundheit betrifft, unterscheiden sich junge und ältere Beschäftigte jedoch erheblich, wie die folgende Abbildung (16) zeigt.

Abb. 16 Subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit



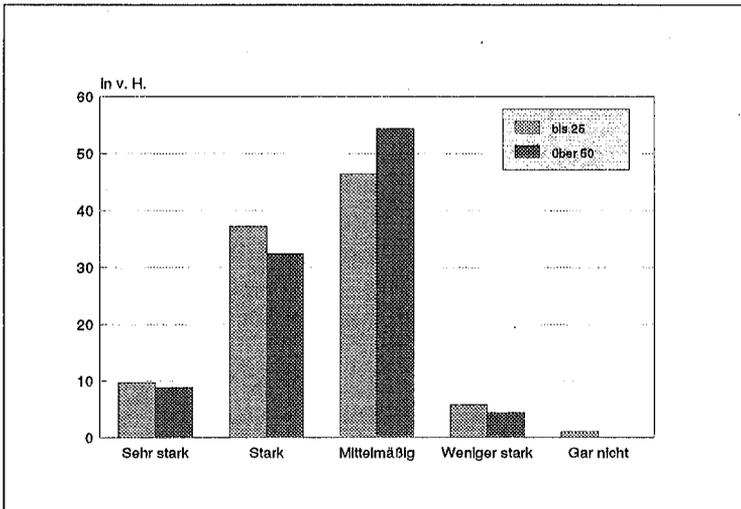
Danach fühlen sich die jüngeren Mitarbeiter wesentlich gesünder und wesentlich weniger eingeschränkt in ihrem Alltagsleben durch krankheitsbedingte Leiden als die älteren Mitarbeiter. Bedenkt man jedoch, daß auch die jüngeren Mitarbeiter eine ganze Reihe von Arbeitsbelastungen benennen und in ihrem Belastungsprofil, nicht jedoch in ihrer Belastungshöhe, den älteren Beschäftigten ähneln, so läßt sich die Notwendigkeit **vorbeugender** Maßnahmen für die jüngeren Mitarbeiter damit begründen, daß bei ihnen eine Situation wie bei den älteren Mitarbeitern gar nicht erst entstehen soll.

8.2 Gesundheitsinteresse, Gesundheitsverhalten

Die Art des Gesundheitsbewußtseins und natürlich auch das Ausmaß, in dem die Beschäftigten sich für die eigene Gesundheitserhaltung einsetzen, sind die subjektiven und motivationalen Anknüpfungspunkte jeder Gesundheitsförderungskampagne. Die Beschäftigten der Kfz-Innung achten nur mäßig auf ihre Gesundheit (vgl. Abb. 17).

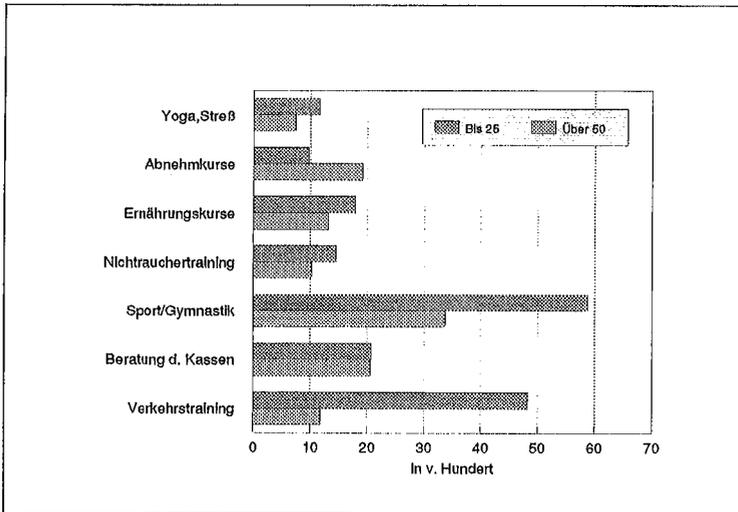
Wenn man realistischerweise davon ausgeht, daß diese Frage sozial erwünschte Antworten wahrscheinlich in recht großem Ausmaß produziert, sind die Ergebnisse keinesfalls ermutigend. Nur eine Minderheit achtet (bewußt) auf die Gesundheitserhaltung. Die Unterschiede zwischen jungen und älteren Mitarbeitern sind dabei zu vernachlässigen.

Abb. 17 Wie stark achten Sie auf Ihre Gesundheit



Wird gefragt, an welchen Gesundheitsförderungsangeboten die Beschäftigten ein Interesse hätten, so zeichnet sich kein überraschendes Ergebnis ab (Abb. 18).

Abb. 18 Interesse an gesundheitlichen Aktivitäten



Weder ältere Mitarbeiter noch die jüngeren zeigen ein Interesse an den klassischen Angeboten der Gesundheitsförderung. Yoga und Streßbewältigung, Kurse zur Gewichtsreduktion oder Ernährung sowie Nichtrauchertraining sind offensichtlich nicht die geeigneten Angebote, um die Beschäftigten im Kfz-Handwerk zu einer Veränderung ihres Gesundheitsverhaltens zu bewegen.

Jüngere Mitarbeiter könnten allenfalls zur Wahrnehmung von Sportangeboten gewonnen werden sowie von Verkehrssicherheitstraining. Immerhin interessieren sich auch noch 30 % der älteren Mitarbeiter für solche Angebote.

9. Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung im Kfz-Handwerk

Alle Gesundheitsförderungsmaßnahmen und -aktivitäten in Klein- und Kleinstbetrieben stoßen auf drei systematisch bedingte Hindernisse.

In den meisten Betrieben (Ausnahmen in der Bauwirtschaft) fehlt ein etabliertes Arbeitsschutz- oder auch nur Arbeitssicherheitssystem, das als Gerüst für Gesundheitsförderungsaktivitäten dienen könnte. Wenn trotzdem

noch fast ein Drittel der Beschäftigten angibt, in ihrem Betrieb kümmere sich jemand um den Gesundheits- und Arbeitsschutz, immerhin 15 % meinen, es werde relativ häufig unter den Kollegen über das Thema Arbeit und Gesundheit gesprochen, und noch 11 % berichten, ihnen sei schon einmal ein Vorschlag zum gesunden und sicheren Arbeiten gemacht worden, so spricht dies nicht gegen einen zusätzlichen Regelungsbedarf des Arbeits- und Gesundheitsschutzes in kleinen und kleinsten Betrieben, wohl aber für einen Grundstock an Aktivitäten und Bewußtsein, auf dem man aufbauen könnte, wenn man Gesundheitsförderung in Klein- und Kleinstbetrieben durchführen möchte. Natürlich wird sich das vorhandene Arbeitsschutzgerüst eher auf die Einhaltung berufsgenossenschaftlicher und anderer, wohl meist technischer, Regelungen stützen. Gesundheitliche oder medizinische Aspekte der Aktivitäten werden nicht besonders stark verbreitet sein.

Ein anderes Hindernis für die Weiterentwicklung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes besteht neben den oft begrenzten finanziellen und personellen Ressourcen der kleinen Betriebe kurioserweise in der recht gesunden und vor allem sehr jungen Beschäftigtenstruktur. Anders als nämlich in Betrieben mit einem höheren oder auch sehr hohen Durchschnittsalter, in denen die Beschäftigten mehr (und teuer) unter Gesundheitsproblemen leiden, sind Beschäftigte in Kleinbetrieben, wenn sie ein geringes Durchschnittsalter haben, entsprechend gesund. Von diesem günstigen Gesundheitsstatus aus darf jedoch nicht auf die Abwesenheit von Gesundheitsbelastungen für die Mitarbeiter geschlossen werden. Anders ausgedrückt: Die Risikostruktur in den Klein- und Kleinstbetrieben und unter ihren Beschäftigten spiegelt sich (noch) nicht in deren Gesundheitszustand wider. Dies müßte eine stärkere Orientierung auf präventive Maßnahmen begründen, mit denen bewirkt wird, daß die (noch) gesunden Beschäftigten weiterhin gesund bleiben.

Solch präventiver Einsicht steht oft ein drittes Hindernis in Klein- und Kleinstbetrieben entgegen. Dies ist die recht hohe Fluktuation in solchen Wirtschaftsbereichen. Diese Fluktuation findet nicht innerhalb von Beschäftigtengruppen statt, sondern zwischen ihnen, das heißt, nach der Ausbildung und vielleicht einigen Gesellenjahren im Kleinbetrieb verlassen viele junge Mitarbeiter die Handwerksbetriebe, um anderweitig eine Arbeit aufzunehmen. Zum Teil ist dies sowohl von den Betrieben als auch von der Gesellschaft ein gewünschter Effekt. Er garantiert eine handwerkliche Ausbildung auf hohem Niveau für viele junge Menschen (und für Industriebetriebe) und sichert den Betrieben einen jungen Mitarbeiterstamm.

Unter diesen strukturellen Bedingungen ist es wahrscheinlich, daß gesundheitliche Probleme der Arbeit oder der Mitarbeiter nur dann in größerem

Ausmaß thematisiert werden, wenn sie sich zu einem Engpaß entweder für die Personalrekrutierung oder für den Ausbildungsprozeß auswirken.

Wenn die Innung dennoch Interesse an Aktivitäten der Gesundheitsförderung zeigt, so deutet das eher auf eine weitsichtige Modernisierungsstrategie im Kraftfahrzeughandwerk insgesamt hin als auf aktuelle und drängende Gesundheitsprobleme. Das heißt aber auch: die Entscheidung für die Gesundheitsförderung war ein politischer (oder innungspolitischer) Schritt und ist nicht aus der schlichten Not nach Problemlösungen geboren. Dies ist eine wichtige Voraussetzung, die nicht überall anzutreffen sein wird und die es möglich macht, gründlich und offen nach geeigneten Maßnahmen zu suchen, weil kein unmittelbarer Problemdruck besteht.

Im folgenden sollen daher nicht Einzelmaßnahmen diskutiert werden. Diese Diskussion wird von der IKK in Zusammenarbeit mit der Innung und den Berufsgenossenschaften bereits geführt. Aus dem hier präsentierten Material zeichnen sich jedoch einige Stränge ab, anhand derer Maßnahmen diskutiert werden könnten.

9.1 Arbeitsweltbezogene Maßnahmen

Senkung der Arbeitsunfälle bei jungen Beschäftigten. Ausweislich der Krankheitsartenverteilung fallen fast 50 % aller AU-Tage bei den jungen Beschäftigten auf Unfälle und Vergiftungen, davon etwa die Hälfte auf Arbeitsunfälle. Da eine hohe Dunkelziffer bei den Arbeitsunfällen besteht, die durch die Meldepraxis bedingt ist, wird der Anteil der Arbeitsunfälle wahrscheinlich höher liegen. Mit den vorliegenden Daten ist dies jedoch nicht rekonstruierbar.

Zur Verringerung der Arbeitsunfälle könnte auf die Berufsgenossenschaft mit ihren vielfältigen Erfahrungen zugegangen werden. Auch Patenprogramme, in denen sich ältere Mitarbeiter um jüngere Mitarbeiter kümmern, könnten diskutiert werden.

Maßnahmen zur Sanierung der Arbeitsumgebung. Folgt man den Wünschen der Beschäftigten, so stehen alle Maßnahmen zur Veränderung der Arbeitsumgebung an erster Stelle, und zwar sowohl bei jüngeren als auch bei älteren Mitarbeitern. Dies zeigt Abbildung 19.

Zieht man die offenen Antworten aus dem Fragebogen zu Rate (Was würden Sie vorschlagen zur Verbesserung der Arbeitssituation, wenn Sie drei Wünsche offen hätten?), so stehen dort Vorschläge zur Verbesserung der Be- und Entlüftung im Vordergrund, gefolgt von Vorschlägen nach besserer Beleuchtung der Hallen und der einzelnen Arbeitsplätze (Abb. 20).

Abb. 19 Durch die Beschäftigten gewünschte Veränderung

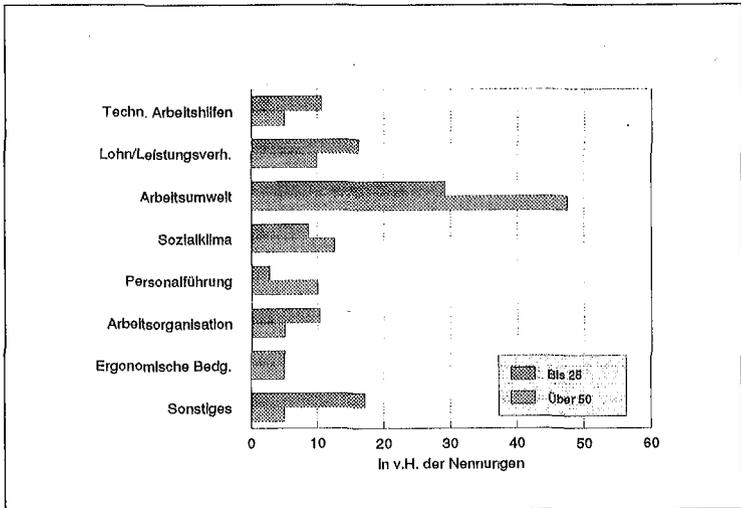
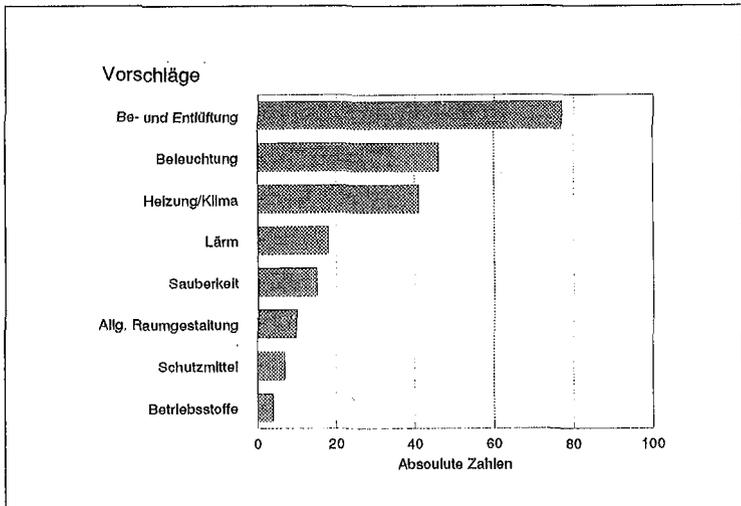


Abb. 20 Gewünschte Veränderungen der Arbeitswelt



Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsorganisation. Die Tätigkeit im Kfz-Reparaturgewerbe zeichnet sich aus durch den Widerspruch zwischen den oft sehr persönlichen Anforderungen, die von den Kunden ausgehen ("mein Wagen muß bis 15.07 Uhr fertig sein"), und den technischen Anforderungen, die konstruktions- bzw. arbeitsablaufbedingt sind. Obendrein ist teilweise bei nicht routinierbaren Fehlersuchprozessen ein hochkomplexes und abstraktes Denken und Handeln gefordert, weil auch unter Einsatz modernster Test- und Diagnosemethoden die Fehlersuche oft erfahrungsgesteuert ist und viel Zeit in Anspruch nehmen kann.

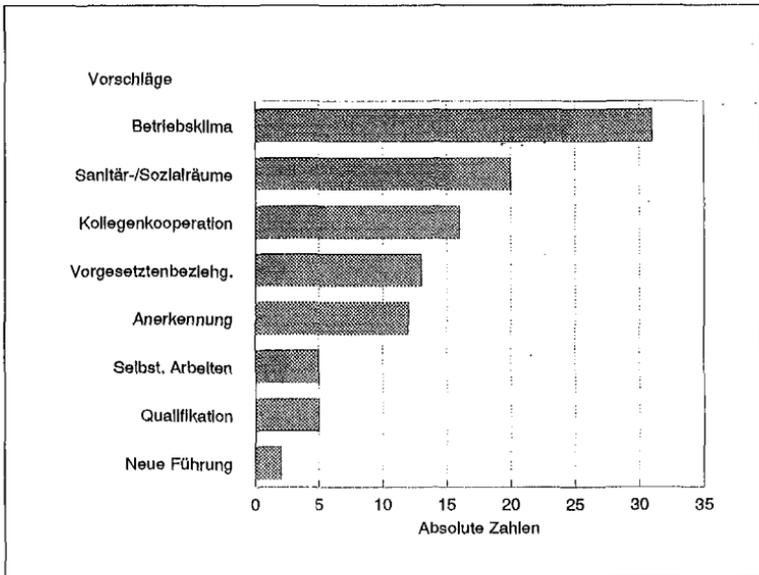
Diese Widersprüche müßten durch die Organisation der Arbeit, durch den Einsatz geeigneter technischer Hilfen und Werkzeuge und durch eine umsichtige Personalführung so gemildert oder gestaltet werden, daß sie dem einzelnen Beschäftigten ein möglichst reibungsloses und auf die Problemlösung orientiertes Arbeiten ermöglichen.

In diesem Bereich sind jedoch einige Defizite offensichtlich geworden:

- Mitarbeiter klagen über **unvorhergesehene Störungen**. Diese Klage ist aus anderen Untersuchungen über den Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit ebenfalls bekanntgeworden. Sie könnte zur Somatisierung der psychischen Belastungen führen. Dabei wird nicht die Störung selbst als hinderlich empfunden, sondern die Tatsache, daß sie unvorhergesehen ist, damit zusätzliche Energien zur Problemlösung erfordert und das Gefühl von Kontroll- und Autonomieverlust hinterläßt. Eine Verbesserung kann zum Beispiel durch eine weitere Abtrennung des Kunden- vom Reparaturbereich erreicht werden oder aber auch durch eine systematische Gestaltung der Schnittstelle zwischen beiden Bereichen (zum Beispiel können zusätzlich auftretende Arbeiten von besonderen Arbeitsgruppen wahrgenommen werden, deren Wesensmerkmal die Flexibilität ist).
- Klagen über **Vorgesetzte** und eine persönliche Behandlung, die als unwürdig empfunden wird, häufen sich in den letzten Jahren in der gesamten Industrie und im Handwerk. Wird nicht darauf eingegangen, entsteht ein schlechtes Betriebsklima. Je näher der Kontakt der Mitarbeiter einer Firma zum unmittelbaren Auftraggeber (also zum Kunden) ist, desto negativer kann sich ein schlechtes Betriebsklima auf das Geschäftsergebnis auswirken. Tatsächlich spiegelt sich in solchen Klagen auch eine gewandelte Einstellung zur Arbeit wider sowie ein höheres Bildungsniveau. Im Düsseldorfer Kfz-Handwerk haben zum Beispiel bereits 54 % der unter 25jährigen einen höheren Schulabschluß als den der Hauptschule (41,5 % Realschule), von den älteren Beschäftigten sind dies nur 19,4 % (7,4 % Realschule). Al-

lein dies gestiegene Bildungsniveau verlangt nach einem anderen Umgang mit den Mitarbeitern, die selbst andere Ansprüche an die Arbeit mitbringen. Dies ist auch die beste Garantie dafür, daß die bessere Ausbildung der Beschäftigten produktiv in den betrieblichen Gesamtprozeß eingebracht werden kann. Als Maßnahmen denken wir in erster Linie an Personalführungsseminare für Meister und Vorgesetzte, aber auch an Maßnahmen, die unmittelbar die Arbeitsorganisation und die persönliche Vermittlung von betrieblichen Anforderungen, Abteilungsbesprechungen etc. betreffen. Welche Wünsche die Beschäftigten in bezug auf Änderungen des Betriebsklimas haben, zeigt die nächste Abbildung (21).

Abb. 21 Gewünschte Veränderungen des Betriebsklimas



Schließlich ist die Unfallverhütung auch eine Gestaltungsaufgabe in der Arbeitswelt und nicht nur eine Erziehungsaufgabe gegenüber den Beschäftigten. In Zusammenarbeit mit der zuständigen Berufsgenossenschaft (die dazu bereits ihre Bereitschaft signalisiert hat) müssen die Unfallursachen junger Beschäftigter im Kraftfahrzeughandwerk sehr detailliert ermittelt werden, bevor Maßnahmen in den Betrieben

ergriffen werden. Die Maßnahmen selbst sollten modernsten und originellsten Erkenntnissen der neuen Pädagogik und Gestaltung folgen. Betriebspraktiker sind unbedingt hinzuzuziehen, bevor solche Maßnahmen beschlossen werden.

- Eine weitere Möglichkeit, vor allem den kurzzeitigen Krankenstand der jungen Mitarbeiter positiv zu beeinflussen, sehen wir in der **Ab-schaffung der Pflicht zur Vorlage einer Krankschreibung** in den ersten drei Tagen. Dies könnte zur Senkung der Kurzzeit-AU führen, da bekannt ist, daß zum Beispiel eine leichte Unpäßlichkeit, die normalerweise durch Arbeitsbefreiung von einem Tag behoben werden kann, zu wesentlich längeren Krankschreibungen führt (fünf bis sieben Tage), weil sie ärztlich bestätigt werden muß. (Es hat sich offensichtlich das "Gefühl" durchgesetzt, daß Krankheiten nur dann "echt" sind, wenn sie eine bestimmte Dauer überschreiten. Dies ist jedoch höchst unvernünftig. Es entspricht einer Logik, die besagt, daß ein Metermaß nur dann ein wirkliches Metermaß ist, wenn es ausschließlich ganze Meter mißt.) Es gibt allerdings auch gegenteilige Erfahrungen zu dieser Regelung. Wir schlagen deshalb vor, sie zeitlich befristet zu erproben und zu beobachten, wie sich der Krankenstand unter diesen Bedingungen entwickelt.

9.2 Maßnahmen, die nicht unmittelbar die Arbeitswelt betreffen

Wie aus den Ergebnissen der Befragung hervorgeht, liegen die Standardangebote der Krankenkassen (Stressbewältigungskurse, Ernährungsberatung, Raucherentwöhnung etc.) nicht auf der Interessensskala der Beschäftigten der Kraftfahrzeuginnung. Allein Sportangebote und Verkehrssicherheitstraining stoßen auf ein deutliches Interesse. In Zusammenarbeit mit Sportvereinen und den Automobilclubs kann diesem Interesse sehr schnell und ohne großen Aufwand entsprochen und sofort mit Kursen begonnen werden.

Natürlich könnte auch ein Gesundheits- oder Familientag sofort durchgeführt werden. Vorab ist jedoch zu prüfen, ob die Familienorientierung bei den vor allem jungen Kraftfahrzeughandwerkern so stark ausgeprägt ist, daß ein solches Konzept trägt (Familienlastquote prüfen, Erfahrungen aus den Betrieben sammeln).

Wenn Maßnahmen diskutiert werden, zeigt sich für die Kraftfahrzeuginnung in Düsseldorf (und vor allem auch für die IKK Düsseldorf) eine nicht ungewöhnliche Entwicklung: Wenn auf Gesundheitsprobleme im Zusammenhang mit dem Krankenstand geschlossen werden kann (was im vorliegenden Fall nicht einmal sehr offensichtlich ist), wird den Maßnahmen am

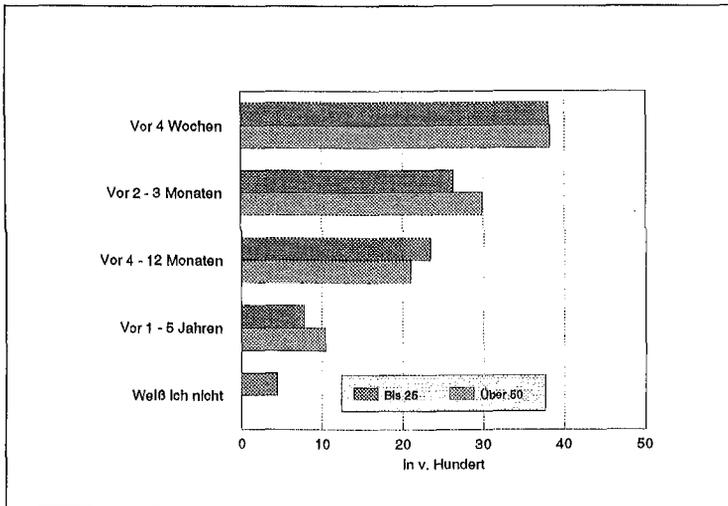
meisten Wirkung zugetraut, die entweder gar nicht im Handlungsrahmen der Krankenkassen liegen oder nur in dessen Randgebiet anzusiedeln sind. Die Betriebe selbst, die Arbeitsschutzsysteme, die Berufsgenossenschaften sind in diesen Fällen die kompetenteren Handlungsträger. Es würde vollkommen an den Aufgaben einer Kasse vorbeigehen, wenn sie sich mühsam Kompetenz für die **Umsetzung** betrieblicher Prävention aneignen würde. Die Durchführung von klassischem Verhaltenstraining im Betrieb ist noch keine Kompetenzerweiterung in diesem Sinne, es ist aber auch keine Angelegenheit der betrieblichen Prävention oder Gesundheitsförderung, sondern es werden lediglich die Praktiken und Instrumente der Gesundheitsförderung im Betrieb angewendet. Es wird also gewissermaßen nur der Ort der Durchführung solcher Maßnahmen gewechselt.

Die Erkenntnis, daß im Bereich der betrieblichen Prävention die Krankenkassen eine wichtige Anregungs- und Materiallieferungsfunktion in der Kooperation mit anderen Akteuren haben, den arbeitsschutzrelevanten Teil der Aufgaben aber tunlichst den dafür zuständigen Institutionen überlassen sollten, ist die beste Voraussetzung dafür, die betriebliche Prävention, den Arbeitsschutz und die Gesundheitsförderung zu einem arbeitsteiligen Prozeß zu kombinieren, der letztlich den Betrieben und den Beschäftigten mehr nützen wird als werbegezielte Aktionen einzelner Akteure.

ANHANG: Arztbesuch und Medikamentenverbrauch

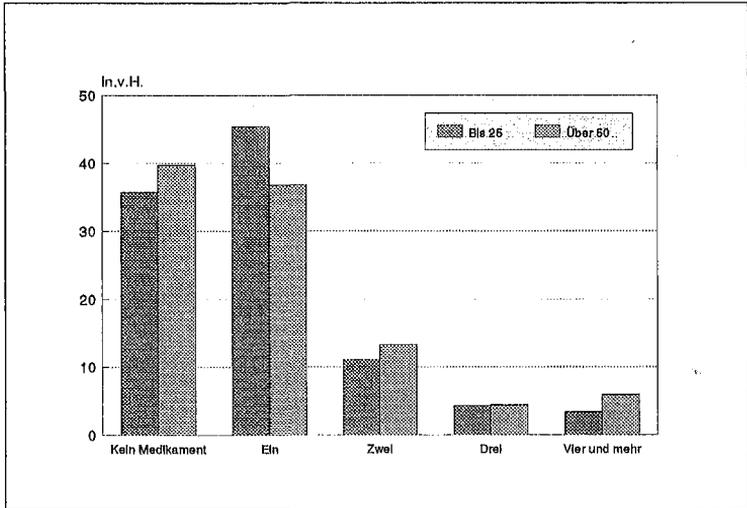
In krassem Gegensatz zu dem sehr unterschiedlichen subjektiven Gesundheitsbefinden der beiden Gruppen stehen deren Antworten über ihr Inanspruchnahmeverhalten ambulanter ärztlicher Leistungen und den Medikamentenverbrauch. So zeigt Abbildung 22 zum Beispiel fast gleich häufige Arztbesuche von jüngeren und älteren Mitarbeitern, eine Tatsache, die sich aus dem Gesundheitszustand der beiden Gruppen nicht erklärt und auch nicht aus der häufigeren Notwendigkeit der jüngeren Mitarbeiter, sich eine AU-Bescheinigung ausstellen zu lassen.

Abb. 22 · Arztbesuch/letztes Mal beim Arzt?



Danach waren fast 40 % der jüngeren und älteren Mitarbeiter innerhalb des letzten Monats beim Arzt gewesen, und dies, obwohl zumindest die jüngeren Mitarbeiter nicht sehr häufig über gesundheitliche Beeinträchtigungen klagen. Der Eindruck einer "Übermedizinierung" stellt sich noch deutlicher ein, wenn die subjektiven Angaben zum Medikamentenverbrauch dargestellt werden (Abb. 23). Leider fehlen zu diesen Aussagen Werte aus anderen Untersuchungen, so daß hier keinerlei vergleichende Aussagen möglich sind.

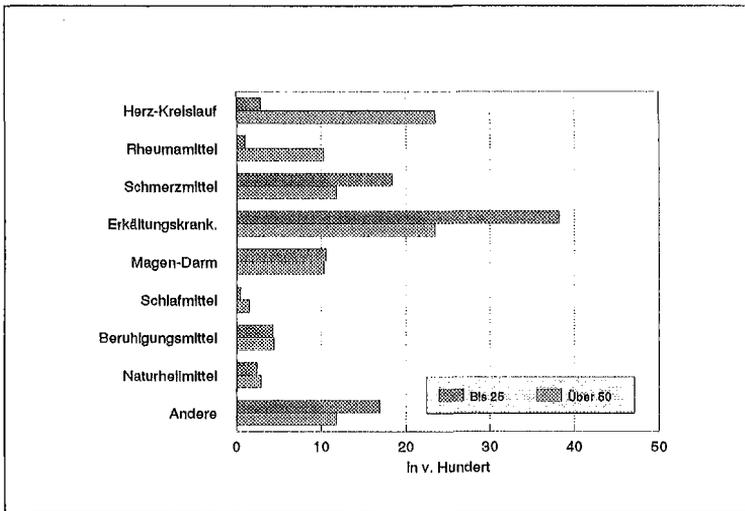
Abb. 23 Beschäftigte, die häufig oder regelmäßig Medikamente nehmen



Jüngere Beschäftigte nehmen häufiger als ältere nur ein Medikament ein; ihr sonstiger Verbrauch liegt nach eigenen Angaben nicht wesentlich unter dem der älteren Mitarbeiter. Betrachtet man die Art der Medikamente, die von den verschiedenen Gruppen eingenommen werden, dann werden die Aussagen noch brisanter (vgl. Abb. 24).

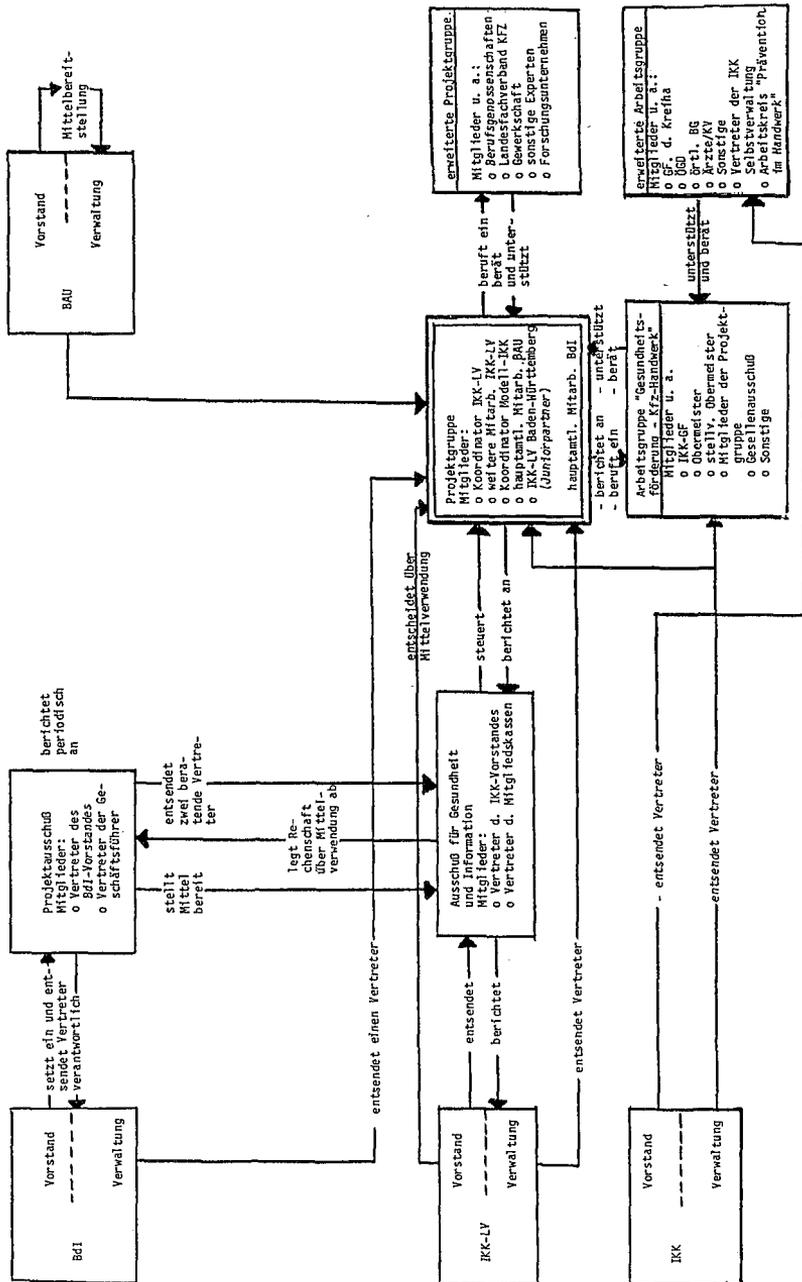
Demnach ist zumindest erstaunlich, wie viele junge Beschäftigte Schmerzmittel und vor allem Mittel gegen Erkältungskrankheiten (deren Wirksamkeit in den meisten Fällen nicht unumstritten ist) einnehmen. Auch diese häufige Einnahme von Medikamenten steht in keinem vernünftigen Zusammenhang zum subjektiven Wohlbefinden der Beschäftigten (bei Beruhigungsmitteln liegen zum Beispiel beide Altersgruppen ebenfalls gleichauf).

Abb. 24 Art der häufig oder regelmäßig eingenommenen Medikamente



Die Gründe für diese hohe (und scheinbar fehlgeleitete) Inanspruchnahme sind im wesentlichen unklar; die Jahreszeit, in der die Befragung durchgeführt wurde (Februar), mag jedoch eine Rolle spielen. Weitere Aufschlüsselungen, zum Beispiel die der Inanspruchnahmedaten durch die Krankenkassen, können möglicherweise die Situation erhellen. Jedenfalls ist nicht damit zu rechnen, daß vor allem für die jungen Versicherten ein gesundheitlicher Schaden entsteht, wenn die Krankenkasse mäßigend auf die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen und auf den Medikamentenverbrauch Einfluß nehmen würde. Freilich bedarf dies einer Strategieentwicklung, die eher in der allgemeinen gesundheitspolitischen Arena stattzufinden hätte als auf dem Gebiet der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Projekt "Handwerksbezogene Gesundheitsförderung - Projektorganisation"



Projekt "Handwerksbezogene Gesundheitsförderung
- Entwicklung eines Praxismodells"

Konzeptstruktur/ Maßnahmen	Form der Maßnahme	Zielsetzungen	Zielgruppe	Inhaltliche Struktur	Personalbedarfs/ Qualifikationsanforderungen	Kooperationspartner Federführung (F)	Zeitplan	Ort der Durchführung	Finanzplan -Personalbedarf -Sachmittelbedarf	Zeitraum der Durchführung
1.1 Weiterbildung Personal/ Mitarbeiter- führung	Tages-/Wochen- seminare, "Frühstück- meetings"	Verbesserung des Betriebsklimas	Betriebsleiter, Meister/Ausbilder Betriebsrat (Elterfrauen)	Verhaltens- psychologie Teamführung, Rhetorik, Gesundheits- förderung, Kosten-Nutzen- Analyse	BAU (F) BG Imnung, IKK	BAU (F)		IKK-Haus, Sonderausstätte der BG und BAU		
1.2 Arbeitsplatz- gestaltung	Mobile Unter- nehmensbera- tung (MIGS), Seminare/ Schulungen, Mitarbeiter- ethile	Verbesserung d. Arbeitsumwelt	Betriebsinhaber, Betriebsräte, Sicherheitshel- aufträge, Betriebsärzte	Beleuchtungs-/ Belüftungpro- bleme verringern, Ergonomie, technische Hilfen	BG (F) BAU, Imnung, IKK Gewerbeaufsicht, Gewerkschaft	BG (F)		Betrieb, Schulungs- stätte der BG		
1.3 Arbeitsorgani- sation	Betriebsbegle- itung (Ba- Seminare)/ Schulungen	Verbesserung d. Arbeitsumwelt	Betriebsinhaber, Betriebsräte, Betriebsleiter, im Handwerk, Kfz-Hersteller	Optimierung der Arbeitsabläufe	Landesinunungs- verband RZ. (F) Imnung, BAU, Gewerkschaft, Sporthochschule Köln	Landesinunungs- verband RZ. (F)		Betrieb, IKK-Haus		
1.4 Arbeitsicherheit/ Unfallverhütung, Gesundheits- schutz	Schulungen, Informations- veranstaltung in überbetrieblichen Lehrgängen	Vermeidung von Arbeitsunfällen, Ersatz von gesundheitsge- fährdenden Arbeitsstoffen	Kfz-Beschäftigte vor allem - 25jährige, Kfz-Hersteller	Routine- Schulungen, Unfallverhütungs- vorschriften	Imnung (F) IKK, BAU, BG, Gewerbeaufsicht, Handwerks- kammer	Imnung (F)		Betrieb, IKK-Haus, Schulungs- stätte BG		

Handlungs-
feld:

1. Arbeitsplatz

Konzeptstruktur/ Maßnahmen	Form der Maßnahme	Zielsetzungen	Zielgruppe	Inhaltliche Struktur	Personalbedarf/ Qualifikationsanforderungen	Kooperationspartner Federführung (F)	Zeitplan	Ort der Durchführung	Finanzplan -Personalbedarf -Sachmittelbedarf	Zeitraum der Durchführung
Handlungsfeld:										
2. Individuelle Interessen/ Ressourcen										
2.1 Sport/ Bewegung	Kurse, Bewegungspause am Arbeitsplatz	Stärkung von gesundheitsförderlichen Aktivitäten, Verbesserung des Betriebsklimas	Betriebsinhaber, Kfz-Beschäftigte	altersdifferenzierte Angebote z.B. Rückenschule, Adaptionen		Sporthochschule KGH (F) IKK Innung		Betrieb, IKK-Haus		
2.2 Ernährungsberatung	MIGS, Kurse/ Beratungen	Ausprägung von Ernährungs- bzw. Verhaltensmaßnahmen von gesundheitsförderndem Verhalten	Betriebsinhaber, Kfz-Beschäftigte	Maße Ernährungsberatung im Betrieb, Pausenverpflegung, Karrierenverpflegung, Interessengruppen Ernährungsberatung		IKK (F) Betrieb, Innung, BezGA		Betrieb, IKK-Haus, Vorkastabungen des Handwerks		
2.3 Verkehrssicherheitsratung	Kurse/ Schulungen	Förderung angemessener Bewältigungsformen, Vermeidung von Verkehrs-/ Freizeidunfällen	Kfz-Beschäftigte vor allem -2j. jährige	noch festzulegen		Straßenwacht (F) Innung, IKK		Übungsplätze, Straßenwacht		
2.4 Aufklärungsveranstaltung	Gesundheitsdag	Motivator/ Information	Betriebsinhaber, Kfz-Beschäftigte und Familienangehörige	noch festzulegen		IKK (F) Innung, Gewerkschaft		noch festzulegen		
2.5 Straßebewältigung	Kurse	Vermeidung von Verkehrsunfällen, Förderung von gesundem Verhalten	Betriebsinhaber, Kfz-Beschäftigte und Familienangehörige	noch festzulegen		IKK (F) Innung, BezGA		IKK-Haus		

Konzeptstruktur/ Maßnahmen	Form der Maßnahme	Zielsetzungen	Zielgruppe	Inhaltliche Struktur	Personalbedarf/ Qualifikationsanforderungen	Kooperationspartner Federführung (F)	Zeitplan	Ort der Durchführung	Finanzplan -Personalbedarf -Sachmittelbedarf	Zeitraum der Durchführung
3.1 Vorzicht Arbeitsunfähigkeitbescheinigung	Immunisationsgespräche, Info-Veranstaltung	Autonomie/ Verantwortungsbewußtsein der Beschäftigten fördern	Betrieb, Innung, Gewerkschaft	noch festzulegen		Innung (F) Landesinnungsverband, Gewerkschaft, IKK		Betrieb IKK-Haus		
3.2 Kostentreue	Gespräche, Veröffentlichung, Vorträge, Veranstaltungen	Medikamentenverordnungen verringern, Unsinnige Inanspruchnahme reduzieren	Ktz-Beschäftigte, Ärzte	Arzneimittel, Fäden, Nähen, Flisken		IKK (F) Innung, Gewerkschaft, Stadt		IKK-Haus		
3.3 Ausbildungsvereinbarung	Seminare/ Schulungen	Gesundheitsförderung/Gesundheitschutz, integriert in Beruf-/Meister-schulung	Ktz-Beschäftigte, Lehrer	noch festzulegen		Handwerkskammer (F) Landesinnungsverband, Gewerkschaft, Gewerbeaufsicht, BAU		Berufsschule, Kammer		

Handlungsfeld:

3. sozialpolitische Aspekte

B LEITFADEN **Praktische Anleitungen zur Gesundheitsförderung im Handwerk**

I. AUFGABENVERTEILUNG UND ORGANISATIONSSTRUKTUR DER BETRIEBLICHEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN EINEM KRANKENKASSENVERBAND

Es sollen zunächst einige **prinzipielle** Überlegungen zur Einrichtung betrieblicher Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung als Daueraufgabe einer Krankenkasse vorgetragen werden, bevor auf die Umsetzung dieser Überlegungen im Rahmen des Leitfadens eingegangen wird. Die dabei genannten Gesichtspunkte haben sich im Laufe der Projektarbeit als realistisch und realisierbar herausgestellt.

1. Ausgangsüberlegungen

Betriebliche Gesundheitsberichterstattung unter Zuhilfenahme von Routinedaten der Krankenversicherung ist aus der Überlegung entstanden, Maßnahmen und Aktivitäten des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung gezielt auf solche betriebliche oder individuelle Probleme zu beziehen, die den größten Einfluß auf die Gesundheit der Beschäftigten haben. Betriebliche Gesundheitsberichterstattung ist demnach ein Instrument zur rationalen Ressourcenverteilung im betrieblichen Arbeitsschutz und zum Schutz der Gesundheit. Es ist ein Instrument, das sowohl von den Betrieben als auch von den Krankenkassen nur auf freiwilliger Basis eingesetzt werden kann. Das bedeutet, daß sämtliche Schritte, die zur Herstellung dieses Instrumentes führen, und sämtliche Konsequenzen, die mit Hilfe dieses Instrumentes für den betrieblichen Arbeitsschutz und zum Schutz der Gesundheit gezogen werden, nur mit Hilfe eines Konsenses aller Beteiligten zustande kommen können. Betriebliche Gesundheitsberichterstattung ist eine freiwillige Aktion aller Beteiligten, und ob die Schlußfolgerungen, die aus den betrieblichen Gesundheitsberichten gezogen werden, in die Praxis umgesetzt werden, liegt allein in der Entscheidung der Betriebe oder Innungen.

Mehrere Voraussetzungen haben die Entwicklung der Gesundheitsberichterstattung in letzter Zeit beschleunigt:

- Von betrieblicher Seite wird zunehmend beklagt, daß kaum Informationen über die Verteilung von Gesundheit und Krankheit im Betrieb vorliegen. Die Betriebe sind unsicher, ob die gesundheitsstabilisierenden und gesundheitsfördernden Maßnahmen immer dort

durchgeführt werden, wo der größte Interventionsbedarf besteht. Eine Umfrage innerhalb der Europäischen Gemeinschaft hat dies erst kürzlich bestätigt. Allerdings ist es nur eine kleine Minderheit von Betrieben, die bisher schon ein aktives Interesse an betrieblicher Gesundheitsberichterstattung oder Gesundheitsförderung geäußert hat. In der Regel müssen Betriebe und Innungen für die betriebliche Gesundheitsförderung gewonnen werden.

- Mit zunehmendem Wettbewerb unter den Krankenkassen haben diese das Feld der betrieblichen Gesundheitsförderung für sich entdeckt. Im Rahmen allgemeiner Modernisierungsstrategien der Krankenkassen haben betriebliche Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung inzwischen ihren festen Platz. Sie nutzen dabei die Gesundheitsberichterstattung als Vehikel, um die Gesundheitsprobleme der Versicherten genauer kennenzulernen und positiv auf sie einzuwirken.
- Schließlich ist in den meisten Krankenkassenarten die EDV-Technik inzwischen so weit entwickelt, daß die Gesundheitsberichterstattung technisch möglich wird. Für viele Krankenkassen war dies bisher nicht der Fall (für das IKK-System als Ganzes besteht die Möglichkeit erst ab 1992).
- Auch der § 20 SGB V, aus dem die Notwendigkeit und Möglichkeit zu Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung für die Krankenkassen abgeleitet wird, hat die Aktivitäten auf diesem Gebiet beschleunigt. Das in diesem Paragraphen ausgesprochene Kooperationsgebot hat in jedem Fall dazu geführt, daß in dem Modellvorhaben des IKK Landesverbandes Nordrhein und Rheinland-Pfalz zum ersten Mal die Berufsgenossenschaften aktiv in die Aktivitäten einbezogen werden konnten. Seitdem der § 20 des SGB V gilt, muß eine Krankenkasse es begründen, wenn sie entsprechende Aktivitäten **nicht** durchführt.

2. Voraussetzungen für die betriebliche Gesundheitsberichterstattung durch die Krankenkassen

Da die betriebliche Gesundheitsberichterstattung, wie überhaupt die systematische Nutzung der Routinedaten von Krankenkassen, noch nicht zum Routineaufgabenspektrum von Krankenkassen gehört, kann auch nicht auf die technischen und personellen Voraussetzungen zurückgegriffen werden, die zur Bewältigung der Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung notwendig sind. In den meisten Fällen gehört die Schaffung dieser Voraussetzungen zu den ersten (aber keinesfalls "leichten") Schritten auf

dem Weg zur betrieblichen Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsförderung.

2.1 Technische Voraussetzungen

Betriebliche Gesundheitsberichterstattung bedarf einer Mindestvoraussetzung an Datenverarbeitungskapazitäten. Die EDV-Anlage der einzelnen Krankenkasse, auf der die Stamm- und Leistungsdaten regelmäßig erfasst werden, muß folgende Voraussetzungen erfüllen:

- Die Rechenanlage muß programmierbar sein und einen Compiler besitzen. Ist dies nicht der Fall, können die für die Gesundheitsberichterstattung notwendigen Daten **nicht** auf dieser Anlage zusammengestellt und natürlich nicht verrechnet werden. Oft ist es nicht einmal möglich, die Daten auf eine andere Anlage zu übertragen.
- Die Rechenanlage muß über genügend Speicherkapazität verfügen und in der Lage sein, wenigstens im Wochenendbetrieb die Daten entsprechend den Anforderungen zu sortieren und in neuer Form zusammenzustellen.
- Auf der Personalseite muß es Beschäftigte in der Krankenkasse geben, die in der Lage sind, die Datenorganisation und datentechnischen Voraussetzungen herzustellen. Da diese Fähigkeit sehr verschieden ist von denen, die zur Erledigung von Routineaufgaben in der Krankenkasse verlangt werden, bedeutet dies, daß entsprechende Zusatzqualifikationen bei den Beschäftigten der Krankenkasse geschaffen werden müssen. Eine Abarbeitung durch Dritte scheidet als Möglichkeit in der Regel aus, da sehr detaillierte Kenntnisse der Krankenkassendaten notwendig sind, um sie gemäß den Anforderungen für die Gesundheitsberichterstattung zusammenzustellen.

Mit der Installation der neuen Rechenanlage im IKK-Verband ab 1992 werden die genannten Voraussetzungen erfüllt sein. Vor diesem Zeitpunkt sind sie nur in Ausnahmefällen erfüllbar.

Neben den datentechnischen Voraussetzungen und der Fähigkeit, die Datentechnik entsprechend den Anforderungen zu bedienen, sind weitere Voraussetzungen für die Herstellung von betrieblichen Gesundheitsberichten zu schaffen.

2.2 Voraussetzungen zur Herstellung und Integration betrieblicher Gesundheitsberichte

2.2.1 Kenntnis des Anwendungsfeldes

Die Herstellung von Gesundheitsberichten sowie deren Interpretation und Vermittlung an die Innung setzt eine detaillierte Kenntnis des Anwendungsfeldes voraus, das heißt Kenntnis über die Arbeitsweisen, Arbeitsmittel, Ausbildungsgänge, Berufsbilder, Arbeitserkrankungen etc. in der jeweiligen Innung bzw. dem Betrieb oder dem Wirtschaftszweig, für die der Bericht hergestellt werden soll. Dies gilt jedenfalls dann, wenn sich die Krankenkasse nicht nur auf die (vielleicht jährliche) Herstellung von Berichten beschränkt, sondern aktiv am Gesamtprozeß der betrieblichen Gesundheitsförderung teilnehmen möchte, das heißt zum Beispiel auch in Maßnahmen Diskussionen einbezogen werden will und entsprechende Maßnahmen selbst durchführt. Da Gesundheitsberichte dazu führen sollen, mehr zielgerichtete Aktivitäten des Arbeitsschutzes und zum Schutz der Gesundheit im Betrieb zu entfalten, als dies bislang üblich war, ist die Detailkenntnis des Anwendungsfeldes eine Voraussetzung, um dies einzulösen. Für die Beschäftigten der Krankenkasse, deren Aufgabe die Herstellung der Berichte ist, heißt dies, sich in die Probleme, Arbeitsweisen, ökonomische Situation, Tarifgestaltung von Innungen und Betrieben einzuarbeiten. Dafür ist genügend Material vorhanden (zum Beispiel bei der Bundesanstalt für Arbeitsschutz in Dortmund, bei der Bundesanstalt für Arbeitsmedizin in Berlin, beim Projektträger Arbeit und Technik des Bundesforschungsministeriums in Bonn, beim Rationalisierungskuratorium der deutschen Wirtschaft in Eschborn und bei den Innungen selbst). Eine Möglichkeit, diesen Prozeß organisiert durchzuführen, wäre zum Beispiel der Aufbau einer "Branchenbibliothek" beim Bundesverband der jeweiligen Krankenkassenart.

2.2.2 Kenntnisse von Auswertungs- und Darstellungsverfahren

Zwar liefert das AU-Datenauswertungsprogramm (siehe dort) "fertige" Tabellen, die für die Abfassung des Berichtes in Text und Grafiken umzusetzen sind. Aber auch dafür bedarf es gewisser Kenntnisse und Fähigkeiten, die entweder bei den Mitarbeitern der einzelnen Krankenkassen oder aber zentral (siehe unten) vorgehalten werden müssen. Diese Kenntnisse beziehen sich im wesentlichen auf die Anwendung von SPSS (Auswertungsprogramm) und Harvard Graphics (Grafikprogramm).

2.2.3 Kenntnisse im Arbeitsschutz und in der betrieblichen Gesundheitsförderung

Erfahrungen der allgemeinen, nicht auf das betriebliche Einsatzfeld bezogenen Prävention und Gesundheitsförderung sind nur bedingt auf die Betriebe übertragbar, zumal Umfragen in jüngster Zeit ergeben haben, daß Unternehmen nur in geringem Ausmaß interessiert sind, Maßnahmen der allgemeinen Gesundheitsförderung (Raucherentwöhnungskurse, Streßmanagementkurse, Ernährungsberatung etc.) im Betrieb durchzuführen. Sie setzen eher auf Maßnahmen des klassischen Arbeitsschutzes. Die Verbindung des Gesundheitsförderungsansatzes mit den Praktiken des Arbeitsschutzes müßte von den Beschäftigten der Krankenkasse jeweils auf die konkreten betrieblichen Bedingungen bezogen werden können, um zum Beispiel Maßnahmenempfehlungen im Gesundheitsbericht äußern zu können, und vor allem, um die Maßnahmen in ihrer Wirkung überhaupt abschätzen zu können.

2.3 Kenntnisse zur Vermittlung der Berichte

Die Kenntnisse, die zur Herstellung der Berichte erforderlich sind, sind auch eine Voraussetzung für die Vermittlung der Berichte in die Betriebe hinein. Hierzu kommen weitere Anforderungen:

- Methodische und epidemiologische Grundkenntnisse. Diese sind vor allem erforderlich, um vor falschen Schlüssen aus den Daten warnen zu können, um mit Arbeitsmedizinern Maßnahmen aus den Angaben ableiten zu können, vor allem aber, um einschätzen zu können, welche Aussagen überhaupt aus den Ergebnissen abgeleitet werden können und welche nicht.
- Moderationsfähigkeiten sind ebenfalls notwendig, um zum Beispiel eine Projektgruppe oder ein Forum, in dem der Bericht behandelt wird, so leiten zu können, daß die Meinungen und Vorschläge der einzelnen Teilnehmer sich schließlich im Endergebnis wiederfinden können.

3. Die Organisation der betrieblichen Gesundheitsberichterstattung im IKK-System

Die Art, in der die betriebliche Gesundheitsförderung innerhalb eines Krankenkassensystems gelöst wird, ist von der Beantwortung von zwei Grundfragen abhängig:

1. Will die einzelne Krankenkasse (oder das Krankenkassensystem als Ganzes) der Innung oder einzelnen Betrieben im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung mehr anbieten als regelmäßig erscheinende Berichte über die Entwicklung des Krankenstandes und die Verteilung von Diagnosen auf die Beschäftigten?
2. Soll die Kompetenz zur Gesundheitsförderung grundsätzlich bei der einzelnen Krankenkasse eingerichtet werden, oder scheinen hier diese Anforderungen zu hoch, so daß eine Zentrale eingerichtet werden soll?

Die Richtung, in der die erste Frage in Zukunft beantwortet werden wird, ist offen. Wo Krankenkassen bislang Gesundheitsberichte hergestellt haben, haben sie sich auch aktiv in der betrieblichen Gesundheitsförderung engagiert. Dies geschah jedoch meist im Rahmen öffentlich geförderter Projekte. Ob dies auch in Zukunft die Regel sein wird, ist offen. Es ist auch eine Entwicklung denkbar, in der die bisher schon für den Arbeitsschutz zuständigen Institutionen im Betrieb (Arbeitsmediziner und Sicherheitsexperten) und außerhalb des Betriebes (vor allem Berufsgenossenschaften) durch die jetzt in Zusammenhang mit den Krankenkassen durchgeführten Projekte ebenfalls aktiviert werden, innovative Wege im Arbeitsschutz und zum Schutz der Gesundheit der Beschäftigten zu beschreiten. Dann wäre die Tätigkeit von Krankenkassen, die sich meist mühsam in das Feld einarbeiten müssen und in ihrer Aufgabenstruktur ganz anders ausgerichtet sind, auf diesem Gebiet von der Sache her nicht gerechtfertigt, weil überflüssig. Ihre Funktion als "Informationsgeber", etwa durch die jährliche Gesundheitsberichterstattung, ist natürlich weiterhin unerlässlich in solchen Projekten. Diese Berichte können sogar helfen, die Aktivitäten der anderen Institutionen zu beschleunigen und zu optimieren. Wir gehen bei den folgenden Vorschlägen zur Organisation jedoch davon aus, daß eine Krankenkassenart zunächst mehr tun möchte, als die jährlichen Gesundheitsberichte herzustellen.

Auch die Beantwortung der zweiten Frage hängt sehr von der Bereitschaft und den Möglichkeiten ab, Ausbildungs- und Trainingsressourcen für ein zunächst sehr "krankenkassenfernes" Arbeitsgebiet zu mobilisieren. Der Wunsch vieler Krankenkassenarten, im Prinzip jede Krankenkasse zu befähigen, eigenständig Gesundheitsberichte herzustellen und zu verbreiten, ist meist Ergebnis einer Überschätzung des Interesses bei den Unternehmen nach solchen Berichten (bislang mußte dieses Interesse sehr kräftig geweckt werden) und eine Unterschätzung des Aufwandes, der für die Herstellung von Gesundheitsberichten notwendig ist.

Wir gehen deshalb im folgenden davon aus, daß sich eine Krankenkassenart entscheidet, zwar die technische und personelle Kompetenz zur Gesundheitsförderung vorzuhalten, diese aber zentral organisiert, quasi als Service-Einheit für die Einzelkrankenkasse. Dafür gibt es mehrere Möglichkeiten, die sich zunächst aus der Aufgabenverteilung zwischen der Einzelkrankenkasse vor Ort und der Gesundheitsförderungszentrale ergeben.

3.1 Die Aufgaben der Einzelkrankenkasse

- Nachfrage der Betriebe beobachten und Interesse für Gesundheitsberichte fördern. Die Krankenkasse vor Ort muß für betriebliche Gesundheitsförderung bei der Innung, den Gesellenausschüssen, den Tarifvertragsparteien, vielleicht auch bei einem arbeitsmedizinischen Zentrum "werben". Eine aktive Nachfrage von seiten der Betriebe/Innungen besteht jedenfalls zur Zeit nur in Einzelfällen.
- Die Routinedaten der Einzelkrankenkassen müssen in die Schnittstelle zur Gesundheitsberichterstattung eingespeist werden. Dies kann nur die Einzelkrankenkasse leisten.
- Die Krankenkasse muß den Gesundheitsbericht (mit Unterstützung der Zentrale) an die Innung vermitteln können. Sie muß insbesondere in der Lage sein, die Interventionstiefe zu beurteilen, das heißt zu entscheiden, wie weit man bei der Maßnahmenempfehlung gehen kann, welche sie selbst durchführen will und für welche Maßnahmen man externe Unterstützung benötigt. Es wird von den örtlichen Bedingungen abhängen, wie weit sich ihrerseits die Innungen auf die Berichterstattung einlassen und die Informationen in wirksame Maßnahmen umsetzen wollen.

3.2 Die Aufgaben der Zentrale

- Werbung für die betriebliche Gesundheitsförderung innerhalb des jeweiligen Krankenkassenverbandes. Je nach Krankenkassenart mag die Situation unterschiedlich sein, es ist jedoch keinesfalls so, daß alle Entscheidungsträger, etwa in den Landesverbänden oder den Einzelkrankenkassen, bereits von der Notwendigkeit und Machbarkeit von Gesundheitsförderungsmaßnahmen überzeugt sind.
- Vorhalten von EDV-Technik und Anwendungs-Know-how zur Herstellung der Gesundheitsberichte.
- Auswertungs- und Darstellungs-Know-how.

- Fähigkeit zur Interpretation und zur Vermittlung der Gesundheitsberichte.
- Weiterentwicklung des Konzeptes der betrieblichen Gesundheitsförderung durch Krankenkassen und Weiterentwicklung der entsprechenden Praxis.

3.3 Ein Vorschlag zur Organisation

Es wird vor allem diskutiert werden, wo die Gesundheitsförderungszentrale innerhalb der Krankenkassenart angesiedelt sein soll. Dafür gibt es mehr als nur einen Lösungsweg.

- Die Zentrale kann beim jeweiligen Bundesverband angesiedelt sein. Neben einer gerechten Finanzierung (durch Umlageverfahren) hat dies den Vorteil, daß die Gesundheitsförderungsgruppe vielleicht auch andere, strategische und verbands- bzw. krankenkassenpolitische Aufgaben durchdenken und konzeptionieren kann. Die Gruppe würde eine Art "Denkfabrik" für Modernisierungsprozesse innerhalb der Krankenkassenart darstellen können.
Der Nachteil besteht in der relativ großen "Praxisferne" einer Gruppe beim Bundesverband und der gewachsenen Abneigung vieler Landesverbände und Einzelkrankenkassen gegen zentrale Kompetenzzusiedlungen.
- Die Zentrale kann bei einem Landesverband angesiedelt sein. Vorzugsweise sollte es ein Landesverband sein, der sich bisher schon aktiv in der betrieblichen Gesundheitsförderung engagiert hat. Die Vorteile bestehen in den Nutzungsmöglichkeiten des bisher schon angesammelten Wissens sowie in der größeren Nähe zu den durchführenden Einzelkrankenkassen.
Der Nachteil besteht möglicherweise in Finanzierungsschwierigkeiten (jedoch kann auch ein Landesverband befugt werden, für das Gesamtsystem zu handeln), und es könnten Rivalitäten zwischen den Landesverbänden entstehen.
- Im Prinzip ist es auch nicht ausgeschlossen, eine besonders aktive Einzelkrankenkasse mit der Durchführung von betrieblicher Gesundheitsförderung für das Gesamtsystem zu beauftragen. Allerdings würde dies rein formal den zentralen Charakter der Aufgabe verwischen. Die Ansiedlung bei der Einzelkrankenkasse würde eher auf eine Lösung hinauslaufen, dort auch die Hauptaktivitäten im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung anzusiedeln.

Wie im konkreten Fall die Ansiedlung der Gruppe gelöst wird, kann hier nicht beantwortet werden. Für die Durchführung und Weiterentwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung ist eine solche Gruppe jedoch unerlässlich.

Die folgende Zusammenstellung zeigt die Aufgabenverteilung auf die einzelnen Akteure und die Organisationsstruktur im Überblick.

Abbildung



II. HANDLUNGSHILFE

1. Die Funktion dieser Anleitungen

Diese Anleitungen stellen kein Handbuch für die Gesundheitsförderung im Handwerk dar und keinen Fahrplan zur Durchführung erfolgreicher Projekte der handwerksbezogenen Gesundheitsförderung.

Hier werden im wesentlichen die praktischen Erfahrungen zusammengefaßt, die in einem Projekt "Handwerksbezogene Gesundheitsförderung - Entwicklung eines Praxismodells" gesammelt wurden.

Mit diesem Demonstrationsvorhaben sollten organisatorische, instrumentelle und interpretatorische Möglichkeiten der Gesundheitsförderung im Handwerk erprobt und so dokumentiert werden, daß die Erfahrungen und Ergebnisse aus diesem Projekt in das gesamte IKK-System übertragen werden können.

Das praktische Hauptergebnis des Demonstrationsvorhabens stellt der Gesundheitsbericht für die Kraftfahrzeuginnung dar (siehe Bericht). Er ist besonders veröffentlicht und kann über den IKK-Landesverband Nordrhein und Rheinland-Pfalz bzw. über die Bundesanstalt für Arbeitsschutz bezogen werden. Dieser Gesundheitsbericht liefert die informationellen Grundlagen für Entscheidungen über Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Kraftfahrzeughandwerk. Er ist das Basisdokument, mit dem die Krankenkasse an alle Beteiligten herantreten kann, um Möglichkeiten der betrieblichen Gesundheitsförderung vorzuschlagen und zu erörtern.

Der hier vorliegende Leitfaden soll es der einzelnen IKK, den Landesverbänden und jedem interessierten Mitarbeiter erleichtern, einen solchen betrieblichen Gesundheitsbericht herzustellen.

1.1 Anleitung zum praktischen Handeln - kein Handlungersatz

Zur Herstellung eines betrieblichen Gesundheitsberichtes bedarf es technischer, finanzieller, personeller, wissensmäßiger und kooperativer Voraussetzungen. Allein durch die Tatsache, daß die Krankenkassen über die Kerninformationen (AU-Daten) für den Gesundheitsbericht verfügen, läßt sich ein solcher Bericht noch nicht herstellen.

Dieser Leitfaden soll der IKK helfen, möglichst alle Fakten zu berücksichtigen (oder wenigstens zu wissen, welche sie nicht berücksichtigen kann), die für die Produktion eines Gesundheitsberichtes unerlässlich sind. Insofern ist diese Anleitung "praktisch". Aber sie kann praktisches Handeln, das heißt die Umsetzung der hier vorliegenden Hinweise in Aktionen, nicht ersetzen.

Die Hinweise sind obendrein oft sehr allgemein; teilweise geschah dies in der Absicht, nicht mit scheinbarer Praxisnähe einen ungerechtfertigten Lösungsoptimismus zu erzeugen. Das betrifft vor allem einige Voraussetzungen, die in der Kompetenz der Mitarbeiter liegen, die derartige Projekte durchführen wollen oder müssen. Ihnen würde es zum Beispiel wenig hel-

fen, wenn sie wortgetreu ein SPSS-Programm zur Auswertung des Fragebogens bedienen und auf diese Weise tatsächlich Tabellen und Grafiken produzieren können, aber die Voraussetzungen zu deren Interpretation nicht vorhanden sind.

Ähnliches gilt auch für die Maßnahmenvorschläge, die die Krankenkassen äußern. Zwar können Verfahren und Prozesse aufgezeigt werden, nach denen eine möglichst rationale und effiziente Maßnahmenauswahl gewährleistet wird. Aber die Darstellung dieser Prozesse ersetzt natürlich nicht die detaillierte Kenntnis des Anwendungsfeldes (zum Beispiel Kraftfahrzeugwerkstätten, Bäckereien etc.). Diese müssen sich die zuständigen Mitarbeiter selbst erarbeiten, ein Handbuch hilft ihnen in diesem Fall nicht weiter; aus ihm läßt sich nur entnehmen, daß zum Beispiel diese Kenntnisse über das Anwendungsfeld hergestellt werden müssen und wo man sich weitere Informationen beschaffen kann.

1.2 Projektbezogene Anpassung ist in jedem Fall notwendig

Es wird keine zwei Gesundheitsförderungsprojekte geben, die sich in ihrem praktischen Ablauf und in der Art der Maßnahmen gleichen. Die Unterschiede ergeben sich vor allem aus folgenden Fakten:

- **Der Art der Innung.** Natürlich müssen für Bäcker andere Maßnahmen durchgeführt werden als für die Beschäftigten in einer Kraftfahrzeuginnung. Möglicherweise liegt auch in den verschiedenen Innungen ein ganz unterschiedliches Interesse vor. Dies beeinflusst erheblich die Auswahl von Maßnahmen.
- **Das Interesse der jeweiligen IKK** an entsprechenden Maßnahmen der Gesundheitsförderung wird oft mit dem zunehmenden Krankenkassenwettbewerb begründet. Diese Argumente dominieren dann die gesundheitlichen Aspekte der Gesundheitsförderung. Je stärker bei einer Krankenkasse das Wettbewerbselement ausgeprägt ist, desto weniger konkret werden die Maßnahmen für die betriebliche Gesundheitsförderung sein und desto weniger konkret werden sie vor allem auf die betrieblichen Bedingungen zugeschnitten sein.
- Die bestehenden **Kooperationsstrukturen** zwischen Krankenkassen und Innungen sind ein weiterer Faktor, der jeweils verschieden ausgeprägt ist. Auch hier gibt es erhebliche Unterschiede, die zum Beispiel den Ansatz der verschiedenen, über die AU-Analyse hinausgehenden Instrumente mitbestimmen können.

Über die im konkreten Fall vorliegenden Rahmenbedingungen sollte sich die Krankenkasse vollständig im klaren sein.

Praktischer Hinweis Nr. 1

Beantworten Sie die folgenden Fragen in einigen schriftlich niedergelegten Sätzen und besprechen Sie die Antworten mit Ihren Mitarbeitern:

- Warum führt die Krankenkasse zum jetzigen Zeitpunkt die Gesundheitsförderungsmaßnahmen durch?
- Warum führt sie diese Maßnahmen mit der Innung XY zusammen durch?
- Wie war bisher die Kooperation mit dieser Innung?
- Was weiß man bisher über die Gesundheitsprobleme der Versicherten in dieser Innung?
- Von welcher Seite bräuchte man noch Unterstützung, um sich "sicherer" zu fühlen?

Die Hinweise auf konkrete Problemlösungen, die Sie in diesem Text finden, müssen Sie auf Ihre konkreten Bedingungen hin anpassen.

Entwickeln Sie also keinen Fragebogen oder modifizieren den vorliegenden, bevor Sie nicht sichergestellt haben, daß Sie Gelegenheit haben werden, ihn auch einzusetzen. Dabei sind Sie auf die Kooperation mit der jeweiligen Innung angewiesen.

Auch für die Abfassung des Gesundheitsberichtes wird es ein Unterschied sein, ob er lediglich einer Innung als Informationsmaterial dienen soll und ohne weitere Kooperation an die Innung weitergegeben wird, oder ob aber der Gesundheitsbericht in einen (meist länger dauernden) Diskussionsprozeß zwischen IKK und Innung eingeht. Natürlich hat dies einen erheblichen Einfluß auf die Auswertungsroutinen, die zum Einsatz kommen, und die Darstellungsweise, in der der Bericht abgefaßt ist. Auch dafür können keine "Patentrezepte" entwickelt werden.

1.3 Voraussetzungen für ein Gesundheitsförderungsprojekt

Es wird nicht in jedem Fall und in jeder IKK möglich sein, ein Gesundheitsförderungsprojekt durchzuführen. Folgende Voraussetzungen sollten (mindestens) geklärt sein.

Praktischer Hinweis Nr. 2

1. Konsens innerhalb der IKK und ihrer Selbstverwaltung über die Durchführung eines entsprechenden Vorhabens herstellen. Beauftragung der Geschäftsführung, ein solches Projekt durchzuführen.
2. Benennung eines (zunächst kleinen) Kreises von Personen, die kontinuierlich in einem solchen Projekt arbeiten können.
3. Sicherstellung der technischen Ressourcen. Beauftragung der EDV-Abteilung, eine "Möglichkeitsstudie" herzustellen.
4. Einrichtung einer Unterstützungsstruktur zwischen IKK und verantwortlichem Landesverband. Verabredung einer konkreten Arbeitsteilung (wer macht was?).
5. Benennung von Zielen, die mit dem Gesundheitsförderungsprojekt verfolgt werden sollen, und Benennung eines Zeitrahmens, in dem dies zu geschehen hat.
6. Kooperationsvereinbarungen mit der ausgewählten Innung über den betrieblichen Gesundheitsbericht treffen. Verabreden, welche Aufgaben die Krankenkasse in dieser Kooperation wahrnimmt und welche nicht (Vorsicht vor dem Erwecken überzogener Erwartungen und vor "Kompetenzanmaßung").

2. Die Informationsquellen des betrieblichen Gesundheitsberichtes

Es gibt vier wichtige Informationsquellen für einen betrieblichen Gesundheitsbericht:

- die AU-Datenanalyse als Kernbereich,
- Fragebogen an die Beschäftigten,
- Fragebogen an die Betriebsinhaber,
- Gesprächskreise und Experteninterviews.

Es ist nicht notwendig, jede dieser Informationsquellen zu nutzen. Aber: Eine AU-Datenanalyse stellt den Kern eines jeden betrieblichen Gesundheitsberichtes dar. Sie ist unverzichtbar!

Daraus ergibt sich, daß sich die anderen Informationsquellen ergänzend zur AU-Datenanalyse verhalten. Bevor wir im Kapitel III auf die konkrete Aufstellung und Anwendung von Informationsinstrumenten eingehen, werden sie an dieser Stelle kurz in ihrer Bedeutung gewichtet.

2.1 Die AU-Datenanalyse

In ihren "normalen" Routinedatenbeständen führt jede Krankenkasse Informationen über die Arbeitsunfähigkeit ihrer erwerbstätigen Versicherten. Diese Informationen betreffen zunächst (personengebunden) nur die **Häufigkeit** der Arbeitsunfähigkeit in einem bestimmten Zeitraum (meist wird von dem aktuellsten Stand für ein Jahr zurückgerechnet) sowie die **Dauer der AU in Tagen**. Vermerkt ist auch, ob es sich um eine AU mit oder ohne Lohnfortzahlung handelt und/oder um eine Wiederholungserkrankung. Diese Informationen können im Prinzip auch durch die Betriebe selbst erhoben werden (die wenigsten machen jedoch davon Gebrauch). Was die Betriebe (aus guten Gründen) jedoch nicht auswerten können, weil ihnen die notwendigen Daten fehlen, sind die **Diagnosen**, die zur Begründung der AU geführt haben. Aus der Verteilung dieser Diagnosen im Betrieb (siehe unten) lassen sich unter Zuhilfenahme von arbeitsmedizinischem Sachverstand wichtige Hinweise auf mögliche Risiken für die Gesundheit der Beschäftigten ziehen.

Wenn diese Daten auf Angaben zur Person, die ebenfalls bei der Krankenkasse vorliegen, bezogen werden, lassen sich zum Beispiel Aussagen wie die drei folgenden, die hier beispielhaft genannt werden, treffen:

- In der Innung XY weisen vor allem ungelernete, ältere Arbeitnehmer Erkrankungen des Bewegungsapparates auf.
- In der Innung NM fehlen die jungen Facharbeiter besonders häufig und besonders kurz. Sie weisen jedoch kein spezifisches Krankheitspektrum auf.
- In der Innung OP gibt es keine gravierenden Gesundheitsprobleme und einen vergleichsweise niedrigen Krankenstand. Maßnahmen der Gesundheitsförderung drängen sich dort nicht auf.

Es wird deutlich, daß ein betrieblicher Gesundheitsbericht, auch wenn er "nur" auf Informationen beruht, die jede Krankenkasse zur Verfügung hat (aber oft nicht auswerten kann), Informationen enthält, die helfen können, Maßnahmen und Aktivitäten der Gesundheitsförderung an die Versicherten zu bringen, die sie entweder besonders nötig haben oder bei denen sich Präventivaktivitäten lohnen. Wir sprechen dann von den betrieblichen oder Innungsmitarbeitern mit dem höchsten Interventionsbedarf und von den Mitarbeitern, die das größte präventive Potential darstellen.

Beide Gruppen lassen sich durch Analyse der AU-Daten relativ präzise beschreiben, jedenfalls was ihre formalen Merkmale (Alter, Geschlecht, Ausbildungsstand, Krankheiten) betrifft.

Praktischer Hinweis Nr. 3

Bevor Sie mit der Herstellung eines Gesundheitsberichtes beginnen: Versuchen Sie, so viele Informationen wie möglich über den Krankenstand in der Branche, der Innung etc. herauszubekommen. Informieren Sie sich auch, ob es zum Beispiel bereits öffentlich geförderte Projekte in der Branche gab oder gibt (zum Beispiel Projekte im Rahmen der "Humanisierung der Arbeit" und/oder "Arbeit und Technik". Aus entsprechenden Projektberichten läßt sich viel über die jeweiligen Branchen und ihre Gesundheitsprobleme entnehmen.

2.2 Der Fragebogen an die Beschäftigten

Der Fragebogen an die Beschäftigten ist ein ergänzendes Instrument. Bevor er eingesetzt wird, sollte sehr genau geprüft werden, ob die Informationen, die der Fragebogen liefert, nicht auch auf andere Weise beschafft werden können. Der Einsatz des Fragebogens erfordert viel Abstimmungs- und Gestaltungsaufwand sowie einen erheblichen Aufwand zur Organisation und zur Durchführung der Befragung selbst sowie zur Auswertung der Informationen.

Was leistet der Fragebogen über die AU-Datenanalyse hinaus?

- Eine Erfassung von Arbeiterschwernissen und Arbeitsbelastungen aus der Sicht der Beschäftigten. Ersatzweise kann diese wichtige Information auch von Mitgliedern der Innung beschafft werden.
- Eine Erfassung des subjektiven Wohlbefindens und des allgemeinen gesundheitlichen Status. Diese Informationen können kaum auf andere Weise beschafft werden.
- Eine Erfassung des Gesundheitsinteresses der Beschäftigten und ihres Interesses, sich an Gesundheitsförderungsmaßnahmen zu beteiligen.
- Eine Erfassung von soziodemografischen Daten, die über die Informationen, die aus den Datenbeständen der Krankenkasse zu entnehmen sind, hinausgehen.
- Zudem können im Prinzip alle Beschäftigten eines Betriebes befragt werden, wohingegen die AU-Datenanalyse nur für die Beschäftigten gilt, die bei der IKK versichert sind. In Innungen mit einem hohen

Angestelltenanteil kann sich deswegen eine AU-Datenanalyse als sinnlos herausstellen, da zu wenige Krankenkassenmitglieder in der jeweiligen Innung beschäftigt sind.

2.3 Der Fragebogen für Betriebseigner

Sollen Aktivitäten der Gesundheitsförderung erfolgreich sein, müssen sie mindestens zwei Voraussetzungen erfüllen:

- sie müssen auf breitestmöglicher Unterstützung aller Beteiligten beruhen,
- sie müssen sehr adressatengerecht aufbereitet sein. Adressaten von Maßnahmen sind die Betriebe und deren Mitarbeiter.

Eine Befragung der Betriebseigner ist sinnvoll, wenn die Innung selbst keinen Überblick über die Teilnahmebereitschaft ihrer Betriebe hat, wenn von den Betriebseignern bestimmte Sichtweisen der Probleme verlangt werden etc. *Findet eine Befragung der Beschäftigten statt, kann die Befragung der Betriebseigner helfen, zumindest die subjektiven Antworten zu relativieren (oder auch zu bestätigen).* Betriebseigner können zu folgenden Bereichen befragt werden:

- Spezifikationen von strukturellen betrieblichen Besonderheiten (zum Beispiel wechselnde Arbeitsorte der Beschäftigten im Bau- und Transportgewerbe etc.),
- Einschätzung von Arbeitsbelastungen der Mitarbeiter und Risiken aus deren Lebensweise,
- *Einschätzung von Gesundheitsinteresse bei den Mitarbeitern,*
- Vorschläge zur gesundheitsgerechten Gestaltung von Arbeitsplätzen.

2.4 Expertengespräche und Diskussionen in Gremien, Ausschüssen etc.

Da die Ausarbeitung eines Fragebogens, die Durchführung der Befragung und die Auswertung von Befragungsergebnissen erhebliche Ressourcen beansprucht, sollten alle Möglichkeiten geprüft werden, die benötigten Informationen auf anderem - vorzugsweise einfacherem - Wege zu erhalten. Eine Möglichkeit dazu bietet sich in den Zusammenkünften mit Vertretern der Innung an, an denen auch oft Gewerkschaftsvertreter und Vertreter der Gesellenausschüsse teilnehmen, alles Personen, die über ein hohes Ausmaß an Detailinformationen über die Betriebe und ihre Mitarbeiter verfügen. Diese Detailinformationen muß man diesen Wissensträgern lediglich entlocken und dazu Gruppendiskussionen oder Expertengespräche vereinbaren.

Wenn der Eindruck entstanden ist, auf der Grundlage der Diskussionen in Gremien und eventuell auch in den vorbereiteten Einzelinterviews genügend Material zur Verfügung zu haben, um eine verantwortliche und kreative sowie angemessene Maßnahmen- und Aktivitätsauswahl treffen zu können, kann sich eine Befragung in jedem Fall erübrigen.

III. DIE INSTRUMENTE UND IHRE ANWENDUNG

1. Die AU-Daten der Krankenkasse

Die Auswertung der AU-Daten der Krankenkasse beruht im wesentlichen auf zwei Reporten, dem **Vergleichsreport** und dem **Schichtungsreport** (siehe unten). Zunächst wird kurz dargestellt, wie diese Reporte entstehen. Zur datentechnischen Herstellung dieser Reporte bedienen Sie sich bitte des beiliegenden EDV-Pflichtenheftes.

Der gesamte Datenbestand einer Krankenkasse (oder auch eines Landesverbandes) wird mit Hilfe einer "gemeinsamen Schnittstelle" in einen Datenbestand transformiert, der nur die für die AU-Datenanalyse notwendigen Merkmale der Versicherten enthält und zeitbezogen ist. Meist gelten diese Reporte für ein Jahr, das wir als Untersuchungszeitraum bezeichnen. In dem so selektierten Datenbestand sind alle AU-relevanten Merkmale aller pflichtversicherten Mitglieder der Krankenkasse, die Anspruch auf Lohnfortzahlung haben, für einen definierten Zeitraum enthalten.

Mit Hilfe eines Selektionsprogramms können aus diesem Datenbestand alle AU-relevanten Daten für Versicherte mit bestimmten Merkmalen herausgesucht werden. So kann zum Beispiel durch Selektion über das Merkmal Wirtschaftszweig oder Innung ein Report für die Kraftfahrzeuginnung hergestellt werden. Auf diese Weise erhalten wir zwei Datenkörper:

- einen Datenkörper mit den Angaben der Untersuchungsgruppe (in diesem Fall alle versicherungspflichtig Beschäftigten der Kraftfahrzeuginnungsbetriebe, soweit sie ihre Versicherten bei der IKK versichern),
- einen Datenkörper mit Angaben über eine Referenzgruppe (Referenzgruppe); zum Beispiel können dies alle Versicherten der IKK sein.

Praktischer Hinweis Nr. 4

1. Um welche Gruppen oder um welche Reporte es sich jeweils handelt, entnehmen Sie der Kopfzeile der Berichte.
2. Die danach ausgewählten folgenden Zeilen sagen Ihnen, um welche Tabellen es sich im folgenden handelt.

Praktischer Hinweis Nr. 5

1. Entscheiden Sie, welche Tabellen Sie in Grafiken umsetzen wollen. Gehen Sie dabei entweder von dem Gesundheitsreport aus oder aber von Ihren eigenen Bedürfnissen. Es kann sein, daß Sie in diesem Fall nicht alle Tabellen in den Reporten wiederfinden. Sprechen Sie in diesem Fall mit dem zuständigen Mitarbeiter in der EDV. Die Reporte sind in Grenzen flexibel herstellbar.
2. Nehmen Sie sich übungsweise die ersten drei Grafiken aus dem Gesundheitsbericht vor und entscheiden Sie, mit welchen Tabellen aus dem Report Sie diese Grafiken hätten herstellen können.

1.1 Der Vergleichsreport

Der Vergleichsreport ermöglicht es, wichtige Angaben für die Untersuchungsgruppe (das ist die Gruppe von Versicherten, für die der Gesundheitsbericht hergestellt werden soll) mit entsprechenden Angaben einer Referenzgruppe zu vergleichen. Zweck dieses Vergleiches ist es, mögliche Abweichungen zwischen beiden Gruppen auf deren Ursachen hin überprüfen zu können. Auf diese Weise können eventuell "typische" Merkmale der Untersuchungsgruppe (zum Beispiel eine sehr deutliche Anhäufung von Erkrankungen der Atmungsorgane) erkannt werden. Dies hilft, Maßnahmen zielgruppengenau zu entwickeln. Da ein Vergleich nur dann sinnvoll ist, wenn die Gruppen in wesentlichen Merkmalen auch tatsächlich übereinstimmen (also zum Beispiel nicht junge Mitglieder der Untersuchungsgruppe mit wesentlich älteren der Referenzgruppe verglichen werden), werden beim Vergleich folgende, für den Krankenstand bedeutungsvolle Merkmale der Gruppen standardisiert, das heißt statistisch so aufbereitet, daß sie vergleichbar werden: Alter, Geschlecht, Stellung im Beruf. Selbst wenn die Referenzgruppe zum Beispiel ein höheres Durchschnittsalter aufweist sowie ein anderes Verhältnis von Männern zu Frauen und eine andere

soziale Schichtung, wird sie statistisch der Untersuchungsgruppe angepaßt. Wenn Unterschiede auftreten, sind diese dann jedenfalls nicht auf die drei genannten, standardisierten Merkmale zurückzuführen.

Der Vergleichsreport liefert Informationen zu folgenden Bereichen:

- **Altersverteilung** der Untersuchungsgruppe nach Geschlecht, Vergleich mit der Referenzgruppe (Tab. 1).
- **Stellung im Beruf** der Untersuchungsgruppe nach Geschlecht, Vergleich mit der Referenzgruppe (Tab. 2).
- **Betriebszugehörigkeit** nach Geschlecht, Vergleich mit der Referenzgruppe (Tab. 3).
- **Krankenstand** (Tage und Langzeit-AU sowie stationäre Behandlung) im Vergleich mit der Referenzgruppe (Tab. 4).
- **AU-Tage nach Ursachen** für die Untersuchungsgruppe, Vergleich mit der Referenzgruppe (Tab. 5).
- **AU-Tage und die vier häufigsten Diagnosehauptgruppen** für die Untersuchungsgruppe und die Referenzgruppe (Tab. 6).

In den folgenden Tabellen wird der Vergleich mit der Referenzgruppe nicht mehr hergestellt, da mit dem dreistelligen ICD-Schlüssel gearbeitet wird und sich so relativ kleine Gruppen ergeben, die sich statistisch nicht mehr vergleichen lassen. Außerdem treten auch inhaltliche Schwierigkeiten auf. So wäre es zum Beispiel nicht interpretierbar, wenn Mitglieder der Untersuchungsgruppe einen Anteil von 8 % an der ICD-Schlüsselnummer 848 (sonstige, nicht näher bezeichnete Stauchungen oder Zerrungen) haben, Mitglieder der Referenzgruppe aber nur einen Anteil von 5,3 %.

- **Arbeits- und Wegeunfälle**, die sechs häufigsten Einzeldiagnosen nach ihrem Anteil an AU-Tagen und Fällen absolut (Tab. 7).
- **Sport- und Freizeitunfälle**, die sechs häufigsten Einzeldiagnosen nach ihrem Anteil an AU-Tagen und Fällen absolut (Tab. 8).
- **Die vier häufigsten Hauptdiagnosegruppen**, die sechs häufigsten Einzeldiagnosen nach Anteil an AU-Tagen und Fällen absolut (Tab. 9 bis 9.4).

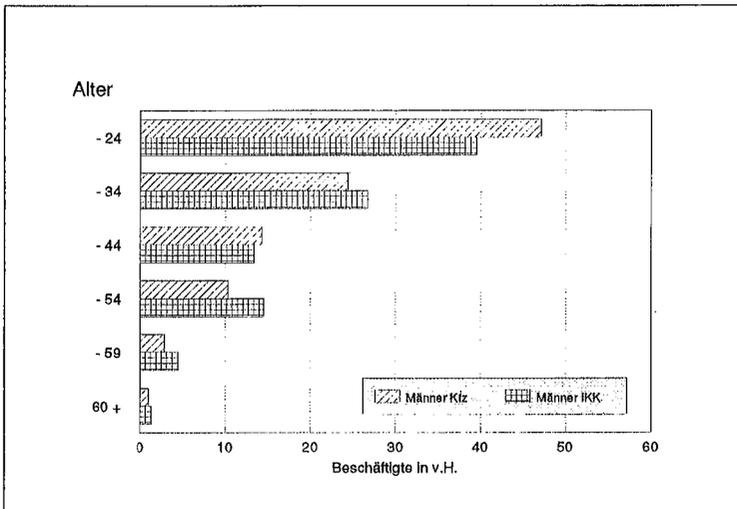
1.1.1 Beispiele für die Interpretation von Tabellen

Wenn Sie den Vergleichsreport von der ersten Zeile des Textes überhaupt bis zur ersten Zeile der ersten Tabelle durchgehen, erfahren Sie folgendes:

1. Zeile: Es handelt sich um den Vergleichsreport.
2. Zeile: Hier werden die Innungen, die Krankenkasse etc. benannt.
3. Zeile: Hier wird genannt, für welchen Berichtszeitraum der Report gilt.
4. Zeile: Hier wird genannt, für wen (welche Untersuchungsgruppe) der Report gilt.

5. Zeile: Diese Zeile gibt an, für welchen Wirtschaftszweig (zum Beispiel Kfz-Innung) der Report gilt.
6. Zeile: Diese Zeile gibt an, wie der Report gegliedert ist und für welche Untergruppen der Report gilt. Im vorliegenden Fall vor allem Männer in allen Alters- und Beschäftigtengruppen (der Kfz-Innung). Eine Auswahlmöglichkeit besteht zum Beispiel an dieser Stelle darin, den Vergleichsreport für Frauen über 50 Jahre im Angestelltenstatus herzustellen. Damit müssen Sie jedoch Ihren EDV-Mitarbeiter beauftragen.

Im folgenden geben wir ein Lesebeispiel für Tabelle 1, welches jedoch auf die anderen Tabellen des Vergleichsreports übertragbar ist.



Die erste Spalte gibt die Altersgruppe an, in der die Mitglieder der Untersuchungsgruppe sortiert wurden (diese Einteilung ist variabel). Die nächste Spalte zeigt die absolute Anzahl der Männer in dieser Altersgruppe an, die folgende Spalte die Anzahl der Frauen (der vorliegende Bericht gilt jedoch nur für Männer). Die nächste Spalte addiert die Angaben von Männern und Frauen in den einzelnen Altersgruppen. In der folgenden Spalte (Prozentanteile) ist der Prozentanteil der Mitglieder der jeweiligen Altersgruppe an allen Mitgliedern der Untersuchungsgruppe benannt. Dies wird in der letzten Spalte auch für die Referenzgruppe ausgewiesen (vergleichen

Sie Abb. 1 des Gesundheitsberichtes). Die Zahlen und Werte für die Spaltensummen sind in der drittletzten Zeile ausgedruckt ("Gesamt"). Die Anteilswerte für Männer und Frauen folgen in der nächsten Zeile (hier immer 100 %, da Frauen nicht in die Untersuchung aufgenommen wurden). Die Verteilung zwischen Männern und Frauen in der Referenzgruppe liefert schließlich die letzte Zeile der Tabelle. In eine Grafik umgesetzt, sieht die Tabelle wie oben abgebildet aus.

Nach einem ähnlichen Schema sind auch die folgenden Tabellen des Berichtes in Grafiken umzusetzen.

1.1.2 Besonderheiten

Tabelle 3:

Hier wurde aus den Zu- und Abgängen ein Fluktuationswert nach der am meisten gebräuchlichen BDA-Formel errechnet. Sie lautet: Anzahl der Abgänge mal 100 geteilt durch den durchschnittlichen Personalbestand. Ansonsten bezeichnen die einzelnen Positionen: **Durchgehend** = 1 559 Beschäftigte (von 2 331, siehe Tab. 1) waren im Untersuchungszeitraum durchgehend bei der IKK Düsseldorf versichert. Das entspricht einem Anteil von 66,8 %. **Zugänge** hat es in dieser Zeit 318 gegeben, **Abgänge** 311, und **vorübergehend**, das heißt innerhalb des Untersuchungszeitraumes, aber nicht während des ganzen Untersuchungszeitraumes, waren 143 Mitglieder der Untersuchungsgruppe bei der Krankenkasse versichert.

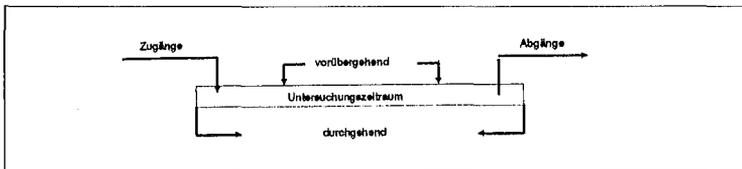


Tabelle 4:

In dieser Tabelle taucht das erste Mal eine Differenzierung der Angaben für die Referenzgruppe auf. Es heißt dort: "**Referenz standardisiert**" und "**Referenz roh**".

Dabei bedeutet letzteres den tatsächlichen Anteilswert des Krankenstandes der Referenzgruppe, also den tatsächlichen Krankenstand in dieser Gruppe. Da aber bekannt ist, daß Krankenstandswerte nur verglichen werden können, wenn sie in gleichen Altersgruppe und/oder gleichen Berufsgruppen bzw. innerhalb des gleichen Geschlechts verglichen werden, ist bei "**Referenz standardisiert**" statistisch die Referenzgruppe der Untersuchungs-

gruppe angeglichen worden. Es wurde also so getan, als sei die Referenzgruppe in den Merkmalen Alter, Geschlecht und Stellung im Beruf der Untersuchungsgruppe gleich.

Ab Tabelle 7 wird auf den Vergleich mit der Referenzgruppe verzichtet, da dies auf der Ebene von Einzeldiagnosen inhaltlich nicht sinnvoll und statistisch oft nicht vertretbar ist.

Auffällig ist in der Tabelle 7 und den folgenden Tabellen, daß zwar der Anteil der einzelnen Diagnosen an den AU-Tagen ausgedrückt ist, bei den AU-Fällen diese aber nur in ihrer absoluten Höhe gezählt werden (ohne Berechnung von Anteilswerten). Dies ist nicht darauf zurückzuführen, daß jeweils mehrere Diagnosen in einem Fall gezählt wurden und sich daher die Fallzahl und die Zahl der Diagnosen nicht entsprechen, so daß Anteilsangaben des einen Wertes am anderen sich verbieten. Dies ist zwar in der Realität so, trifft aber im vorliegenden Fall nicht zu, da zu jedem AU-Fall jeweils nur die erste "verwertbare" Diagnose aufgenommen wurde. Dies geschieht aus Gründen der Einfachheit. Da es keinen Anhaltspunkt dafür gibt, daß die Notierungen der Diagnosen durch die Ärzte etwa bestimmten Präferenzen in der Reihenfolge unterliegen, kann mit der Erfassung der jeweils ersten Diagnose das gesamte Diagnosespektrum für Zwecke der betrieblichen Gesundheitsberichterstattung zuverlässig erfaßt werden.

Eine weitere Aufschlüsselung der Diagnosen (zur Fortsetzung der Rangfolge bis auf zehn und mehr) ist möglich, der kleinen Fallzahlen wegen, die dabei entstehen, jedoch wenig sinnvoll.

1.2 Der Schichtungsreport

Der Schichtungsreport liefert, jeweils "geschichtet" nach Stellung im Beruf, Geschlecht und Altersgruppen, Angaben zu folgenden Bereichen, die in jeweils sechs Tabellen dargestellt werden (beginnend mit "Alle Beschäftigten, Männer", über "Alle Beschäftigten, Frauen", "Auszubildende, Männer" ... bis "Sonstige Beschäftigte, Frauen"). Dies ist die Obergliederung, in der sich die jeweils sechs Tabellen wiederfinden.

Ein Schichtungsreport kann für die Mitglieder der Untersuchungsgruppe und für Mitglieder der Referenzgruppe eingesetzt werden. Da er alle Angaben in den einzelnen Altersgruppen macht, Stellung im Beruf und Geschlecht berücksichtigt, sind die Werte vergleichbar, weil durch Schichtung nach diesen Merkmalen die Standardisierung bereits vorgenommen ist.

Tabelle 1:

Diese Tabelle listet die Untersuchungsgruppe nach "Stellung im Beruf" und "Alter" auf.

Zunächst (Zeile "Beschäftigte insgesamt") ist die absolute Zahl der Beschäftigten in den einzelnen Altersspalten aufgeführt; die mit "Durchschnitt" bezeichnete Zeile bezeichnet die jeweiligen Versichertenjahre (VJ) in dieser Altersgruppe, das heißt, es werden die tatsächlich in diesem Jahr angefallenen Versicherungszeiten aller Versicherten addiert und durch die Anzahl der Versicherten geteilt und dann auf 100 bezogen. Dadurch erhalten wir einen auf das Jahr standardisierten Wert, der die Anzahl der Beschäftigten in den Altersgruppen erst vergleichbar macht. Es könnte nämlich sein, daß die Höhe der Besetzungszahl einer Altersgruppe darauf zurückzuführen ist, daß in dieser Altersgruppe eine besonders hohe Fluktuation herrscht. Dies würde zustande kommen, wenn jedes Mitglied, das jemals im Untersuchungszeitraum in dieser Altersgruppe war, gezählt würde. Dadurch können natürlich gerade für die AU-Datenanalyse erhebliche Verzerrungen entstehen, weil Betriebseinwechsler und Beschäftigte, die den Betrieb verlassen, atypische Krankenstandsverläufe im Vergleich zu den kontinuierlich Beschäftigten aufweisen.

Die in den folgenden Zeilen genannten konkreten Aufschlüsselungen der Beschäftigten nach Stellung im Beruf und in den Altersgruppen beziehen sich jedoch wiederum auf reale Personen.

Die letzte Zeile der Tabelle (mittleres Alter) bezeichnet das Durchschnittsalter in den einzelnen Altersgruppen. Die letzte Zahl der Tabelle jedoch gibt das Durchschnittsalter für alle beschäftigten Versicherten der jeweils selektierten Gruppe an. Das Durchschnittsalter für die Referenzgruppe würde sich zum Beispiel aus Tabelle 1 eines Schichtungsreports für die Mitglieder der Referenzgruppe ergeben. Den Schichtungsreport können Sie auf jede Gruppe anwenden, deren Merkmale Sie als Selektionskriterium definiert haben.

Tabelle 2:

Diese Tabelle weist die Werte für die Merkmale der **Arbeitsunfähigkeit** für die jeweils gewählte Gruppe aus. Diese Merkmale der AU sind:

- **Die IA-Quote (in v.H.):** Diese bezeichnet den Anteil der Versicherten in der jeweiligen Altersgruppe, die im Untersuchungszeitraum mindestens einmal eine Arbeitsunfähigkeit in Anspruch genommen haben.
- **Fälle/100 VJ** bezeichnet die Anzahl der AU-Fälle, die auf je 100 Versichertenjahre entfallen. Lesebeispiel: In der Altersgruppe bis 24 Jahre fallen 233,5 AU-Fälle in je 100 Versichertenjahren an, das heißt etwa 2,3 Fälle pro Person (wobei es sich um eine künstliche

Person handelt, da dieser Wert wieder auf 100 Versichertenjahre standardisiert wurde).

- **Krankenstand in v.H:** Der Krankenstand errechnet sich aus den AU-Tagen pro 100 Versichertenjahre geteilt durch 365 (Tage des Jahres). Dieser Wert ist **nicht** vergleichbar mit den Werten, die wir aus Betrieben hören oder lesen; er ist aber der genaueste Wert für den Krankenstand, der derzeit in der Bundesrepublik errechnet werden kann, da er sich weder auf die Summe der arbeitsvertraglichen Arbeitstage bezieht (wie es viele Betriebe tun) und damit im Prinzip nicht vergleichbar ist, da die Arbeitsverträge von Betrieb zu Betrieb und von Branche zu Branche sehr unterschiedlich ausfallen, noch bezieht er sich auf die Summe der Beschäftigten, die im Jahr irgendwann einmal im Betrieb beschäftigt waren. Dieser Zähler kann deswegen nicht benutzt werden, weil er für Betriebe mit einer hohen Fluktuation zwar sehr viele Beschäftigte zählen würde, die allerdings nicht die Chance hatten, einen "normalen" Krankenstand während eines Jahres zu produzieren. Aus diesem Grund verwenden wir nur standardisierte Zähler und Nenner für den Krankenstand.
- **Falldauer:** Dieses Merkmal gibt an, wieviel AU-Tage auf einen AU-Fall im Durchschnitt der Altersgruppe fallen. Je "schwerer" (unter gesundheitlichen Aspekten) ein AU-Fall eingeschätzt wird, desto länger wird er dauern. Auch für die öffentlich geführte Diskussion ist die Falldauer von entscheidender Bedeutung: Bei kurzer AU wird Mißbrauch sozialer Rechte unterstellt. Die Falldauer steigt in der Regel linear mit dem Alter an (siehe Gesundheitsbericht).
- **AU-Tage pro 100 VJ:** Auch dies ist ein Kunstwert, der jedoch sehr aussagekräftig ist, da der Nenner standardisiert und damit für alle Altersgruppen vergleichbar ist. Je mehr AU-Tage wir pro 100 Versichertenjahre in einer Altersgruppe feststellen, desto größere Probleme mit dem Krankenstand werden wir in dieser Altersgruppe erwarten können.
- **AU-Tage absolut:** Dieses Merkmal des Krankenstandes wird für die Gewinnung von oberflächlichen Betrachtungen, vielleicht auch für Überschlagsrechnungen der durch den Krankenstand den Unternehmen entstandenen Kosten in der Tabelle geführt. Da jeder AU-Tag unmittelbar Kosten nach sich zieht (derzeit ca. 400 DM), wird die Höhe der Kosten, die einem Betrieb durch den Krankenstand entstehen, durch die Anzahl der AU-Tage in diesem Betrieb unmittelbar bestimmt.

Tabelle 3:

AU-Tage nach Dauer in v.H.: Dieses Merkmal gibt an, welchen Anteil eine unterschiedliche AU-Dauer an der Gesamtheit der AU-Tage hat. Für Ar-

gumente in der öffentlichen Diskussion ist dies wichtig, weil hauptsächlich die Kurzzeit-AU diskutiert wird, die jedoch nur einen Anteil von 7,1 % an den Gesamt-AU-Tagen hat (letzte Spalte, erste Zeile in Tab. 3), wogegen die Langzeit-AU (über sechs Wochen) immerhin mehr als die Hälfte (51,3 %) der AU-Tagen bei den über 55jährigen ausmacht. Diese Zahlen werden sehr stark mit dem Durchschnittsalter der Betriebe schwanken, da jüngere Mitarbeiter in der Regel mehr kürzere AU-Zeiten aufweisen.

Tabelle 4:

AU-Tage stationär: Dieses Merkmal zeigt, wie hoch der Anteil der stationären AU-Tagen an allen AU-Tagen der jeweiligen Altersgruppe ist. Bei geringer Besetzung der Altersgruppe kann es bei sehr langen Krankenhauszeiten weniger Mitarbeiter zu Verzerrungen des Wertes kommen.

Tabelle 5:

Diese Tabelle gliedert die AU-Fälle nach ihren durch die Krankenkassen erfaßten Ursachen, wobei für die betriebliche Gesundheitsberichterstattung vor allem das Verhältnis von Arbeits- und Wegeunfällen zu Sport- und Freizeiturenfällen in den einzelnen Altersgruppen interessant ist.

Tabelle 6:

Aufschlüsselung der AU-Tagen (je 100 VJ) auf **Normalerkrankungen** nach Hauptgruppen der ICD. Aus dieser Tabelle können Sie entnehmen, wie viele AU-Tagen je 100 Versichertenjahre in den einzelnen Altersgruppen (und je nach Selektionsmerkmalen auch für einzelne Sozialstatusgruppen (Stellung im Beruf)) anfallen. Hieraus sind alle Grafiken zu gewinnen, die zum Beispiel darstellen, wie unterschiedlich sich die AU-Tagen für ausgewählte ICD-Hauptgruppen in einzelnen Altersgruppen darstellen. Wenn die Gruppenbesetzung jedoch bei nur 1 bis 3 Versicherten liegt, werden aus Datenschutzgründen keine Werte mehr ausgedruckt, es erscheint ein "/". Diesen Programmteil können Sie nicht beeinflussen und verändern.

2. Der Fragebogen für die Beschäftigten

2.1 Allgemeines

Der Fragebogen soll nur die Indikatoren und Merkmale abfragen, die tatsächlich notwendig sind, um die AU-Datenanalyse zu ergänzen und um zielgerichteter zu Maßnahmen kommen zu können.

Praktischer Hinweis Nr. 6

- Stellen Sie sich bei jedem Merkmal, das Sie erheben wollen, die Frage, wie Sie es interpretieren würden und welchen Informationswert Sie den (möglichen) Antworten beimessen.
- Stellen Sie sich die Frage, ob die Merkmale, die Sie abfragen wollen, tatsächlich helfen, um Gesundheitsförderungsmaßnahmen gezielter auswählen zu können. Oft wird der Fehler gemacht, sehr differenziert zu fragen, obwohl nur sehr "grobe" Maßnahmen zur Verfügung stehen.

2.1.1 Sorgfältige Auswahl der Fragen

Der Fragebogen soll nicht "wissenschaftlichen" Zwecken dienen, sondern er hat ausschließlich die Funktion, die Auswahl geeigneter Maßnahmen zu unterstützen. Ein Beispiel: Es scheint sehr plausibel zu sein, im Fragebogen nach Körpergröße und Gewicht zu fragen, um den Anteil der Übergewichtigen an den Beschäftigten bestimmen zu können. Unter dem Maßnahmenaspekt ist diese Frage gerechtfertigt, denn es gibt Maßnahmen gegen Übergewicht. Allerdings können diese unabhängig vom Anteil der Übergewichtigen an einer Population zum Einsatz kommen, da man dabei ohnehin nur die erreicht, die am Kurs teilnehmen. Falls aber der Anteil der Übergewichtigen so hoch ist, daß es zum Beispiel ratsam erscheint, "Extrakurse" durchzuführen, wird dies auch durch den mündlichen Bericht mitgeteilt werden können. Ähnliches gilt für Nikotin- und Alkoholabusus. Außerdem spricht wenig dafür, daß die Anteile der Raucher, Alkoholtrinker und übergewichtigen Personen in einzelnen Populationen signifikant höher ist als in anderen. Fragen danach müssen also nicht gestellt werden, solche Kurse können ohnehin angeboten werden.

Die Fragebogenaktion soll für alle Mitarbeiter des Betriebes offen sein und nicht nur für die IKK-Mitglieder (für die die AU-Daten vorliegen). Dies verbietet von vornherein eine personenbezogene integrative Auswertung von Fragebogendaten und AU-Daten.

2.1.2 Codierung

Die Fragebogen sollten möglichst nicht mit einem Identifikationsmerkmal gekennzeichnet sein. Es hat sich herausgestellt, daß die Beschäftigten sehr skeptisch auf jede Kennzeichnung der Fragebogen reagieren.

2.1.3 Grafische Gestaltung

Die Beantwortungsquote eines Fragebogens ist sehr abhängig von seiner grafischen Gestaltung. Dazu einige Hinweise.

Praktischer Hinweis Nr. 7

- Ausführlich erklären, um was es geht und warum sowie was mit den Ergebnissen geschieht. Eindeutig klarmachen, ob mehrere Ankreuzungen für eine Frage zugelassen sind oder nicht. Normalerweise geht man davon aus, daß mehrere Kästchen angekreuzt werden können. Vermerken Sie ausdrücklich, wenn dies nicht der Fall ist ("... nur eine Antwort bitte").
- Von der Frage grafisch zum Antwortungsfeld führen (gepunktete Linie, siehe Fragebogen).
- Fragen in geschlossenen Blöcken formulieren, nicht über verschiedene Seiten ziehen.
- Alltagssprache verwenden. Mit Zeichnungen (auch Karikaturen) arbeiten.

2.2 Fragenbereiche und Indikatoren

Es empfiehlt sich, zu folgenden Fragenbereichen Indikatoren zu sammeln und entsprechende Fragen zu formulieren:

2.2.1 Subjektives Gesundheitsinteresse

Dies kann an folgenden Indikatoren abgefragt werden (die Ziffern in Klammern bezeichnen die jeweiligen Fragen in dem beiliegenden Musterfragebogen):

- allgemeine Beachtung von Gesundheit (1),
- Möglichkeiten, die Gesundheit zu beeinflussen (2),
- eigene Aktivitäten zur Stärkung der Gesundheit (3),
- Interesse an vorgegebenen Aktivitäten (5),
- Fremdeinschätzung von Gesundheitsinteresse (9).

Die Auswertung erfolgt in zweierlei Richtung.

- Erstens wird deutlich, welches Interesse tatsächlich an den Aktivitäten besteht, die normalerweise von Krankenkassen angeboten werden.

- Zweitens wird der Widerspruch zwischen diesem (meist geringen) Interesse und den Aktivitäten, die die Teilnehmer unter "gesundheitlichen Aspekten" bereits durchführen, deutlich.

Fast in jeder Krankenkasse werden diese Antworten Skepsis hervorrufen, da das Gesundheitsinteresse der Mitglieder normalerweise überschätzt wird.

2.2.2 Subjektive Einschätzung des Gesundheitszustandes

Die AU-Datenanalyse liefert (in Grenzen) Informationen über den Gesundheitszustand der Versicherten. Aber sie sagt nichts darüber aus, wie gesund oder krank die Versicherten sich "fühlen". Die subjektive Einschätzung der eigenen Gesundheit ist jedoch ein sehr wichtiges Kriterium für das Interesse an der Unterstützung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Folgende Indikatoren können den Gesundheitszustand beschreiben:

- allgemeine Einschätzung der gesundheitlichen Situation (10),
- Behinderung im Alltagsleben durch Gesundheitseinschränkungen (11),
- subjektiv wahrgenommene Beschwerden (22).

Es hat sich gezeigt, daß die Ausprägung aller dieser Fragen sehr stark mit der Höhe und Häufigkeit der wahrgenommenen Arbeitsbelastungen variiert. Die Interpretation erfolgt ebenfalls rein beschreibend. Differenzierungen nach Alter und Geschlecht sowie nach der Anzahl der berichteten Arbeitsbelastungen sind interpretierbar.

2.2.3 Die Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung

Ein etwas härterer Indikator ist die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen für die Messung des Gesundheitsstatus.

Wer häufig zum Arzt geht und viele Medikamente regelmäßig einnimmt, wird mit einiger Wahrscheinlichkeit kränker sein als jemand, der weniger medizinische Leistungen in Anspruch nimmt.

Folgende Indikatoren beschreiben in unserem Fragebogen den "objektiven" Gesundheitszustand:

- Häufigkeit von Arztbesuchen (12),
- Häufigkeit von Medikamenteneinnahme (15).

Die Interpretation erfolgt auch hier rein beschreibend. Differenzierungen nach Alter und Geschlecht sowie nach der Anzahl der berichteten Arbeitsbelastungen sind interpretierbar (siehe Gesundheitsbericht).

2.2.4 Tätigkeitsbereiche und Arbeitsbelastungen, Verbesserungsvorschläge

Wer zielgruppengenaue seine Gesundheitsförderungsmaßnahmen an den Adressaten bringen will, muß wissen, wer mit welchen Arbeits- und Gesundheitsproblemen wo im Betrieb arbeitet, denn nur auf diese Weise lassen sich arbeitsplatzbezogene Maßnahmen durchführen.

Die Tätigkeitsbereiche, nach denen gefragt werden soll (siehe Frage 18), sind in enger Zusammenarbeit mit der Innung festzulegen. Die Krankenkasse kann dies nicht alleine tun, dazu fehlen ihr in der Regel die Detailkenntnisse aus den jeweiligen Branchen.

Ebenfalls sollten die belastenden Bedingungen am Arbeitsplatz zwar so vollständig erhoben werden, wie sie in Frage 21 aufgelistet sind, allerdings sind auch hier Bedingungen, die mit Sicherheit in den jeweiligen Bereichen nicht vorkommen, zu streichen.

Aufschlußreich für die Entwicklung von Maßnahmen sind die Vorschläge, die die Beschäftigten selbst zur Verbesserung ihrer Arbeitssituation machen (Frage 29).

2.2.5 Arbeitsschutz

Betriebliche Gesundheitsförderung ist um so effektiver, je enger sie in das bestehende Arbeitsschutzsystem integriert werden kann. Im Bereich der Handwerksbetriebe ist das ASiG meistens nur eingeschränkt gültig. Trotzdem besteht in manchen Betrieben eine informelle oder auch formelle Struktur, in der Fragen von Gesundheit und Arbeit gelöst werden. Mit folgenden Indikatoren kann diese Struktur beschrieben und erfaßt werden:

- personelle Zuständigkeit für Fragen des Arbeitsschutzes (25),
- Vorschläge zum gesunden und sicheren Arbeiten (26),
- von wem kamen diese Vorschläge? (28).

2.2.6 Persönliche Merkmale

Da der Fragebogen an alle Beschäftigten, unabhängig von ihrer Krankenkassenzugehörigkeit, gerichtet wird, sollten einige persönliche Merkmale der Mitglieder erhoben werden. Wichtigste Merkmale sind:

- Alter und Geschlecht (34, 35),
- Schulbildung (36),
- Stellung im Beruf (37),
- Firmengröße (38),
- Familienstand (im Fragebogen nicht enthalten).

2.3 Die Erfassung der Fragebogen auf Datenträgern

2.3.1 Verschlüsselung offener Antworten

Offene Antworten (solche, in die die Teilnehmer selbst Text einfügen können) müssen verschlüsselt, das heißt in einen Zahlencode umgesetzt werden. Eine solche Verschlüsselung sieht für Frage 29 zum Beispiel folgendermaßen aus:

Technische Arbeitshilfen	= 1
Lohn/Leistung	= 2
Verbesserung der Arbeitsumwelt	= 3
Verbesserung des Sozialklimas	= 4
Verbesserung der Sozialführung	= 5
Arbeitsorganisatorische Maßnahmen	= 6
Ergonomische Maßnahmen	= 7
Sonstiges	= 8

Die Kategorien für die Verschlüsselung legen Sie selber fest. Nehmen Sie sich dazu eine Anzahl von Bogen (20 reichen meist aus) und schreiben Sie für jede der offenen Fragen die Antworten auf einen Extrazettel. Systematisieren Sie dann. Beachten Sie, daß Sie zwei Felder im Datensatz berücksichtigen müssen, wenn Sie mehr als neun Antwortkategorien haben.

Legen Sie den Schlüsselplan schriftlich nieder und weisen Sie die Person, die die Daten erfaßt, anhand von Beispielen in die Codierung ein.

2.3.2 Datensatzbeschreibung

Wir gehen davon aus, daß Sie das Auswertungs- und Datenerfassungsprogramm von SPSS benutzen. SPSS heißt: "Statistical Program for Social Sciences", was soviel bedeutet wie "Statistisches Programm für die Sozialwissenschaften". Dieses Programm liefert alle wichtigen statistischen Auswertungsverfahren (deskriptive und analytische). Es wird von der Vertriebsfirma ständig erneuert und angepaßt. In seiner PC-Version ist es zwar auf die Auswertung von 250 Variablen begrenzt, das sollte jedoch für Zwecke der betrieblichen Gesundheitsberichterstattung reichen. Besonders günstig und anwendungsfreundlich ist an diesem Programm die Möglichkeit, zahlreiche Klartexte in die Beschreibung der Variablen einzugeben, und die übersichtliche Darstellungsweise der Ausdrücke. Wenn Sie SPSS verwenden wollen, benötigen Sie dafür eine Lizenz (in der Regel heißt das, daß Sie oder der Landesverband das Programm gekauft haben müssen).

Definieren Sie zunächst mit dem Daten-Entry-Programm ein Dictionary ihrer Variablen. Wie Sie das machen, entnehmen Sie dem jeweils gültigen Handbuch (SPSS-Data-Entry-Handbook). Vergessen Sie nicht, ein vierstelliges Feld für die Fragebogennummer am Anfang des Datensatzes zu definieren.

2.3.3 Datenerfassung

Wenn Sie eine Datenerfassungsmaske mit dem Data-Entry-Programm hergestellt haben (Sie sind in der grafischen Gestaltung der Maske recht frei), dann können Sie mit der Erfassung des ersten Falles beginnen. Die Erfassungsmaske hat etwa folgendes Aussehen:

Muster Erfassungsmaske

Case 1 of 1 _____ ikkan.sys _____ Page 1 of 13.

Umfrage 'Arbeitsplatz und Gesundheit' im KFZ-Handwerk Düsseldorf
Erfassung: Arbeitnehmer-Bogen

(Es muß die Versicherungsnummer oder die Bogen-Nummer angegeben werden.)

Chiffrierte Versicherungsnummer: _____ (oder) _____
Bogen-Nr.: _____ / _____

1. Wie stark achten sie auf Ihre Gesundheit ? . (1-5)

2. Was meinen Sie, wie sehr kann man seinen eigenen Gesundheitszustand beeinflussen ? . (1-5)

S&F
Enter/Edit Data

Case 1 of 1 _____ ikkan.sys _____ Page 2 of 13.

3. Was tun Sie für die Erhaltung und Förderung Ihrer Gesundheit ?

- .1 Ich versuche mich gesund zu ernähren .
- .2 Ich treibe Sport .
- .3 Ich achte auf genügend Schlaf .
- .4 Ich trinke kaum/gar nicht .
- .5 Ich rauche kaum/gar nicht .
- .6 Beteiligung an Früherkennungsuntersuchungen .
- .7 Nichts davon .
- .8 Sondern (Nicht verschlüsseln, falls Nennung = 1) .

4. Haben Sie ein Hobby oder eine besondere Freizeitgestaltung ? .

5. Wie stehen Sie zu den unten aufgeführten Angeboten ?

- .1 Yoga, Stressbewältigung .
- .2 Abnehmkurse .
- .3 Koch-/Ernährungskurse .
- .4 Nichtrauchertraining .
- .5 Sport und Gymnastik .
- .6 Beratung durch Krankenkassen .
- .7 Verkehrssicherheitstraining .
- .8 Interesse für andere Angebote .

(Nicht verschlüsseln, falls Nennung = 1)

S&F
Enter/Edit Data

Vergessen Sie nicht, nach jedem Arbeitstag die Daten mit den auf Ihrem PC üblichen Routinen zu sichern (im Zweifelsfall benutzen Sie das "Safe"-Kommando des SPSS-Entry-Programms).

2.3.4 Die Modifikation der Daten: Recoding - Neuberechnung und Zählen

Es gibt einige Variablen im Fragebogen, die sich in vernünftiger Weise nur verrechnen lassen, wenn sie modifiziert werden. Dazu gehört zum Beispiel das Alter. Die Altersvariable (in unserem Fall V3400) wird kontinuierlich in Jahressprüngen besetzt sein. Theoretisch sind (wenn Beschäftigte befragt werden) alle Zahlen zwischen 15 und 65 denkbar. Dies ist sehr unübersichtlich und wenig anschaulich. Die Bildung von Altersklassen, zum Beispiel bis 25 Jahre, 26 bis 50 Jahre, über 50 Jahre, scheint angebracht. Vor der Berechnung sollte die Variable daher modifiziert (in unserem Fall recodiert) werden (siehe unten).

Bei anderen Variablen, die in einer Frage zusammengefaßt sind, interessiert vielleicht, wie häufig überhaupt etwas angekreuzt wurde. So möchte man zum Beispiel wissen, was die Beschäftigten an Verbesserungsvorschlägen geäußert haben (Variable V2900), aber auch, wie viele Vorschläge im Durchschnitt genannt wurden. Dazu müssen die Vorschläge gezählt werden. Das gleiche gilt zum Beispiel auch für Arzneimittel. Hier möchte man ebenfalls wissen, was genommen wird, aber auch, wieviel Medikamente jemand einnimmt. Bei anderen Variablen wird es notwendig, verschiedene Antworten zu Gruppen zusammenzufassen. Dies ist im vorliegenden Fall zum Beispiel bei den Arbeitsbedingungen (V2100) der Fall. Die Art der Gruppen müssen Sie selbst bestimmen, ebenso die einzelnen Variablen, die Sie zu einer Gruppe zusammenfassen möchten. Sie können auf diese Weise vollkommen "neue" Variablen erstellen, denen Sie einen Namen geben und die automatisch in Ihren Datensatz geschrieben werden. Dieser verändert dadurch allerdings seine ursprüngliche Form und muß, mit einem neuen Namen versehen, neu abgespeichert werden. Sie erhalten auf diese Weise einen recodierten und einen uncodierten (ursprünglichen) Datensatz. Bitte bringen Sie diese Datensätze nicht durcheinander.

Praktischer Hinweis Nr. 8

- Gehen Sie jede einzelne Frage (Variable) des Fragebogens durch und überlegen Sie sich, wie und ob Sie die Variablen in Ihrer Rohfassung verarbeiten können bzw. welche Modifikationen Sie anbringen möchten. Notieren Sie sich dies zu jeder Frage.
- Sichern Sie sich Ihren Grunddatenbestand unter einem einfachen Namen (zum Beispiel: IKKAN.SYS) auf einer Extradiskette ab, bevor Sie Datenmodifikationen vornehmen.
- Schaffen Sie sich Zwischendatensätze während der Modifikation. Erst der endgültige Datensatz erhält den Zusatz "FIN" (für final; zum Beispiel: IKKANFIN.SYS).
- Probieren Sie verschiedene Formen der Modifikation aus. Eine vernünftige Datenmodifikation kann viel zur Analysefähigkeit der Daten beitragen.

2.3.4.1 Die Funktion "Recoding"

"Recoding" heißt, daß eine im Fragebogen vorgegebene oder nachträglich vorgenommene Codierung verändert wird. Es kann zum Beispiel sein, daß im Fragebogen alle "Ja"-Antworten mit 1 und alle "Nein"-Antworten mit 2 codiert wurden. Nur in einem Fall hat es einen Druckfehler gegeben und die "Ja"-Antwort ist mit 2, die "Nein"-Antwort mit 3 codiert worden. Mit der Funktion "Recode" können Sie dies ändern. Variablen wie Alter, Gewicht, DM-Beträge (Einkommen), also alle kontinuierlichen Variablen, können recodiert werden (siehe oben). Variablen, aus denen sich Mittelwerte bilden lassen (häufig = 1; selten = 2; nie = 3), werden ebenfalls häufig recodiert, wenn die Mittelwerte verglichen werden sollen, weil es durchaus sein kann, daß im Fragebogen zum Beispiel eine Frage so codiert ist, wie eben erwähnt (1, 2, 3), eine andere aber in der Weise 3, 2, 1. Natürlich muß in einem solchen Fall die 3 zur 1 und die 1 zur 3 werden. Einige Beispiele:

```
listing= "recoding.lis".
get file= "ikkan.sys".
recode v3801 (lo thru 5=1) (6 thru 10=2) (11 thru 20=3) (21 thru 30=4)
(31 thru HI=5).
recode v0600 (1 thru 2=1) (3 thru 4=2) (5 thru hi=3).
recode bela (0 thru 3=1) (4 thru 6=2) (7 thru 10=3) (11 thru HI=4).
recode bea (0 thru 2=1) (3 thru 4=2) (5 thru 7=3) (8 thru hi=4).
recode v3400 (lo thru 25=1) (26 thru 49=2) (50 thru hi=3).
recode gewicht (lo thru 110=1) (110.01 thru 125=2) (125.01 thru 140=3)
recode v3801 (1 thru 5=1) (6 thru 10=2) (11 thru 20=3) (21 thru 30=4)
recode mark (1 thru 2=1) (3 thru 4=2) (5 thru hi=3).
recode v1000 (1 thru 2=1) (else=2).
recode v1100 (1=1) (else=2).
if ((v1000 eq 1) and (v1100 eq 1)) group=1.
if ((v1000 ne 1) and (v1100 ne 1)) group=2.
if ((v1000 ne 1) and (v1100 eq 1)) group=3.
if ((v1000 eq 1) and (v1100 ne 1)) group=3.
```

Das erste Beispiel: V3801 (Betriebsgröße). Plausibel sind alle Angaben zwischen 1 und etwa 500. Aber mit einer solchen Verteilung kann man nicht rechnen. Also werden Betriebsgrößenklassen festgelegt. In diesem Fall 1 bis 5, 6 bis 10 usw. Die erste Klasse bekommt die neue Code-Nummer 1, die zweite die Code-Nummer 2 etc. Nichts anderes leistet der oben angeführte Recode-Befehl (sehen Sie bei Recode V3801 nach) (Lo bedeutet dabei niedrigster Wert, Hi höchster Wert, Thru ist die amerikanische Schreibweise für das Wort "bis").

Das zweite Beispiel: Bela (neue Variable aus der alten Variablen 2101 bis 2138 (siehe Count). Die Variable Bela sagt uns, wie viele belastende Arbeitsbedingungen eine Person angegeben hat. Das kann eine Zahl zwischen 0 und 38 sein. Wir wollen die mit dem Count-Befehl neu gebildete Variable "Bela" (siehe dort) zu Gruppen von Belastungen zusammenfassen und recodieren sie deshalb entsprechend. In diesem Fall bekommt die Person, die eine bis drei Belastungen angegeben hat, eine 1, vier bis sechs Belastungen eine 2 usw.

Ein drittes Beispiel: V1000 und V1100. Dies ist ein Beispiel für eine etwas komplizierte Datenmodifikation, in die bereits inhaltliche Überlegungen eingegangen sind. Wir haben festgelegt: Wer die Frage 10 (Variable V1000) mit "sehr gut" oder "gut" beantwortet hat, wird zu einer Gruppe (= 1) zusammengelegt. Wer etwas anderes angekreuzt hat, wird mit "2" codiert (Else = 2 im Beispiel). Wer dagegen die Frage 11 (Variable V1100) mit "überhaupt nicht" angekreuzt hat, erhält ebenfalls eine "1", jeder andere eine "2".

Nun werden die beiden Variablen mit der "If-Prozedur" verknüpft. Wir sagen: Wer einen guten Gesundheitszustand hat und wer gleichzeitig durch Krankheit im Alltagsleben überhaupt nicht eingeschränkt wird, der wird der Gruppe 1 zugeordnet. Wer dagegen beide Fragen mit "weniger gut" oder "schlecht" beantwortet und sich im Alltag durch den Gesundheitszustand eingeschränkt fühlt, der wird der Gruppe 2 zugeordnet; alle anderen kommen in die Gruppe 3.

Praktischer Hinweis Nr. 9

- Gehen Sie bitte jedes einzelne Beispiel durch und vergleichen es auch mit den entsprechenden Kapiteln des SPSS-Handbuches.
- Sehen Sie sich besonders genau die If-Prozeduren an und verfolgen Sie den logischen Aufbau.
- Vergessen Sie nicht die Punkte hinter jedem SPSS-Kommando.
- Vergessen Sie nicht, Ihren neuen Datensatz zu sichern.

2.3.4.2 Die Funktion "Count"

Diese Funktion zählt vorher definierte Merkmale einer Variablen aus. So werden zum Beispiel alle "Ja"-Antworten einer Frage gezählt; dies war zum Beispiel bei "Count Bela" (V2101 bis V2138) der Fall. Oder bei "Count Mark", wo nur gezählt wird, wie oft jemand ein Kreuz auf der Figur (V2300) gemacht hat. Count zählt zum Beispiel auch aus, wie häufig überhaupt Gesundheitsförderungsangebote aus der Frage 5 (V0501 bis V0508) angekreuzt wurden. Neben der qualitativen Interpretation einer Frage (welche Angebote sind interessant) erhalten wir auf diese Weise auch quantitative Informationen (wie oft wurde etwas angekreuzt).

Gehen Sie die folgenden Count-Befehle einzeln durch und machen Sie sich klar, was gezählt wird und warum die Variable mit dem Count-Befehl bearbeitet wurde.

```
count verdau= v1301 v1302 (1).
count stoff= v1303 (1).
count nerven= v1304 v1305 v1306 (1).
count Kreisla= v1307 v1308 (1).
count Atmung= v1309 v1310 v1311 v1312 v1313 (1).
count verdau= v1314 (1).
count Haut= v1315 (1).
count Beweg= v1316 v1317 v1318 v1319 (1).
count Unfall= v1320 v1321 v1322 (1).
Count sonst= v1323 (1).
count nichts= v1324 (1).
count aktiv=v0301 to v0306 (1).
count Interes=v0501 to v0508 (1).
count Arznei=v1501 to v1510 (1).
count Bela=v2101 to v2138 (1).
count bea=v2201 to v2218 (1).
count vorkol=v2701 to v2703 (1 thru 8).
count eigvor=v2901 to v2903 (1 thru 8).
count mark=v2301 to v2312 (1).
```

2.3.4.3 Die Funktion "Compute"

Mit dieser Funktion können Sie aus den Werten bestehender Variablen neue Variablen errechnen. Dabei sind alle vier Grundrechenarten und noch einige Sonderrechenarten möglich. Count kann nur zählen, Compute kann rechnen. Nehmen wir das erste Beispiel: Offensichtlich wurde die Variable 21 (V2101 bis V2138) in mehrere Gruppen zerlegt und Einzelbelastungen diesen Gruppen zugeordnet. Diese Gruppen sind

- Hektik = Arbeitsbelastungen aus hektischer Arbeit,
- Mono = Arbeitsbelastungen aus monotoner Arbeit,
- Verant = Arbeitsbelastungen aus zu viel Verantwortung,
- Sozkli = Arbeitsbelastungen aus dem Sozialklima,
- Ergo = ergonomische Arbeitsbelastungen.

Mit "Compute" werden die Werte der einzelnen Variablen (sie können zwischen 1 und 3 liegen) zusammengezählt. Die Gruppenvariable "Hektik" könnte auf diese Weise einen Wert zwischen 0 und 12 annehmen. Die Gruppenvariable "Mono" aber nur einen Wert zwischen 0 bis 9. Die Werte der Gruppenvariablen wären also nicht vergleichbar, wenn sie nicht als Mittelwerte ausgegeben würden, also durch die Anzahl der Einzelwerte geteilt wurden. Dies erledigt Compute ebenfalls. Die Formel, nach der gearbeitet wurde, heißt also: Gruppenmittelwert = Summe der Einzelwerte ge-

teilt durch die Anzahl der Einzelwerte. Überlegen Sie sich die Formeln, die Sie benutzen wollen, genau, bevor Sie mit Compute arbeiten. Meistens wird es jedoch um Mittelwertberechnung gehen.

```
compute Hektik=(v2101+v2102+v2104+v2105)/5.
compute Mono=(v2103+v2111+v2135)/3.
compute Verant=(v2106+v2107+v2110+v2123)/4.
compute SOzkli=(v2109+v2124)/2.
compute Ergo=(v2112+v2113+v2115+v2116+v2117+v2118+v2119+v2120+v2121+v2122+v2126
+v2131)/13.
compute Umgebq=(v2125+v2127+v2128+v2129+v2130+v2132+v2133+v2134+v2136-v2137
+v2138)/11.
compute Fett=v3200 - 100.
compute gewicht=(v3300*100)/fett.
(140.01 thru hi=4).
(31 thru hi=5).
save outfile="ikkanfin.sys".
finish.
```

Nach diesen (oder ähnlichen) Datenoperationen sollten Sie ein endgültiges Datenfile erstellt haben. Bedenken Sie bitte, daß Sie mit diesem endgültigen File manche Rechenoperationen nicht durchführen können, wenn Sie zum Beispiel bestehende Variablen recodiert haben. Wenn alle Altersangaben zum Beispiel in Altersgruppen zusammengefaßt sind, können Mittelwerte nicht errechnet werden. Sie müssen in diesem Fall in Ihr Anfangsfile zurückgehen und die Berechnungen dort durchführen.

2.4 Die Auswertung der Daten

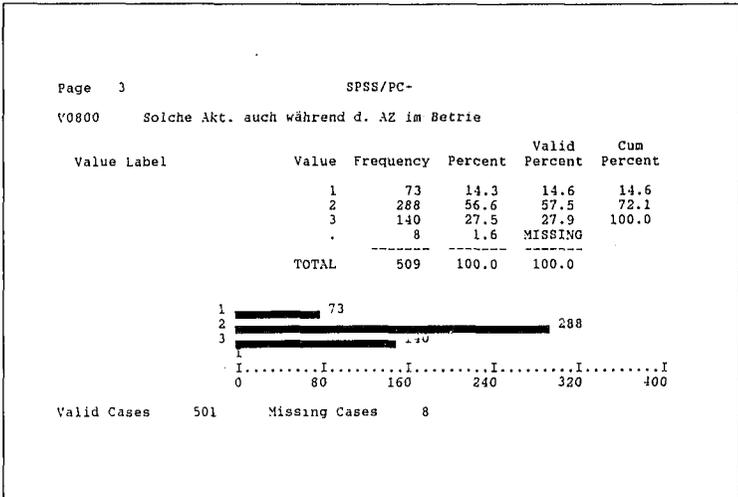
Nach der Recodierung können Sie mit der Auswertung der Daten beginnen. Dazu entwickeln Sie einen Auswertungsplan. Zunächst werden Sie nur zwei Berechnungsarten benötigen: "Frequencies" und "Descriptives". Notieren Sie sich im Fragebogen zu jeder Frage, welche Auswertungsroutine Sie zunächst anwenden wollen. Bei allen Fragen, bei denen nur mit "Ja" oder "Nein" geantwortet wird, und bei Fragen, die Sie nachträglich recodiert haben, sowie bei solchen, die keine kontinuierlichen Werte aufweisen (siehe zum Beispiel Frage 12), sollten Sie zunächst Frequencies benutzen, das heißt Häufigkeiten ausrechnen. Sie erhalten Angaben darüber, wie häufig die Ja- und Nein-Antworten verteilt sind. Ein Frequency-Befehl kann folgendermaßen aussehen:

2.4.1 Frequencies

Der Rechenbefehl lautet:

Frequencies variables = V0800 V1200 V2400/barchart. Barchart ist ein Zusatzbefehl, der dafür sorgt, daß Sie einen groben grafischen Eindruck von der Auswertung bekommen.

Das Ergebnisprotokoll des Rechenvorgangs sieht folgendermaßen aus:



Von oben nach unten bedeuten die einzelnen Zeilen: V0800 entspricht der Frage 8. Diese sollten Sie jetzt im Fragebogen aufschlagen. Die Values 1 bis 3 bedeuten 1 = ja, 2 = nein, 3 = weiß nicht. Schreiben Sie sich diese Bedeutung sicherheitshalber zu den Zahlen in den Ausdruck. Gehen Sie nun in die Spalte "Valid Percent". In dieser Spalte sind die Prozentangaben nur auf die tatsächliche Anzahl der Antworten bezogen (Fortlassen fehlender Werte = Missing). Sie erkennen, daß es nur acht Personen gibt, die diese Frage nicht beantwortet haben.

Dann können Sie an der Grafik ungefähr die Verteilung erkennen. Die meisten Personen antworten mit "Nein". Dies sind 57,5 %. Die Interpretation heißt: Nur 73 Personen oder 14,6 % können sich vorstellen, daß Aktionen für Arbeit und Gesundheit auch am Arbeitsplatz durchgeführt werden.

2.4.2 Descriptives

Diese Auswertungsroutine verwendet man am besten dort, wo Mittelwerte aussagekräftig sind. Das ist in der Regel bei Skalen der Fall (häufig, selten, nie; stark, kaum, gar nicht; zum Beispiel Frage 21). Der Steuerbefehl zum Aufruf dieser Routine lautet in unserem Fall:

Recode V2101 to V2138 (1 = 3) (3 = 1).

Descriptives Variables = V2101 to V2138.

Der Recode-Befehl wurde vor das Steuerkommando gesetzt, um die Lesbarkeit des Ergebnisprotokolls zu erhöhen. Im Fragebogen sind die "Stark"-Antworten mit 1, die "Überhaupt nicht"-Antworten mit 3 codiert. Das heißt: Die stärkere Ausprägung des Merkmals bekommt eine schwache Wertung. Je tiefer der Mittelwert ausfällt, desto höher ist die Belastung. Um diese ungewöhnliche Gewichtung zu vermeiden, wurde recodiert: Starke Aussagen sollen hohe Zahlenwerte erhalten. Der Ausdruck sieht folgendermaßen aus:

Page		SPSS/PC+		8/15/91		
Number of Valid Observations (Listwise) = 348.00						
Variable	Mean	Std Dev	Minimum	Maximum	N	Label
V2101	1.52	.65	1	3	430	Oberstunden
V2102	1.93	.71	1	3	446	Zu viel Arbeit
V2103	1.65	.73	1	3	413	starre Zeiteinteilung
V2104	2.15	.80	1	3	452	Arbeitstempo, Hetze
V2105	1.59	.81	1	3	415	Akkordarbeit
V2106	1.45	.60	1	3	425	Verantw. für Personen
V2107	1.45	.58	1	3	410	Verantw. für Geräte
V2108	2.23	.74	1	3	443	Störungen, Unterbrechung.
V2109	1.94	.73	1	3	432	Fehlende Anerkennung
V2110	1.70	.66	1	3	410	geistige Anspannung
V2111	1.61	.70	1	3	410	Eintönigkeit
V2112	1.74	.74	1	3	427	Schwere Arbeit
V2113	1.48	.70	1	3	415	Laufen, Treppensteigen
V2114	1.51	.67	1	3	413	Arbeit auf Fußboden
V2115	1.78	.74	1	3	421	Schweres Tragen
V2116	1.82	.77	1	3	422	Schweren Lasten
V2117	1.35	.59	1	3	410	Vorwiegend sitzen
V2118	1.79	.75	1	3	418	Vorwiegend stehen
V2119	2.01	.83	1	3	418	Gebückt stehen
V2120	1.83	.77	1	3	415	Hocken, Knien
V2121	1.81	.78	1	3	415	Arbeit über dem Kopf
V2122	2.06	.79	1	3	422	Verkrampfte Haltung
V2123	1.70	.70	1	3	410	Gefährliche Arbeit
V2124	1.65	.71	1	3	418	Mangelnde Unterstützung
V2125	2.08	.77	1	3	435	Lärm
V2126	1.91	.75	1	3	433	Wechsel drinnen/draußen
V2127	2.04	.80	1	3	427	Zugluft innen
V2128	2.22	.76	1	3	437	Staub und Schmutz
V2129	2.15	.79	1	3	428	Rauch und Rüd
V2130	2.13	.77	1	3	423	Luftverunreinigungen
V2131	1.45	.61	1	3	407	Vibrationen
V2132	2.22	.78	1	3	437	Gase und Dämpfe
V2133	2.36	.81	1	3	421	Lösemitteldämpfe
V2134	1.35	.84	1	3	419	Mangelnde Entlüftung
V2135	1.27	.60	1	3	406	Bildschirmarbeit
V2136	1.90	.77	1	3	421	Künstliches Licht
V2137	1.92	.80	1	3	429	Schlechte Beleuchtung
V2138	1.91	.80	1	3	425	Öl, Fett, Kühlmittel

Uns interessiert an der Auswertung vor allem die mit "Mean" überschriebene Spalte. Sie gibt den Mittelwert an, der für alle Personen zu dieser Arbeitsbelastung errechnet wurde. Ein Wert von 1,5 würde ein ausgewogenes Verhältnis zwischen "starker" Belastung und "keiner" Belastung bedeuten. Je höher nun der Wert ist, desto stärker wird die jeweilige Arbeitssituation als Belastung empfunden. Frequencies und Descriptives sind die am häufigsten verwendeten Auswertungsverfahren. Statistisch-analytische Verfahren (Varianzanalysen) können und sollten nicht oder nur sehr vorsichtig verwendet werden. Der nächste Abschnitt zeigt ein Beispiel dazu.

2.4.3 Mittelwerttest

In einigen Fällen empfiehlt sich ein Test auf Mittelwerte. Es ist zum Beispiel sinnvoll, bestimmte Ergebnisse des Fragebogens (entscheiden Sie selbst, welche dies sein sollen) nach Geschlecht oder etwa für Arbeiter und Facharbeiter oder nach Altersgruppen getrennt auszurechnen und zu vergleichen. Dies kann auf zweierlei Art geschehen:

- Mit einem "Selectif"-Steuerbefehl. Dieser Befehl erlaubt Ihnen, den Datensatz nach einem Merkmal zu sortieren (zum Beispiel nach der Altersgruppe 1), so daß in die folgende Rechnung nur Daten in die Auswertung eingehen, die dieser Merkmalsbeschreibung genügen, also in diesem Fall nur Mitglieder der Altersgruppe 1. Ein entsprechender Steuerbefehl könnte lauten:

Selectif (V3400 Eq 1)

Descriptives variables ...

Save outfile = "IKKFIN.SYS".

Sie müssen, wenn Sie den Datensatz mit dem Selectif-Statement getrennt haben, wieder ein Sicherungskommando eingeben (siehe oben), damit der ursprüngliche Datensatz wieder hergestellt wird.

- Einfacher in der Handhabung, aber schwieriger beim Lesen des Ausdruckes ist der statistische Mittelwertvergleich. Hier werden Mittelwerte verschiedener Gruppen errechnet und auf signifikante Abweichungen getestet. Der dazu gehörige Befehl zur Errechnung des Mittelwertes für Frage 11 (V1100) für zwei Altersgruppen (V3400 = 1, V3400 = 3) lautet:

Means tables = V1100 by V 3400.

Wir erhalten folgenden Ausdruck:

Page 6		SPSS/PC+		10/28/91		
Summaries of V1100		Behindert Ihr Ges.-zustand Sie im Alltag				
By levels of V3400		Wie alt sind Sie ?				
Cases	Value Label	Sum	Mean	Std Dev	Sum of Sq	
207	1	279.0000	1.3478	.4774	46.9565	
225	2	315.0000	1.4000	.4910	54.0000	
68	3	111.0000	1.6324	.4857	15.8088	
-----		-----		-----		
Within Groups Total		705.0000	1.4100	.4847	116.7653	
Criterion Variable V1100						
Analysis of Variance						
Source		Sum of Squares	D.F.	Mean Square	F	Sig.
Between Groups		4.1847	2	2.0923	8.9058	.0002
Within Groups		116.7653	497	.2349		
		Eta = .1860	Eta Squared = .0346			

Wir entnehmen ihm: Die jüngsten Beschäftigten fühlen sich weniger stark im Alltag durch ihren Gesundheitszustand eingeschränkt (Mittelwert = 1,34), die älteren eher (1,63). Jetzt prüfen wir das Ergebnis noch in bezug auf die Signifikanz (Sig) und stellen fest, es ist hoch signifikant, also nicht zufällig. (Je geringer der Wert bei Sig ist, desto größer ist die Signifikanz, Werte über .0010 bezeichnen wir nicht mehr als signifikant.)

Praktischer Hinweis Nr. 10

- Werten Sie zunächst alle Fragen mit einfachen Routinen aus und notieren Sie die Ergebnisse im Fragebogen.
- Interpretieren Sie die Ergebnisse auf einer vorläufigen Basis, und zwar innerhalb der einzelnen Abschnitte des Fragebogens.
- Überlegen Sie erst danach, nach welchen weiteren Gesichtspunkten Sie Antworten brauchen oder Antworten nach Gruppen trennen wollen. Meist ist die grundsätzliche Trennung der Daten bereits der AU-Datenanalyse zu entnehmen.
- Die Gruppenmerkmale sollten auf jeden Fall solche sein, die auch in der AU-Datenanalyse vorhanden sind (also Alter, Geschlecht, Stellung im Beruf).

2.5 Darstellungsverfahren

Wir gehen im folgenden davon aus, daß Sie über ein Harvard-Graphics oder ein anderes Grafikprogramm verfügen, mit dem Sie Ihre Tabellen in anschauliche Grafiken umsetzen können. Harvard-Graphics (wie auch andere Grafik-Programme) setzt Zahlen in Bilder (Grafiken) um, die Sie recht vielfältig gestalten können. Jede Grafik benötigt vergleichsweise viel Speicherplatz, räumen Sie daher Ihren Speicher vor Benutzung von Harvard-Graphics auf und speichern Sie die fertigen Grafiken auf Disketten ab. Für die Anwendung von Harvard-Graphics gelten mehrere Grundsätze:

- Eine Grafik ist anschaulicher als eine Tabelle. Auch im Anhang nutzen Tabellen wenig, wenn die Zahlen vorher in den Grafiken präsentiert wurden.
- Die gängigen Grafikprogramme verfügen über eine Vielzahl von Darstellungsmöglichkeiten. Seien Sie sparsam mit Variationen. Daß Ihr Programm auch 3-D-Effekte produziert, glaubt Ihnen jeder. Über die Tatsache, daß sie schön aussehen, aber kaum lesbar sind, wird sich aber auch jeder Ihrer Leser ärgern.
- Stellen Sie nur positive Ergebnisse grafisch dar. Damit ist gemeint, daß nur tatsächliche Zusammenhänge in Grafiken umgesetzt werden sollen. Wenn sich ein vermuteter Zusammenhang nicht herstellt, braucht dieser nicht besonders in einer Abbildung dargestellt zu werden.

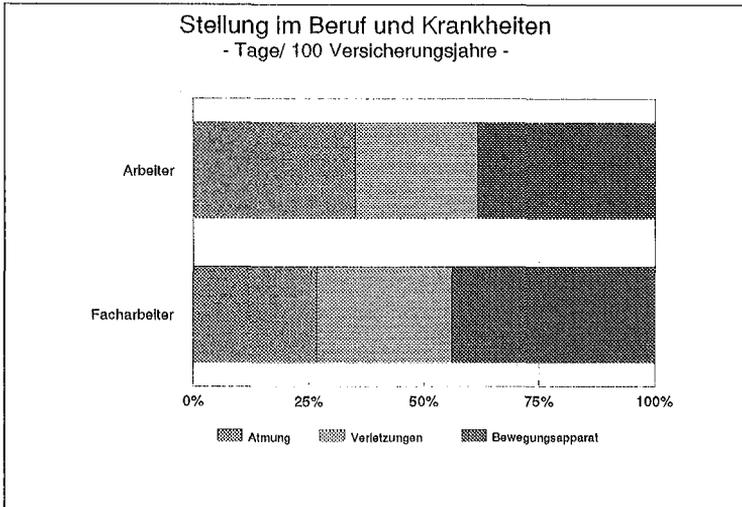
- Vermeiden Sie, wenn Sie mehrere Gruppen haben, schwarze und weiße Farbtöne.
- Halten Sie die Erklärung möglichst nahe an den Werten, das heißt in der Regel innerhalb des Rahmens für die Grafik.
- Nutzen Sie die Fußnotenmöglichkeit, wenn Sie meinen, die Grafik erklären zu müssen.
- Jede Grafik soll möglichst "ergonomisch" gestaltet werden und den normalen Lesegewohnheiten entsprechen. Das heißt: von links nach rechts und von oben nach unten. Wählen Sie daher möglichst eine "horizontale" Darstellungsform. Die Bezeichnungen der X-Achse stehen dann links und nicht unten.

2.5.1 Auswahl von Grafiktypen und Darstellungsweisen

Bevor mit der Herstellung einer Grafik begonnen wird, sollte klar sein, was, unter welchen Gesichtspunkten und in welcher Weise dargestellt wird. Dabei kommt der Auswahl der Bezugspunkte besondere Bedeutung zu. Wenn zum Beispiel der Zusammenhang zwischen (ausgewählten) Krankheiten und der Stellung im Beruf dargestellt werden soll, kann dies auf zweierlei Art geschehen.

- Die Stellung im Beruf wird als Ausgangspunkt gewählt, und es wird dargestellt, wie sich die ausgewählten Krankheiten zum Beispiel auf Arbeiter und Facharbeiter verteilen.

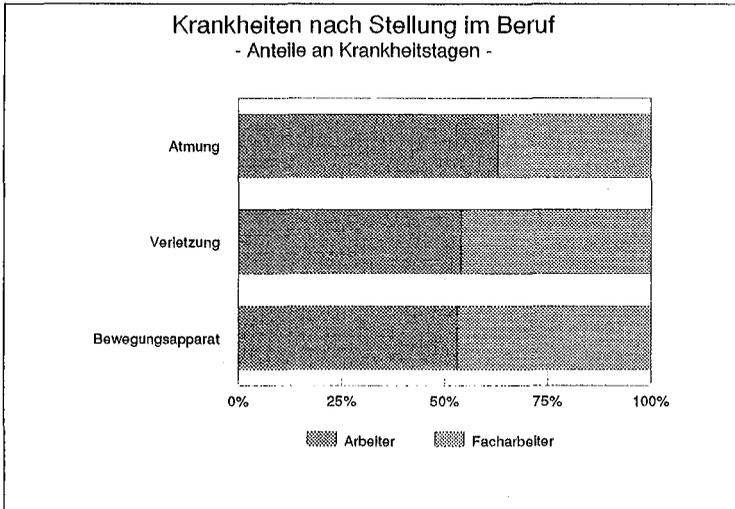
Abbildung A



Aus der Grafik läßt sich zum Beispiel die Aussage ableiten: Von den drei ausgewählten Krankheiten sind bei Arbeitern die Erkrankungen des Bewegungsapparates, bei Facharbeitern Verletzungen stärker ausgeprägt als in der jeweils anderen Statusgruppe.

- Die Krankheiten werden als Ausgangspunkt gewählt, und es wird dargestellt, wie sich innerhalb der einzelnen Krankheitsgruppen der Anteil der Krankheitstage pro 100 Versichertenjahre bei Arbeitern und Facharbeitern verhält.

Abbildung B



Aus dieser Grafik wäre etwa folgende Interpretation abzuleiten: In zwei der ausgewählten Krankheitsgruppen ist der Anteil dieser Krankheiten an den Krankheitstagen, bezogen auf 100 Versicherungsjahre, für Arbeiter höher als für Facharbeiter.

Durch die Wahl des Ausgangspunktes erhält man also mit den gleichen Werten sehr unterschiedliche Aussagen. Achten Sie auch darauf, was Sie als Bezugspunkt nehmen. Bezugspunkte können sein:

- Absolute Zahlen: Im vorliegenden Fall wäre die Anzahl der Krankheitstage, die jede Gruppe produziert, kein absoluter Wert. Natürlich ist dieser Wert nicht besonders aussagekräftig, weil eine größere Gruppe auch mehr Krankheitstage produzieren wird.
- Standardisierte Werte: Das Manko der Nichtvergleichbarkeit wird durch Standardisierung ausgeglichen. Wir errechnen zum Beispiel alle Krankheitstage jeder Gruppe, bezogen auf 100 Versicherungsjahre. Ein Versicherungsjahr entspricht dabei einem Vollarbeiter, der ganzjährig beschäftigt und versichert ist. Die Standardisierung bezieht unterschiedliche Größen auf eine dritte und macht sie damit vergleichbar.

- Anteilswerte: Eine Sonderform der Standardisierung stellen Prozentwerte dar. Alle Angaben werden in diesem Fall in Anteilen von Hundert dargestellt und damit vergleichbar. Dies ist die häufigste Art der Darstellung.

Praktischer Hinweis Nr. 11

- Überlegen Sie sich zu jeder Frage (oder Kombination von Fragen), wie Sie sie darstellen würden und warum.
- Probieren Sie unterschiedliche Darstellungsformen aus. Sie sollten letztendlich alle Grafiken in einer ähnlichen Art und Weise darstellen. Diese muß dann aber endgültig sein.
- Beachten Sie den Gesamtzusammenhang: Zu jeder Aussage sollten Sie eine Grafik herstellen. Ein Bericht sollte verständlich sein, wenn nur die Grafiken zur Kenntnis genommen werden.

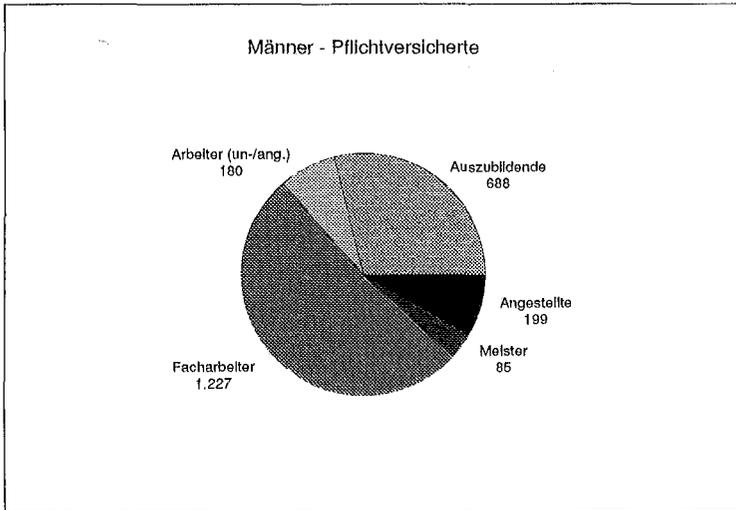
2.5.2 Grafiktypen

Sie werden letztlich drei Typen von Grafiken verwenden:

- Kreisdiagramme,
- Balkendiagramme,
- Liniengrafiken.

Das **Kreisdiagramm** empfiehlt sich überall, wo Verteilungen **innerhalb** einer Grundgesamtheit dargestellt werden sollen. Ein Beispiel für ein Kreisdiagramm:

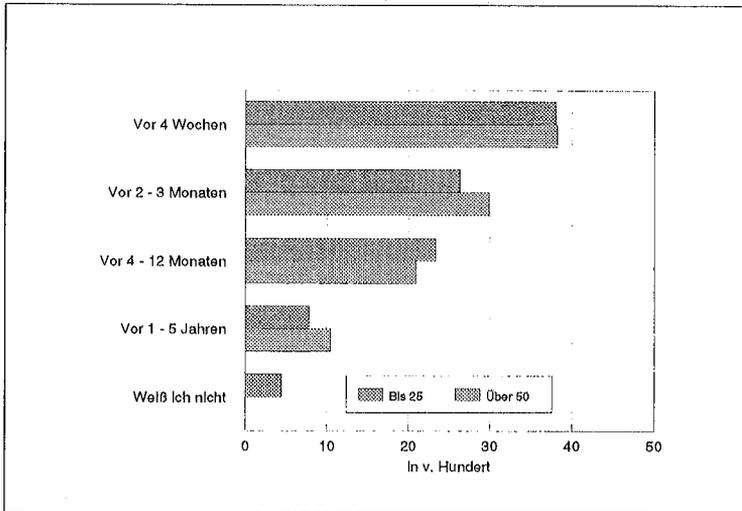
Abbildung C



Dargestellt wird die Verteilung auf die unterschiedlichen Statusgruppen innerhalb der Gesamtgruppe der Versicherten.

Mit dem **Balkendiagramm** werden gewöhnlich Unterschiede verschiedener Merkmale **zwischen** den Gruppen dargestellt (zum Beispiel zwischen Altersgruppen). Es gibt unterschiedliche Arten der Darstellung von Balkendiagrammen. In Abbildung A und B stellen die Balken jeweils 100 Prozent dar, und innerhalb dieser 100 Prozent werden unterschiedliche Anteilswerte ausgewiesen. Die folgende Abbildung D zeigt die klassische Art des Balkendiagramms.

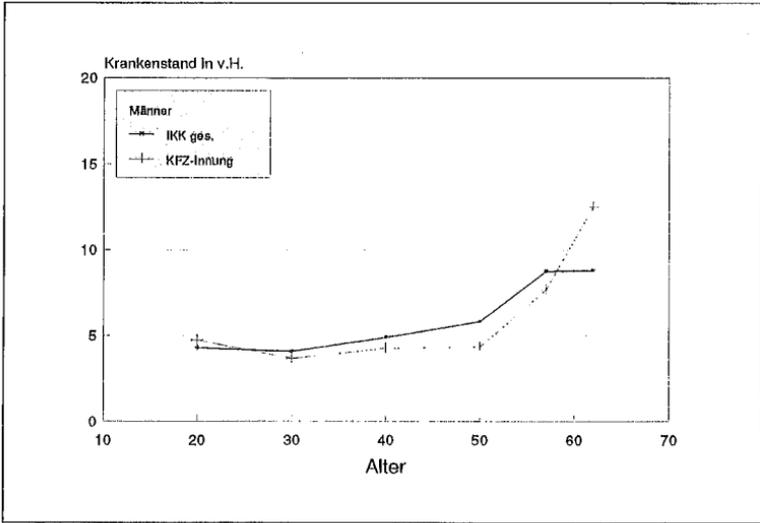
Abbildung D



Für unterschiedliche Gruppen werden die einzelnen Merkmale in ihrer Ausprägung dargestellt. An den unterschiedlichen Balkenlängen erkennt man die unterschiedliche Besetzung des jeweiligen Merkmals in der jeweiligen Gruppe.

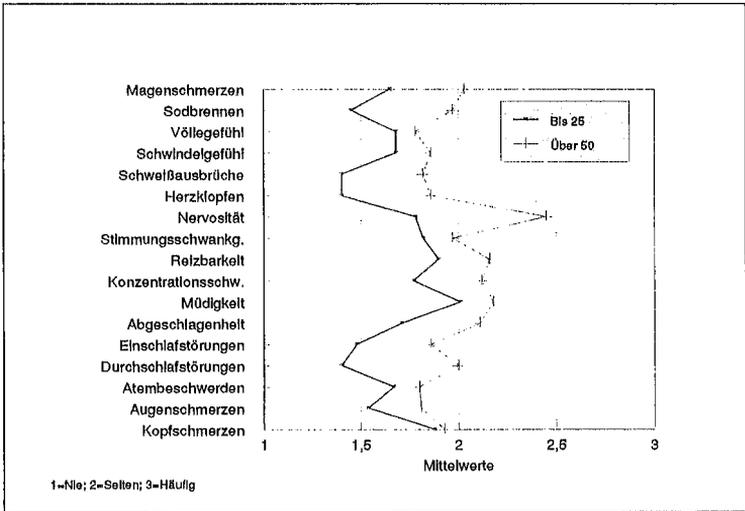
Liniendiagramme werden verwendet, um kontinuierlich verlaufende Zusammenhänge oder Profile darzustellen. Wenn wir zum Beispiel wissen, daß der Krankenstand mit dem Alter zunimmt und sich deshalb kontinuierlich mit zunehmendem Alter nach oben bewegt, kann dies mit einer Linie dargestellt werden.

Abbildung E



Für die Darstellung von Profilen eignen sich Liniendiagramme ebenfalls. Die folgende Abbildung zeigt "Beschwerdeprofile" von jungen und älteren Beschäftigten. Hier sind die Mittelwerte für jedes Merkmal durch eine Linie verbunden worden. Zwar handelt es sich keinesfalls um kontinuierliche Merkmale, aber die Art des Liniendiagramms ist in solchen Fällen anschaulicher als die von Balkendiagrammen.

Abbildung F



ANHANG

1. Fragebogen Beschäftigte
2. Fragebogen Arbeitgeber
3. Dokumentation zur Organisation der Befragung (IKK Düsseldorf)

GESUNDE MITARBEITER



ERFOLGREICHE BETRIEBE

EINE GEMEINSCHAFTSAKTION DER KFZ-INNUNG DÜSSELDORF UND DER IKK DÜSSELDORF UND NEUSS

UMFRAGE
„ARBEITSPLATZ UND GESUNDHEIT“
IM KFZ-HANDWERK
DÜSSELDORF

Beschäftigte

Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens

Hier geht es um Ihre Gesundheit. Dieser Fragebogen ist Teil eines größeren Vorhabens zur Gesundheitsförderung im Kfz-Handwerk, das die IKK Düsseldorf und Neuss in Zusammenarbeit mit der Kfz-Innung Düsseldorf durchführt.

Der Grundgedanke: Besser als jede noch so gute ärztliche Versorgung ist es, gar nicht erst krank zu werden.

Mit dem Fragebogen, den Sie jetzt in den Händen halten, wollen wir herausfinden, welche gesundheitlichen Probleme es im Kfz-Handwerk gibt. Dabei sind wir auf Ihre Unterstützung angewiesen. Denn je mehr Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sich an dieser Befragung beteiligen, desto genauer können wir unsere Aktion zur Gesundheitsförderung auf die Praxis im Kfz-Handwerk ausrichten.

Der Datenschutz ist selbstverständlich voll und ganz gewährleistet. Das Institut für Gesundheits- und Sozialforschung in Berlin, das die ausgefüllten Bogen im Auftrag der IKK Düsseldorf und Neuss auswertet, interessiert sich nicht für einzelne Betriebe oder Beschäftigte. Hier kommt es nur darauf an, Gesundheitsgefährdungen und Ansatzpunkte einer praxisnahen Gesundheitsförderung zu erkennen. Ihre Daten und die Ihres Betriebes bleiben dabei völlig anonym.

- Natürlich ist die Teilnahme an der Befragung freiwillig.
- Bitte vergessen Sie nicht, die erste Seite mit Ihrem Namen und dem Ihres Betriebes abzutrennen, bevor Sie den Bogen abgeben. Übrig bleibt dann nur noch die Bogennummer. Sie dient unserer eigenen Kontrolle, um sicherzustellen, daß auch wirklich alle Beschäftigten der beteiligten Betriebe einen Fragebogen bekommen.
- Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.
- Gehen Sie bitte der Reihe nach vor, ohne einzelne Fragen zu überspringen.
- Kreuzen Sie pro Frage ohne weiteres auch mehrere Antworten an. Falls Sie einmal wirklich nur eine einzige Antwort geben sollen, ist das extra vermerkt.
- Zur Rückgabe des ausgefüllten Bogens benutzen Sie bitte den beigelegten Umschlag. Kleben Sie ihn zu, aber beschriften Sie ihn nicht, um die Anonymität zu wahren.
- Den Umschlag geben Sie bitte in Ihrem Betrieb ab. Von dort wird er durch einen IKK-Mitarbeiter abgeholt.

Und nun: viel Spaß beim Ausfüllen!

3. Was tun Sie für die Erhaltung und Förderung Ihrer Gesundheit?

- 3.01 Ich versuche mich gesund zu ernähren 1
- 3.02 Ich treibe Sport 1
- 3.03 Ich achte auf genügend Schlaf 1
- 3.04 Ich trinke kaum/gar nicht 1
- 3.05 Ich rauche kaum/gar nicht 1
- 3.06 Ich beteilige mich an Früherkennungsuntersuchungen 1
- 3.07 Nichts davon 1
- 3.08 Sondern
.....
.....

4. Haben Sie ein Hobby oder eine besondere Freizeitgestaltung?

- Nein 1
- Ja 2
- Und zwar
.....
.....

5. Wie stehen Sie zu den unten aufgeführten Angeboten?

	Interessiert mich	Habe ich schon ein- mal wahr- genommen	Kein Interesse
5.01 Yoga, Streßbewältigung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5.02 Abnehmkurse	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5.03 Koch-/Ernährungskurse	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5.04 Nichtrauchertraining	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5.05 Sport und Gymnastik	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5.06 Gesundheitsberatung durch Krankenkassen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5.07 Verkehrssicherheitstraining	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
5.08 Ich interessiere mich für andere Angebote. Und zwar für:			
.....			
.....			

6. Wenn Sie Interesse an gesundheitsförderlichen Aktivitäten hätten:

Wie viele Stunden pro Woche könnten Sie dafür aufbringen?

Ungefähr Stunden

7. An welchem Wochentag hätten Sie die meiste Zeit für gesundheitsförderliche Aktivitäten?

Am

8. Könnten Sie sich vorstellen, daß solche Aktivitäten in Ihrem Betrieb auch während der Arbeitszeit durchgeführt werden?

- Ja, das halte ich für denkbar ₁
- Nein, das halte ich für ausgeschlossen ₂
- Kann ich nicht beurteilen ₃

9. Was glauben Sie, sind die Gründe dafür, daß nur so wenige Menschen sich an gesundheitsfördernden Angeboten beteiligen?

	Trifft zu	Trifft nicht zu
9.01 Viele wollen davon nichts wissen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
9.02 Viele tun erst dann etwas, wenn es zu spät ist	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
9.03 Die Angebote sind zu wenig bekannt	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
9.04 Viele haben einfach Hemmungen, dort mal vorbeizuschauen	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
9.05 Viele glauben nicht an einen Erfolg	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
9.06 Viele scheuen den Zeitaufwand	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
9.07 Viele können ihre Verhaltensweise nicht ändern	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂
9.08 Viele wollen ihre Lebensweise nicht ändern	<input type="checkbox"/> ₁	<input type="checkbox"/> ₂

10. Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?

- Sehr gut 1
- Gut 2
- Zufriedenstellend 3
- Weniger gut 4
- Schlecht 5

11. Von kurzen Erkrankungen einmal abgesehen: Behindert Ihr Gesundheitszustand Sie im Alltagsleben?

- Überhaupt nicht 1
- Ein wenig 2
- Erheblich 3

12. Wann waren Sie das letzte Mal in ärztlicher oder zahnärztlicher Behandlung (ausgenommen sind Arztkontakte, die Sie als Patient/in im Krankenhaus hatten, und Früherkennungsuntersuchungen beim Zahnarzt)?

Das war innerhalb der letzten:

- 4 Wochen 1
- 2 bis 3 Monate 2
- 4 bis 12 Monate 3
- 1 bis 5 Jahre 4
- Weiß ich nicht 5

13. Waren Sie innerhalb der letzten 12 Monate wegen einer der folgenden Krankheiten arbeitsunfähig (mit AU-Beschneinigung)?

- 13.01 Verdauungsbeschwerden, Verstopfungen
- 13.02 Durchfall
- 13.03 Zuckerkrankheit
- 13.04 Migräne, starke Kopfschmerzen
- 13.05 Bindehautentzündung
- 13.06 Mittelohrentzündung
- 13.07 Bluthochdruck
- 13.08 Kreislauferkrankungen
- 13.09 Nebenhöhlenentzündung
- 13.10 Mandelentzündung
- 13.11 Schnupfen, Grippe, Heuschnupfen
- 13.12 Bronchitis
- 13.13 Asthma, asthmatische Beschwerden
- 13.14 Magengeschwür
- 13.15 Kontaktallergie der Haut, andere Allergien
- 13.16 Beschwerden im Halswirbelbereich
- 13.17 Beschwerden im Rückenbereich
- 13.18 Sehnenscheidenentzündung
- 13.19 Gelenkentzündung
- 13.20 Arbeitsunfall
- 13.21 Wegeunfall
- 13.22 Freizeitunfall
- 13.23 Sonstiges
- 13.24 Nichts davon

14. Wie häufig beschäftigen Sie die folgenden Probleme?

	Häufig	Selten	Nie
14.01 Ich Sorge mich um nahestehende Personen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
14.02 Meine Arbeit wird nicht ausreichend anerkannt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
14.03 Ich fühle mich als Person oft nicht anerkannt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
14.04 Ich fühle mich überfordert	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
14.05 Ich kann nicht selbständig genug arbeiten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
14.06 Ich wünschte, mein/e Partner/in würde mich besser verstehen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
14.07 Ich habe das Gefühl, die Arbeit ist so viel, daß ich kaum damit fertig werde	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
14.08 Ich kann mich nicht genug um meine Familie kümmern	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

15. Welche der folgenden Arzneimittel haben Sie in letzter Zeit häufiger oder regelmäßig verwendet?

15.01 Mittel gegen Herz-Kreislaufkrankheiten	<input type="checkbox"/> 1
15.02 Rheumamittel	<input type="checkbox"/> 1
15.03 Schmerzmittel	<input type="checkbox"/> 1
15.04 Mittel gegen Erkältungskrankheiten	<input type="checkbox"/> 1
15.05 Magen-, Darm-, Gallen-, Nierenmittel	<input type="checkbox"/> 1
15.06 Schlafmittel	<input type="checkbox"/> 1
15.07 Beruhigungsmittel	<input type="checkbox"/> 1
15.08 Naturheilmittel	<input type="checkbox"/> 1
15.09 Abmagerungsmittel	<input type="checkbox"/> 1
15.10 Andere Mittel	<input type="checkbox"/> 1

16. Trinken Sie Alkohol?

- Regelmäßig täglich
- Mehrmals in der Woche
- Nur gelegentlich
- Nie

17. Rauchen Sie?

- Mehr als 20 Zigaretten täglich 1
- Zwischen 10 und 20 Zigaretten täglich 2
- Weniger als 10 Zigaretten täglich 3
- Ich habe noch nie geraucht 4
- Ich habe früher geraucht 5

18. Wie häufig üben Sie die folgenden Tätigkeiten aus?

	Regelmäßig	Manchmal	Nie
18.01 Büroarbeit, Verwaltungstätigkeit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
18.02 Kontakte und Gespräche mit Kund/inn/en	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
18.03 Reparieren von Karosserien	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
18.04 Schweißarbeiten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
18.05 Reparieren von Motoren und Nebenaggregaten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
18.06 Reparieren von Kfz-Elektrik	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
18.07 Reparieren von Achsen, Rädern, Bremsen und Reifen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
18.08 Lackierarbeiten (einschl. Nebenarbeiten)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
18.09 Sattlerarbeiten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
18.10 Diagnose, Messen, Prüfen, Einstellen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
18.11 Lagerarbeiten, Materialwirtschaft	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
18.12 Nichts davon	<input type="checkbox"/> 1		

19. Welche dieser Tätigkeiten macht Ihnen am meisten Spaß? (Nur eine Tätigkeit nennen)

.....

20. Welche der obengenannten Tätigkeiten belastet Sie am meisten? (Nur eine Tätigkeit nennen)

.....

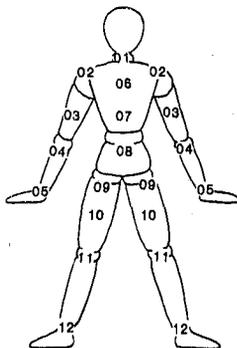
21. Welche dieser Bedingungen belasten Sie an Ihrem jetzigen Arbeitsplatz?

	Stark	Wenig	Gar nicht
21.01 Überstunden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
21.02 Insgesamt zu viel Arbeit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
21.03 Starre Zeiteinteilung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
21.04 Arbeitstempo, Hetze	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
21.05 Akkordarbeit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
21.06 Zuviel Verantwortung für andere Personen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
21.07 Zuviel Verantwortung für Geräte	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
21.08 Häufige Störungen, Unterbrechungen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
21.09 Fehlende Anerkennung durch Vorgesetzte	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
21.10 Geistige Anspannung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
21.11 Eintönigkeit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
21.12 Körperlich schwere Arbeit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
21.13 Gehen, Laufen, Treppensteigen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
21.14 Arbeit auf dem Fußboden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
21.15 Tragen von schweren Dingen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
21.16 Heben von schweren Lasten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
21.17 Vorwiegend sitzen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
21.18 Vorwiegend stehen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
21.19 Vorwiegend gebückt stehen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
21.20 Vorwiegend hocken, knien	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
21.21 Arbeit über dem Kopf	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
21.22 Unbequeme, verkrampfte Haltung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
21.23 Gefährliche Arbeit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
21.24 Mangelnde Unterstützung durch Kolleg/inn/en	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
21.25 Lärm	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
21.26 Häufiger Wechsel von drinnen und draußen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
21.27 Zugluft in Innenräumen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
21.28 Staub und Schmutz	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
21.29 Rauch und Ruß	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
21.30 Andere Luftverunreinigungen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
21.31 Erschütterungen und Vibrationen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
21.32 Gase und Dämpfe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
21.33 Lösemitteldämpfe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
21.34 Mangelnde Entlüftung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
21.35 Bildschirmarbeit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
21.36 Arbeit bei künstlichem Licht	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
21.37 Insgesamt schlechte Beleuchtung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
21.38 Öle, Fette, Kühlmittel	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

22. Leiden Sie an folgenden Beschwerden?

	Häufig	Selten	Nie
22.01 Magenschmerzen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
22.02 Sodbrennen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
22.03 Völlegefühl, Übelkeit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
22.04 Schwindelgefühl	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
22.05 Schweißausbrüche	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
22.06 Herzklopfen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
22.07 Herzschmerzen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
22.08 Nervosität, Unruhe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
22.09 Stimmungsschwankungen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
22.10 Reizbarkeit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
22.11 Konzentrationsschwäche	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
22.12 Müdigkeit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
22.13 Abgeschlagenheit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
22.14 Einschlafstörungen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
22.15 Durchschlafstörungen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
22.16 Atembeschwerden, Husten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
22.17 Augenschmerzen, Druck in den Augen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
22.18 Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

**23. Bitte markieren Sie bei der Figur die Stellen, an denen Sie häufig oder manchmal Schmerzen fühlen.
(Die Figur ist von hinten abgebildet)**



24. Gibt es in Ihrem Betrieb jemanden, der sich um Fragen von Gesundheits- und Arbeitsschutz kümmert?

- Nein 1
- Ja 2
- Weiß ich nicht 3

25. Wie häufig wird unter Ihren Kolleginnen und Kollegen über „gesundes und sicheres Arbeiten“ gesprochen?

- Häufig 1
- Selten 2
- Nie 3

26. Sind Ihnen schon einmal Vorschläge zum gesunden und sicheren Arbeiten gemacht worden?

- Ja, oft 1
- Ja, selten 2
- Nein 3

27. Falls es Vorschläge gab: Was wurde Ihnen z. B. vorgeschlagen?

.....
.....

28. Falls es Vorschläge gab: Von wem kamen sie?

- 28.01 Kolleg/inn/en 1
- 28.02 Arbeitgeber 1
- 28.03 Sicherheitsfachkraft 1
- 28.04 Berufsgenossenschaft 1
- 28.05 Betriebsrat 1
- 28.06 Betriebsarzt/-ärztin 1
- 28.07 Krankenkasse 1
- 28.08 Innung 1
- 28.09 Hausarzt/-ärztin 1
- 28.10 Sonstige 1

29. Wenn Sie Ihrem Arbeitgeber drei Änderungen vorschlagen könnten, die Ihren Arbeitsplatz oder Ihre Arbeit insgesamt betreffen: Was würden Sie vorschlagen?

1.
2.
3.

30. Wie zufrieden sind Sie mit den folgenden Bereichen Ihres Lebens?

					
30.1 Mit Ihrer Arbeitssituation bzw. Ihrer Hauptbeschäftigung	<input type="checkbox"/>				
30.2 Mit Ihrer finanziellen Lage	<input type="checkbox"/>				
30.3 Mit Ihrer Freizeit	<input type="checkbox"/>				
30.4 Mit Ihrer Gesundheit	<input type="checkbox"/>				
30.5 Mit Ihrer familiären Situation	<input type="checkbox"/>				
30.6 Mit Ihrer Beziehung zu Freund/inn/en	<input type="checkbox"/>				
30.7 Wie zufrieden sind Sie insgesamt mit Ihrem Leben	<input type="checkbox"/>				

31. Wie oft kommt es vor, daß ...

	Häufig	Selten	Nie
31.1 Ihnen die Tagesarbeit nicht aus dem Kopf geht, so daß Sie noch Stunden daran denken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.2 Sie sich am Feierabend müde und erschöpft fühlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31.3 Sie sich am Feierabend unzufrieden und bedrückt fühlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

32. Wie groß sind Sie?

..... cm

33. Wieviel wiegen Sie ungefähr?

..... kg

34. Wie alt sind Sie?

..... Jahre

35. Sind Sie

• Männlich 1

• Weiblich 2

36. Welchen Schulabschluß haben Sie? (Kreuzen Sie bitte nur den höchsten an)

• Gar keinen Schulabschluß 1

• Volksschule/Hauptschule 2

• Mittlere Reife/Realschulabschluß 3

• Fachhochschulreife 4

• Abitur/Hochschulreife 5

• Anderen Schulabschluß 6

37. In welcher beruflichen Stellung sind Sie derzeit?

- 37.1 **Arbeiter/in:**
- Auszubildende/r 1
 - Angelernte/r 2
 - Gelernte/r/Facharbeiter/in 3
 - Meister/in 4

37.2 Ich arbeite als (bitte genaue Berufsangabe):
.....

- 37.3 **Angestellte/r:**
- Werksmeister/in 1
 - Angestellte/r mit einfacher Tätigkeit
(z. B. Schreibarbeiten mit Maschine, Konteneingabe) 2
 - Angestellte/r mit qualifizierter Tätigkeit
(z. B. Sachbearbeitung, Buchhaltung, Prokura,
Abteilungsleitung) 3

37.4 Ich arbeite als (bitte genaue Berufsangabe):
.....

38. Wie viele Beschäftigte hat die Firma, in der Sie arbeiten, ungefähr?

- 38.1 Ungefähr Beschäftigte
- 38.2 Weiß ich nicht 1

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.
Sie haben viel zum Erfolg unserer Aktion beigetragen.**

GESUNDE MITARBEITER



ERFOLGREICHE BETRIEBE

EINE GEMEINSCHAFTSAKTION DER KFZ-INNING DÜSSELDORF UND DER IKK DÜSSELDORF UND NEUSS

UMFRAGE
„ARBEITSPLATZ UND GESUNDHEIT“
IM KFZ-HANDWERK
DÜSSELDORF

Arbeitgeber

Sehr geehrtes Innungsmitglied,

vielen Dank für Ihre Teilnahme an der Fragebogenaktion zur Gesundheitsförderung, die die IKK Düsseldorf und Neuss mit Unterstützung Ihrer Innung durchführt.

Wir haben zwei verschiedene Fragebogen vorbereitet.

- Einmal für die Mitarbeiter Ihrer Firma,
- zum anderen für Sie selbst, in dem wir Sie zum Thema „Gesundheit“ aus Ihrer Sicht fragen.

Der Fragebogen ist nicht gekennzeichnet. Tragen Sie bitte weder Ihren Namen noch den Ihrer Firma ein. Die Auswertung wird vom Institut für Gesundheits- und Sozialforschung in Berlin vollkommen anonym durchgeführt. Dies geschieht im Auftrag der IKK Düsseldorf und Neuss. Ein Rückschluß auf Ihre Person oder Ihren Betrieb ist völlig ausgeschlossen.

Noch einige Hinweise zum Ausfüllen des Fragebogens:

- Natürlich ist das Ausfüllen des Bogens freiwillig.
- Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten.
- Gehen Sie bitte der Reihe nach vor, ohne einzelne Fragen zu überspringen.
- Kreuzen Sie pro Frage ohne weiteres auch mehrere Antworten an. Falls nur eine einzige Antwort gewünscht ist, ist das extra vermerkt.

Benutzen Sie zur Rückgabe des ausgefüllten Bogens bitte den beigefügten Umschlag. Den Umschlag bekommt der IKK-Mitarbeiter, der die Fragebogen der Beschäftigten bei Ihnen abholt. Ober Sie schicken ihn direkt an die IKK zurück. Die Adresse:

Innungskrankenkasse
Düsseldorf und Neuss
z. H. Herrn Georg Hensel
Ludwig-Erhard-Allee 7
4000 Düsseldorf 1

Bitte denken Sie daran, daß Sie keinen Absender auf den Umschlag schreiben, um die Anonymität zu wahren.

Und nun: Viel Spaß beim Ausfüllen!

1. Ist Ihr Betrieb auf einen oder mehrere der genannten Bereiche spezialisiert?

- 1.01 Autoelektrik 1
- 1.02 Abschleppdienst 1
- 1.03 Autolackierung 1
- 1.04 Montage von Auspuff, Stoßdämpfer, Bremsen 1
- 1.05 Räder und Reifen 1
- 1.06 Allgemeine Autoreparatur 1
- 1.07 Vertrieb und Verkauf 1
- 1.08 Motorenbau 1

2. Wie viele Mitarbeiter/innen hatte Ihr Betrieb im Durchschnitt des letzten Jahres (incl. Azubis)?

ca. Mitarbeiter/innen

3. Welche der folgenden Angebote halten Sie geeignet für die Gesunderhaltung Ihrer Mitarbeiter/innen?

	Geeignet	Nicht geeignet
3.01 Yoga, Streßbewältigung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
3.02 Abnehmkurse	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
3.03 Koch- und Ernährungskurse	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
3.04 Nichtrauchertraining	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
3.05 Sport und Gymnastik	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
3.06 Gesundheitsberatung durch Krankenkassen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
3.07 Verkehrssicherheitstraining	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
3.08 Maßnahmen, die besondere Risiken am Arbeitsplatz vermeiden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
3.09 Maßnahmen, die die Arbeitsumgebung verbessern (z. B. Aufenthaltsräume)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2

4. Wie hoch ist derzeit der Krankenstand in Ihrem Betrieb?

Ungefähr Prozent

5. Gibt es in Ihrem Betrieb jemanden, der sich um Fragen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes kümmert?
(Nur eine Nennung bitte)

- Ja, es gibt jemanden, der diese Aufgabe wahrnimmt 1
- Es gibt niemanden, der offiziell benannt ist, aber die Mitarbeiter/innen helfen sich selbst 2
- Ich selbst kümmere mich aktiv um diese Probleme 3
- Es gibt eigentlich niemanden, der sich darum kümmert 4

6. Wie stark achten die meisten Mitarbeiter/innen auf ihre Gesundheit?

- Sehr stark 1
- Stark 2
- Mittelmäßig 3
- Weniger stark 4
- Gar nicht 5

7. Was tut Ihrer Meinung nach der überwiegende Teil Ihrer Mitarbeiter/innen für die eigene Gesundheit?

- 7.01 Ernährt sich gesund 1
- 7.02 Treibt Sport 1
- 7.03 Achtet auf genügend Schlaf 1
- 7.04 Trinkt wenig Alkohol 1
- 7.05 Raucht wenig 1
- 7.06 Nimmt an Früherkennungsuntersuchungen teil 1
- 7.07 Ich habe den Eindruck, die Mitarbeiter/innen interessieren sich nicht besonders für ihre Gesundheit 1
- 7.08 Ich weiß nicht, was die Mitarbeiter/innen für ihre Gesundheit tun 1

8. Tun Sie persönlich etwas für Ihre Gesundheit?

- Eigentlich nicht 1
- Ja 2
- Und zwar
.....
.....

9. Was glauben Sie, sind die Gründe dafür, daß nur so wenig Menschen an Gesundheitsberatungs- oder Gesundheitsförderungsmaßnahmen teilnehmen?

- 9⁰¹ Viele wollen davon nichts wissen 1
- 9⁰² Viele tun erst dann etwas, wenn es zu spät ist 1
- 9⁰³ Die Angebote sind zu wenig bekannt 1
- 9⁰⁴ Viele haben einfach Hemmungen, dort mal vorbeizuschauen 1
- 9⁰⁵ Viele glauben nicht an einen Erfolg 1
- 9⁰⁶ Viele scheuen den Zeitaufwand 1
- 9⁰⁷ Viele können ihre Verhaltensweise nicht ändern 1
- 9⁰⁸ Viele wollen ihre Lebensweise nicht ändern 1



10. Welche der folgenden Arbeitsbelastungen kommen in Ihrem Betrieb vor?

	Häufig	Selten	Nie
10.01 Überstunden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10.02 Insgesamt zu viel Arbeit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10.03 Starre Zeiteinteilung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10.04 Arbeitstempo, Hetze	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10.05 Akkordarbeit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10.06 Zuviel Verantwortung für andere Personen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10.07 Zuviel Verantwortung für Geräte	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10.08 Häufige Störungen, Unterbrechungen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10.09 Fehlende Anerkennung durch Vorgesetzte	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10.10 Geistige Anspannung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10.11 Eintönigkeit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10.12 Körperlich schwere Arbeit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10.13 Gehen, Laufen, Treppensteigen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10.14 Arbeit auf dem Fußboden	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10.15 Tragen von schweren Dingen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10.16 Heben von schweren Lasten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10.17 Vorwiegend sitzen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10.18 Vorwiegend stehen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10.19 Vorwiegend gebückt stehen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10.20 Vorwiegend hocken, knien	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10.21 Arbeit über dem Kopf	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10.22 Unbequeme, verkrampfte Haltung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10.23 Gefährliche Arbeit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10.24 Mangelnde Unterstützung durch Kolleg/inn/en	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10.25 Lärm	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10.26 Häufiger Wechsel von drinnen und draußen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10.27 Zugluft in Innenräumen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10.28 Staub und Schmutz	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10.29 Rauch und Ruß	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10.30 Andere Luftverunreinigungen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10.31 Erschütterungen und Vibrationen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10.32 Gase und Dämpfe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10.33 Lösemitteldämpfe	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10.34 Mangelnde Entlüftung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10.35 Bildschirmarbeit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10.36 Arbeit bei künstlichem Licht	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10.37 Insgesamt schlechte Beleuchtung	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
10.38 Öle, Fette, Kühlmittel	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

11. Hat Ihnen ein/e Mitarbeiter/in schon einmal einen Vorschlag zur Verbesserung der Arbeitssituation gemacht?

- Ja, das kommt oft vor ₁
- Ja, aber selten ₂
- Nein, noch nie ₃

12. Wenn „ja“, welches war der letzte Vorschlag?

.....
.....

13. Ist Ihr Betrieb in den letzten 12 Monaten von einem technischen Aufsichtsbeamten der Berufsgenossenschaft besucht worden?

- Ja ₁
- Nein ₂
- Weiß ich nicht ₃

14. Wird Ihr Betrieb arbeitsmedizinisch betreut?

- 14.01 Durch eine/n (teil-)angestellte/n Betriebsarzt/-ärztin .. ₁
- 14.02 Durch ein arbeitsmedizinisches Zentrum ₁
- 14.03 Durch eine/n freiberufliche/n Betriebsarzt/-ärztin ₁
- 14.04 Weiß ich nicht ₁

15. Welche der folgenden Tätigkeiten müßten Ihrer Meinung nach unter gesundheitlichen Gesichtspunkten geändert oder überprüft werden?

	Geändert	Überprüft	Kein Bedarf
15.01 Büro-, Verwaltungsarbeit	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
15.02 Kontakte und Gespräche mit Kund/inn/en	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
15.03 Reparieren von Karosserien	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
15.04 Schweißarbeiten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
15.05 Reparatur von Motoren und Nebenaggregaten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
15.06 Reparatur von Kfz-Elektrik	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
15.07 Reparatur von Achsen, Bremsen, Rädern	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
15.08 Lackierarbeiten (einschl. Nebenarbeiten)	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
15.09 Sattlerarbeiten	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
15.10 Diagnose, Messen, Prüfen, Einstellen	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
15.11 Lagerarbeiten, Materialwirtschaft	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

16. Wenn Geld keine Rolle spielen würde: Welche Änderungen an der Arbeit oder an den Gebäuden würden Sie unter gesundheitlichen Gesichtspunkten zuerst vornehmen?

1.
2.
3.

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit.
Sie haben mit Ihrer Teilnahme viel zur Gesundheitsförderung
im Kfz-Handwerk beigetragen!**

Tabelle 1

Betriebsgröße Beschäftigte	Betriebe		Betriebe mit Kontakt		Betriebe ohne Kontakt
	insges.	50%	positiv	negativ	
01 - 05	98	49	41	11	46
06 - 10	24	12	14	8	2
11 - 20	19	9,5	12	3	
21 - 30	5	2,5	3	3	
über 30	16	8	11	4	
Summe	162	81	81	29	52
Beschäftigte	1 944		1 315	483	146
Bogen zurück:	507 Beschäftigte				
	40 Arbeitgeber				

Die Zahl der Betriebe ohne Kontaktaufnahme erklärt sich aus folgenden Gründen:

- 6 Betriebe negative Antwortkarte
- 12 Betriebe telefonisch nicht erreicht
- 34 Betriebe Kontaktaufnahme nicht mehr notwendig

Gründe für die Nichtteilnahme wurden angegeben mit:

- Mangelndes Interesse der Mitarbeiter,
- "seit 26 Jahren noch nicht einmal krank gefeiert, wozu deshalb Gesundheitsförderung",
- "ich tue genug für die Gesundheit",
- "wir haben keine Zeit zum Arzt zu gehen",
- "Fragebogen füllen wir grundsätzlich nicht aus",
- "bei uns sind alle Gesund",
- "Befragungen, Statistiken - alles Quatsch, kosten nur Geld".

4. Ausgabe der Fragebogen an die Betriebe

Vom 04.02.91 bis 05.04.91 erhielten die 81 Betriebsinhaber und deren Beschäftigte durch den Projektbeauftragten und den Betriebsberater der IKK Düsseldorf und Neuss jeweils einen Fragebogen. Dabei unterscheiden sich die Fragebogen für die Betriebsinhaber und deren Beschäftigte.

Die Mitarbeiter erhielten ihren Fragebogen bei Kleinbetrieben durch den Betriebsinhaber, bei größeren Betrieben über das Personalbüro. Gleichzeitig wurden Umschläge für die Rückgabe der ausgefüllten Fragebogen ausgeteilt.

Als Präsent für die Kooperationsbereitschaft wurde den Betrieben eine Magnetpinnwand und ein Infoplatat zum Kfz-Projekt ausgehändigt. Die Pinnwand sollte im Betrieb an geeigneter Stelle aufgehangen werden. Sie ist so konzipiert, daß der Betriebsinhaber darauf Infos für seine Beschäftigten anbringen, aber auch über weitere Schritte im Projekt unterrichtet werden kann.

5. Rücklauf der ausgefüllten Fragebogen

Bis zum 24.04.91 lagen von 65 Betrieben Fragebogen vor. Abgegeben wurden 40 Arbeitgeber- bzw. 509 Arbeitnehmerfragebogen (siehe Tabelle 1). In 62 Fällen wurden die Fragebogen persönlich von den oben genannten Mitarbeitern der IKK im Betrieb abgeholt. In drei Fällen erfolgte eine postalische Zusendung an die IKK.

Die Fragebogen wurden betriebsweise gesammelt, um die Anzahl der ausgegebenen Fragebogen je Betrieb mit der Anzahl der abgegebenen Bogen zu vergleichen. Der Rücklauf der Fragebogen betrug bei Betrieben bis zu zehn Beschäftigten ca. 70 %, bei Betrieben über zehn Beschäftigten zwischen 5 bis 20 %.

6. Erfassung der Fragebogen

Ab dem 27.03.91 wurden in der IKK Düsseldorf und Neuss die ausgefüllten Fragebogen durch die EDV erfaßt. Für die Eingabe der Daten benötigte eine externe Kraft ca. fünf Minuten je Fall.

c) Diskussion

Der Rücklauf der Antwortkarten könnte sicherlich erhöht werden, wenn vor allem bei größeren Niederlassungen z. B. VW, Mercedes, Opel nicht pauschal der Betrieb angeschrieben würde, sondern ein kompetenter Ansprechpartner wie z. B. der Betriebsinhaber, Geschäftsführer, Werksleiter. Dies erleichtert auch die telefonische Kontaktaufnahme im jeweiligen Betrieb.

Die Fragebogen konnten direkt im Betrieb oder auch zuhause ausgefüllt werden. Sie sollten drei bis max. sieben Tage nach der Ausgabe in einem geschlossenen Umschlag bei dem Ansprechpartner im Betrieb abgegeben, dort gesammelt und von dem IKK-Mitarbeiter abgeholt werden. Alternativ konnten die Bogen aber auch auf dem Postweg zur IKK geschickt werden. Der Rücklauf der Fragebogen war in der durch die Projektplanung vorgegebenen Zeit nicht realisierbar. Teilweise betrug die Rücklaufzeit, vor allem bei Großbetrieben, bis zu fünf Wochen. Mehrmalige persönlich sowie telefonische Erinnerungen des Ansprechpartners im Betrieb waren erforderlich, um die Rücklaufquote zu steigern.

Bei einer ca. 50 %igen Teilnahme in jeder Betriebsgröße ist die Struktur der teilnehmenden Betriebe ausgewogen. Insgesamt muß festgestellt werden, daß die Rücklaufquote der Fragebogen mit steigender Betriebsgröße sinkt, schleppend ist und der mehrmaligen Erinnerung bedarf.

Die Magnetpinnwand (Größe 80 cm X 115 cm), die von den Betrieben für ihre internen Informationen genutzt werden konnte, wurde positiv aufgenommen. In Kleinbetrieben konnte sie aus Platzgründen oftmals nicht aufgehängt werden. Daher der Vorschlag, für diese Betriebe ein anderes Format vorzuhalten. Die Pinnwand wurde zu 80 % aufgehängt und genutzt. Das Plakat sowie ein Erinnerungszettel, der die Beschäftigten an die Abgabe der ausgefüllten Fragebogen erinnern sollte, wurde in den meisten Fällen nicht aufgehängt.