ECONSTOR
Make Your Publications Visible.

A Service of

ZBW Leibniz-Informationszentrum Wirtschaft
Leibniz Information Centre for Economics

Gröben, Ferdinand; Ulmer, Jutta

Working Paper

Gesundheitsförderung im Betrieb: Postulat und Realität 15 Jahre nach Ottawa - Umsetzung des Settingansatzes

Arbeitspapier, No. 88

Provided in Cooperation with:
The Hans Böckler Foundation

Suggested Citation: Gröben, Ferdinand; Ulmer, Jutta (2004) : Gesundheitsförderung im Betrieb: Postulat und Realität 15 Jahre nach Ottawa - Umsetzung des Settingansatzes, Arbeitspapier, No. 88, Hans-Böckler-Stiftung, Düsseldorf

This Version is available at:
https://hdl.handle.net/10419/116548

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.

WWW.ECONSTOR.EU

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

Hans Böckler Stiftung
Fakten für eine faire Arbeitswelt.

Arbeitspapier 88

Ferdinand Gröben • Jutta Ulmer

Gesundheitsförderung im Betrieb

Arbeitspapier 88

Gesundheitsförderung im Betrieb

Postulat und Realität 15 Jahre nach Ottawa – Umsetzung des Settingansatzes

Ferdinand Gröben
Jutta Ulmer

Zu den Autoren:

Dr. Jutta Ulmer, Studium der Sportwissenschaften, Pädagogik und Soziologie, seit 2002 freiberufliche wissenschaftliche und beratende Tätigkeit im Bereich „Gesundheitsförderung".

Dr. Ferdinand Gröben, 1955, Sport- und Politikwissenschaftler, seit 15 Jahren freiberuflich in der betrieblichen Gesundheitsförderung forschend und an der Universität Karlsruhe (TH) lehrend, Vater zweier Töchter.

Impressum

Herausgeber: **Hans-Böckler-Stiftung**
Mitbestimmungs-, Forschungs- und Studienförderungswerk des DGB
Hans-Böckler-Straße 39
40476 Düsseldorf
Telefon: (02 11) 77 78-108
Fax: (02 11) 77 78-283
E-Mail: Erika-Mezger@boeckler.de

Redaktion: Erika Mezger, Leiterin der Abteilung Forschungsförderung
Best.-Nr.: 11088
Gestaltung: Horst F. Neumann Kommunikationsdesign, Wuppertal
Produktion: Setzkasten GmbH, Düsseldorf

Düsseldorf, August 2004
€ 19,00

Inhalt

Kurzfassung **4**

Zusammenfassung für den schnellen Leser **5**

1. Einleitung **13**

2. Untersuchung **15**
2.1 Ziele und Fragestellungen 15
2.2 Erhebungsinstrumentarium 15
2.3 Stichprobenauswahl 16
2.3.1 Ausgangsstichprobe 1997 16
2.3.2 Bestehende Betriebe 2003 17
2.3.3 Längsschnittstichprobe 2003 17
2.4 Auswertung der Daten 20

3. Ergebnisse **21**
3.1 Allgemeine Betriebsdaten 21
3.2 Arbeits- und Gesundheitsschutz 21
3.2.1 Fehlzeiten aufgrund von Arbeitsunfähigkeit 22
3.2.2 Betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung 23
3.2.3 Betriebsvereinbarungen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz 25
3.2.4 Belastungen am Arbeitsplatz 27
3.2.5 Berufskrankheiten 29
3.2.6 Arbeitsunfälle 30
3.2.7 Beratung im Arbeits- und Gesundheitsschutz 30
3.2.8 Subjektive Wertschätzung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes 31
3.3 Betriebliche Gesundheitsförderung 32
3.3.1 Bedarfsanalyse 34
3.3.2 Verhaltensprävention 36
3.3.3 Verhältnisprävention 37
3.3.4 Gesamtindex „Betriebliche Gesundheitsförderung“ 39
3.3.5 Erwarteter Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung 41
3.3.6 Einflussfaktoren auf das Niveau betrieblicher Gesundheitsförderung 43
3.3.7 Initiator und Gründe für das Einführen von betrieblicher Gesundheitsförderung 47
3.3.8 Qualitätssicherung der Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung 48
3.3.9 Gründe, warum keine betriebliche Gesundheitsförderung angeboten wird 49
3.3.10 Geplante Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung 50
3.4 Informations- und Beratungsbedarf 51
3.4.1 Allgemeiner Informations- und Beratungsbedarf 51
3.4.2 Spezifischer Informations- und Beratungsbedarf 51
3.4.3 Gewünschte Beratungsinstitutionen 54

4. Zusammenfassung und Perspektiven **55**

Literaturverzeichnis **61**

Anhang A: Fragebogen **63**
Anhang B: Rohdaten **71**

Selbstdarstellung der Hans-Böckler-Stiftung **79**

Kurzfassung

Mehr als 15 Jahre nach der Verabschiedung der Ottawa-Charta wird untersucht, wie es um die Entwicklung der Gesundheitsförderung in Betrieben steht. Es wurde eine Wiederholungsbefragung in Betrieben durchgeführt. Das Ergebnisse: Gesundheitsförderung macht dort Fortschritte, aber die Betriebe brauchen weiterhin Unterstützung bei der Umsetzung. Insbesondere die Krankenkassen könnten mehr tun.

Betrachtet man die Entwicklungen der letzten Jahrzehnte, so lassen sich – bezogen auf die Arbeitswelt – weitgreifende Veränderungen feststellen. Erwerbsarbeit heute folgt nicht mehr den Mustern, die noch vor 30 Jahren die Regel waren. Stabile Beschäftigungsformen werden zunehmend seltener. Und dort, wo sie noch existieren, haben sich die vorherrschenden Arbeitsinhalte grundlegend geändert. Die Arbeitsanforderungen sind wesentlich intensiver geworden.

Seit Eingang der Gedanken der Ottawa-Charta in die deutsche Gesetzgebung wurden viele Instrumente und Konzepte der Gesundheitsförderung im Betrieb entwickelt, die ihre Effektivität eindrucksvoll belegen konnten. Defizite lassen sich aber nach wie vor in der Verbreitung und der Durchdringung der Arbeitswelt mit solchen Konzepten feststellen.

Angesichts dieser Rahmenbedingungen hatte das Forschungsvorhaben das Ziel, zu untersuchen, ob in den letzten Jahren die Verbreitung betrieblicher Gesundheitsförderung fortgeschritten, stagniert oder zurückgegangen ist.

Weiterhin wurde analysiert, welche Veränderungen in der Ausrichtung der Angebote eingetreten und welche Entwicklungsbemühungen zukünftig notwendig sind.

Zur Beantwortung der Fragen wurde eine Wiederholungsbefragung durchgeführt. Der erste Befragungszeitpunkt war 1997. Damals wurde eine eine repräsentative Stichprobe von 447 hessische und thüringische Unternehmen der Dienstleistungsbranche und des metallverarbeitenden Gewerbes zur Praxis ihres Arbeitsschutzes und ihrer Gesundheitsförderung befragt.

Von den 447 Unternehmen der Erstbefragung wurden 150 Betriebe im Jahr 2003 ein zweites Mal zu allgemeinen Betriebsdaten, ihrem praktizierten Arbeitsschutz und ihren angebotenen Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung interviewt. Dieses Vorgehen eröffnete die Möglichkeit, Veränderungen in der betrieblichen Gesundheitspolitik im Längsschnitt zu analysieren.

Bei 39% der Unternehmen sind Dienstleistungsbetriebe, 61% stammen aus dem metallverarbeitenden Gewerbe. In wichtigen Unternehmensdaten wie Standort, Anteil an Frauen, Schicht- und Teilzeitarbeit ist die Längsschnittstichprobe repräsentativ.

Der Anteil der Unternehmen, die ein sehr gutes bis ausreichendes Maß an Gesundheitsförderung aufweisen, hat sich von 16% im Jahr 1997 deutlich auf 27% im Jahr 2003 vergrößert. Insbesondere in den Bereichen Verhaltens- und Verhältnisprävention lassen sich Verbesserungen der betrieblichen Praxis beobachten. Bei Maßnahmen der Verhältnisprävention zeigt sich ein signifikanter Anstieg.

Insbesondere mittlere Betriebe mit 500 bis 999 Mitarbeitern haben Fortschritte gemacht. Handlungsbedarf bleibt bei den kleinen Unternehmen mit weniger als 200 Mitarbeitern bestehen.

Gefragt nach ihrem Beratungsbedarf, nennen die meisten Unternehmen Unterstützung bei der Ermittlung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz, der Bewältigung von Mobbing und der Suchtprävention.

Das größte Potential zur Verbesserung der Situation liegt derzeit bei den gesetzlichen Krankenkassen. Während die Betreuung durch staatliche Ämter und Berufsgenossenschaften befriedigend ist, sollten die Kassen hier Boden gut machen.

Mit freundlichen Grüßen
F. Gröben

Zusammenfassung für den schnellen Leser

Die durch zunehmende Globalisierung hervorgerufenen Veränderungen in der Arbeitswelt erfassen in den Unternehmen alle Bereiche. Es müssen nicht nur immer schneller neue Produkte auf den Markt, die Kosten gesenkt sowie innovative Lösungen und Organisationsformen gefunden werden. Vielmehr sind in Zeiten instabiler Beschäftigungsverhältnisse, Virtualität und Eigenverantwortung auch neue Wege in der betrieblichen Gesundheitspolitik zu gehen (Badura & Hehlmann, 2003). Zwar haben sich die staatliche Arbeitsschutzpolitik und betriebliche Gesundheitsförderung in den letzten 15 Jahren seit Verabschiedung der Ottawa-Charta den gewandelten Markt- und Produktionsbedingungen angepasst, dennoch treten in der betrieblichen Gesundheitspolitik noch immer erhebliche Defizite auf (Bertelsmannstiftung & Hans-Böckler-Stiftung, 2002).

Das Ziel der vorliegenden Studie ist es deshalb, (1) zu untersuchen, in wie weit Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nachhaltig Eingang in das Setting Arbeitswelt gefunden haben sowie (2) zu analysieren, welche Faktoren den Erfolg von Programmen der Gesundheitsförderung aus Sicht der Betriebe bestimmen.

Im Jahr 1997 wurde eine repräsentative Befragung mit 447 hessischen und thüringischen Unternehmen der Dienstleistungsbranche und des metallverarbeitenden Gewerbes durchgeführt. Von diesen Betrieben wurden im Jahr 2003 150 ein zweites Mal

- zu ihrem praktizierten Arbeitsschutz,
- zu ihren angebotenen Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung sowie
- zu ihrem Informations- und Beratungsbedarf

befragt. Dieses Design bietet einerseits die Möglichkeit, die 2003 erhobenen Daten im Querschnitt zu analysieren sowie andererseits die empirischen Befunde im Längsschnitt 1997 – 2003 zu betrachten.

Längsschnittstichprobe 2003

Zwei Drittel der 150 Betriebe, die im Jahr 2003 erneut befragt wurden, haben ihren Standort in Hessen und ein Drittel in Thüringen. Bei 39,3% der Unternehmen handelt es sich um Dienstleistungsbetriebe und bei 60,7% um Betriebe aus dem metallverarbeitenden Gewerbe (Tabelle 1). Die durchschnittliche Betriebsgröße beträgt 648 Mitarbeiter.

Tabelle 1: Längsschnittstichprobe 2003

		Größenklasse				Total
		≥ 1000	500-999	200-499	50-199	
Verarbeitendes Gewerbe	Hessen	9	10	18	20	57
	Thüringen	2	1	15	16	34
Dienstleister	Hessen	9	10	6	17	42
	Thüringen	1	2	2	12	17
Total		21	23	41	65	150

In wichtigen Unternehmensdaten wie Standort, Unternehmensgröße, Anteil an Frauen, Schicht- und Teilzeitarbeitern bleibt die Repräsentativität der Längsschnittstichprobe 2003 erhalten. Verzerrungen gibt es dahingehend, dass eher Unternehmen mit einem höheren Niveau betrieblicher Gesundheitsförderung die Bereitschaft zeigten, an der Wiederholungsbefragung teilzunehmen.

Arbeits- und Gesundheitsschutz

Die empirischen Befunde machen deutlich, dass die Arbeitnehmer im metallverarbeitenden Gewerbe (8,1 Belastungen) signifikant mehr körperlichen und psychosozialen Belastungen in ihrem Arbeitsalltag ausgesetzt sind als die Beschäftigten der befragten Dienstleistungsbetriebe (4,1 Belastungen).

Tabelle 2: Meistgenannte Belastungen am Arbeitsplatz 2003 (Mehrfachnennungen waren möglich; in %; N >107)

	total	**Dienstleister**	**verarbeitendes Gewerbe**
Zeitdruck	77,9	67,3	85,2
Heben – Tragen	65,0	60,0	68,2
Über- bzw. Unterforderung	57,9	56,3	59,0
Lärm	52,5	22,6	70,5
Mechanische Gefährdungen	50,4	25,5	65,9
Umgang mit Gefahrstoffen	47,5	17,3	65,5
Klima	45,4	36,5	51,3
Kommunikationsprobleme	43,4	38,5	46,8
Elektrische Gefährdungen	43,2	25,5	54,3
Informationsprobleme	40,8	32,7	46,1

Branchenübergreifend wurden am häufigsten Zeitdruck und Heben – Tragen sowie im metallverarbeitenden Gewerbe Lärm, mechanische Gefährdungen und Gefahrstoffe als Belastungsfaktoren genannt (Tabelle 2).

Die Mehrheit der befragten Kontaktpersonen in den Unternehmen, nämlich 81,6%, sind dem betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz gegenüber positiv eingestellt, wobei die Vertreter der Metallbranche (86,8%) eher als die Vertreter der Dienstleistungsbranche (73,2%) die Auffassung vertreten, dass ein effektiver Arbeitsschutz zur Steigerung des Arbeitsergebnisses des Unternehmens beiträgt.

Zum Zeitpunkt der Wiederholungsbefragung war die betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung in der Mehrzahl der befragten Betriebe sichergestellt, wobei Defizite eher bei Dienstleistern als im metallverarbeitenden Gewerbe sowie vor allem in den kleineren Unternehmen mit 50 bis 199 Mitarbeitern bestehen (Tabelle 3).

Tabelle 3: Betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung 2003 nach Bundesland, Branche & Betriebsgröße (in %; N > 126)

Bundesland		Branche		Größenklasse			
Hessen	Thüringen	Dienstleister	verarb. Gewerbe	≥ 1000	500-999	200-499	50-199
(Betriebs-)Arzt							
95,3	95,2	92,3	97,3	100,0	100,0	100,0	89,3
Fachkraft für Arbeitssicherheit							
97,7	97,8	94,1	100,0	100,0	100,0	100,0	94,8
Arbeitsschutzausschuss							
82,4	81,6	73,7	88,0	95,2	95,0	94,7	65,6

Im Zeitraum von 1997 bis 2003 hat sich die betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung erheblich verbessert, was mit der Änderung der Unfallverhütungsvorschriften bezüglich der Einsatzzeiten der Arbeitsmediziner Ende der 1990er Jahre erklärt werden kann. So gab es 2003 in mehr Unternehmen als zum Zeitpunkt der Erstbefragung

- einen Betriebsarzt bzw. überbetrieblichen arbeitsmedizinischen Dienst (1997: 84,2%; 2003: 95,3%),
- eine Fachkraft für Arbeitssicherheit bzw. überbetrieblichen sicherheitstechnischen Dienst (1997: 92,9%; 2003: 97,7%) und
- einen arbeitsfähigen Arbeitsschutzausschuss (1997: 75,4%; 2003: 82,1%).

Auch der Anteil der Betriebe, in denen zu Fragen der Gesundheitsförderung der Betriebsarzt, die Fachkraft für Arbeitssicherheit und/oder der Arbeitsschutzausschuss gehört werden, hat sich seit 1997 von 80,7% auf 90,1% im Jahr 2003 erhöht. Das heißt, dass heute die arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Fachkräfte in den Betrieben einen größeren Einfluss auf die Gestaltung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen nehmen können als früher. Ein weiteres Indiz hierfür ist der Anstieg der Abschlüsse von betrieblichen Vereinbarungen zu Themen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes sowie der Gesundheitsförderung.

Betriebliche Gesundheitsförderung

Im Jahr 2003 fanden sich nur in 17,3% der befragten Unternehmen absolut keine Elemente betrieblicher Gesundheitsförderung. Von den meisten Unternehmen wurden im Bereich der Bedarfsanalyse Gefährdungsbeurteilungen und psychische Belastungsanalysen realisiert, die Fehlzeiten ausgewertet, Mitarbeiterbefragungen durchgeführt und Gesundheitsberichte erstellt. Es folgten Maßnahmen der Verhältnisprävention, so die Verbesserung des Arbeitsumfeldes, Zeitmodelle, Seminare zum Umgang mit Gefahrstoffen sowie die gesundheitsgerechte Gestaltung der Aufbau- und Ablauforganisation. Am seltensten angeboten wurden Maßnahmen der Verhaltensprävention, wobei hier am häufigsten Gruppen außerhalb des Betriebes, Kommunikationstraining, Konfliktbewältigungsseminare, Führungskräfteseminare und Seminare zu Teamwork genannt wurden.

Tabelle 4: Meistgenannten Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung 2003 (in %; N = 150)

	total	**Dienstleister**	**verarbeitendes Gewerbe**
Analysen	63,3	44,1	75,8
Auswertung der Fehlzeiten	57,3	59,3	56,0
Verbesserung des Arbeitsumfelds	56,0	54,2	57,1
Zeitmodelle	48,7	40,7	53,8
Mitarbeiterbefragungen	34,0	42,4	28,6
Gesundheitsbericht	33,3	30,5	35,2
Umgang mit Gefahrstoffen	32,7	22,0	39,6
Gruppen außerhalb des Betriebes	29,3	32,2	27,5
Kommunikationstraining	28,0	33,9	24,2
Führungskräfteseminare	26,7	30,5	24,2
Konfliktbewältigungsseminare	26,7	20,3	30,8
Aufbau- & Ablauforganisation	24,7	16,9	29,7
Seminare zu Teamwork	21,3	27,1	17,6

Während im metallverarbeitenden Gewerbe wesentlich häufiger als bei den Dienstleistern Gefährdungsbeurteilungen und psychische Belastungsanalysen, Zeitmodelle, Seminare zum Umgang mit Gefahrstoffen und zur Konfliktbewältigung sowie die gesundheitsgerechte Gestaltung der Aufbau- und Ablauforganisation durchgeführt werden, realisieren die Betriebe der Dienstleistungs- häufiger als die der Metallbranche Mitarbeiterbefragungen und Seminare zu Teamwork (Tabelle 4).

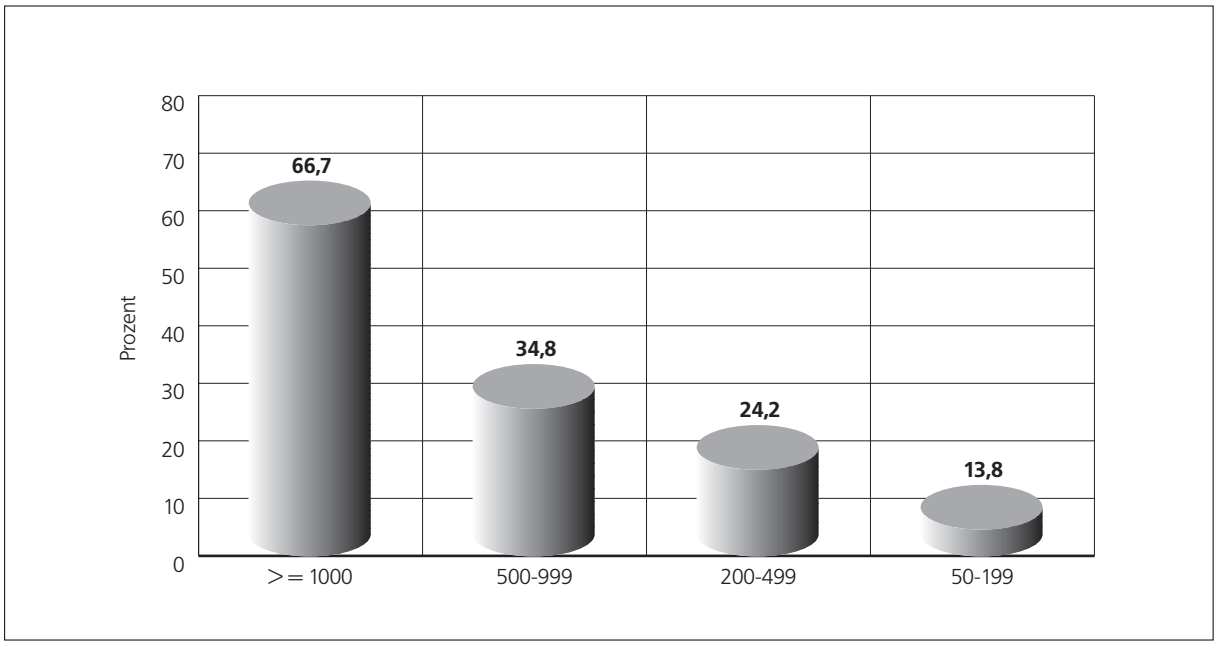
Der *Gesamtindex „Betriebliche Gesundheitsförderung"* (die Messgröße zur Ermittlung des Niveaus der Gesundheitsförderung, ausführlich siehe Seiten 32 und 33), der sich aus den Subskalen „Bedarfsanalyse", „Verhaltensprävention" und „Verhältnisprävention" zusammensetzt und einen Maximalwert von 100 Punkten annehmen kann, bleibt aber mit durchschnittlich 21,6 Punkten gering. Signifikante Unterschiede im Ausprägungsgrad der betrieblichen Gesundheitsförderung zeigen sich in Abhängigkeit von

- der Betriebsgröße,
- der Rate der Arbeitsunfälle,
- der Wertschätzung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes sowie
- der Nutzenserwartung.

a) *Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Betriebsgröße und dem Ausprägungsgrad der betrieblichen Gesundheitsförderung:* Unternehmen mit mindestens 1000 Beschäftigten erzielen mit durchschnittlich 38,6 Punkten ein signifikant höheres Niveau hinsichtlich der Gesundheitsförderung in ihrem Betrieb als die Unternehmen der Größenklasse zwei (28,1 Punkte), drei (20,1 Punkte) und vier (14,9 Punkte).

   Abbildung 1 macht die Unterschiede im Ausprägungsgrad der Gesundheitsförderung in Abhängigkeit von der Betriebsgröße nochmals deutlich: Während 66,7% der Unternehmen mit mindestens 1000 Beschäftigten sehr gute bis ausreichende Gesundheitsförderung (33,4 bis 100 Punkte) realisieren, reduziert sich dieser Anteil bei den Betrieben der Größenklasse zwei auf 34,8%, der Größenklasse drei auf 24,2% und der Größenklasse vier auf 13,8%.

Abbildung 1: Niveau betrieblicher Gesundheitsförderung 2003 (sehr gut bis ausreichend; in %; N = 150)



b) *Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Rate der Arbeitsunfälle und dem Ausmaß betrieblicher Gesundheitsförderung:* In Unternehmen mit einem hohen Niveau betrieblicher Gesundheitsförderung ist die Unfallrate niederer als in Betrieben mit einem geringen Niveau betrieblicher Gesundheitsförderung.

c) *Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Wertschätzung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes und dem Ausprägungsgrad der betrieblichen Gesundheitsförderung:* In Unternehmen, in denen der Arbeits- und Gesundheitsschutz eine hohe Wertschätzung erfährt (23,9 Punkte), findet man ein signifikant höheres Niveau betrieblicher Gesundheitsförderung vor als in Unternehmen mit geringer Wertschätzung (12,9 Punkte).

d) *Es besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen Nutzenserwartung und betrieblicher Gesundheitsförderung:* Unternehmen, die sich von betrieblicher Gesundheitsförderung einen hohen Nutzen für das Unternehmen und/oder die Mitarbeiter erwarten, weisen ein höheres Ausmaß betrieblicher Gesundheitsförderung auf als Unternehmen mit geringer Nutzenserwartung.

Zum Zeitpunkt der Erstbefragung wurden in mehr Betrieben, nämlich in 88,7%, einzelne Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung realisiert als 2003 (82,7%). Veränderungen in der Angebotspalette zeigen sich dahingehend, dass 2003 deutlich häufiger als 1997

- die Fehlzeiten ausgewertet (1997: 46,7%; 2003: 57,3%),
- Gesundheitsberichte erstellt (1997: 20,7%; 2003: 33,3%) sowie
- Führungskräfteseminare (1997: 12,0%; 2003: 26,7%), Konfliktbewältigungsseminare (1997: 21,3%; 2003: 26,7%) und Seminare zum Übergang in den Ruhestand (1997: 5,3%; 2003: 10,7%) angeboten wurden.

Im Bereich der Verhältnisprävention hingegen wurden 1997 deutlich häufiger als 2003

- Zeitmodelle (1997: 60,0%; 2003: 48,7%) und
- die Mitarbeiterpartizipation (1997: 18,0%; 2003: 10,0%) realisiert.

Wenngleich zum Zeitpunkt der Erstbefragung mehr Betriebe mindestens eine Gesundheitsförderungsmaßnahme angeboten haben als im Jahr 2003, hat sich der Durchschnittswert des *Gesamtindex „Betriebliche Gesundheitsförderung"* seit 1997 von 18,8 Punkten auf 21,6 Punkte im Jahr 2003 leicht, statistisch allerdings nicht signifikant erhöht. Dass sich das Niveau der Gesundheitsförderung in den Betrieben im Untersuchungszeitraum etwas verbessert hat, wird daran deutlich, dass sich der Anteil der Unternehmen, die ein sehr gutes bis ausreichendes Maß an Gesundheitsförderung (33,4 bis 100 Punkte) aufweisen, von 16,0% im Jahr 1997 deutlich auf 27,4% im Jahr 2003 vergrößert hat. Dies ist ein Hinweis darauf, dass die Unternehmen, die betriebliche Gesundheitsförderung durchführen, dies heute mit größerer Regelmäßigkeit und Ernsthaftigkeit tun als noch vor sechs Jahren. Insbesondere in den Bereichen Verhaltens- und Verhältnisprävention lassen sich Verbesserungen der betrieblichen Praxis beobachten. Bei Maßnahmen der Verhältnisprävention zeigt sich sogar ein signifikanter Anstieg.

Die Maßnahmen erreichen nach Angaben der Betriebe (von etwa einem Drittel aller Auskunftsgebenden liegen hierzu Informationen vor) die Hälfte der Mitarbeiterschaft, finden in vier von fünf Fällen in der Betriebsstätte und zu etwa zwei Drittel während der Arbeitszeit statt. Bei der Steuerung der Gesundheitsförderungsmaßnahmen erweist sich dabei die Kooperation von Geschäftsleitung und Vertretern der Mitarbeiter als ausgesprochen förderlich.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass betriebliche Gesundheitsförderungsprogramme in den letzten Jahren zwar keinen quantitativen Sprung in ihrer Verbreitung gemacht haben, die Konzepte in den Unternehmen, die Gesundheitsförderung in ihre Personalentwicklung aufgenommen haben, erfuhren aber eine positive, qualitative Ausweitung. Dies gilt insbesondere für die Gruppe der mittleren Betriebe mit 500 bis 999 Mitarbeitern. Handlungsbedarf bleibt vornehmlich in der Gruppe der kleinen Unternehmen mit weniger als 200 Mitarbeitern bestehen.

Diese qualitative Ausweitung der Maßnahmen zeigt, dass sie von den Betrieben als erfolgreiche Konzepte angesehen werden. Erfreulicherweise korreliert dieser Fortschritt mit einer Ausweitung der Betreuung der Betriebe im Arbeits- und Gesundheitsschutz. Hier könnte es sich um Synergieeffekte handeln. So hat sich der Anteil der Betriebe, die Analysen zur Beurteilung der Arbeitsbedingungen durchführen, erhöht (insbesondere zu nennen ist hier das Erstellen von Gesundheitsberichten). In diesen Unternehmen haben die

Befunde offensichtlich dazu geführt, dass die Maßnahmen der Gesundheitsförderung ausgeweitet wurden, wobei mehr Gewicht auf die Verhältnis- als auf die Verhaltensprävention gelegt wird. Zudem werden Führungskräfteseminare deutlich häufiger realisiert und tragen somit zur Vertiefung der Gesundheitsförderung in den Betrieben bei.

Negativ fällt auf, dass Maßnahmen zur Mitarbeiterpartizipation 2003 deutlich seltener umgesetzt wurden als 1997. Hier sollten – wenn eingebunden – externe Experten der Gesundheitsförderung auf die Wichtigkeit und Notwendigkeit solcher Aspekte hinweisen. Dies erscheint zusätzlich deshalb geboten, weil die Betriebe, die keine Gesundheitsförderung realisieren, als vornehmliche Gründe mangelndes Interesse der Führungskräfte (in vier von zehn dieser Unternehmen), Kosten und fehlende Informationen angeben.

Untersuchungen konnten belegen, dass Mitarbeiterpartizipation nicht nur zum Erfolg von Gesundheitsförderungsprogrammen beiträgt, sondern auch ein Kriterium ist, das mit dem *wirtschaftlichen Erfolg* von Unternehmen korreliert (Gröben, 2001). Eine Analyse der Situation derjenigen Unternehmen, die seit der letzten Befragung im Jahr 1997 Konkurs anmelden mussten, mit den 2003 noch existenten Firmen zeigt: Betriebe ohne nennenswerte Gesundheitsförderungsmaßnahmen mussten deutlich öfter Insolvenz anmelden als jene Unternehmen mit Gesundheitsförderungsprogrammen.

Etwa ein Drittel der befragten Unternehmen plant, Maßnahmen der Gesundheitsförderung in Zukunft anzubieten, die sie bislang noch nicht realisieren. An erster Stelle der geplanten Maßnahmen steht die Ermittlung von psychischen Belastungen, gefolgt von der Flexibilisierung der Arbeitszeiten, Entspannungsprogrammen, Bewältigung von Mobbing, Bewegungsprogrammen und Gefährdungsbeurteilungen (Tabelle 5).

Tabelle 5: Meistgenannte geplante Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung 2003 (in %; N = 150)

	total	**Dienstleister**	**verarbeitendes Gewerbe**
Ermittlung psychischer Belastungen	10,7	6,8	13,2
Flexibilisierung der Arbeitszeiten	6,0	5,1	6,6
Entspannungsprogramme	5,3	5,1	5,5
Bewältigung von Mobbing	4,7	3,4	5,5
Bewegungsprogramme	4,7	6,8	3,3
Gefährdungsbeurteilungen	4,7	3,4	5,5
Aufbau- & Ablauforganisation	4,0	1,7	5,5
Gruppenarbeit	4,0	-	6,6
Verbesserung der Bedingungen	4,0	1,7	5,5

Informations- und Beratungsbedarf

Einen allgemeinen Informations- und Beratungsbedarf in Fragen des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung bestätigt die Hälfte der befragten Unternehmen, wobei dies mehr thüringische (54,3%) als hessische (48,8%) Betriebe und eher Mittel- und Großunternehmen als Betriebe mit 50 bis 199 Mitarbeitern (46,4%) tun.

Gefragt nach ihrem spezifischen Informations- und Beratungsbedarf wünschen sich die meisten Unternehmen Unterstützung bei folgenden bedarfsanalytischen und verhaltenspräventiven Maßnahmen:

- Ermittlung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz (30,0%)
- Bewältigung von Mobbing (28,0%)

- Suchtprävention (28,0%)
- Entspannungsprogramme (27,4%)
- Gefährdungsbeurteilungen (26,0%)
- Bewegungsprogramme (26,0%)

Unterstützung bei verhältnispräventiven Angeboten wird von den Unternehmen in geringerem Maße nachgefragt.

Unterstützung bei der Planung und Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung erwarten die befragten Unternehmen vor allem von den Berufsgenossenschaften (70,0%), Krankenkassen (66,7%), Ämtern für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik (41,3%) sowie den Beratungsstellen der Gewerkschaften (31,3%). Den Informations- und Beratungswünschen der Betriebe sollten die genannten Institutionen nicht zuletzt vor dem Hintergrund gerecht werde, dass neben dem mangelnden Interesse der Führungskräfte und den Kosten es vor allem fehlende Informationen und Ansprechpartner sind, die die Implementierung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen in den Betrieben behindern.

In der derzeitigen Betreuung sind erwartungsgemäß in der Gruppe der kleinen Unternehmen mit bis zu 199 Mitarbeitern die größten Defizite zu verzeichnen. Aber auch mittlere Betriebe bis zu 499 Beschäftigten werden insbesondere von den Krankenkassen bis jetzt nur ungenügend unterstützt.

Das größte Potential zur Verbesserung dieser Situation liegt bei den Institutionen der Gesetzlichen Krankenkassen. Während die staatlichen Ämter und die Berufsgenossenschaften die Betriebe recht gut erreichen, können die Krankenkassen hier noch Boden gut machen. Dies gilt insbesondere deshalb, weil bei den staatlichen Ämtern und den Berufsgenossenschaften zur Zeit eher Einschnitte als Erweiterungen ihrer Kompetenzen und Ressourcen diskutiert werden. Wichtige Akteure in der betrieblichen Gesundheitsförderung könnten zukünftig die arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Dienstleister werden, die in einem hohen Maße Zugang zu den Betrieben gefunden haben. Um Programme der betrieblichen Gesundheitsförderung verstärkt in diesem Segment der Unternehmen voranzutreiben, könnten die Krankenkassen (gemeinsam mit den Unfallversicherungsträgern) Kooperationsmodelle mit arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Dienstleistern erproben und so eine höhere Versorgung mit Angeboten der betrieblichen Gesundheitsförderung erreichen.

1. Einleitung

In den vergangenen 50 Jahren hat sich in den Industrieländern die Arbeitswelt erheblich verändert. Die internationale Verflechtung der Wirtschaft erhöht den Druck auf die Anpassungsfähigkeit von Unternehmen. Neue Produkte müssen immer schneller auf den Markt, Kosten gesenkt und die Qualität erhöht werden. Stabile Beschäftigungsverhältnisse sind immer seltener anzutreffen, aber auch die Arbeitsinhalte und -anforderungen an die Erwerbstätigen haben sich grundlegend geändert. Die Mitglieder des *Network for Workplace Health Promotion* (1997) haben in der Luxemburger Deklaration folgende zentrale Herausforderungen der Arbeitswelt des 21. Jahrhunderts aufgezeigt:

- Globalisierung
- Arbeitslosigkeit
- wachsende Verbreitung neuer Informationstechnologien
- Veränderungen der Beschäftigungsverhältnisse
- älter werdende Belegschaften
- wachsende Bedeutung des Dienstleistungssektors
- Personalabbau
- wachsender Anteil von Arbeitnehmern in Klein- und Mittelunternehmen
- Kundenorientierung und Qualitätsmanagement

Die genannten Veränderungen erfassen alle Unternehmensbereiche. Es sind nicht nur neue technische Lösungen und Organisationsformen gefragt, vielmehr muss in Zeiten zunehmender Unsicherheit, Virtualität und Eigenverantwortung auch die betriebliche Gesundheitspolitik neue Wege gehen (Badura & Hehlmann, 2003).

Auch die staatliche Arbeitsschutzpolitik hat sich den gewandelten Markt- und Produktionsbedingungen angepasst. 1996 trat in Deutschland das neue europäische Arbeitsschutzgesetz in Kraft. Gemäß der EU-Rahmenrichtlinien wird unter „Gesundheit" nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen verstanden, sondern der Zustand des völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens. Dieser Gesundheitsdefinition entsprechend fordert der Gesetzgeber eine ganzheitliche, präventive und prozesshafte Arbeitsschutzpolitik.

Während der staatliche Arbeitsschutz auf eine nahezu 180-jährige geschichtliche Entwicklung zurückschauen kann, wird betriebliche Gesundheitsförderung erst seit den 1980er Jahren in den Industrieländern verstärkt thematisiert. Ausgehend von dem Postulat der Ottawa-Charta (1986), dass Gesundheit in allen Lebensbereichen – so auch in der Arbeitswelt – der Förderung bedarf, wenn sie für alle Menschen verwirklicht werden soll, hat die Gesundheitsförderung im Jahr 1989 Eingang in die deutsche Sozialgesetzgebung gefunden. Trotz mehrmaliger Änderungen der Gesetzeslage wurden in den vergangenen Jahren von Wissenschaftseinrichtungen, Krankenkassen und Unfallversicherungsträgern Instrumente betrieblicher Gesundheitsförderung entwickelt und (Modell-)Projekte in Unternehmen unterschiedlicher Branchen durchgeführt. Wissenschaftliche Begleituntersuchungen konnten dabei den Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung sowohl für die Unternehmen als auch für die Beschäftigten belegen, wobei folgende Leitlinien für den Erfolg von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung verantwortlich gemacht werden (Gröben & Bös, 1999; Badura, 2000; Lenhardt, 2001):

- *Partizipation:* Einbeziehen der Belegschaft in die Problemanalyse und die Entwicklung von Lösungen.
- *Integration:* Berücksichtigung der Gesundheitsförderung bei allen wichtigen Entscheidungen und in allen Unternehmensbereichen.
- *Projektmanagement:* Systematische Durchführung aller Maßnahmen und Programme: Bedarfsanalyse, Prioritätensetzung, Planung, Ausführung, Kontrolle und Bewertung der Ergebnisse.
- *Ganzheitlichkeit:* Durchführung verhaltens- und verhältnisorientierter Maßnahmen mit dem Ziel der Risikoreduktion und des Aufbaus von Schutzfaktoren.

Eine eigene Untersuchung zur Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung in Hessen und Thüringen aus dem Jahr 1997 hat gezeigt, dass in etwa 15% der befragten Unternehmen aus der Dienstleistungsbranche und des metallverarbeitenden Gewerbes betriebliche Gesundheitsförderung vorzufinden ist, wobei diese eher Groß- als Mittel- und Kleinunternehmen realisieren. Maßnahmen, die den oben genannten Leitlinien genügen, werden allerdings nur in etwa 5% der Betriebe durchgeführt (Gröben & Bös, 1999).

Eine Auswertung von Betriebsratsprotokollen von Unternehmen der Autoindustrie aus dem Jahr 2002 macht weiterhin deutlich, dass in der betrieblichen Gesundheitspolitik auch noch zu Beginn des 21. Jahrhunderts die Hemmnisse gegenüber fördernden Faktoren überwiegen und es in den letzten Jahren eher zu einer Stagnation als zu einer Ausweitung der Verbreitung betrieblicher Gesundheitsförderungsmaßnahmen kam (Gröben, 2002).

Auch die Expertenkommission „Betriebliche Gesundheitspolitik" konstatiert in ihrem Zwischenbericht vom November 2002 Defizite: „Ansätze zukunftsträchtiger betrieblicher Gesundheitspolitik sind bisher noch viel zu selten zu erkennen. Es bestehen offensichtlich erhebliche Unterschiede sowohl im Grad der Institutionalisierung wie auch in der Systematik und Nachhaltigkeit des Vorgehens im betrieblichen Gesundheitsmanagement sowohl innerhalb wie auch zwischen verschiedenen Wirtschaftssektoren bei Groß-, Mittel- und ebenso bei Kleinbetrieben" (Bertelsmann Stiftung & Hans-Böckler-Stiftung, 2002). In ihrem Abschlussbericht stellt die Kommission weiterhin fest, dass betriebliche Gesundheitspolitik zu wenig dauerhaft in den Strukturen und Routinen der Betriebe verankert ist, während in Zeiten permanenter Restrukturierung gleichzeitig der Bedarf an einem modernen Arbeits- und Gesundheitsschutz sowie betrieblicher Gesundheitsförderung steigt (Bertelsmann Stiftung & Hans-Böckler-Stiftung, 2004).

Angesichts der skizzierten Defizite und des beschriebenen Wandels der Arbeitswelt stellt sich die Frage, in wie weit Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nachhaltig Eingang in das Setting Arbeitswelt gefunden haben und welche Faktoren den Erfolg von Programmen der Gesundheitsförderung aus Sicht der Betriebe bestimmen. Deshalb sind es die Hauptanliegen der vorliegenden Studie, zu untersuchen,

- ob in den vergangenen Jahren Fortschritte in der Verbreitung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu verzeichnen sind oder ob eine Stagnation bzw. ein Rückgang der Angebote eingetreten ist.
- ob sich die Ausrichtung der Angebote in den Betrieben verändert hat.
- welche neuen Programme der betrieblichen Gesundheitsförderung verstärkt vorangetrieben werden sollten.
- welche Entwicklungsbemühungen notwendig sind.

Zur Beantwortung der Fragen wurde eine Wiederholungsbefragung durchgeführt. Der erste Befragungszeitpunkt war 1997. Damals wurden 447 hessische und thüringische Unternehmen der Dienstleistungsbranche und des metallverarbeitenden Gewerbes zur Praxis ihres Arbeitsschutzes und ihrer Gesundheitsförderung befragt. Die in die Studie einbezogenen Betriebe stellten eine repräsentative Stichprobe dar (Gröben & Bös, 1999). Von den 447 Unternehmen der Erstbefragung wurden 150 Betriebe im Jahr 2003 ein zweites Mal zu allgemeinen Betriebsdaten, ihrem praktizierten Arbeitsschutz und ihren angebotenen Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung interviewt. Dieses Vorgehen eröffnet erstmals die Möglichkeit, Veränderungen in der betrieblichen Gesundheitspolitik im Längsschnitt zu analysieren.

Das folgende *Kapitel 2* zeigt die Konzeption der Studie auf, wobei die Ziele und Fragestellungen beschrieben, das Erhebungsinstrumentarium diskutiert, die Stichprobe dargestellt und die statistischen Auswertungsverfahren thematisiert werden.

Im *Kapitel 3* erfolgt die Ergebnisdarstellung. Analysiert werden die allgemeinen Betriebsdaten, der Arbeits- und Gesundheitsschutz, Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sowie der bestehende Informations- und Beratungsbedarf.

Im *Kapitel 4* werden abschließend die Ergebnisse der Wiederholungsbefragung zusammengefasst und Folgerungen für die betriebliche Gesundheitspolitik aufgezeigt.

2. Untersuchung

2.1 Ziele und Fragestellungen

Das Ziel der Studie ist es, (1) zu untersuchen, in wie weit Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nachhaltig Eingang in das Setting Arbeitswelt gefunden haben sowie (2) zu analysieren, welche Faktoren den Erfolg von Programmen der Gesundheitsförderung aus Sicht der Betriebe bestimmen.

Folgende Fragestellungen sollen beantwortet werden:

Querschnittliche Betrachtung 2003

- In welchem Umfang werden betriebliche Programme zur Gesundheitsförderung in den Unternehmen angeboten?
- Um welche Angebote handelt es sich?
- Welche strukturellen, organisatorischen oder personalen Faktoren behindern die Einrichtung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung?

Längsschnittliche Betrachtung 1997 – 2003

- Sind in den vergangenen sechs Jahren Fortschritte in der Verbreitung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu verzeichnen oder ist eine Stagnation bzw. ein Rückgang der Angebote eingetreten?
- Hat sich die Ausrichtung der Angebote in den Betrieben verändert?

Perspektiven

- Welche neuen Programme der betrieblichen Gesundheitsförderung sollten verstärkt vorangetrieben werden?
- Welche Entwicklungsbemühungen sind notwendig?

2.2 Erhebungsinstrumentarium

Zur Datenerhebung wurde der Fragebogen aus der Erstbefragung im Jahr 1997 eingesetzt (Gröben & Bös, 1999). Dieser Fragebogen wurde um Items aus der „Umfrage bei Führungskräften zur Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung im öffentlichen Dienst in Hessen und Thüringen" ergänzt (Gröben, 2000). In Tabelle 6 werden die Inhalte der Erst- und der Wiederholungsbefragung zusammenfassend dargestellt.

Tabelle 6: Inhalte der Erstbefragung 1997 und der Wiederholungsbefragung 2003

Inhalte	1997	2003
Allgemeine Betriebsdaten	X	X
Fehlzeiten aufgrund von Arbeitsunfähigkeit		X
Betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung	X	X
Betriebsvereinbarungen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz	X	X
Belastungen am Arbeitsplatz		X
Berufskrankheiten	X	X
Arbeitsunfälle		X
Beratung im Arbeits- und Gesundheitsschutz		X
Subjektive Wertschätzung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes		X
Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung	X	X
Erwarteter Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung	X	X
Initiator und Gründe für das Einführen betrieblicher Gesundheitsförderung	X	X
Qualitätssicherung der Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung	X	X
Gründe, warum keine betriebliche Gesundheitsförderung angeboten wird	X	X
Allgemeiner Informations- und Beratungsbedarf	X	X
Spezifischer Informations- und Beratungsbedarf	X	X
Gewünschte Beratungsinstitutionen	X	X

Wie bei der Erstbefragung, so wurde auch bei der Wiederholungsbefragung der Fragebogen an die Betriebs- bzw. Personalräte oder die Geschäftsleitung in den Unternehmen gerichtet. Frühere Studien haben gezeigt, dass diese beiden Zielgruppen am ehesten über Maßnahmen der Gesundheitsförderung in ihrem Betrieb informiert sind, nicht zuletzt vor dem Hintergrund der Mitbestimmungspflicht bei solchen Angeboten.

2.3 Stichprobenauswahl

Zielpopulation waren in den beiden Bundesländern Hessen und Thüringen Dienstleistungsbetriebe (Banken und Versicherungen) sowie Betriebe des verarbeitenden Gewerbes (Metall) mit einer Mitarbeiterzahl von mehr als 49.

Die Befragung wurde auf Betriebe mit mindestens 50 Beschäftigte beschränkt, da in kleineren Betrieben in der Regel keine bzw. nur in geringem Umfang Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung angeboten werden (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, 2001).

2.3.1 Ausgangsstichprobe 1997

Im Jahr 1997 existierten in Hessen und Thüringen insgesamt 2996 Betriebe mit über 49 Mitarbeitern [MA] in den beiden Branchen „Dienstleiter" [DL] und „verarbeitendes Gewerbe" [VG]. Davon wurden 655 Unternehmen angeschrieben, von denen wiederum 447 an der Erstbefragung teilnahmen. Tabelle 7 gibt die Verteilung der Ausgangsstichprobe nach Bundesland, Branche und Betriebsgröße wieder.

Tabelle 7: Ausgangsstichprobe 1997

		Größenklasse				Total
		≥ 1000	500-999	200-499	50-199	
Verarbeitendes Gewerbe	Hessen	20	22	35	65	142
	Thüringen	2	7	26	58	93
Dienstleister	Hessen	24	25	42	61	152
	Thüringen	2	6	17	35	60
Total		48	60	120	219	447

Ein Repräsentativitätstest ergab, dass 1997 nur geringe Abweichungen zwischen Stichprobe und Zielpopulation bestanden. Damit stellten die 447 befragten Betriebe zum Zeitpunkt der Erstbefragung eine repräsentative Stichprobe dar.

2.3.2 Bestehende Betriebe 2003

Da davon auszugehen war, dass innerhalb eines Zeitraums von sechs Jahren ein Teil der 1997 befragten Betriebe in die Insolvenz ging, mit anderen Unternehmen fusionierte oder aus persönlichen Gründen der Firmeninhaber geschlossen wurde, wurde im August 2003 mittels Telefonbuch bzw. persönlicher Telefonanrufe überprüft, welche Betriebe der Ausgangsstichprobe auch noch im Jahr 2003 bestanden.

Tabelle 8: Bestehende Betriebe 2003

		Größenklasse				Total
		≥ 1000	500-999	200-499	50-199	
Verarbeitendes Gewerbe	Hessen	19	21	31	57	128
	Thüringen	2	6	21	40	69
Dienstleister	Hessen	22	23	36	40	121
	Thüringen	2	5	14	24	45
Total		45	55	102	161	363

Tabelle 8 verdeutlicht, dass von den 447 Unternehmen der Erstbefragung im August 2003 nur noch 363 Betriebe existierten. Damit haben 18,8% der Unternehmen im Untersuchungszeitraum ihre Tore geschlossen, wobei

- mehr thüringische (25,5%) als hessische (15,3%) Betriebe,
- mehr Dienstleister (21,7%) als Betriebe des verarbeitenden Gewerbes (16,2%) sowie
- vor allem kleinere Betriebe mit 50 bis 199 Mitarbeitern (26,5%) betroffen waren.

Die 84 Unternehmen, die 2003 nicht mehr bestanden, hatten im Jahr 1997 mit durchschnittlich 11,7 Punkten ein signifikant geringeres Ausmaß betrieblicher Gesundheitsförderung[1] als die 363 noch existierenden Unternehmen, die eine Durchschnittspunktzahl von 17,7 aufwiesen ($T = 3{,}3$; $df = 445$; $p = 0{,}00$).

2.3.3 Längsschnittstichprobe 2003

Von den 363 im August 2003 noch bestehenden Unternehmen der Erstbefragung wurden per Zufall 273 für die Wiederholungsbefragung ausgewählt. Dies entspricht einem Anteil von 75% der 2003 noch bestehenden bzw. 61% der 1997 befragten Unternehmen.

1 Zur Indexbildung „Betriebliche Gesundheitsförderung“ vgl. Kapitel 3.3.

Im September 2003 wurde den 273 zufällig ausgewählten Unternehmen in einem ersten Schritt der Fragebogen per Post zugesandt, mit der Bitte, an der Befragung zu partizipieren. Es bestanden zwei Teilnahmemöglichkeiten:

- Selbständiges Ausfüllen des Fragebogens.
- Führen eines telefonischen Kurzinterviews von etwa 15-minütiger Dauer.

Der Rücklauf innerhalb der ersten drei Wochen nach Versand war mit 7% sehr gering.

Im Oktober 2003 erfolgte in einem zweiten Schritt die telefonische Kontaktaufnahme mit den Betriebs- bzw. Personalräten oder der Geschäftsleitung in den Betrieben. Die potenziellen Interviewpartner wurden gebeten, direkt am Telefon Auskunft zu erteilen oder den Fragebogen baldmöglichst ausgefüllt zurückzusenden. Konnten die Kontaktpersonen nicht direkt antworten oder hatten sie den Fragebogen nicht verfügbar, wurde er ihnen nochmals gesandt, gefaxt oder gemailt, verbunden mit der Ankündigung einer erneuten Kontaktaufnahme. Waren die Zielpersonen nicht zur Teilnahme an der Untersuchung bereit, wurden sie nach ihren Gründen befragt.

Nichtteilnehmer 2003

Von den 273 angeschriebenen Unternehmen konnten 30 (11,0%) nicht in die Untersuchung einbezogen werden, da sie zum Zeitpunkt der Befragung aufgelöst waren (9 Betriebe) bzw. in den vergangenen sechs Jahren so große Umstrukturierungen stattfanden, dass ein Vergleich der Daten von 1997 mit Daten aus dem Jahr 2003 unmöglich ist (21 Betriebe). Damit verblieben 243 Betriebe, von denen es 93 Unternehmen (38,3%) ablehnten, den Fragebogen zu beantworten, wobei

- mehr thüringische (42,7%) als hessische (35,7%) Betriebe,
- mehr Dienstleister (47,3%) als Betriebe des verarbeitenden Gewerbes (30,5%) sowie
- vor allem kleinere Betriebe mit 50 bis 199 Mitarbeitern (45,8%)

nicht an der Untersuchung teilnahmen. Hauptgründe für die Nichtteilnahme waren Zeitmangel (31,2%), die ablehnende Haltung der Geschäftsführung (9,7%), die prinzipielle Nichtteilnahme an Umfragen (6,3%) sowie unklare Verantwortlichkeiten (4,3%). Zehn Unternehmen (10,8%) haben nach eigenen Angaben den ausgefüllten Fragebogen per Post abgeschickt, er kam allerdings nie an. Acht Betriebe (8,6%) wollten den Fragebogen zurücksenden, erledigten dies aber bis zum Ende der Erhebungsphase im Dezember 2003 nicht und können somit nicht in die Auswertung einbezogen werden.

Gewonnene Stichprobe 2003

Es nahmen 150 Unternehmen an der Wiederholungsbefragung teil (Tabelle 9). Dies entspricht einer Stichprobenausschöpfung von 61,7%.

Tabelle 9: Längsschnittstichprobe 2003

		Größenklasse				Total
		≥ 1000	500-999	200-499	50-199	
Verarbeitendes Gewerbe	Hessen	9	10	18	20	57
	Thüringen	2	1	15	16	34
Dienstleister	Hessen	9	10	6	17	42
	Thüringen	1	2	2	12	17
Total		21	23	41	65	150

Die prozentualen Verhältnisse zwischen hessischen und thüringischen Betrieben sowie zwischen den vier Betriebsgrößenklassen sind in der Erst- und Wiederholungsbefragung nahezu identisch. Sowohl 1997 als auch 2003 beteiligten sich mehr Unternehmen der Metallbranche als Dienstleister an der Umfrage (Tabelle 10).

Tabelle 10: Verteilung der Ausgangsstichprobe 1997 (N = 447) und der Längsschnittstichprobe 2003 (N = 150) nach Bundesland, Branche & Betriebsgröße (in %)

Bundesland		Branche		Größenklasse			
Hessen	Thüringen	Dienstleister	verarb. Gewerbe	≥ 1000	500-999	200-499	50-199
Ausgangsstichprobe 1997							
65,8	34,2	47,5	52,5	10,7	13,4	26,8	49,1
Längsschnittstichprobe 2003							
66,0	34,0	39,3	60,7	14,0	15,3	27,3	43,4

Im Untersuchungszeitraum von 1997 bis 2003 veränderte sich bei 112 Unternehmen die Zuordnung zur Betriebsgrößenklassen nicht (74,7%). 21 Unternehmen gehören nun einer größeren (14,0%) und 17 einer kleineren (11,3%) Betriebsgrößenklasse an.

Repräsentativität der Längsschnittstichprobe 2003

Im Rahmen der Wiederholungsbefragung wurden also von den 447 Betrieben der Ausgangstichprobe 150 ein zweites Mal befragt. Dies entspricht einem Anteil von 33,6%. Diese Quote kann als ausreichend angesehen werden, um repräsentative Aussagen zu den stattgefundenen Veränderungen in der betrieblichen Gesundheitsförderung von 1997 bis 2003 sowie zu möglichen Entwicklungstendenzen machen zu können.

Tabelle 11: Betriebsdaten 1997 (Mittelwerte; t-Tests bei unabhängigen Stichproben; N > 329)

Betriebsstättengröße 1997				
Teilnehmer 1997 und 2003:	675 MA	T = -1,3	df = 184	p = 0,18
Nur-Teilnehmer 1997:	430 MA			
(Gesamtwert 1997:	513 MA)			
Prozentanteil Frauen 1997				
Teilnehmer 1997 und 2003:	35,3%	T = 1,7	df = 236	p = 0,10
Nur-Teilnehmer 1997:	39,9%			
(Gesamtwert 1997:	38,3%)			
Prozentanteil Teilzeitbeschäftigte 1997				
Teilnehmer 1997 und 2003:	12,3%	T = 0,2	df = 206	p = 0,83
Nur-Teilnehmer 1997:	12,8%			
(Gesamtwert 1997:	12,6%)			
Prozentanteil Schichtarbeiter 1997				
Teilnehmer 1997 und 2003:	11,7%	T = 0,6	df = 240	p = 0,55
Nur-Teilnehmer 1997:	13,4%			
(Gesamtwert 1997:	12,8%)			
Betriebliche Gesundheitsförderung 1997				
Teilnehmer 1997 und 2003:	18,8 Punkte	T = -2,3	df = 302	p = ***0,02***
Nur-Teilnehmer 1997:	15,4 Punkte			
(Gesamtwert 1997:	16,6 Punkte)			

Vergleicht man nun die 150 Unternehmen der Wiederholungsbefragung („Teilnehmer 1997 und 2003") mit den 297 Betrieben, die ausschließlich 1997 an der Umfrage teilnahmen („Nur-Teilnehmer 1997"), dann zeigt sich, dass zum Zeitpunkt der Erstbefragung kein signifikanter Unterschied zwischen diesen Unterneh-

men in der Betriebsstättengröße sowie im Anteil der Frauen, Teilzeitbeschäftigten und Schichtarbeiter bestand. Lediglich im Gesamtindex[2] „Betriebliche Gesundheitsförderung" wiesen die „Teilnehmer 1997 und 2003" mit durchschnittlich 18,8 Punkten einen signifikant höheren Wert auf als die „Nur-Teilnehmer 1997" mit einer Durchschnittspunktzahl von 15,4 (Tabelle 11).

Insgesamt wird deutlich, dass die Repräsentativität der Längsschnittstichprobe 2003 in wichtigen Betriebsdaten erhalten bleibt, es jedoch dahingehend Verzerrungen gibt, dass eher Unternehmen mit einem höheren Niveau betrieblicher Gesundheitsförderung die Bereitschaft zeigten, an der Wiederholungsbefragung teilzunehmen.

Auskunftsgebende Personen 2003

In erster Linie beantworteten Betriebs- bzw. Personalräte in den Unternehmen den Fragebogen (96,3%). 3,0% der Erhebungsbögen wurde von der Geschäftsleitung und 0,7% von der Personalabteilung in den Betrieben ausgefüllt.

2.4 Auswertung der Daten

Im ersten Schritt gilt das Interesse der querschnittlichen Betrachtung der 2003 erhobenen Daten. Es werden die Mittelwerte bzw. Häufigkeitsverteilungen in den erfassten Variablen dargestellt. Die Mittelwertvergleiche erfolgen mit Hilfe des t-Tests für unabhängige Stichproben bzw. mittels der dreifaktoriellen Varianzanalyse in Abhängigkeit von der Branche, dem Bundesland und der Betriebsgrößenklasse. Es werden folgende Betriebsgrößenklassen unterschieden:

- Größenklasse 1: 1000 und mehr Mitarbeiter
- Größenklasse 2: 500 bis 999 Mitarbeiter
- Größenklasse 3: 200 bis 499 Mitarbeiter
- Größenklasse 4: 50 bis 199 Mitarbeiter

Im zweiten Schritt gilt das Interesse der längsschnittlichen Betrachtung. Der Vergleich der Umfragedaten zu Testzeitpunkt 1 [T1] mit den Daten zu Testzeitpunkt 2 [T2] erfolgt bei den intervallskalierten Daten mit Hilfe des t-Tests für abhängige Stichproben.

In die längsschnittliche Betrachtung können nur die 150 Unternehmen einbezogen werden, die zu beiden Zeitpunkten an der Befragung teilnahmen. Dies ist der Grund dafür, dass zu T1 die Ergebnisse der „Teilnehmer 1997 und 2003" (N = 150) nicht ganz identisch mit den bereits veröffentlichten Ergebnissen der Gesamtstichprobe 1997 (N = 447) sind (Gröben & Bös, 1999). Da sich die empirischen Befunde der Teil- und Gesamtstichprobe zu T1 nur geringfügig unterscheiden und nicht zu divergierenden Grundaussagen führen, werden im Folgenden ausschließlich die Ergebnisse der 150 Unternehmen der Längsschnittstichprobe 2003 dargestellt.

Einige Variablen wurden nur zu T2 erhoben. Bei diesen Untersuchungsgegenständen muss von der längsschnittlichen Betrachtung abgesehen werden.

In den folgenden Ausführungen werden folgende Abkürzungen verwendet: Mittelwert (MW), Standardabweichung (s), Freiheitsgrade (df), F-Wert (F), T-Wert (T) und Irrtumswahrscheinlichkeit (p).

Wie in den Sozial- und Verhaltenswissenschaften üblich, wird als Grenze für die Irrtumswahrscheinlichkeit 5% festgelegt.

2 Zur Indexbildung „Betriebliche Gesundheitsförderung" vgl. Kapitel 3.3.

3. Ergebnisse

3.1 Allgemeine Betriebsdaten

Die durchschnittliche Betriebsstättengröße betrug 2003 in den befragten Unternehmen 648 Mitarbeiter, wobei keine signifikanten Unterschiede zwischen hessischen und thüringischen Betrieben sowie zwischen Dienstleistern und metallverarbeitendem Gewerbe bestehen (Tabelle 12).

Tabelle 12: Betriebsstättengröße 2003 (Mittelwerte; zweifaktorielle Varianzanalyse)

Bundesland	Hessen	Thüringen	df = 1	F = 1,3	p = 0,26
	769	424			
Branche	Dienstleister	verar. Gewerbe	df = 1	F = 0,0	p = 0,95
	607	587			
Bundesland * Branche			df = 1	F = 0,5	p = 0,49
MW = 648; s = 1706; N = 150; aufgeklärte Varianz: 2%					

Zum Zeitpunkt der Wiederholungsbefragung betrug der Frauenanteil in den Unternehmen im Durchschnitt 34,6%. Der Anteil der Teilzeitbeschäftigten war mit 12,2% und der Anteil der Schichtarbeiter mit 14,3% gering. Unterschiede zwischen den beiden in die Umfrage einbezogenen Branchen zeigen sich dahingehend, dass

- bei den Dienstleistern (52,3%) signifikant mehr Frauen beschäftigt waren als im verarbeitenden Gewerbe (23,6%) (T = 8,8; df = 106; p = 0,00),
- bei den Dienstleistern (23,9%) signifikant mehr Mitarbeiter teilzeitbeschäftigt waren als im verarbeitenden Gewerbe (5,3%) (T = 4,2; df = 60; p = 0,00) und
- im verarbeitenden Gewerbe (17,1%) mehr Personen im Schichtdienst arbeiteten als bei den Dienstleistern (9,6%), wobei dieser Unterschied statistisch nicht bedeutsam wird (T = -1,6; df = 104; p = 0,11).

Größere Umstrukturierungen der Aufbau- und Ablauforganisation fanden im Vorjahr der Wiederholungsbefragung in der Hälfte der Betriebe statt (49,3%). Diese hatte in den betroffenen Unternehmen im Durchschnitt auf die Tätigkeit eines jeden achten Beschäftigten Auswirkungen. Größere Umstrukturierungen der Aufbau- und Ablauforganisation stehen in 30,0% der Unternehmen unmittelbar bevor. In diesen Betrieben wird davon voraussichtlich im Durchschnitt jeder fünfte Mitarbeiter betroffen sein.

Längsschnittliche Betrachtung 1997 – 2003

In den 150 Betrieben der Wiederholungsbefragung waren 1997 im Durchschnitt 675 Mitarbeiter beschäftigt (2003: 648 Mitarbeiter), womit sich die Mitarbeiterzahl im Untersuchungszeitraum nicht signifikant verändert hat (T = -0,4; df = 148; p = 0,67). Auch hinsichtlich des Anteils der Frauen (T = 1,0; df = 113; p = 0,31), Teilzeitbeschäftigten (T = 1,1; df = 94; p = 0,29) und Schichtarbeiter (T = 0,9; df = 106; p = 0,37) gab es in den Betrieben seit 1997 keine signifikanten Veränderungen.

3.2 Arbeits- und Gesundheitsschutz

Der Arbeitsschutz umfasst alle rechtlichen, organisatorischen, technischen und medizinischen Maßnahmen, die dazu beitragen, die körperliche, seelische und soziale Unversehrtheit der Beschäftigten zu schützen. Demzufolge beschäftigt sich der Arbeitsschutz zum einen mit der Prävention von Gefahren, Schäden, Belä-

stigungen und Belastungen am Arbeitsplatz und zum anderen mit der „menschengerechten" Gestaltung der Arbeitswelt durch entsprechende Arbeitsplätze, Arbeitsabläufe und Arbeitsumgebungen.

Mit dem Arbeitssicherheitsgesetz (AsiG) im Jahr 1974 wurden Unternehmen verpflichtet, inner- oder überbetriebliche Ärzte und Sicherheitsingenieure zu bestellen. Außerdem wurde im AsiG die Zusammenarbeit der betrieblichen Akteure (Arbeitgeber, Betriebs- bzw. Personalrat, Betriebsarzt und Fachkraft für Arbeitssicherheit) im Arbeitsschutzausschuss festgelegt, dessen Aufgabe es ist, bei Problemen im Arbeits- und Gesundheitsschutz zu beraten und notwendige Entscheidungen vorzubereiten.

Im neuen europäischen Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG), das in Deutschland 1996 in Kraft trat, wurde der Präventionsgedanke gestärkt und eine erste Verbindung zwischen Arbeitsschutz und betrieblicher Gesundheitsförderung hergestellt.

Im Folgenden gilt das Interesse folgenden Untersuchungsgegenständen:

- Fehlzeiten aufgrund von Arbeitsunfähigkeit
- Betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung
- Betriebsvereinbarungen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz
- Belastungen am Arbeitsplatz
- Berufskrankheiten
- Arbeitsunfälle
- Beratung im Arbeits- und Gesundheitsschutz
- Subjektive Wertschätzung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes

3.2.1 Fehlzeiten aufgrund von Arbeitsunfähigkeit[3]

Angaben zur Fehlzeitenquote an ihrer Betriebsstätte machten nur 82 Unternehmen. Diese betrug 2002 im Durchschnitt 4,7% (Minimum: 0,4%; Maximum: 20,0%). Signifikante Unterschiede in der Fehlzeitenquote gibt es weder in Abhängigkeit vom Bundesland und der Branche noch in Abhängigkeit von der Betriebsgröße (Tabelle 13).

Tabelle 13: Fehlzeitenquote im Jahr 2002 (Mittelwerte; dreifaktorielle Varianzanalyse)

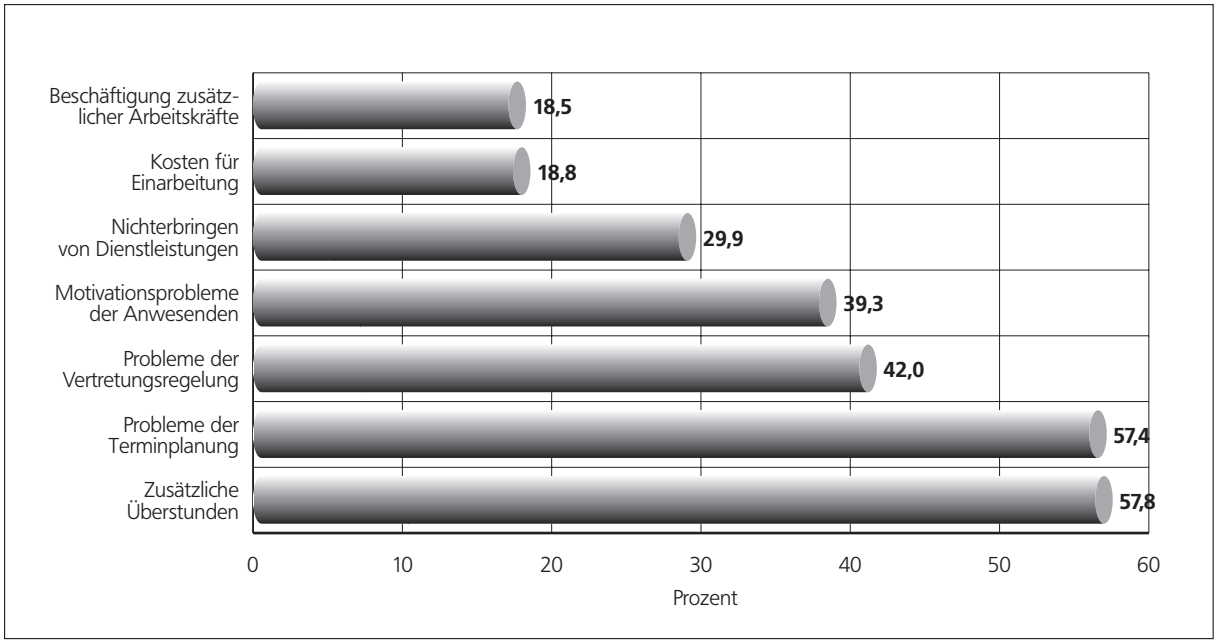
Bundesland	Hessen		Thüringen		df = 1	F = 0,0	p = 0,88
	4,6		4,8				
Branche	Dienstleister		verar. Gewerbe		df = 1	F = 0,2	p = 0,63
	4,2		4,9				
Größenklasse	≥ 1000	500-999	200-499	50-199	df = 3	F = 0,1	p = 0,95
	4,5	4,7	4,4	5,1			
Bundesland * Branche					df = 1	F = 0,8	p = 0,34
Bundesland * Größenklasse					df = 3	F = 0,1	p = 0,95
Branche * Größenklasse					df = 3	F = 0,5	p = 0,69
Bundesland * Branche * Größenklasse					df = 2	F = 0,6	p = 0,54
MW = 4,7; s = 2,5; N = 82; aufgeklärte Varianz: 12%							

3 Daten zu Fehlzeiten aufgrund von Arbeitsunfähigkeit wurden nur in der Befragung von 2003 erhoben.

Laut Fehlzeiten-Report 2003 betrug der Krankenstand der AOK-Mitglieder im Jahr 2002 im Bundesdurchschnitt 5,2%, wobei die Fehlzeitenquote in Hessen (5,7%) höher war als in Thüringen (5,4%) und im metallverarbeitenden Gewerbe (5,5%) höher war als bei den Dienstleistern (4,8%) (Vetter, Küsgens & Dold, 2003). Dass der im Fehlzeiten-Report 2003 ausgewiesene Krankenstand in Hessen und Thüringen 2002 höher war als die in der vorliegenden Studie ermittelte Fehlzeitenquote lässt sich nicht nur mit der Beschränkung des Reports auf AOK-Mitglieder erklären, sondern auch mit der Erfassungsmethode: Während bei der AOK in die Berechnung der Arbeitsunfähigkeitszeiten auch Wochenenden und Feiertage eingehen – sofern sie in den Zeitraum der Krankschreibung fallen – werden bei betriebsinternen Statistiken nur die Arbeitstage berücksichtigt.

In der vorliegenden Untersuchung wurden die Interviewpartner auch gefragt, welche Probleme Fehlzeiten aufgrund von Arbeitsunfähigkeit in ihrem Betrieb aufwerfen (Abbildung 2).

Abbildung 2: Probleme, die Fehlzeiten an der Betriebsstätte aufwerfen, 2003 (in %; N > 94)



Am häufigsten wurde das Erbringen zusätzlicher Überstunden (57,8%) sowie Schwierigkeiten bei der Terminplanung (57,4) genannt. Es folgen Probleme bei der Vertretungsregelung (42,0%), Motivationsprobleme der Anwesenden (39,3%) und das Nichterbringen von Dienstleistungen (29,9%). Kosten für Einarbeitung und die Beschäftigung zusätzlicher Arbeitskräfte wurden nur von 18,8% bzw. 18,5% der Betriebe angegeben.

Eine Umfrage mit Führungskräften zur Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung zeigt, dass in Hessen und Thüringen im öffentlichen Dienst die Fehlzeitenquote mit 6,7% wesentlich höher ist als in der Dienstleistungs- und Metallbranche. Die größten Schwierigkeiten, die Fehlzeiten in den befragten Dienststellen aufwerfen, sind Probleme der Vertretungsregelung (93%), zusätzliche Überstunden (85%) und das Nichterbringen von Dienstleistungen (84%) (Gröben, 2000).

3.2.2 Betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung

Zum Zeitpunkt der Wiederholungsbefragung hatten 95,3% der Unternehmen einen Betriebsarzt bzw. überbetrieblichen arbeitsmedizinischen Dienst sowie 97,7% eine Fachkraft für Arbeitssicherheit bzw. einen überbetrieblichen sicherheitstechnischen Dienst bestellt. In 82,1% der Betriebe gab es einen arbeitsfähigen Arbeitsschutzausschuss.

Tabelle 14: Betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung 2003 nach Bundesland, Branche & Betriebsgröße (in %; N > 126)

Bundesland		Branche		Größenklasse			
Hessen	Thüringen	Dienstleister	verarb. Gewerbe	≥ 1000	500-999	200-499	50-199
(Betriebs-)Arzt							
95,3	95,2	92,3	97,3	100,0	100,0	100,0	89,3
Fachkraft für Arbeitssicherheit							
97,7	97,8	94,1	100,0	100,0	100,0	100,0	94,8
Arbeitsschutzausschuss							
82,4	81,6	73,7	88,0	95,2	95,0	94,7	65,6

Tabelle 14 zeigt, dass eher bei den Dienstleistern als im metallverarbeitenden Gewerbe sowie v.a. in den kleineren Unternehmen mit 50 bis 199 Mitarbeitern Defizite in der betriebsärztlichen und/oder sicherheitstechnischen Betreuung bestehen. Unterschiede zwischen den beiden Bundesländern treten nicht auf.

90,1% der befragten Unternehmen gaben an, dass zu Fragen der Gesundheitsförderung der Betriebsarzt, die Fachkraft für Arbeitssicherheit und/oder der Arbeitsschutzausschuss gehört werden.

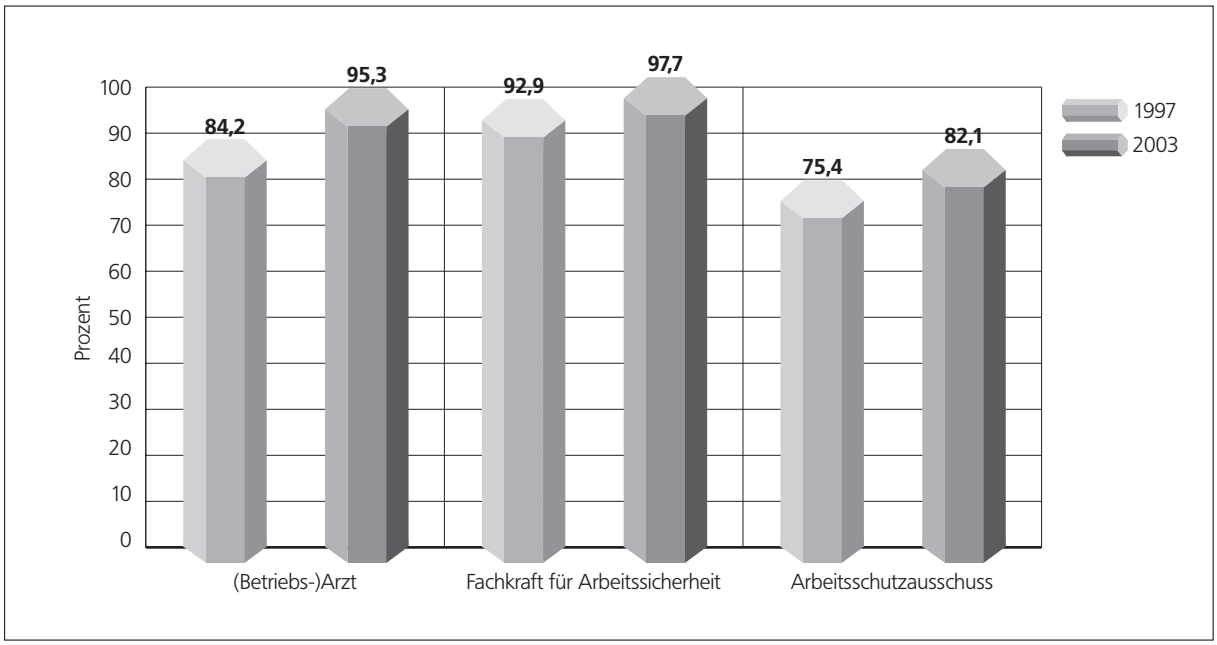
Eine repräsentative Befragung mit Betriebs- und Personalräten aus dem Saarland ergab ebenfalls, dass die Basisanforderungen an den betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz in der Regel erfüllt werden. So hat die Mehrzahl der 250 befragten saarländischen Unternehmen einen Betriebsarzt und eine Fachkraft für Arbeitssicherheit bestellt, wobei auch hier bei den Dienstleistern im Vergleich zum produzierenden Gewerbe häufiger Defizite auftreten (Arbeitskammer des Saarlandes, 2003).

Längsschnittliche Betrachtung 1997 – 2003

Abbildung 3 macht deutlich, dass es 2003 mehr Unternehmen mit einem Betriebsarzt bzw. überbetrieblichen arbeitsmedizinischen Dienst (plus 11,1 Prozentpunkte), mit einer Fachkraft für Arbeitssicherheit bzw. einem überbetrieblichen sicherheitstechnischen Dienst (plus 4,8 Prozentpunkte) sowie mit einem arbeitsfähigen Arbeitsschutzausschuss (plus 6,7 Prozentpunkte) gab als im Jahr 1997.

Die bessere arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Betreuung in den Unternehmen kann damit erklärt werden, dass Ende der 1990er Jahre die Unfallverhütungsvorschriften bezüglich der Einsatzzeiten der Arbeitsmediziner geändert wurden.

Abbildung 3: Betriebsärztliche und sicherheitstechnische Betreuung 1997 und 2003 (in %; N >143)



Auch der Anteil der Betriebe, in denen zu Fragen der Gesundheitsförderung der Betriebsarzt, die Fachkraft für Arbeitssicherheit und/oder der Arbeitsschutzausschuss gehört werden, hat sich seit 1997 von 80,7% auf 90,1% im Jahr 2003 erhöht. Das heißt, dass heute die arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Fachkräfte in den Betrieben einen größeren Einfluss auf die Gestaltung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen nehmen können als früher.

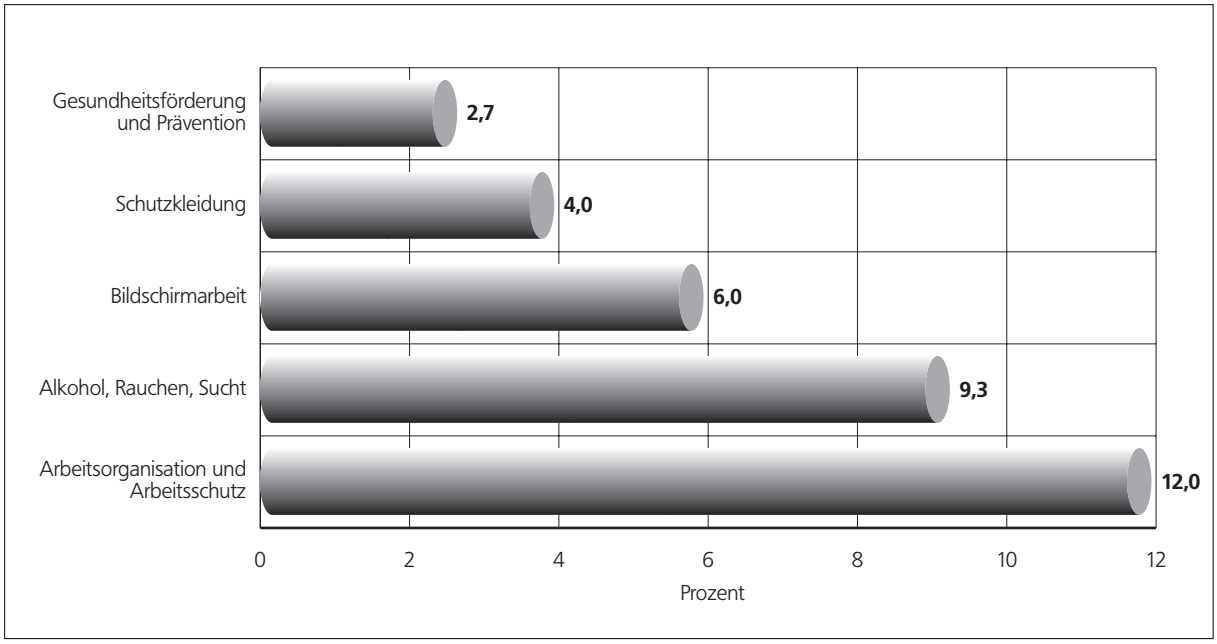
3.2.3 Betriebsvereinbarungen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz

Betriebsvereinbarungen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz bestanden 2003 in 38,5% der befragten Betriebe, wobei in Hessen (41,1%) mehr Unternehmen solche Vereinbarungen formuliert haben als in Thüringen (33,3%). Während von den Unternehmen mit weniger als 500 Mitarbeitern nur in etwa einem Drittel Betriebsvereinbarungen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz bestehen, ist dieser Anteil in den Betrieben mit 500 bis 999 (50,0%) bzw. mindestens 1000 Beschäftigten (65,0%) erheblich höher. Unterschiede zwischen Dienstleistern und metallverarbeitendem Gewerbe treten nicht auf (Tabelle 15).

Tabelle 15: Betriebsvereinbarungen 2003 nach Bundesland, Branche & Betriebsgröße (in %; N = 143)

Bundesland		Branche		Größenklasse			
Hessen	Thüringen	Dienstleister	verarb. Gewerbe	≥ 1000	500-999	200-499	50-199
41,1	33,3	38,9	38,2	65,0	50,0	29,3	31,7

Abbildung 4: Betriebsvereinbarungen 2003 (Mehrfachnennungen waren möglich; in %; N = 150)



In den meisten Unternehmen, nämlich in 12,0%, bestehen Vereinbarungen zur Arbeitsorganisation und zum Arbeitsschutz. Es folgen Übereinkünfte zur Suchtprävention (9,3%), Bildschirmarbeit (6,0%), Schutzkleidung (4,0%) und Gesundheitsförderung bzw. Prävention (2,7%) (Abbildung 4).

Längsschnittliche Betrachtung 1997 – 2003

Die Zahl der Betriebe mit Vereinbarungen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz hat sich seit 1997 von 35,1% leicht um 3,4 Prozentpunkte auf 38,5% im Jahr 2003 erhöht. Zum Zeitpunkt der Erstbefragung gab es in 9,3% der Unternehmen Betriebsvereinbarungen zur Arbeitsorganisation und zum Arbeitsschutz sowie zur Bildschirmarbeit, gefolgt von Vereinbarungen zur Suchtprävention (8,0%), Gesundheitsförderung bzw. Prävention (2,7%) und Schutzkleidung (1,3%).

Betriebsvereinbarungen zur Suchtprävention können auf eine 25-jährige Geschichte zurückblicken. Menschen mit Alkoholproblemen sind überall in der Arbeitswelt und auf allen Hierarchieebenen zu finden. Unternehmen wissen heutzutage, dass sie, wenn sie frühzeitig intervenieren und Hilfe anbieten, Betroffenen eine realistische Chance für den Verbleib bzw. den Wiedereinstieg in ihre berufliche und soziale Umwelt ermöglichen. Viele Unternehmen haben auf die innerbetriebliche Abhängigkeitsproblematik noch keine Antwort gefunden. Sie gehen in der Regel nach zwei Mustern vor:

- Bei geringstem Verdacht auf Abhängigkeit wird der Betroffene entlassen. Probleme dabei sind: Die Firma verliert eventuell einen hochqualifizierten Mitarbeiter, in den sie hohe Ausbildungskosten investiert hat. Der Entlassene selbst wird vermutlich jedoch nicht dazu bewegt, sich mit seiner Abhängigkeit auseinanderzusetzen.
- Betroffene Mitarbeiter sind im ganzen Betrieb wegen ihres gesteigerten Alkoholkonsums bekannt. Da sie in der Regel freundlich und hilfsbereit sind, schaut man gutmütig über ihre „Unzulänglichkeiten" hinweg und erledigt sogar gelegentlich die von ihnen nicht verrichtete Arbeit „so nebenbei" mit.

Eine Alternative zu diesem Vorgehen kann ein Vorgesetzter initiieren, indem er den Betroffenen nicht über Jahre hinweg in die Abhängigkeit „begleitet", sondern die eigene Führungsfunktion wahrnimmt. Eine Dienstvereinbarung aus dem Versicherungsgewerbe zum Beispiel betont bei der betrieblichen Suchtprävention die Bedeutung von Information über das Entstehen von Abhängigkeiten sowie die Wichtigkeit des Vermeidens suchtverstärkender Strukturen und den Rang von Schulungsmaßnahmen (Gröben, 2003):

Ziele der Dienstvereinbarung

[...] Ein weiteres Ziel ist die Vorsorge (Prävention). Dazu gehören insbesondere

- Information und Aufklärung über Ursachen und Wirkungszusammenhänge von Suchterkrankungen,
- Vermeidung und Beseitigung von Risiken und Umständen, die Missbrauchs- und Suchtverhalten fördern,
- erforderliche Schulungsmaßnahmen für Führungskräfte, Personalräte und ggf. betriebliche Suchthelfer. [...]

Wirksame Aufklärung ist die vorrangige Aufgabe der Prävention. Sie erfolgt z.B. durch

- Informationsveranstaltungen,
- themenbezogene Veröffentlichungen, z.B. in Hauszeitungen.

Versicherungsgewerbe

Erste Betriebsvereinbarungen zur Bildschirmarbeit wurden in den 1980er Jahren geschlossen. Unternehmen begannen, in größerem Maßstab Bildschirmarbeitsplätze einzurichten. Mit dieser neuen Technik waren zunächst Ängste vor dem Rationalisierungspotenzial verbunden. Beschäftigte befürchteten, dass der Persönlichkeits- und Datenschutz verletzt und ihre Gesundheit beeinträchtigt würden. Inzwischen sind elektronische Datenverarbeitungssysteme und Kommunikationstechniken unverzichtbar. Ihre Vorzüge wurden erkannt. Am besten kommen diese zur Geltung, wenn Geräte, Software und Arbeitsorganisation entsprechend aufeinander abgestimmt werden. Die folgende Betriebsvereinbarung eines Fahrzeugherstellers zur Bildschirmarbeit zeigt, dass das Beachten solcher Aspekte zur Förderung der Gesundheit beitragen kann (Gröben, 2003):

Grundsätze zum Gesundheitsschutz

Die Regeln, Normen und Vorschriften zur Gestaltung von Bildschirmarbeitsplätzen sollten nicht als Ballast empfunden werden, sondern als Chance, um durch eine bessere Gestaltung und eine bessere Arbeitsorganisation zu einer Reduzierung der Belastung und zu besseren sowie schnelleren Abläufen zu gelangen. Im weitesten Sinne wird durch gute Gestaltung der Bildschirmarbeitsplätze, die ständig im Büro und in der Produktion zunehmen, auch ein Beitrag zur Reduzierung des Krankenstandes und zur Arbeitszufriedenheit der Beschäftigten geleistet. [...]

Fahrzeughersteller von Kraftwagenteilen

3.2.4 Belastungen am Arbeitsplatz[4]

Die Unternehmen wurden gefragt, ob es an ihrer Betriebsstätte Arbeitsplätze mit starken Belastungen durch spezifische Einflussfaktoren gibt. Insgesamt wurden 22 verschiedene Belastungen abgefragt. Im Durchschnitt nannten die Betrieben 6,7 Belastungsfaktoren, wobei im metallverarbeitenden Gewerbe (8,1 Belastungen) signifikant mehr Belastungen auftreten als bei den Dienstleistern (4,1 Belastungen). Signifikante Unterschiede in Abhängigkeit vom Bundesland und der Betriebsgröße bestehen nicht (Tabelle 16).

4 Daten zu Belastungen am Arbeitsplatz wurden nur in der Befragung von 2003 erhoben.

Tabelle 16: Anzahl der Belastungen am Arbeitsplatz 2003 (Mittelwerte; dreifaktorielle Varianzanalyse)

Bundesland	Hessen		Thüringen		df = 1	F = 0,0	p = 0,99
	7,1		6,0				
Branche	Dienstleister		verar. Gewerbe		df = 1	F = 9,2	p = ***0,00***
	4,1		8,1				
Größenklasse	≥ 1000	500-999	200-499	50-199	df = 3	F = 1,7	p = 0,17
	9,0	6,5	7,2	5,9			
Bundesland * Branche					df = 1	F = 0,7	p = 0,40
Bundesland * Größenklasse					df = 3	F = 1,0	p = 0,38
Branche * Größenklasse					df = 3	F = 0,5	p = 0,68

MW = 6,7; s = 4,7; N = 78; aufgeklärte Varianz: 29%

Global betrachtet wurden am häufigsten als Belastungsfaktoren Zeitdruck (77,9%), Heben – Traben (65,0), Über- bzw. Unterforderung (57,9%), Lärm (52,5%) sowie mechanische Gefährdungen (50,4%) genannt.

Dabei gaben die Dienstleister am häufigsten an, dass es in ihrem Betrieb Arbeitsplätze mit starken Belastungen durch Zeitdruck (67,3%), Heben – Tragen (60,0%), Über- bzw. Unterforderung (56,3%), Publikumsverkehr (49,1%) und Kommunikationsprobleme (38,5%) gibt.

Die Betriebe des metallverarbeitenden Gewerbes nannten am häufigsten Zeitdruck (85,2%), Lärm (70,5%), Heben – Tragen (68,2%), mechanische Gefährdungen (65,9%) und Gefahrstoffe (65,5%) als Belastungsfaktoren (Tabelle 17).

Tabelle 17: Meistgenannte Belastungen am Arbeitsplatz 2003 (Mehrfachnennungen waren möglich; in %; N >107)

	total	**Dienstleister**	**verarbeitendes Gewerbe**
Zeitdruck	77,9	67,3	85,2
Heben – Tragen	65,0	60,0	68,2
Über- bzw. Unterforderung	57,9	56,3	59,0
Lärm	52,5	22,6	70,5
Mechanische Gefährdungen	50,4	25,5	65,9
Umgang mit Gefahrstoffen	47,5	17,3	65,5
Klima	45,4	36,5	51,3
Kommunikationsprobleme	43,4	38,5	46,8
Elektrische Gefährdungen	43,2	25,5	54,3
Informationsprobleme	40,8	32,7	46,1
Staub	39,4	25,5	48,2
Publikumsverkehr	30,8	49,1	18,8
Mobbing	30,6	37,5	26,5
Monotonie	29,2	29,4	29,1

Wesentlich häufiger als in Dienstleistungsbetrieben gibt es in den Betrieben des metallverarbeitenden Gewerbes Arbeitsplätze mit starken Belastungen durch Zeitdruck, Lärm, Gefahrstoffe, mechanische und elektrische Gefährdungen sowie Staub. Belastungen durch Publikumsverkehr hingegen treten häufiger bei den Dienstleistern als in Unternehmen des metallverarbeitenden Gewerbes auf (Tabelle 17).

Ein Abgleich mit den Ergebnissen einer repräsentativen Befragung mit abhängig beschäftigten Arbeitnehmern in Nordrhein-Westfalen zeigt, dass die Befunde verallgemeinert werden können. Dort gab mindestens die Hälfte aller Beschäftigten an, etwas bzw. stark von hoher Verantwortung (73%), hohem Zeitdruck (68%), Überforderung durch die Arbeitsmenge (58%) und geringe Handlungsspielräume (51%) betroffen zu sein (MASQT, 2001).

3.2.5 Berufskrankheiten

Anzeigen von Berufskrankheiten gibt es in 13,7% der 150 befragten Unternehmen. Tabelle 18 macht deutlich, dass in hessischen (17,6%) eher als in thüringischen (6,5%) Betrieben, im metallverarbeitenden Gewerbe (20,7%) häufiger als bei Dienstleistern (2,0%) sowie in Unternehmen mit mindestens 1000 Beschäftigten (23,5%) eher als in kleineren Betrieben Anzeigen von Berufskrankheiten vorliegen.

Tabelle 18: Anzeigen von Berufskrankheiten 2003 nach Bundesland, Branche & Betriebsgröße (in %; N = 131)

Bundesland		Branche		Größenklasse			
Hessen	Thüringen	Dienstleister	verarb. Gewerbe	≥ 1000	500-999	200-499	50-199
17,6	6,5	2,0	20,7	23,5	15,8	16,2	8,6

Im metallverarbeitenden Gewerbe wurde die Asbestose in 7,7% der befragten Unternehmen angezeigt, Rückenbeschwerden und die Lärmschwerhörigkeit in je 5,5% der Betriebe sowie Allergien in 3,0% der Betriebe (Tabelle 19).

Tabelle 19: Berufskrankheiten 2003 (Mehrfachnennungen waren möglich; in %; N = 150)

	total	**Dienstleister**	**verarbeitendes Gewerbe**
Asbestose	5,3	1,7	7,7
Rückenbeschwerden	4,0	1,7	5,5
Lärmschwerhörigkeit	3,3	-	5,5
Allergien	2,0	-	3,0
Atemwegserkrankungen	1,3	-	2,2
Hauterkrankungen	0,7	-	1,1

Im Jahr 2002 lagen bundesweit 62472 Anzeigen auf Verdacht einer Berufskrankheit vor, von denen die gewerblichen Berufsgenossenschaften 16669 anerkannt haben. Davon traten 4816 in der Metallbranche und nur 931 im Bereich „Handel und Verwaltung“ auf. Mehr als ein Drittel (6673 Fälle) der anerkannten Berufskrankheiten entfällt auf Erkrankungen aufgrund von Lärmeinwirkung. Ein weiteres Drittel (5345 Fälle) wurde durch anorganische Stäube verursacht; hierbei handelt es sich vor allem um die Asbestose und Silikose. Die drittgrößte Gruppe bilden mit einem Anteil von 8,9% (1478 Fälle) anerkannte Hautkrankheiten (Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, 2004a).

Längsschnittliche Betrachtung 1997 – 2003

Im Jahr 1997 war der Anteil der Unternehmen, in denen es zu Anzeigen von Berufskrankheiten kam, über doppelt so hoch wie im Jahr 2003, er lag bei 31,0%. Auch 1997 wurden im metallverarbeitenden Gewerbe (42,3%) häufiger als bei den Dienstleistern (12,5%) Berufskrankheiten angezeigt. In den meisten Betrieben wurde die Lärmschwerhörigkeit gemeldet (DL: 1,7%; VG: 16,5%), gefolgt von Allergien (DL: 0,0%; VG: 9,9%), Rückenbeschwerden (DL: 3,4%; VG: 6,6%), Hauterkrankungen (DL: 1,7%; VG: 5,5%), Asbestose (DL: 0,0%; VG: 4,4%) und Silikose (DL: 1,7%; VG: 2,2%).

3.2.6 Arbeitsunfälle[5]

Insgesamt wurden in den 150 befragten Betrieben im Jahr 2002 1249 Arbeitsunfälle registriert. Damit entfallen im Durchschnitt auf 1000 Beschäftigte 26,2 Arbeitsunfälle. Signifikante Unterschiede gibt es weder in Abhängigkeit vom Bundesland und der Branche, noch in Abhängigkeit von der Betriebsgröße (Tabelle 20).

Tabelle 20: Arbeitsunfälle je 1000 Beschäftigte im Jahr 2002 (Mittelwerte; dreifaktorielle Varianzanalyse)

Bundesland	Hessen		Thüringen		df = 1	F = 0,0	p = 0,92
	24,2		30,2				
Branche	Dienstleister		verar. Gewerbe		df = 1	F = 0,0	p = 0,89
	25,1		27,0				
Größenklasse	≥ 1000	500-999	200-499	50-199	df = 3	F = 1,9	p = 0,14
	16,7	14,1	27,0	33,2			
Bundesland * Branche					df = 1	F = 0,0	p = 0,90
Bundesland * Größenklasse					df = 3	F = 0,2	p = 0,88
Branche * Größenklasse					df = 3	F = 0,4	p = 0,79
Bundesland * Branche * Größenklasse					df = 2	F = 0,7	p = 0,57

MW = 26,2; s = 26,3; N = 114; aufgeklärte Varianz: 3%

Der Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (2004b) weist für das Jahr 2002 im Bundesdurchschnitt 32,5 meldepflichtige Arbeitsunfälle je 1000 Vollarbeiter aus, wobei nach dieser Statistik wesentlich mehr Arbeitsunfälle in der Metallbranche (49,8 Unfälle ja 1000 Vollarbeiter) als im Bereich „Handel und Verwaltung" (19,8 Unfälle ja 1000 Vollarbeiter) geschehen.

3.2.7 Beratung im Arbeits- und Gesundheitsschutz[6]

Kontakt (Beratung, Besichtigung etc.) zu Mitarbeitern der Präventionsabteilung der Unfallversicherungsträger hatten in den drei Jahren vor der Wiederholungsbefragung 72,4% der befragten Unternehmen, zum Amt für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik 79,7% und zu sonstigen (Krankenkassen etc.) 44,4% der Betriebe.

5 Daten zu Arbeitsunfällen wurden nur in der Befragung von 2003 erhoben.

6 Daten zur Beratung im Arbeits- und Gesundheitsschutz wurden nur in der Befragung von 2003 erhoben.

Tabelle 21: Beratung im Arbeits- und Gesundheitsschutz 2003 nach Bundesland, Branche & Betriebsgröße (in %; N > 107)

Bundesland		Branche		Größenklasse			
Hessen	Thüringen	Dienstleister	verarb. Gewerbe	≥ 1000	500-999	200-499	50-199
Kontakt zu Unfallversicherungsträgern							
69,3	78,0	55,9	79,3	83,3	73,3	85,7	58,3
Kontakt zum Amt für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik							
78,5	81,8	73,8	82,7	77,8	93,8	89,2	69,2
Kontakt zu sonstigen (z.B. Krankenkassen)							
44,3	44,7	40,5	53,5	81,3	73,3	42,9	24,5

Tabelle 21 zeigt, dass sich eher thüringische als hessische Betriebe, eher Unternehmen des metallverarbeitenden Gewerbes als Dienstleister sowie eher größere Betriebe als Unternehmen mit 50 bis 199 Beschäftigten in Fragen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes von den Unfallversicherungsträgern, dem Amt für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik sowie sonstigen Präventionseinrichtungen beraten lassen.

Auffällig sind die Defizite in der Beratung durch die Institutionen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Hier werden offenbar nur die größeren Unternehmen erreicht. Nachholbedarf besteht sowohl für die Gruppe der Betriebe mit 200 bis 499 Mitarbeitern wie noch stärker für Betriebe mit 50 bis 199 Beschäftigten, obwohl in diesem Segment die Krankenkassen 46% ihrer Beratungsprojekte im Jahr 2002 durchgeführt haben (Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, 2002).

3.2.8 Subjektive Wertschätzung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes[7]

Die Interviewpartner wurden gefragt, ob sie persönlich der Ansicht sind, dass effektiver Arbeitsschutz zur Steigerung des Arbeitsergebnisses ihrer Betriebsstätte beiträgt. Das Ergebnis fällt eindeutig aus: 55,8% antworteten mit „ja", 25,8% mit „eher schon", 12,2% mit „eher nicht" und 6,2% mit „nein".

Tabelle 22: Hohe Wertschätzung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes 2003 nach Bundesland, Branche & Betriebsgröße (in %; N = 147)

Bundesland		Branche		Größenklasse			
Hessen	Thüringen	Dienstleister	verarb. Gewerbe	≥ 1000	500-999	200-499	50-199
77,1	90,2	73,2	86,8	95,2	87,0	80,5	75,8

Die befragten Unternehmen wurden in Betriebe mit hoher Wertschätzung (Antworten: „ja" und „eher schon") bzw. geringer Wertschätzung (Antworten: „eher nicht" und „nein") des Arbeits- und Gesundheitsschutzes unterteilt. Tabelle 22 zeigt, dass mehr thüringische (90,2%) als hessische (77,1%) sowie eher Betriebe des metallverarbeitenden Gewerbes (86,8%) als Dienstleister (73,2%) der Meinung sind, dass effektiver Arbeitsschutz einen positiven Einfluss auf das Arbeitsergebnis hat. Weiterhin nimmt der Anteil der Unternehmen mit hoher Wertschätzung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes von 95,2% bei den Betrieben der Größenklasse eins auf 75,8% bei den Betrieben der Größenklasse vier kontinuierlich ab.

7 Daten zur subjektiven Wertschätzung wurden nur in der Befragung von 2003 erhoben.

3.3 Betriebliche Gesundheitsförderung

Die ersten systematischen Ansätze zu einer betrieblichen Gesundheitsförderung erfolgten in Deutschland Mitte der 1980er Jahre. In den Paragraphen 1 und 20 des fünften Sozialgesetzbuches wurden die Krankenkassen aufgefordert, Maßnahmen zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren in Betrieben einzuleiten. Mit Inkrafttreten des neuen europäischen Arbeitsschutzrechtes im Jahr 1996 wurden die Befugnisse der Krankenkassen im betrieblichen Gesundheitsschutz erheblich reduziert und die der Unfallversicherungsträger ausgebaut. Diese haben nun in Kooperation mit den Krankenkassen einen erweiterten Präventionsauftrag, in dessen Rahmen nicht nur Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten, sondern auch arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten sind.

Mit dem Ziel, Gesundheitsförderungsmaßnahmen, die in den Betrieben angeboten werden, möglichst umfassen zu erheben, wurde den Interviewpartnern eine Liste mit 36 potenziellen Angeboten vorgelegt. Sie sollten angeben, ob die entsprechende Maßnahme in ihrem Unternehmen durchgeführt wird oder wurde. Es bestanden die fünf Antwortmöglichkeiten „abgeschlossen", „werden derzeit erprobt", „werden ab und zu durchgeführt", „sind Routine" und „geplant".

Um das Niveau der betrieblichen Gesundheitsförderung umfassender betrachten zu können als dies aufgrund der Einzelaussagen möglich ist, wurde ein Gesamtindex „Betriebliche Gesundheitsförderung" ermittelt (Gröben & Bös, 1999), wobei die 36 Items zu den drei Subskalen „Bedarfsanalyse", „Verhaltensprävention" und „Verhältnisprävention" zusammengefasst wurden (Tabelle 23).

Tabelle 23: Indexbildung „Betriebliche Gesundheitsförderung"

Bewertung	Maßnahme	erreichbare Punktzahl			
		nichts (0)	gering (1)	mittel (2)	hoch (3)
Bedarfsanalyse					
3	Gesundheitsbericht	0	3	6	9
3	Gesundheitszirkel	0	3	6	9
2	Analysen (Gefährdungsbeurteilung & Ermittlung psychischer Belastungen)*	0	2	4	6
1	Mitarbeiterbefragungen	0	1	2	3
1	Fehlzeitenauswertung	0	1	2	3
Verhaltensprävention					
1	Entspannungsprogramme	0	1	2	3
2	Bewegungsprogramme	0	2	4	6
1	Herz-Kreislauf-Training	0	1	2	3
1	Krebsvorsorge	0	1	2	3
1	Ernährungsprogramme	0	1	2	3
2	Suchtprävention	0	2	4	6
2	Bewältigung von Mobbing	0	2	4	6
2	Führungskräfteseminare	0	2	4	6
2	Konfliktbewältigungsseminare	0	2	4	6
2	Kommunikationstraining	0	2	4	6
2	Bewältigung von Schichtarbeit	0	2	4	6
1	Übergang in den Ruhestand	0	1	2	3
2	Seminare zu Teamwork	0	2	4	6
2	Sport-, Theater-, Freizeitgruppe & Kinderbetreuung*	0	2	4	6

* Zenfassung verschiedener Items zu einem Bereich

Bewertung	Maßnahme	erreichbare Punktzahl			
		nichts (0)	gering (1)	mittel (2)	hoch (3)
Verhältnisprävention					
1	Umgang mit Gefahrstoffen	0	1	2	3
2	Verbesserung des Arbeitsumfeldes*	0	2	4	6
2	Zeitmodelle*	0	2	4	6
1	Mitarbeiterpartizipation	0	1	2	3
2	Aufbau- & Ablauforganisation	0	2	4	6
3	Gruppenarbeit (nur bei Jobrotation & Jobenrichement/Jobenlargement)	0	3	6	9

Die vier Antwortkategorien „abgeschlossen", „werden derzeit erprobt", „werden ab und zu durchgeführt" und „sind Routine" wurden abhängig von der jeweiligen Maßnahme auf drei Ausprägungen transformiert. Die Antwortmöglichkeit „geplant" wurde bei der Bestimmung des Gesamtindex nicht berücksichtigt.

Jedem Item wurde – ja nach Einschätzung der Bedeutung der einzelnen Maßnahme für eine fachgerechte betriebliche Gesundheitsförderung – ein Bewertungsfaktor zugeordnet (Tabelle 23).

Da u.E. einer fachgerechten Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung jedem der Bereiche Bedarfsanalyse, Verhaltens- und Verhältnisprävention die gleiche Bedeutung zukommt, wurden die Subskalen mittels eines Gewichtungsfaktors gleichgesetzt. Bei einer optimalen Erfüllen aller Kriterien kann somit ein Betrieb in jeder Subskala 33,33 Punkt und im Gesamtindex „Betriebliche Gesundheitsförderung" einen Maximalwert von 100 Punkten erreichen (Tabelle 24).

Tabelle 24: Gesamtindex „Betriebliche Gesundheitsförderung"

	Bedarfs-analyse	Verhaltens-prävention	Verhältnis-prävention
Anzahl der Items	5	14	6
Summe der Gewichte	10	23	11
Maximal erreichbare Punktzahl	30	69	33
Gewichtungsfaktor zur Ermittlung der Gesamtpunktzahl	1,11	0,48	1,01
Maximale Gesamtpunktzahl	33,33	33,33	33,33
total	100		

Um den Ausprägungsgrad der betrieblichen Gesundheitsförderung in den Unternehmen anschaulicher darstellen zu könne, wurde der Gesamtindex in eine Notenskala mit sechs gleich großen Stufen unterteilt. Danach ergibt sich folgende Skalierung für die betriebliche Gesundheitsförderung:

1 (sehr gut)	–	83,4 bis 100,0 Punkte
2 (gut)	–	66,7 bis 83,3 Punkte
3 (befriedigend)	–	50,1 bis 66,6 Punkte
4 (ausreichend)	–	33,4 bis 50,0 Punkte
5 (mangelhaft)	–	16,7 bis 33,3 Punkte
6 (ungenügend)	–	0 bis 16,6 Punkte

Im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung gilt das Interesse folgenden Untersuchungsgegenständen:

- Bedarfsanalyse
- Verhaltensprävention
- Verhältnisprävention
- Gesamtindex „Betriebliche Gesundheitsförderung"
- Erwarteter Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung
- Einflussfaktoren auf das Niveau betrieblicher Gesundheitsförderung
- Initiator und Gründe für das Einführen von betrieblicher Gesundheitsförderung
- Qualitätssicherung der Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung
- Gründe, warum keine betriebliche Gesundheitsförderung angeboten wird
- Geplante Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung

3.3.1 Bedarfsanalyse

Einbezogen werden in die Betrachtung der Bedarfsanalyse folgende fünf Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung:

- Gesundheitsbericht
- Gesundheitszirkel
- Gefährdungsbeurteilung und Belastungsanalyse (Zusammenfassung von zwei Items)
- Mitarbeiterbefragungen
- Auswertung der betrieblichen Fehlzeitendaten

Zum Zeitpunkt der Wiederholungsbefragung führten mindestens eine Maßnahme im Bereich der Bedarfsanalyse 78,7% der befragten Unternehmen durch. Von den meisten Betrieben, nämlich von 63,3%, wurden Gefährdungsbeurteilungen und/oder Belastungsanalysen realisiert. Es folgen die Auswertung der betrieblichen Fehlzeitendaten (57,3%), Mitarbeiterbefragungen (34,0%) und die Erstellung von Gesundheitsberichten (33,3%) (Tabelle 26).

Betrachtet man nun den gewichteten Indexwert der Subskala „Bedarfsanalyse", dann zeigt sich, dass dieser mit durchschnittlich 9,1 Punkten (Minimum: 0 Punkte; Maximum: 33,33 Punkte) gering ist. Signifikante Unterschiede im Ausprägungsgrad der Bedarfsanalyse zeigen sich in Abhängigkeit vom Bundesland und der Betriebsgröße. So erzielen die thüringischen Betriebe (10,0 Punkte) einen signifikant besseren Wert als die hessischen (8,6 Punkte) und die Unternehmen mit mindestens 1000 (15,7 Punkte) bzw. 500 bis 999 Mitarbeitern (12,3 Punkte) signifikant höhere Werte als die Betriebe der Größenklasse drei (7,8 Punkte) und vier (6,6 Punkte) (Tabelle 25).

Tabelle 25: Bedarfsanalyse 2003 (Mittelwerte; Minimum: 0, Maximum: 33,33; dreifaktorielle Varianzanalyse)

Bundesland	Hessen		Thüringen		df = 1	F = 6,6	p = ***0,01***
	8,6		10,0				
Branche	Dienstleister		verar. Gewerbe		df = 1	F = 1,5	p = 0,26
	8,5		9,5				
Größenklasse	≥ 1000	500-999	200-499	50-199	df = 3	F = 9,4	p = ***0,00***
	15,7*	12,3	7,8	6,6			
Bundesland * Branche					df = 1	F = 1,1	p = 0,30
Bundesland * Größenklasse					df = 3	F = 1,8	p = 0,15
Branche * Größenklasse					df = 3	F = 0,1	p = 0,93
Bundesland * Branche * Größenklasse					df = 2	F = 0,3	p = 0,82

MW = 9,1; s = 8,6; N = 150; aufgeklärte Varianz: 16%

Auch die Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2002) resümiert in ihrer Dokumentation primärpräventiver und gesundheitsfördernder Maßnahmen, dass in der Mehrzahl der durchgeführten betrieblichen Gesundheitsförderungsprojekte der Krankenkassen zunächst der Bedarf ermittelt wurde, wobei am häufigsten die Auswertung der Routinedaten der Krankenkassen (72,4%), Arbeitsplatzbegehungen (52,1%), Mitarbeiterbefragungen (40,7%), Arbeitssituationserfassungen (33,8), Bewegungsanalysen am Arbeitsplatz (32,9%) sowie Belastungs- und Gefährdungsermittlungen (31,2%) realisiert wurden.

Längsschnittliche Betrachtung 1997 – 2003

Zu wesentlichen Veränderungen im Bereich der Bedarfsanalyse kam es in den befragten Unternehmen im Untersuchungszeitraum von 1997 bis 2003 nicht.

Tabelle 26: Maßnahmen der Bedarfsanalyse 1997 und 2003 (in %; N = 150)

Maßnahmen	**1997**	**2003**
Analysen	65,3	63,3
Auswertung der Fehlzeiten	46,7	57,3
Mitarbeiterbefragungen	34,0	34,0
Gesundheitsbericht	20,7	33,3
Gesundheitszirkel	9,3	11,3

Zum Zeitpunkt der Erstbefragung führten mindestens eine Maßnahme in diesem Bereich 74,7% der Betriebe durch (2003: 78,7%). Deutlich häufiger als 1997 wurden in den Unternehmen im Jahr 2003 die Fehlzeiten ausgewertet und Gesundheitsberichte erstellt (Tabelle 26).

Auch der gewichtete Indexwert der Subskala „Bedarfsanalyse" hat sich von 1997 (9,2 Punkte) bis 2003 (9,1 Punkten) nicht signifikant verändert (T = -0,14; df = 149; p = 0,89).

3.3.2 Verhaltensprävention

In die Analyse der Verhaltensprävention werden folgende 14 Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung einbezogen:

- Entspannungsprogramme
- Bewegungsprogramme
- Herz-Kreislauf-Training
- Krebsvorsorge
- Ernährungsprogramme
- Suchtprävention
- Bewältigung von Mobbing
- Führungskräfteseminare zur betrieblichen Gesundheitsförderung
- Konfliktbewältigungsseminare
- Kommunikationstraining
- Bewältigung von Schichtarbeit
- Übergang in den Ruhestand
- Seminare zu Teamwork
- Gruppenangebote außerhalb des Betriebes (Zusammenfassung von vier Items)

Mindestens eine Maßnahme im Bereich der Verhaltensprävention führten 2003 55,3% der Unternehmen durch. In den meisten Betrieben haben die Mitarbeiter die Möglichkeit, an einem Gruppenangebot außerhalb des Unternehmens zu partizipieren (29,3%). Alle Unternehmen mit Gruppenangeboten haben Sportgruppen (100%), gefolgt von Freizeit- (18,2%) und Theatergruppen (4,5%). An zweiter Stelle der verhaltenspräventiven Maßnahmen steht das Kommunikationstraining (28,0%), gefolgt von Führungskräfte- (26,7%) und Konfliktbewältigungsseminaren (26,7%), Seminaren zu Teamwork (21,3%) sowie Bewegungs- (18,0%) und Entspannungsprogrammen (14,7%) (Tabelle 28).

Tabelle 27: Verhaltensprävention 2003 (Mittelwerte; Minimum: 0, Maximum: 33,33; dreifaktorielle Varianzanalyse)

Bundesland	Hessen		Thüringen		df = 1	F = 2,4	p = 0,12
	5,0		3,1				
Branche	Dienstleister		verar. Gewerbe		df = 1	F = 0,4	p = 0,51
	4,6		4,3				
Größenklasse	≥ 1000	500-999	200-499	50-199	df = 3	F = 4,2	p = ***0,01***
	10,2*	6,7*	3,7*	2,1			
Bundesland * Branche					df = 1	F = 0,9	p = 0,34
Bundesland * Größenklasse					df = 3	F = 1,2	p = 0,32
Branche * Größenklasse					df = 3	F = 0,89	p = 0,45
Bundesland * Branche * Größenklasse					df = 2	F = 0,3	p = 0,85
MW = 4,4; s = 6,0; N = 150; aufgeklärte Varianz: 19%							

Der durchschnittliche, gewichtete Indexwert der Subskala „Verhaltensprävention" ist mit 4,4 Punkten (Minimum: 0 Punkte; Maximum: 27,92 Punkte) sehr gering. Signifikante Unterschiede im Ausprägungsgrad der Verhaltensprävention zeigen sich nur in Abhängigkeit von der Betriebsgröße. Betriebe mit mindestens 1000 Beschäftigten erzielen von den vier Betriebsgrößenklassen den signifikant höchsten Wert (10,2 Punk-

te). Es folgen die Unternehmen der Größenklasse zwei (6,7 Punkte) und drei (3,7 Punkte). Den signifikant schlechtesten Ausprägungsgrad in der Variable Verhaltensprävention weisen die kleinen Unternehmen mit 50 bis 199 Mitarbeitern auf (2,1 Punkte) (Tabelle 27).

Längsschnittliche Betrachtung 1997 – 2003

Wie bei der Bedarfsanalyse, so kam es auch im Bereich der Verhaltensprävention im Untersuchungszeitraum von 1997 bis 2003 zu keinen wesentlichen Veränderungen. Mindestens eine Maßnahme in diesem Bereich führten zum Zeitpunkt der Erstbefragung 58,0% der Betriebe durch (2003: 55,3%). Häufiger als 1997 wurden 2003 in den Unternehmen Weiterbildungsmaßnahmen wie Führungskräfte- und Konfliktbewältigungsseminare sowie Seminare zum Übergang in den Ruhestand angeboten (Tabelle 28).

Tabelle 28: Maßnahmen der Verhaltensprävention 1997 und 2003 (in %; N = 150)

Maßnahmen	**1997**	**2003**
Kommunikationstraining	31,3	28,0
Gruppen außerhalb des Betriebes	24,7	29,3
Konfliktbewältigungsseminare	21,3	26,7
Führungskräfteseminare	12,0	26,7
Bewegungsprogramme	14,7	18,0
Suchtprävention	16,0	12,7
Entspannungsprogramme	11,3	14,7
Seminare zu Teamwork*	k.A.	21,3
Ernährungsprogramme	8,7	10,7
Herz-Kreislauf-Training	8,7	8,7
Übergang in den Ruhestand	5,3	10,7
Krebsvorsorge	4,7	4,7
Bewältigung von Schichtarbeit	3,3	5,3
Bewältigung von Mobbing*	k.A.	6,0

* Variable wurde nur in der Wiederholungsbefragung 2003 erfasst.

Der durchschnittliche Indexwert der Subskala „Verhaltensprävention" betrug im Jahr 1997 3,6 Punkte (2003: 4,4 Punkte) und hat sich damit im Untersuchungszeitraum nicht signifikant verändert ($T = 1,8$; $df = 149$; $p = 0,08$).

3.3.3 Verhältnisprävention

In die Betrachtung der Verhältnisprävention werden folgende sechs Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung einbezogen:

- Weiterbildungsmaßnahmen zum Umgang mit Gefahrstoffen
- Verbesserung des Arbeitsumfeldes (Zusammenfassung von zwei Items)
- Zeitmodelle (Zusammenfassung von drei Items)
- Mitarbeiterpartizipation
- Gesundheitsgerechte Gestaltung der Aufbau- und Ablauforganisation
- Gruppenarbeit

Mindestens eine Maßnahme im Bereich der Verhältnisprävention führten zum Zeitpunkt der Wiederholungsbefragung 68,0% der befragten Unternehmen durch. An erster Stelle der Maßnahmen steht mit 56,0% die Verbesserung des Arbeitsumfeldes, es folgen Zeitmodelle (48,7%), Seminare zum Umgang mit Gefahrstoffen (32,7%) sowie die gesundheitsgerechte Gestaltung der Aufbau- und Ablauforganisation (24,7%) (Tabelle 30).

Tabelle 29: Verhältnisprävention 2003 (Mittelwerte; Minimum: 0, Maximum: 33,33; dreifaktorielle Varianzanalyse)

Bundesland	Hessen		Thüringen		df = 1	F = 0,2	p = 0,67
	8,5		7,5				
Branche	Dienstleister		verar. Gewerbe		df = 1	F = 1,1	p = 0,30
	6,7		9,1				
Größenklasse	≥ 1000	500-999	200-499	50-199	df = 3	F = 1,4	p = 0,24
	12,7	9,1	8,6	6,1			
Bundesland * Branche					df = 1	F = 0,2	p = 0,67
Bundesland * Größenklasse					df = 3	F = 0,1	p = 0,97
Branche * Größenklasse					df = 3	F = 0,6	p = 0,62
Bundesland * Branche * Größenklasse					df = 2	F = 0,7	p = 0,57

MW = 8,1; s = 8,7; N = 150; aufgeklärte Varianz: 1%

Der gewichtete Indexwert der Subskala „Verhältnisprävention" ist, wie auch bei den anderen beiden Subskalen, mit durchschnittlich 8,1 Punkten (Minimum: 0 Punkte; Maximum: 33,33 Punkte) gering. Signifikante Unterschiede im Ausprägungsgrad der Bedarfsanalyse zeigen sich weder in Abhängigkeit vom Bundesland und der Branche noch in Abhängigkeit von der Betriebsgröße (Tabelle 29).

Auch die Dokumentation der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2001) befasst sich mit verhältnisorientierten Maßnahmen. In den meisten betrieblichen Gesundheitsförderungsprojekten der Krankenkassen wurden die Arbeits- und Ablauforganisation verändert (15,3%), der Arbeitsplatz um- bzw. neugestaltet (9,3%), ergonomische Veränderungen am Arbeitsplatz vorgenommen (8,8%) sowie der Informationsfluss (8,3%) und die Arbeits-, Schicht- bzw. Pausenregelung (7,6%) verbessert.

Längsschnittliche Betrachtung 1997 – 2003

1997 haben mehr Unternehmen als 2003, nämlich 77,3% der befragten Betriebe, mindestens eine Maßnahme im Bereich der Verhältnisprävention durchgeführt (2003: 68,0%). Wie Tabelle 30 zeigt, wurden zum Zeitpunkt der Erstbefragung deutlich häufiger als 2003 Zeitmodelle sowie die Mitarbeiterpartizipation realisiert.

Tabelle 30: Maßnahmen der Verhältnisprävention 1997 und 2003 (in %; N = 150)

Maßnahmen	**1997**	**2003**
Zeitmodelle	60,0	48,7
Verbesserung des Arbeitsumfeldes	55,3	56,0
Umgang mit Gefahrstoffen	36,0	32,7
Aufbau- & Ablauforganisation	24,7	24,7
Mitarbeiterpartizipation	18,0	10,0
Gruppenarbeit	9,3	7,3

Wenngleich die Anzahl der Unternehmen, die Maßnahmen der Verhältnisprävention durchführen, im Untersuchungszeitraum sank, hat sich der Ausprägungsgrad der Subskala „Verhältnisprävention" von 6,0 Punkten im Jahr 1997 auf 8,1 Punkte im Jahr 2003 signifikant erhöht ($T = 2,9$; $df = 149$; $p = 0,01$). Das heißt dass die Unternehmen, die solche Maßnahmen realisieren, dies heute regelmäßiger und umfassender tun als noch vor sechs Jahren.

3.3.4 Gesamtindex „Betriebliche Gesundheitsförderung"

Mindestens eine Maßnahme, ob nun im Bereich der Bedarfsanalyse, Verhaltens- oder Verhältnisprävention, führten im Jahr 2003 124 der 150 befragten Unternehmen durch. Dies entspricht einem Anteil von 82,7%. Keine einzige Maßnahme wurde von 26 Betrieben angeboten (17,3%).

Tabelle 31: Gesamtindex „Betriebliche Gesundheitsförderung" 2003 (Mittelwerte; Minimum: 0, Maximum: 100,0; dreifaktorielle Varianzanalyse)

Bundesland	Hessen		Thüringen		df = 1	F = 0,2	p = 0,67
	22,1		20,6				
Branche	Dienstleister		verar. Gewerbe		df = 1	F = 1,4	p = 0,23
	19,8		22,8				
Größenklasse	≥ 1000	500-999	200-499	50-199	df = 3	F = 5,5	p = ***0,00***
	38,6*	28,1	20,1	14,9			
Bundesland * Branche					df = 1	F = 0,8	p = 0,36
Bundesland * Größenklasse					df = 3	F = 0,1	p = 0,94
Branche * Größenklasse					df = 3	F = 0,5	p = 0,66
Bundesland * Branche * Größenklasse					df = 2	F = 0,5	p = 0,67

MW = 21,6; s = 19,9; N = 150; aufgeklärte Varianz: 12%

Der durchschnittliche Gesamtindex „Betriebliche Gesundheitsförderung", der sich aus den drei Subskalen „Bedarfsanalyse", „Verhaltensprävention" und „Verhältnisprävention" zusammensetzt und einen maximalen Wert von 100 Punkten annehmen kann, ist mit 21,6 Punkten (Minimum: 0 Punkte; Maximum: 92,55 Punkte) gering. Signifikante Unterschiede im Ausprägungsgrad der betrieblichen Gesundheitsförderung zeigen sich lediglich in Abhängigkeit von der Betriebsgröße. Unternehmen mit mindestens 1000 Beschäftigten erzielen mit 38,6 Punkten ein signifikant höheres Niveau hinsichtlich der Gesundheitsförderung in ihrem Betrieb als kleinere Unternehmen. Differenzen zwischen hessischen und thüringischen Betrieben sowie zwischen Dienstleistern und verarbeitendem Gewerbe bestehen nach den vorliegenden empirischen Befunden nicht (Tabelle 31).

Betrachtet man nun die Zuteilung der Unternehmen zu den sechs Notenstufen, dann ergibt sich ein düsteres Bild: 0,7% der Betriebe erreichen einen sehr guten, 0,7% einen guten, 8,0% einen befriedigenden, 18,0% einen ausreichenden, 24,6% einen mangelhaften und 48,0% einen ungenügenden Wert bezüglich des Ausmaßes ihrer betrieblichen Gesundheitsförderung (Abbildung 6). Damit trifft man ein sehr gutes bis ausreichendes Niveau betrieblicher Gesundheitsförderung (33,4 bis 100 Punkte) nur in etwa einem Viertel der befragten Betriebe (27,4%) an.

Abbildung 5: Niveau betrieblicher Gesundheitsförderung 2003 (sehr gut bis ausreichend; in %; N = 150)

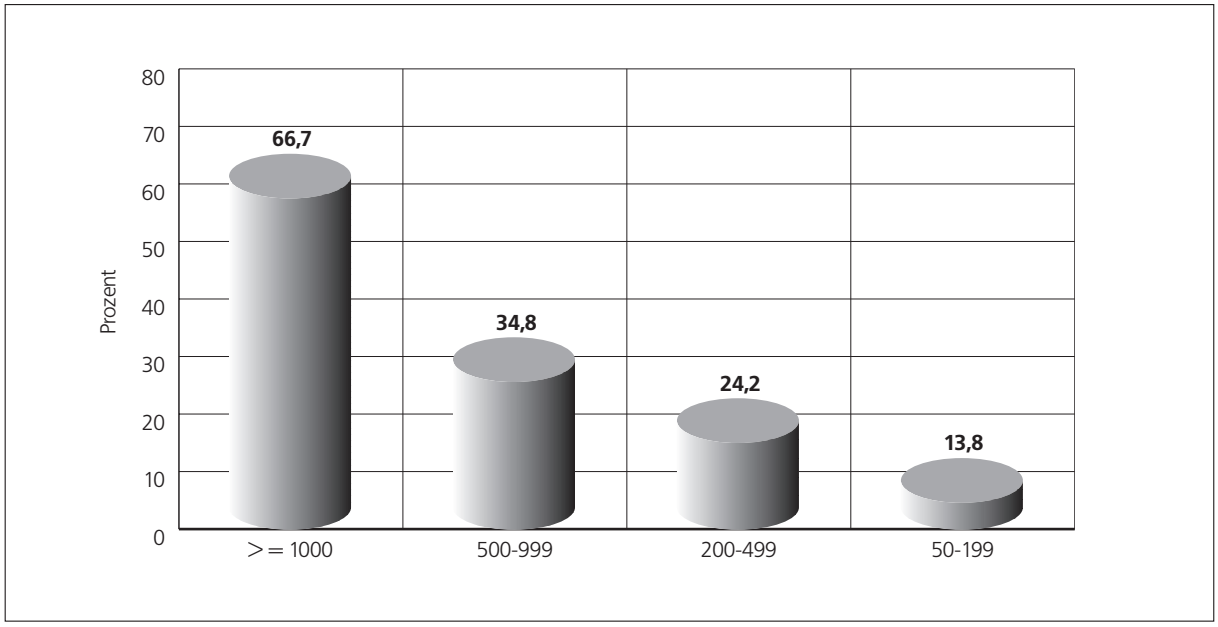


Abbildung 5 macht die Unterschiede im Ausprägungsgrad der Gesundheitsförderung in Abhängigkeit von der Betriebsgröße nochmals deutlich: Während 66,7% der Unternehmen mit mindestens 1000 Beschäftigten sehr gute bis ausreichende Gesundheitsförderung realisieren, reduziert sich dieser Anteil bei den Betrieben der Größenklasse zwei auf 34,8%, der Größenklasse drei auf 24,2% und der Größenklasse vier auf 13,8%.

Bei der Konstruktion des Gesamtindex „Betriebliche Gesundheitsförderung" wurde den Bereichen Bedarfsanalyse, Verhaltens- und Verhältnisprävention die gleiche Bedeutung für eine fachgerechte Umsetzung eingeräumt. Die Datenauswertung zeigt, dass diese Verteilung von den befragten Unternehmen nicht erreicht wird. So ist das Niveau bei den Bedarfsanalysen mit einem Durchschnittswert von 9,1 Punkten und einem Anteil von 42,1% am Gesamtindex „Betriebliche Gesundheitsförderung" am höchsten. An zweiter Stelle kommt die Verhältnisprävention mit durchschnittlich 8,1 Punkten und einem Anteil von 37,5%. Das Niveau der Verhaltensprävention ist in den Betrieben mit einem Mittelwert von 4,4 Punkten und einem Anteil von 20,4% am geringsten ausgeprägt.

Tabelle 32: Theoretische und empirische Verteilung der Subskalen des Gesamtindex „Betriebliche Gesundheitsförderung" 2003

	erreichter Mittelwert	**empirischer Anteil**	**theoretischer Anteil**
Bedarfsanalyse	9,1	42,1	33,3
Verhaltensprävention	4,4	20,4	33,3
Verhältnisprävention	8,1	37,5	33,3
Gesamtindex	21,6	100,0	100,0

Good Practicer

Eine eingehendere Betrachtung jener Unternehmen, die ein sehr gutes (N = 1), ein gutes (N = 1) oder ein befriedigendes (N = 12) Niveau betrieblicher Gesundheitsförderung erreichen, zeigt, dass es sich hierbei vorwiegend um Großbetriebe bzw. kleinere Konzernstandorte handelt. Die Mehrheit hat ihren Sitz in Hessen (N = 9) und gehört zum verarbeitenden Gewerbe (N = 12). Das Niveau der Gesundheitsförderung

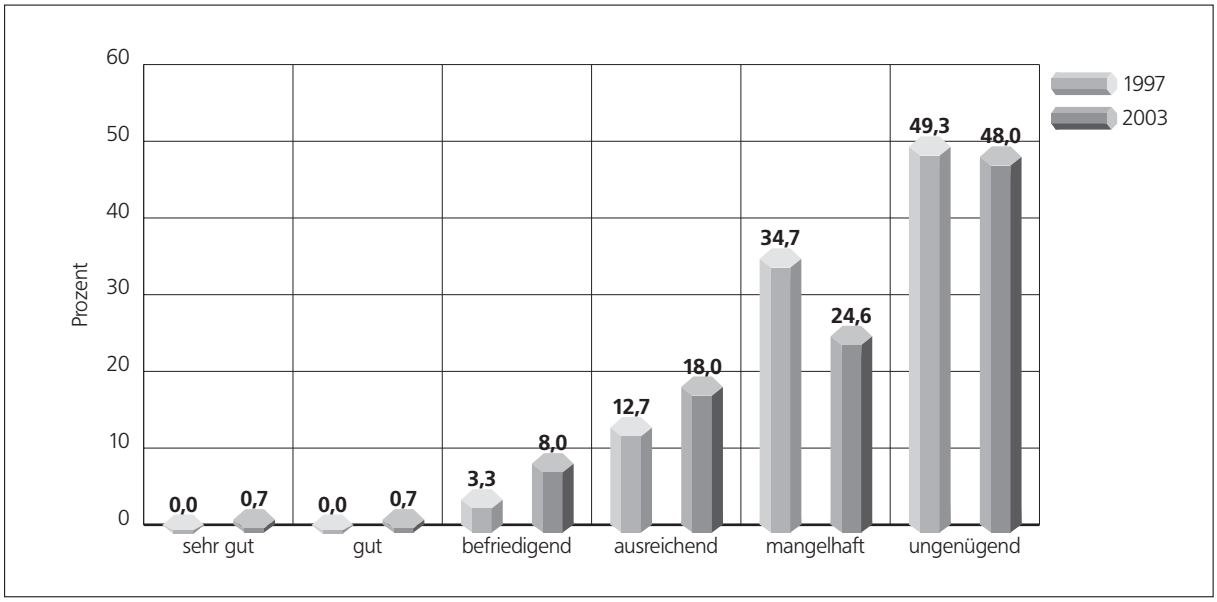
beträgt bei diesen 14 Unternehmen 62,4 Punkte und weist lediglich in der Verhaltensprävention kleine Abweichungen von einem Idealbild auf. Als Maßnahmen, die eher selten vorzufinden sind und von weniger als der Hälfte dieser Betriebe angeboten werden, lassen sich Gesundheitszirkel, Herz-Kreislauf-Training, die Mitarbeiterpartizipation (jeweils 6 Nennungen), Maßnahmen zur Bewältigung von Mobbing (5 Nennungen) die Krebsvorsorge und Schichtbewältigung (jeweils 3 Nennungen) benennen.

Längsschnittliche Betrachtung 1997 – 2003

Zum Zeitpunkt der Erstbefragung wurde in mehr Betrieben, nämlich in 88,7%, mindestens eine Maßnahme betrieblicher Gesundheitsförderung realisiert als 2003 (82,7%). Dennoch hat sich der Durchschnittswert des Gesamtindex „Betriebliche Gesundheitsförderung" seit 1997 von 18,8 Punkten auf 21,6 Punkte im Jahr 2003 leicht, statistisch allerdings nicht signifikant erhöht ($T = 1,7$; $df = 149$; $p = 0,09$). Dies ist ein Hinweis darauf, dass die Unternehmen, die betriebliche Gesundheitsförderung durchführen, dies heute mit größerer Regelmäßigkeit und Ernsthaftigkeit tun als noch vor sechs Jahren.

Dass sich das Niveau der Gesundheitsförderung in den Betrieben im Untersuchungszeitraum etwas verbessert hat, wird auch daran deutlich, dass sich der Anteil der Unternehmen, die ein sehr gutes bis ausreichendes Maß an Gesundheitsförderung (33,4 bis 100 Punkte) aufweisen, von 16,0% im Jahr 1997 deutlich auf 27,4% im Jahr 2003 erhöht hat (Abbildung 6).

Abbildung 6: Betriebliche Gesundheitsförderung 1997 und 2003 (Notenskala; in %; N = 150)



Auch 1997 war das Niveau in der Subskala „Bedarfsanalyse" mit einem Durchschnittswert von 9,2 Punkten und einem Anteil von 49,0% am Gesamtindex „Betriebliche Gesundheitsförderung" am höchsten ausgeprägt. Es folgte die Verhältnisprävention (6,0 Punkte) mit einem Anteil von 31,9% und dann die Verhaltensprävention (3,6 Punkte) mit einem Anteil von 19,1%.

3.3.5 Erwarteter Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung

Die Interviewpartner wurden gebeten, den Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung für das Unternehmen und für die Mitarbeiter auf einer fünfstufigen Skala („sehr groß" bis „sehr gering") einzuschätzen. Die empirischen Befunden machen deutlich, dass der Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung im Durchschnitt sowohl für den Betrieb als auch für die Mitarbeiter hoch bewertet wird, wobei der Nutzen für die Mitarbeiter mit einem Durchschnittswert von 1,9 signifikant positiver beurteilt wurde als für das Unternehmen mit einem Durchschnittswert von 2,1 ($T = 2,7$; $df = 130$; $p = 0,01$).

Weder in der Einschätzung des Nutzens betrieblicher Gesundheitsförderung für das Unternehmen noch für die Mitarbeiter zeigen sich signifikante Differenzen in Abhängigkeit vom Bundesland, der Branche und Betriebsgröße (Tabelle 33 und Tabelle 34).

Tabelle 33: Erwarteter Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung für das Unternehmen 2003 (Mittelwerte; 1 = sehr groß, 5 = sehr gering; dreifaktorielle Varianzanalyse)

Bundesland	Hessen		Thüringen		df = 1	F = 0,0	p = 0,81
	2,0		2,1				
Branche	Dienstleister		verar. Gewerbe		df = 1	F = 1,1	p = 0,29
	2,0		2,1				
Größenklasse	≥ 1000	500-999	200-499	50-199	df = 3	F = 0,5	p = 0,65
	1,9	2,1	1,9	2,2			
Bundesland * Branche					df = 1	F = 0,2	p = 0,90
Bundesland * Größenklasse					df = 3	F = 0,4	p = 0,78
Branche * Größenklasse					df = 3	F = 0,3	p = 0,82
Bundesland * Branche * Größenklasse					df = 2	F = 0,4	p = 0,74

MW = 2,1; s = 1,0; N = 132; aufgeklärte Varianz: 2%

Tabelle 34: Erwarteter Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung für die Mitarbeiter 2003 (Mittelwerte; 1 = sehr groß, 5 = sehr gering; dreifaktorielle Varianzanalyse)

Bundesland	Hessen		Thüringen		df = 1	F = 0,1	p = 0,74
	2,0		1,8				
Branche	Dienstleister		verar. Gewerbe		df = 1	F = 0,5	p = 0,49
	1,9		1,9				
Größenklasse	≥ 1000	500-999	200-499	50-199	df = 3	F = 6,7	p = 0,57
	1,8	1,9	1,7	2,1			
Bundesland * Branche					df = 1	F = 0,1	p = 0,72
Bundesland * Größenklasse					df = 3	F = 0,1	p = 0,94
Branche * Größenklasse					df = 3	F = 0,5	p = 0,71
Bundesland * Branche * Größenklasse					df = 2	F = 0,4	p = 0,75

MW = 1,9; s = 0,9; N = 132; aufgeklärte Varianz: 6%

Neben der globalen Einschätzung wurde der Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung auch bereichsspezifisch abgefragt. Die Interviewpartner vertreten im Durchschnitt die Auffassung, dass betriebliche Gesundheitsförderung am ehesten dazu beiträgt,

- das Wohlbefinden der Mitarbeiter zu steigern (1,8),
- die Arbeitszufriedenheit zu erhöhen (2,0),
- den Krankenstand zu senken (2,3),

- die Produktivität zu erhöhen (2,4) sowie
- die Unfallraten zu senken (2,7).

Geringe Bedeutung wird der erleichterten Personalrekrutierung (3,7) sowie der sinkenden Fluktuation (3,6) beigemessen (Tabelle 35).

Längsschnittliche Betrachtung 1997 – 2003

Wie Tabelle 35 verdeutlicht, kam es im Untersuchungszeitraum zu keinen signifikanten Veränderungen in der Einschätzung des Nutzens betrieblicher Gesundheitsförderung. Bereits im Jahr 1997 wurde der Nutzen für Unternehmen (2,0) und Mitarbeiter (1,8) im Durchschnitt hoch bewertet.

Tabelle 35: Nutzenserwartung betrieblicher Gesundheitsförderung 1997 und 2003 (Mittelwerte; 1 = sehr groß, 5 = sehr gering; t-Tests bei abhängigen Stichproben; N > 62)

Nutzen	2003	1997	df	T	p
Nutzen für das Unternehmen	2,1	2,0	107	0,9	0,35
Nutzen für die Mitarbeiter	1,9	1,8	107	0,8	0,41
Steigerung des Wohlbefindens der MA	1,8	1,8	97	0,0	1,00
Erhöhte Arbeitszufriedenheit	2,0	2,0	94	0,8	0,43
Sinkender Krankenstand	2,3	2,5	101	-0,6	0,55
Erhöhte Produktivität	2,4	2,4	91	-0,3	0,80
Sinkende Unfallraten	2,7	2,6	87	1,4	0,15
Verbessertes Unternehmensimage	2,8	2,6	78	1,3	0,20
Erhöhte Qualität der Produkte	2,8	2,9	71	0,5	0,62
Sinkende Fluktuation	3,6	3,7	65	-0,2	0,87
Erleichterte Personalrekrutierung	3,7	3,6	61	0,6	0,55

An den ersten fünf Stellen der Nutzensskala standen 1997, wie auch im Jahr der Wiederholungsbefragung, die Steigerung des gesundheitlichen Wohlbefindens der Mitarbeiter (1,8), die Erhöhung der Arbeitszufriedenheit (2,0), die erhöhte Produktivität (2,4), der sinkende Krankenstand (2,5) und sinkende Unfallraten (2,6) (Tabelle 35).

3.3.6 Einflussfaktoren auf das Niveau betrieblicher Gesundheitsförderung

Im Folgenden soll die Frage beantwortet werden, welche Faktoren 2003 Einfluss auf das Niveau der Gesundheitsförderung in den Betrieben nahmen und ob es seit 1997 zu Veränderungen hinsichtlich der Einflussgrößen kam. Bezugnehmend auf die Ergebnisse der Erstbefragung 1997 sowie die „Umfrage bei Führungskräften zur Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung im öffentlichen Dienst in Hessen und Thüringen" (Gröben, 2000) werden in der Analyse folgende potenziellen Einflussfaktoren berücksichtigt:

- Bundesland
- Branche
- Betriebsgröße
- Kennen der Fehlzeitenquote aufgrund von Arbeitsunfähigkeit
- Vorliegen von Anzeigen von Berufskrankheiten
- Rate der Arbeitsunfälle
- Anzahl der auftretenden Belastungen
- Subjektive Wertschätzung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes
- Erwarteter Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung

Bundesland

Bereits im Kapitel 3.3.4 wurde deutlich, dass sich die befragten hessischen und thüringischen Unternehmen im Jahr 2003 nicht im Niveau der betrieblichen Gesundheitsförderung signifikant unterschieden haben. Tabelle 36 zeigt, dass auch im Jahr 1997 der Standort des Unternehmens keinen Einfluss auf den Ausprägungsgrad der betrieblichen Gesundheitsförderung nahm.

Tabelle 36: Gesamtindex „Betriebliche Gesundheitsförderung" nach Bundesland 1997 und 2003 (Mittelwerte; t-Tests bei unabhängigen Stichproben; N = 150)

2003	Hessen	Thüringen	df = 148	T = 0,4	p = 0,66
	22,1	20,6			
1997	Hessen	Thüringen	df = 148	T = –02	p = 0,88
	18,7	19,1			

Damit muss die Hypothese, dass ein Zusammenhang zwischen dem Niveau der betrieblichen Gesundheitsförderung und Unternehmensstandort besteht, für beide Befragungszeitpunkte verworfen werden.

Branche

Weiterhin wurde im Kapitel 3.3.4 aufgezeigt, dass zum Zeitpunkt der Wiederholungsbefragung kein Unterschied im Gesamtindex „Betriebliche Gesundheitsförderung" zwischen Dienstleistern und metallverarbeitendem Gewerbe bestand.

Wie 2003, so war auch im Jahr 1997 das Ausmaß der betrieblichen Gesundheitsförderung bei den Dienstleistern weder signifikant höher noch signifikant niedriger als im metallverarbeitenden Gewerbe (Tabelle 37).

Tabelle 37: Gesamtindex „Betriebliche Gesundheitsförderung" nach Branche 1997 und 2003 (Mittelwerte; t-Tests bei unabhängigen Stichproben; N = 150)

2003	Hessen	Thüringen	df = 148	T = –0,9	p = 0,37
	19,8	22,8			
1997	Hessen	Thüringen	df = 148	T = –1,3	p = 0,20
	16,9	20,1			

Damit muss die Hypothese, dass ein Zusammenhang zwischen dem Niveau der betrieblichen Gesundheitsförderung und Branche besteht, für beide Befragungszeitpunkte verworfen werden.

Betriebsgröße

Anders als beim Bundesland und der Branche nahm 2003 die Betriebsgröße Einfluss auf das Ausmaß der Gesundheitsförderung in den befragten Unternehmen: Betriebe mit mindestens 1000 Mitarbeitern erreichten ein signifikant höheres Niveau (38,6 Punkte) als die Betriebe der Größenklasse zwei (28,1 Punkte), drei (20,1 Punkte) und vier (14,9 Punkte) (Kapitel 3.3.4). Tabelle 38 zeigt, dass im Ausprägungsgrad der betrieblichen Gesundheitsförderung auch zum Zeitpunkt der Erstbefragung signifikante Unterschiede zugunsten der Unternehmen mit mindestens 1000 Beschäftigten bestanden.

Tabelle 38: Gesamtindex „Betriebliche Gesundheitsförderung" nach Betriebsgröße 1997 und 2003 (Mittelwerte; einfaktorielle Varianzanalyse bei unabhängigen Stichproben; N = 150)

2003	≥ 1000	500-999	200-499	50-199	df = 3	F = 5,5	p = ***0,00***
	38,6*	28,1	20,1	14,9			
1997	≥ 1000	500-999	200-499	50-199	df = 3	F = 5,5	p = ***0,00***
	36,5*	21,3	17,8	13,0			

Damit kann die Hypothese, dass ein Zusammenhang zwischen dem Niveau der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Betriebsgröße besteht, für beide Befragungszeitpunkte angenommen werden. Unternehmen mit mindestens 1000 Mitarbeitern bieten vielfältigere und regelmäßigere Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung an als kleinere Betriebe.

Kennen der Fehlzeitenquote aufgrund von Arbeitsunfähigkeit

Weder zum Zeitpunkt der Wiederholungsbefragung noch zum Zeitpunkt der Erstbefragung war in Unternehmen, in denen die Fehlzeitenquote aufgrund von Arbeitsunfähigkeit bekannt ist, die Gesundheitsförderung signifikant höher oder geringer ausgeprägt als in Betrieben, die keine Kenntnisse über die Fehlzeitenquote besitzen (Tabelle 39).

Tabelle 39: Gesamtindex „Betriebliche Gesundheitsförderung" nach „Kenntnis der Fehlzeitenquote" 1997 und 2003 (Mittelwerte; t-Tests bei unabhängigen Stichproben; N > 138)

2003	Kenntnis	keine Kenntnis	df = 148	T = –0,9	p = 0,08
	24,3	18,1			
1997	Kenntnis	keine Kenntnis	df = 148	T = –1,3	p = 0,20
	18,8	18,6			

Damit muss die Hypothese, dass ein Zusammenhang zwischen dem Niveau der betrieblichen Gesundheitsförderung und Kenntnis der Fehlzeitenquote besteht, für beide Befragungszeitpunkte verworfen werden.

Vorliegen von Anzeigen von Berufskrankheiten

Der Ausprägungsgrad der betrieblichen Gesundheitsförderung war weder 2003 noch 1997 in Unternehmen, in denen Anzeigen von Berufskrankheiten vorliegen, signifikant höher bzw. geringer als in Betrieben, in denen es bislang zu keinen Anzeigen von Berufskrankheiten kam (Tabelle 40).

Tabelle 40: Gesamtindex „Betriebliche Gesundheitsförderung" nach „Anzeigen von Berufskrankheiten" 1997 und 2003 (Mittelwerte; t-Tests bei unabhängigen Stichproben; N > 130)

2003	Anzeigen	keine Anzeigen	df = 129	T = 1,0	p = 0,32
	26,8	21,7			
1997	Anzeigen	keine Anzeigen	df = 129	T = 1,6	p = 0,11
	24,0	17,8			

Damit muss die Hypothese, dass ein Zusammenhang zwischen dem Niveau der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Tatsache, ob Anzeigen von Berufskrankheiten vorliegen, für beide Befragungszeitpunkte verworfen werden.

Rate der Arbeitsunfälle[8]

Mittels des Korrelationskoeffizienten nach Pearson wird untersucht, ob ein Zusammenhang zwischen der Rate der Arbeitsunfälle (Arbeitsunfälle je 1000 Beschäftigte) und betrieblicher Gesundheitsförderung besteht. Die Analyse zeigt eine signifikante ($p = 0,02$) negative Korrelation zwischen hoher Unfallrate und hohem Ausmaß betrieblicher Gesundheitsförderung ($r = -0,23$). Das heißt, dass in Unternehmen mit einer geringen Unfallrate das Niveau der Gesundheitsförderung besser ausgeprägt ist als in Betrieben mit hoher Unfallrate.

Damit kann die Hypothese, dass ein Zusammenhang zwischen dem Niveau der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Anzahl der Arbeitsunfälle besteht, für die Wiederholungsbefragung angenommen werden. In Betrieben mit einem hohen Ausmaß an Gesundheitsförderung ist die Unfallrate geringer als in Betrieben mit einem geringen Ausmaß an Gesundheitsförderung.

Anzahl der auftretenden Belastungen[9]

Die Analyse mittels des Korrelationskoeffizienten nach Pearson macht deutlich, dass keine signifikante Korrelation zwischen der Anzahl der Belastungsfaktoren, die in einem Betrieben vorkommen, und Ausmaß der betrieblichen Gesundheitsförderung auftritt ($r = 0,04$; $p = 0,75$).

Damit muss die Hypothese, dass ein Zusammenhang zwischen dem Niveau der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Anzahl der Belastungsfaktoren besteht, für die Wiederholungsbefragung verworfen werden.

Subjektive Wertschätzung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes[10]

Tabelle 41 zeigt, dass in Unternehmen mit hoher Wertschätzung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes (23,9 Punkte) das Ausmaß der betrieblichen Gesundheitsförderung signifikant höher ist als in Betrieben mit geringer Wertschätzung (12,9 Punkte).

Tabelle 41: Gesamtindex „Betriebliche Gesundheitsförderung" nach „Subjektive Wertschätzung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes" 2003 (Mittelwerte; t-Tests bei unabhängigen Stichproben; N = 147)

2003	hohe Wertschätzung	geringe Wertschätzung	df = 145	T = 2,6	p = ***0,01***
	23,9	12,9			

Damit kann die Hypothese, dass ein Zusammenhang zwischen dem Niveau der betrieblichen Gesundheitsförderung und der Wertschätzung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes besteht, für 2003 angenommen werden. Unternehmen, in denen der Arbeits- und Gesundheitsschutz positiv bewertet wird, bieten mehr und regelmäßiger Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung an als Unternehmen mit geringer Wertschätzung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes.

8 Da Daten zu Arbeitsunfällen nur in der Befragung von 2003 erhoben wurden, muss von einer längsschnittlichen Betrachtung abgesehen werden.

9 Da Daten zu Belastungen am Arbeitsplatz nur in der Befragung von 2003 erhoben wurden, muss von einer längsschnittlichen Betrachtung abgesehen werden.

10 Da Daten zur Wertschätzung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes nur in der Befragung von 2003 erhoben wurden, muss von einer längsschnittlichen Betrachtung abgesehen werden.

Erwarteter Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung

Die Berechnung mittels des Korrelationskoeffizienten nach Pearson macht deutlich, dass 2003 sowohl ein signifikanter Zusammenhang zwischen hohem Niveau betrieblicher Gesundheitsförderung und hohem erwartetem Nutzen für das Unternehmen ($r = 0,26$; $p = 0,00$) als auch zwischen hohem Niveau betrieblicher Gesundheitsförderung und hohem erwartetem Nutzen für die Mitarbeiter ($r = 0,26$; $p = 0,00$) bestand. Im Jahr 1997 wurde die Korrelation weder zwischen betrieblicher Gesundheitsförderung und Nutzen für das Unternehmen ($r = -0,15$; $p = 0,10$) noch zwischen betrieblicher Gesundheitsförderung und Nutzen für die Mitarbeiter ($r = 0,02$; $p = 0,86$) signifikant.

Damit kann die Hypothese, dass ein Zusammenhang zwischen dem Niveau der betrieblichen Gesundheitsförderung und ihrem erwarteten Nutzen besteht, für die Wiederholungsbefragung, nicht aber für die Erstbefragung angenommen werden. 2003 wiesen die Unternehmen, die sich von betrieblicher Gesundheitsförderung einen hohen Nutzen für den Betrieb und/oder für die Beschäftigten erwarten, ein höheres Ausmaß betrieblicher Gesundheitsförderung auf als Unternehmen mit geringer Nutzenserwartung.

3.3.7 Initiator und Gründe für das Einführen von betrieblicher Gesundheitsförderung[11]

Die 124 Unternehmen, die mindestens eine Maßnahme betrieblicher Gesundheitsförderung im Jahr 2003 durchführten, wurden gefragt,

- wer der Initiator der Gesundheitsförderungsmaßnahmen war,
- aus welchen Gründen diese eingeführt wurden und
- wie das Unternehmen Kenntnis von Möglichkeiten und Instrumenten der betrieblichen Gesundheitsförderung erlangt hat.

Initiator der betrieblichen Gesundheitsförderung

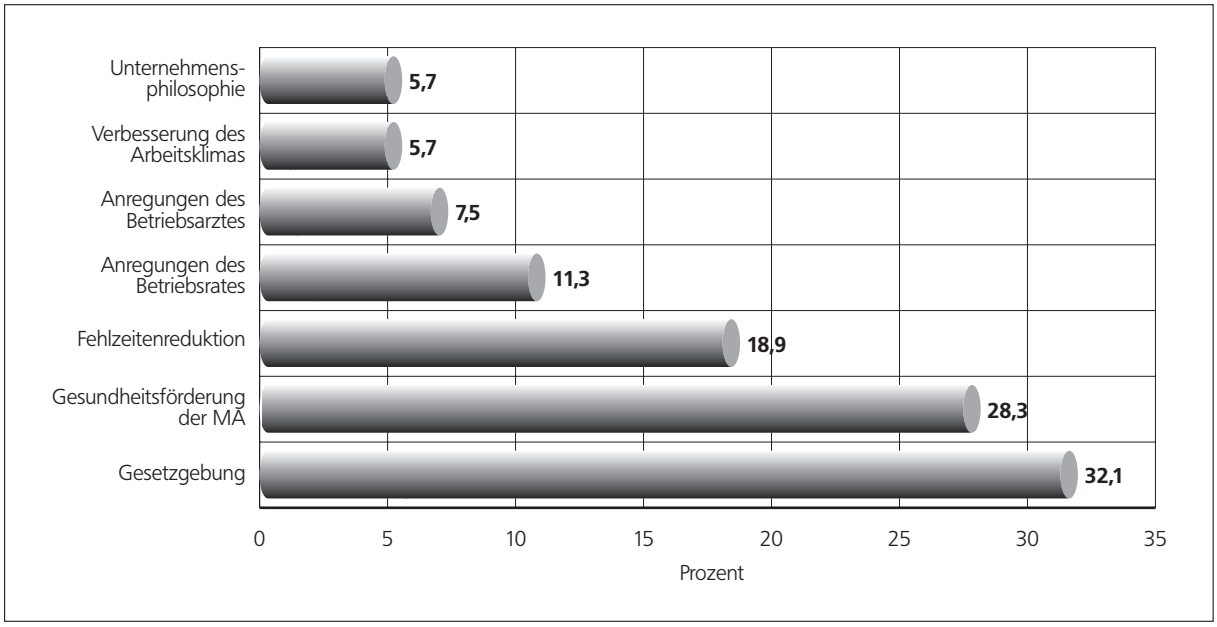
Es liegen nur von 51 Unternehmen Angaben zum Initiator der Gesundheitsförderungsmaßnahmen vor. Hauptinitiator war demnach mit 74,5% der Nennungen der Betriebs- bzw. Personalrat, gefolgt von der Geschäftsleitung (47,1%) und dem Betriebsarzt bzw. der Fachkraft für Arbeitssicherheit (33,3%). In der Hälfte der Fälle ging die Initiative nicht von einzelnen Personen aus, vielmehr waren verschiedene Akteure involviert. In 33,3% der Fälle wurde die betriebliche Gesundheitsförderung gemeinsam von Geschäftsleitung und Mitarbeitervertretung initiiert. Bei 15,7% der Unternehmen kam der Anstoß von der Mitarbeitervertretung in Zusammenarbeit mit dem Betriebsarzt bzw. der Fachkraft für Arbeitssicherheit. In den Unternehmen, in denen die betriebliche Gesundheitsförderung gemeinsam vom Betriebs- bzw. Personalrat und der Geschäftsleitung angestoßen wurde, ist ihr Niveau mit durchschnittlich 48,9 Punkten signifikant höher als in den Unternehmen, in denen einzelnen Akteure (29,8 Punkte) oder die Mitarbeitervertretung in Kooperation mit dem Betriebsarzt bzw. der Fachkraft für Arbeitssicherheit (27,4 Punkte) die Initiatoren waren ($df = 2$; $F = 6,9$; $p = 0,00$).

Gründe für das Einführen betrieblicher Gesundheitsförderung

Angaben zu den Gründen für das Einführen von betrieblicher Gesundheitsförderung liegen von 53 Unternehmen vor. Demnach waren die Hauptmotive Gesetze (32,1%), die Förderung der Gesundheit der Mitarbeiter (28,3%), die Fehlzeitenreduktion (18,9%), Anregungen der Mitarbeitervertretung (11,3%) bzw. des Betriebsarztes (7,5%), die Unternehmensphilosophie (5,7%) sowie die Verbesserung des Betriebsklimas (5,7%).

11 Da die Fragen nach dem Initiator und den Gründen für das Einführen von betrieblicher Gesundheitsförderung nur von wenigen Unternehmen beantwortet wurden, erfolgt die Auswertung nur im Querschnitt (Befragungszeitpunkt: 2003).

Abbildung 7: Gründe für das Einführen von betrieblicher Gesundheitsförderung 2003 (Mehrfachnennungen waren möglich; in %; N = 53)



Kenntnisgewinn über Möglichkeiten der betrieblichen Gesundheitsförderung

Die Frage danach, wie das Unternehmen Kenntnis von Möglichkeiten und Instrumenten der betrieblichen Gesundheitsförderung erlangt hat, haben nur 46 Betriebe beantwortet. Am häufigsten wurde der Betriebs- bzw. Personalrat genannt (56,5%), gefolgt von der Geschäftsleitung, dem Betriebsarzt bzw. der Fachkraft für Arbeitssicherheit (37,0%), Externen (26,1%) und den Medien (15,2%).

3.3.8 Qualitätssicherung der Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung[12]

Die 124 Unternehmen, die mindestens eine Maßnahme betrieblicher Gesundheitsförderung im Jahr 2003 angeboten haben, wurden gefragt,

- ob Erfolgskriterien für die Maßnahmen formuliert sind,
- ob ein Steuerungsgremium für die Maßnahmen besteht,
- ob bestimmte Zielgruppen mit den Maßnahmen angesprochen werden und
- wie die Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung in ihrem Betrieb aussieht.

Erfolgskriterien für Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung

Es liegen lediglich von 54 Unternehmen Angaben zu der Frage, ob Erfolgskriterien für die Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung formuliert sind, vor. Solche Kriterien gibt es in fünf Betrieben (9,3%), wobei hierzu nur ein Unternehmen nähere Auskunft gab. Dieses Unternehmen misst den Erfolg betrieblicher Gesundheitsförderung an der Senkung des Krankenstandes.

Steuerungsgremium für Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung

Die Frage nach dem Bestehen eines Steuerungsgremiums für die Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung beantworteten 55 Betriebe. Ein solches Steuerungsgremium gibt es in 24 Unternehmen (43,6%). In acht Unternehmen handelt es sich bei dem Steuerungsgremium um einen Arbeitskreis, in weiteren acht

12 Da die Fragen nach der Qualitätssicherung der Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung nur von wenigen Unternehmen beantwortet wurden, erfolgt die Auswertung nur im Querschnitt (Befragungszeitpunkt: 2003).

Unternehmen um den Betriebs- bzw. Personalrat und/oder den Arbeitsschutzausschuss sowie in vier Betrieben um einen Zusammenschluss der Geschäftsleitung mit dem Betriebs- bzw. Personalrat und dem Betriebsarzt.

Zielgruppenspezifische Angebote

Angaben zu zielgruppenspezifischen Angeboten machten 59 Unternehmen. In 17 Betrieben werden mit den Gesundheitsförderungsmaßnahmen spezifische Zielgruppen angesprochen (43,6%). In fünf Unternehmen gibt es spezifische Angebote für Arbeiter (Maler, Schweißer etc.), in drei Unternehmen für gewerbliche Mitarbeiter, in zwei für Mitarbeiter an PC-Arbeitsplätzen sowie je in einem für Vorgesetzte, Raucher und Übergewichtige.

Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung

Nähere Angaben zur Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung liegen von 58 Betrieben vor. In diesen Unternehmen nehmen im Durchschnitt 50,5% der Mitarbeiter die angebotenen Gesundheitsförderungsmaßnahmen in Anspruch, wobei die Maßnahmen

- in 81,1% der Unternehmen an der Betriebsstätte,
- in 15,5% der Unternehmen sowohl an als auch außerhalb der Betriebsstätte und
- in 3,4% der Unternehmen ausschließlich außerhalb der Betriebsstätte

durchgeführt werden. Die Gesundheitsförderungsmaßnahmen werden in 62,7% der Unternehmen während, in 20,4% der Unternehmen teilweise und in 16,9% der Unternehmen außerhalb der Arbeitszeit realisiert.

3.3.9 Gründe, warum keine betriebliche Gesundheitsförderung angeboten wird

Die 26 Unternehmen, die 2003 keine einzige Maßnahme betrieblicher Gesundheitsförderung durchführten, wurden nach ihren Gründen gefragt. Als Hauptgrund wurde mit 38,5% der Nennungen das mangelnde Interesse der Führungskräfte genannt, gefolgt von den Kosten (23,1%), fehlenden Informationen (19,2%), geringen Gesundheitsproblemen (15,4%) und fehlenden Ansprechpartnern (11,5%) (Tabelle 42).

Längsschnittliche Betrachtung 1997 – 2003

Es sind lediglich vier Betriebe (2,6%), die weder 1997 noch 2003 Gesundheitsförderung realisierten. 22 Unternehmen (14,7%) haben nur in der Erstbefragung und 13 Unternehmen (8,7%) nur in der Wiederholungsbefragung mindestens eine Maßnahme betrieblicher Gesundheitsförderung angegeben. 111 Betriebe (74,0%) führten sowohl 1997 als auch 2003 betriebliche Gesundheitsförderung durch.

Die 17 Unternehmen, die 1997 keine Maßnahme betrieblicher Gesundheitsförderung angeboten haben, nannten am häufigsten als Grund dafür das mangelnde Interesse der Führungskräfte (11,8%) und Mitarbeiter (11,8%), Kosten (11,8%) und geringe Gesundheitsprobleme (11,8%) (Tabelle 42).

Tabelle 42: Gründe, warum keine Gesundheitsförderung angeboten wird, 1997 und 2003 (in %; N > 16)

Gründe	1997	2003
Mangelndes Interesse der Führungskräfte	11,8	38,5
Kosten	11,8	23,1
Gesundheit ist bei uns kein Problem	11,8	15,4
Fehlende Information	5,9	19,2
Mangelndes Interesse der Mitarbeiter	11,8	11,5
Fehlende Ansprechpartner	5,9	11,5
Unklare Verantwortlichkeiten	5,9	11,5
Personalabbau	-	7,7

Deutlich häufiger als 1997 wurden 2003 als Gründe für fehlende betriebliche Gesundheitsförderung das mangelnde Interesse der Führungskräfte, Kosten, fehlende Informationen und Ansprechpartner, unklare Verantwortlichkeiten sowie Personalabbau genannt.

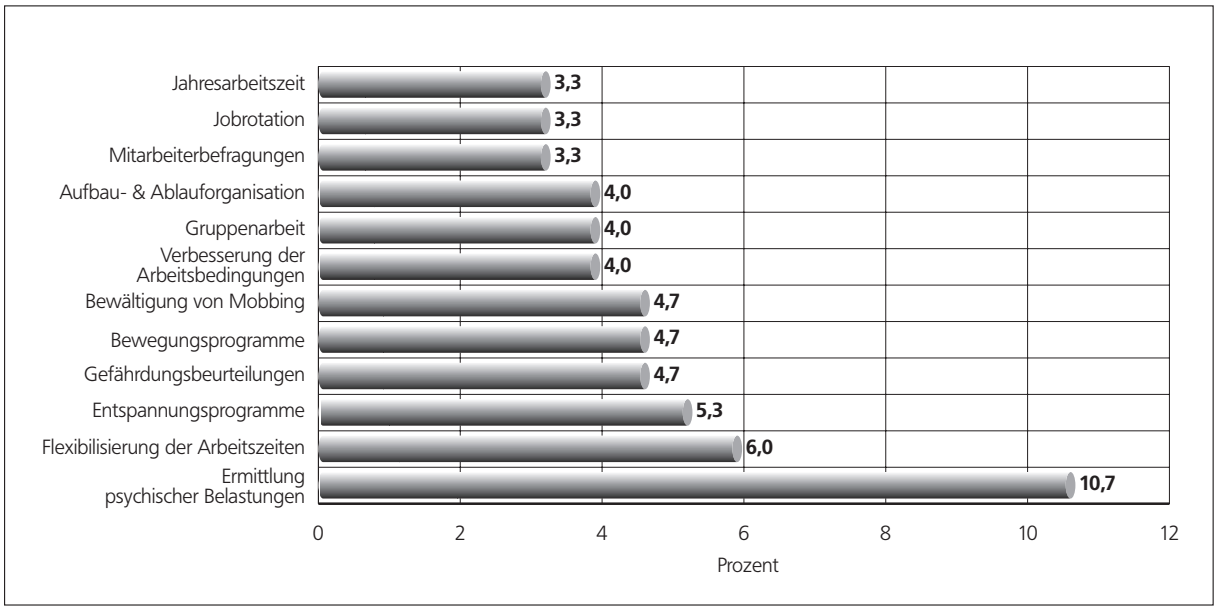
3.3.10 Geplante Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung

Mit dem Ziel, die Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung in den Unternehmen möglichst umfassend zu erheben, wurde, wie zu Beginn des Kapitels 3.3 erwähnt, den Interviewpartnern eine Liste mit 36 potenziellen Angeboten vorgelegt. Bislang nicht ausgewertet wurde die Antwortmöglichkeit „geplant", der im Folgenden das Interesse gilt.

Mindestens eine der 36 abgefragten Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung planen 30,7% der befragten Unternehmen in Zukunft zu realisieren.

Die meisten Betriebe (10,7%) gaben an, dass sie psychische Belastungen am Arbeitsplatz bislang zwar noch nicht ermitteln, dieses aber in Zukunft zu tun beabsichtigen. An zweiter Stelle der geplanten Maßnahmen steht die Flexibilisierung der Arbeitszeiten (6,0%), gefolgt von Entspannungsprogrammen (5,3%), Bewältigung von Mobbing (4,7%), Bewegungsprogrammen (4,7%) und Gefährdungsbeurteilungen (4,7%) (Abbildung 8).

Abbildung 8: Meistgenannte geplante Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung 2003 (in %; N = 150)



3.4 Informations- und Beratungsbedarf

Neben der Ist-Analyse wurden die Unternehmen auch zu ihrem Informations- und Beratungsbedarf in Fragen des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung befragt. Folgende Untersuchungsgegenstände werden im Folgenden näher beleuchtet:

- Allgemeiner Informations- und Beratungsbedarf
- Spezifischer Informations- und Beratungsbedarf
- Gewünschte Beratungsinstitutionen

3.4.1 Allgemeiner Informations- und Beratungsbedarf

Im Rahmen der Wiederholungsbefragung bestätigten 50,8% der befragten Unternehmen einen allgemeinen Informations- und Beratungsbedarf in Fragen des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung, wobei dies mehr thüringische (54,3%) als hessische (48,8%) Betriebe taten. Auffallend ist, dass die kleinen Unternehmen mit 50 bis 199 Mitarbeitern (46,4%) von den vier Betriebsgrößenklassen den geringsten Unterstützungsbedarf bekunden. Wesentliche Unterschiede zwischen den beiden Branchen bestehen nicht.

Tabelle 43: Informations- und Beratungsbedarf 2003 nach Bundesland, Branche & Betriebsgröße (in %; N = 132)

Bundesland		Branche		Größenklasse			
Hessen	Thüringen	Dienstleister	verarb. Gewerbe	≥ 1000	500-999	200-499	50-199
48,8	54,3	50,0	51,2	55,0	55,6	52,6	46,4

Die Unternehmen, die Unterstützungsbedarf anmelden (20,1 Punkte), weisen ein geringeres Niveau betrieblicher Gesundheitsförderung auf als die Unternehmen, die keinen Informations- und Beratungsbedarf bekunden (25,5 Punkte). Dieser Unterschied wird statistisch allerdings nicht signifikant ($T = -1,6$; $df = 130$; $p = 0,12$).

Längsschnittliche Betrachtung 1997 – 2003

Im Jahr 1997 äußerten 55,7% der Betriebe einen allgemeine Informations- und Beratungsbedarf (2003: 50,8%), wobei diesen, wie auch 2003, mehr thüringische (58,1%) als hessische (54,5%) Betriebe bestätigten. In der Erstbefragung war der Unterstützungsbedarf in den Unternehmen mit mindestens 1000 Beschäftigten am geringsten (33,3%), gefolgt von den Betrieben der Größenklasse vier (56,1%), Größenklasse zwei (57,1%) und Größenklasse drei (68,8%). Auch 1997 bestanden keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Dienstleistern (56,3%) und dem metallverarbeitenden Gewerbe (55,4%).

3.4.2 Spezifischer Informations- und Beratungsbedarf

Den Unternehmen wurde eine Liste mit Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung vorgelegt. Die Interviewpartner sollten pro Maßnahme angeben, ob sie sich „allgemeine Informationen", eine „allgemeine Beratung", einen „Austausch mit anderen Unternehmen", „konkrete Ansprechpartner" oder „Hilfe bei der Durchführung" wünschen.

Im Bereich der Bedarfsanalyse ist der Unterstützungsbedarf bei der Ermittlung von psychischen Belastungen am Arbeitsplatz (30,0%) und bei den Gefährdungsbeurteilungen gemäß dem Arbeitsschutzgesetz (26,0%) am höchsten. Hier wünschen sich nicht nur viele Unternehmen allgemeine Information und Beratung, sondern einige (7,3% bzw. 6,7%) sind auch an konkreten Ansprechpartnern interessiert (Tabelle 44).

Tabelle 44: Spezifischer Informations- und Beratungsbedarf 2003 (in %; N = 150)

	total	allgemeine Information	allgemeine Beratung	Austausch mit anderen	Ansprech-partner	Hilfe bei der Durchführung
Bedarfsanalyse						
Ermittlung psychischer Belastungen	**30,0**	11,3	6,7	2,7	7,3	2,0
Gefährdungsbeurteilung gemäß ArbSchG	**26,0**	11,3	6,0	-	6,7	2,0
Mitarbeiterbefragungen	**22,0**	8,7	6,7	3,3	2,0	1,3
Fehlzeitenauswertung	**18,7**	9,3	4,7	2,0	2,0	0,7
Gesundheitsbericht	**18,7**	10,7	4,7	0,7	2,7	-
Gesundheitszirkel	**16,7**	10,0	2,0	2,7	1,3	0,7

	total	allgemeine Information	allgemeine Beratung	Austausch mit anderen	Ansprech-partner	Hilfe bei der Durchführung
Verhaltensprävention						
Bewältigung von Mobbing	**28,0**	11,3	5,3	2,0	8,0	1,3
Suchtprävention	**28,0**	12,7	4,7	4,0	5,3	1,3
Entspannungsprogramme	**27,4**	13,3	8,7	0,7	4,7	-
Bewegungsprogramme	**26,0**	9,3	10,7	0,7	5,3	-
Herz-Kreislauf-Training	**23,3**	10,7	7,3	-	4,7	0,7
Ernährungsprogramme	**22,7**	10,7	9,3	-	2,7	-
Führungskräfteseminare	**22,7**	6,7	10,0	-	4,7	1,3
Kommunikationstraining	**22,0**	6,0	6,0	2,0	6,0	2,0
Konfliktbewältigungsseminare	**21,3**	8,0	6,7	0,7	5,3	0,7
Krebsvorsorge	**21,3**	10,0	6,7	-	4,7	-
Übergang in den Ruhestand	**17,3**	6,7	6,0	-	3,3	1,3
Bewältigung von Schichtarbeit	**16,7**	8,7	4,0	1,3	2,0	0,7
Seminare zu Teamwork	**16,0**	8,0	3,3	0,7	2,7	1,3
Sportgruppe	**14,0**	8,0	3,3	2,0	0,7	-
Kinderbetreuung	**10,7**	6,0	2,7	0,7	1,3	-
Freizeitgruppe	**9,3**	5,3	3,3	0,7	-	-
Theatergruppe	**9,3**	7,3	2,0	-	-	-

Tabelle 44: Spezifischer Informations- und Beratungsbedarf 2003 (in %; N = 150) (Fortsetzung)

	total	allgemeine Information	allgemeine Beratung	Austausch mit anderen	Ansprech-partner	Hilfe bei der Durchführung
Verhältnisprävention						
Verbesserung der Arbeits-bedingungen	**23,3**	6,7	8,0	2,7	6,0	-
Arbeitsergonomie	**22,7**	6,0	6,7	4,0	5,3	0,7
Aufbau- & Ablauforganisation	**20,7**	8,7	4,7	2,7	4,0	0,7
Umgang mit Gefahrstoffen	**20,0**	8,7	4,0	1,3	4,7	1,3
Flexibilisierung der Arbeitszeiten	**19,3**	6,7	5,3	3,3	2,7	1,3
Jahresarbeitszeit	**18,7**	6,0	5,3	4,0	2,7	0,7
Schichtplangestaltung	**15,3**	10,0	2,0	-	2,7	0,7
Mitarbeiterpartizipation	**14,0**	10,0	0,7	1,3	1,3	0,7
Gruppenarbeit	**13,3**	8,0	2,0	1,3	2,0	-
Jobrotation	**13,3**	8,7	2,0	1,3	1,3	-
Jobenrichement/Jobenlargement	**12,7**	10,7	0,7	-	1,3	-

Im Bereich der Verhaltensprävention zeigt sich der höchste Informations- und Beratungsbedarf bei der Bewältigung von Mobbing (28,0%) und Suchtprävention (28,0%) sowie bei Entspannungs- (27,4%) und Bewegungsprogrammen (26,0%) und beim Herz-Kreislauf-Training (23,3%). Konkrete Ansprechpartner fragen die meisten Betriebe hinsichtlich der Bewältigung von Mobbing (8,0%), des Kommunikationstrainings (6,0%), der Suchtprävention (5,3%) sowie bei Bewegungsprogrammen (5,3%) und Konfliktbewältigungsseminaren (5,3%) nach. Unterstützungsbedarf bei Maßnahmen außerhalb des Betriebs scheint kaum zu bestehen. Dies gilt für Sport- und Freizeitgruppen ebenso wie für die Kinderbetreuung und der damit verbundenen Möglichkeit, die Arbeitssituation von Frauen zu verbessern (Tabelle 44).

Im Bereich der Verhältnisprävention ist der Unterstützungsbedarf bei der Verbesserung der Arbeitsbedingungen (23,3%), Arbeitsergonomie (22,7%), gesundheitsgerechten Gestaltung der Aufbau- und Ablauforganisation (20,7%) sowie dem Umgang mit Gefahrstoffen (20,0%) am höchsten. Konkrete Ansprechpartner wünschen sich die meisten Unternehmen im Hinblick auf die Verbesserung der Arbeitsbedingungen (6,0%) und die Arbeitsergonomie (5,3%). Am geringsten ist der Informations- und Beratungsbedarf bei den mitarbeiterorientierten Konzepten wie Mitarbeiterpartizipation, Gruppenarbeit, Jobrotation, Jobenrichement und -enlargement (Tabelle 44).

Längsschnittliche Betrachtung 1997 – 2003

Zwischen Erst- und Wiederholungsbefragung zeigen sich im Informations- und Beratungsbedarf weder bei den Maßnahmen der Bedarfsanalyse noch bei den Angeboten der Verhältnisprävention wesentliche Unterschiede. Differenzen treten vor allem im Bereich der Verhaltensprävention auf, wobei hier folgende Maßnahmen im Jahr 2003 deutlich häufiger als 1997 genannt wurden:

- Suchtprävention 1997: 20,7% 2003: 28,0%
- Entspannungsprogramme 1997: 19,3% 2003: 27,4%
- Herz-Kreislauf-Training 1997: 18,0% 2003: 23,3%
- Ernährungsprogramme 1997: 17,3% 2003: 22,7%
- Konfliktbewältigungsseminare 1997: 16,0% 2003: 21,3%
- Kommunikationstraining 1997: 14,0% 2003: 22,0%
- Krebsvorsorge 1997: 13,3% 2003: 21,3%
- Bewältigung von Schichtarbeit 1997: 11,3% 2003: 16,7%

3.4.3 Gewünschte Beratungsinstitutionen

Um zu ermitteln, von wem sich die Betriebe Unterstützung bei der Planung und Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung wünschen, wurde den Interviewpartnern eine Liste mit sieben Institutionen vorgelegt. 84,7% der befragten Unternehmen erwarten von mindestens einer der abgefragten Institutionen Unterstützung, wobei am häufigsten die Berufsgenossenschaften (70,0%) und dann die Krankenkassen (66,7%) und die Ämter für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik (41,3%) genannt wurden. Es folgen die Beratungsstellen der Gewerkschaften (31,3%), Wissenschaftseinrichtungen (14,7%), Unternehmerverbände (11,3%) und das öffentliche Gesundheitswesen (8,7%) (Tabelle 45).

Längsschnittliche Betrachtung 1997 – 2003

Im Jahr 1997 erwarteten 86,0% der Unternehmen von mindestens einer Institution Unterstützung in Fragen des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung (2003: 84,7%). Auch 1997 wurden am häufigsten die Berufsgenossenschaften (74,7%) und die Krankenkassen (68,0%) genannt, gefolgt von den Gewerkschaften (26,7%), Unternehmerverbänden (24,0%), dem öffentlichen Gesundheitswesen (16,7%) und Wissenschaftseinrichtungen (16,0%) (Tabelle 45).

Tabelle 45: Gewünschte Beratungsinstitutionen 1997 und 2003 (in %; N = 150)

Institutionen	**1997**	**2003**
Berufsgenossenschaften	74,7	70,0
Krankenkassen	68,0	66,7
Ämter für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik	36,7	41,3
Gewerkschaften	26,7	31,3
Wissenschaftseinrichtungen	16,0	14,7
Unternehmerverbände	24,0	11,3
öffentliches Gesundheitswesen	16,7	8,7

Deutlich häufiger als 2003 erwarteten die Unternehmen 1997 Unterstützung von den Unternehmerverbänden und dem öffentlichen Gesundheitswesen.

4. Zusammenfassung und Perspektiven

Die vorliegende Längsschnittstudie beschäftigte sich mit den Veränderungen im Arbeitsschutz und der betrieblichen Gesundheitsförderung von 1997 bis 2003. Das Ziel war es, (1) zu untersuchen, in wie weit Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung nachhaltig Eingang in das Setting Arbeitswelt gefunden haben sowie (2) zu analysieren, welche Faktoren den Erfolg von Programmen der Gesundheitsförderung aus Sicht der Betriebe bestimmen.

An der Erstbefragung im Jahr 1997 nahmen 447 hessische und thüringische Betriebe aus der Dienstleistungsbranche und dem metallverarbeitenden Gewerbe teil. Von diesen Unternehmen wurden im Jahr 2003 150 ein zweites Mal zu allgemeinen Betriebsdaten, ihrem praktizierten Arbeitsschutz und ihren angebotenen Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung befragt.

Zwei Drittel der Betriebe der Längsschnittstichprobe 2003 haben ihren Standort in Hessen und ein Drittel in Thüringen. Bei 39,3% der Unternehmen handelt es sich um Dienstleistungsbetriebe und bei 60,7% um Betriebe aus dem metallverarbeitenden Gewerbe. Die durchschnittliche Betriebsgröße beträgt 648 Mitarbeiter, wobei

- 43,4% der Unternehmen 50 bis 199 Beschäftigte,
- 27,3% der Unternehmen 200 bis 499 Beschäftigte,
- 15,3% der Unternehmen 500 bis 999 Beschäftigte und
- 14,0% der Unternehmen mindestens 1000 Beschäftigte haben.

In wichtigen Unternehmensdaten wie Standort, Unternehmensgröße, Anteil an Frauen, Schicht- und Teilzeitarbeitern bleibt die Repräsentativität der Längsschnittstichprobe 2003 erhalten. Verzerrungen gibt es dahingehend, dass eher Unternehmen mit einem höheren Niveau betrieblicher Gesundheitsförderung die Bereitschaft zeigten, an der Wiederholungsbefragung teilzunehmen.

Das Design der vorliegenden Studie bot einerseits die Möglichkeit, die 2003 erhobenen Daten im Querschnitt zu analysieren und folgende Fragen zu beantworten:

- In welchem Umfang werden betriebliche Programme zur Gesundheitsförderung in den Unternehmen angeboten?
- Um welche Angebote handelt es sich?
- Welche strukturellen, organisatorischen oder personalen Faktoren behindern die Einrichtung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung?

Andererseits konnten die Daten im Längsschnitt 1997 – 2003 betrachtet und folgende Frage beantwortet werden:

- Sind in den vergangenen sechs Jahren Fortschritte in der Verbreitung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu verzeichnen oder ist eine Stagnation bzw. ein Rückgang der Angebote eingetreten?
- Hat sich die Ausrichtung der Angebote in den Betrieben verändert?

Weiterhin galt das Forschungsinteresse den Perspektiven und damit der Beantwortung folgender Fragen:

- Welche neuen Programme der betrieblichen Gesundheitsförderung sollten verstärkt vorangetrieben werden?
- Welche Entwicklungsbemühungen sind notwendig?

Querschnittliche Betrachtung 2003

Die Mehrzahl der befragten Kontaktpersonen in den Unternehmen, nämlich 81,6%, sind dem *betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz* gegenüber positiv eingestellt und vertreten die Auffassung, dass ein effektiver Arbeitsschutz zur Steigerung des Arbeitsergebnisses des Unternehmens beiträgt. Betriebsvereinba-

rungen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz bestanden 2003 allerdings nur in 38,5% der befragten Betriebe.

Zum Zeitpunkt der Wiederholungsbefragung gab es einen Betriebsarzt bzw. überbetrieblichen arbeitsmedizinischen Dienst in 95,3%, eine Fachkraft für Arbeitssicherheit bzw. einen überbetrieblichen sicherheitstechnischen Dienst in 97,7% und einen arbeitsfähigen Arbeitsschutzausschuss in 82,1% der befragten Unternehmen. Damit ist die *arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Betreuung* in der Mehrzahl der Unternehmen sichergestellt, wobei Defizite eher bei den Dienstleistern als im metallverarbeitenden Gewerbe sowie vor allem in den kleineren Unternehmen mit 50 bis 199 Mitarbeitern bestehen. Unterschiede zwischen den Bundesländern treten nicht auf.

Im Jahr 2002 betrug die *Fehlzeitenquote* der befragten Dienstleistungsbetriebe (4,2%) und Betriebe des metallverarbeitenden Gewerbes (4,9%) im Durchschnitt 4,7% und lag damit unter dem für die AOK-Mitglieder ermittelten Krankenstand, der 2002 im Bundesdurchschnitt bei den Dienstleistern 4,8% und im metallverarbeitenden Gewerbe 5,5% betrug (Vetter, Küsgens & Dold, 2003).

Auch die durchschnittliche Rate von 26,2 *Arbeitsunfällen* je 1000 Beschäftigte lag 2002 bei den befragten Dienstleistern (25,1 Unfälle je 1000 Beschäftigte) und Betrieben des metallverarbeitenden Gewerbes (27,0 Unfälle je 1000 Beschäftigte) unter dem Bundesdurchschnitt von 32,5 Arbeitsunfällen je 1000 Beschäftigte, wobei der Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (2004b) wesentlich mehr Unfälle in der Metallbranche (49,8 Unfälle je 1000 Beschäftigte) als im Bereich „Handel und Verwaltung" (19,8 Unfälle je 1000 Beschäftigte) registrierte.

Anzeigen von *Berufskrankheiten* gibt es in 20,7% der befragten Betriebe des metallverarbeitenden Gewerbes und nur in 2,0% der befragten Dienstleister. Im metallverarbeitenden Gewerbe wurden am häufigsten die Asbestose (7,7%), Rückenbeschwerden (5,5%) und die Lärmschwerhörigkeit (5,5%) angezeigt.

Auch *arbeitsplatzbedingte Belastungen* treten im metallverarbeitenden Gewerbe (8,1 Belastungen) signifikant häufiger auf als bei den Dienstleistern (4,1 Belastungen). Branchenübergreifend wurden am häufigsten Zeitdruck und Heben – Tragen sowie im metallverarbeitenden Gewerbe Lärm, mechanische Gefährdungen und Gefahrstoffe als Belastungsfaktoren genannt.

Im Jahr 2003 führten 82,7% der befragten Unternehmen Maßnahmen durch, die im Kontext *betrieblicher Gesundheitsförderung* Relevanz haben. Im Bereich der Bedarfsanalyse wurden von den meisten Unternehmen

- Gefährdungsbeurteilungen und psychische Belastungsanalysen realisiert (63,3%),
- die Fehlzeiten ausgewertet (57,3%),
- Mitarbeiterbefragungen durchgeführt (34,0%) und
- Gesundheitsberichte erstellt (33,3%).

Es folgten Maßnahmen der Verhältnisprävention, so

- die Verbesserung des Arbeitsumfeldes (56,0%),
- Zeitmodelle (48,7%),
- Seminare zum Umgang mit Gefahrstoffen (32,7%) sowie
- die gesundheitsgerechte Gestaltung der Aufbau- und Ablauforganisation (24,7%).

Am seltensten angeboten wurden Maßnahmen der Verhaltensprävention, so

- Gruppen außerhalb des Betriebes (29,3%),
- Kommunikationstraining (28,0%),
- Konfliktbewältigungsseminare (26,7%),
- Führungskräfteseminare (26,7%) und
- Seminare zu Teamwork (21,3%).

Die Interviewpartner schätzen unabhängig vom Standort, der Branche und Betriebsgröße den *Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung* sowohl für das Unternehmen als auch für die Mitarbeiter hoch ein,

wobei sie die Auffassung vertreten, dass betriebliche Gesundheitsförderung am ehesten dazu beiträgt, das Wohlbefinden der Mitarbeiter zu steigern, die Arbeitszufriedenheit zu erhöhen und den Krankenstand zu senken.

Der Gesamtindex *„Betriebliche Gesundheitsförderung"*, der sich aus den Subskalen „Bedarfsanalyse" (9,1 Punkte), „Verhaltensprävention" (4,4 Punkte) und „Verhältnisprävention" (8,1 Punkte) zusammensetzt und einen Maximalwert von 100 Punkten annehmen kann, ist mit durchschnittlich 21,6 Punkten gering.

- Signifikante Unterschiede im Ausprägungsgrad der betrieblichen Gesundheitsförderung zeigen sich zum einen in Abhängigkeit von der Betriebsgröße: Unternehmen mit mindestens 1000 Beschäftigten erzielen mit 38,6 Punkten ein signifikant höheres Niveau hinsichtlich der Gesundheitsförderung in ihrem Betrieb als die Unternehmen der Größenklasse zwei (28,1 Punkte), drei (20,1 Punkte) und vier (14,9 Punkte).
- Zum zweiten besteht ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Rate der Arbeitsunfälle und dem Ausmaß betrieblicher Gesundheitsförderung ($r = 0{,}23$): In Unternehmen mit einer geringen Unfallrate ist das Niveau der Gesundheitsförderung signifikant höher als in Betrieben mit einer hohen Unfallrate.
- Zum dritten findet man in Unternehmen, in denen der Arbeits- und Gesundheitsschutz eine hohe Wertschätzung erfährt (23,9 Punkte), ein signifikant höheres Niveau betrieblicher Gesundheitsförderung vor als in Unternehmen mit geringer Wertschätzung (12,9 Punkte).
- Zum vierten besteht eine signifikante Korrelation zwischen Nutzenerwartung und betrieblicher Gesundheitsförderung: Unternehmen, die sich von betrieblicher Gesundheitsförderung einen hohen Nutzen für das Unternehmen ($r = 0{,}26$) und/oder die Mitarbeiter ($r = 0{,}26$) erwarten, weisen ein höheres Ausmaß betrieblicher Gesundheitsförderung auf als Unternehmen mit geringer Nutzenserwartung.

Die *Hauptgründe für das Einführen betrieblicher Gesundheitsförderung* waren in den befragten Unternehmen die Gesetzgebung (32,1%), die Förderung der Gesundheit der Mitarbeiter (28,3%) und die Fehlzeitenreduktion (18,9%), wobei die Initiative in der Hälfte der Fälle nicht von einzelnen Personen, sondern von verschiedenen Akteuren ausging. Die *Hauptinitiatoren der betrieblichen Gesundheitsförderung* waren in den befragten Unternehmen der Betriebs- bzw. Personalrat (74,5%), die Geschäftsleitung (47,1%) und der Betriebsarzt bzw. die Fachkraft für Arbeitssicherheit (33,3%).

In 17,3% der befragten Betriebe wurde zum Zeitpunkt der Wiederholungsbefragung keine einzige Maßnahme betrieblicher Gesundheitsförderung angeboten. Als *Hauptgründe, warum keine betriebliche Gesundheitsförderung angeboten wird,* nannten diese Unternehmen das mangelnde Interesse der Führungskräfte (38,5%), Kosten (23,1%), fehlende Informationen (19,2%), geringe Gesundheitsprobleme (15,4%) und fehlende Ansprechpartner (11,5%).

Längsschnittliche Betrachtung 1997 – 2003

Die *arbeitsmedizinische und sicherheitstechnische Betreuung* hat sich in den befragten Betrieben im Zeitraum von 1997 bis 2003 erheblich verbessert. 2003 gab es in mehr Unternehmen als zum Zeitpunkt der Erstbefragung

- einen Betriebsarzt bzw. überbetrieblichen arbeitsmedizinischen Dienst (1997: 84,2%; 2003: 95,3%),
- eine Fachkraft für Arbeitssicherheit bzw. überbetrieblichen sicherheitstechnischen Dienst (1997: 92,9%; 2003: 97,7%) und
- einen arbeitsfähigen Arbeitsschutzausschuss (1997: 75,4%; 2003: 82,1%).

Auch der Anteil der Betriebe, in denen zu Fragen der Gesundheitsförderung der Betriebsarzt, die Fachkraft für Arbeitssicherheit und/oder der Arbeitsschutzausschuss gehört werden, hat sich seit 1997 von 80,7% auf 90,1% im Jahr 2003 erhöht. Das heißt, dass heute die arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen

Fachkräfte in den Betrieben einen größeren Einfluss auf die Gestaltung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen nehmen können als früher.

Zum Zeitpunkt der Erstbefragung wurden in mehr Betrieben, nämlich in 88,7%, *Maßnahmen betrieblicher Gesundheitsförderung* realisiert als 2003 (82,7%). Im Bereich der Bedarfsanalyse wurden 2003 deutlich häufiger als 1997

- die Fehlzeiten ausgewertet (1997: 46,7%; 2003: 57,3%) und
- Gesundheitsberichte erstellt (1997: 20,7%; 2003: 33,3%).

Im Bereich der Verhaltensprävention zeigen sich Veränderungen in der Ausrichtung der Angebote dahingehend, dass 2003 häufiger als 1997 Weiterbildungsmaßnahmen wie

- Führungskräfteseminare (1997: 12,0%; 2003: 26,7%),
- Konfliktbewältigungsseminare (1997: 21,3%; 2003: 26,7%) und
- Seminare zum Übergang in den Ruhestand (1997: 5,3%; 2003: 10,7%)

angeboten wurden. Im Bereich der Verhältnisprävention wurden 1997 deutlich häufiger als 2003

- Zeitmodelle (1997: 60,0%; 2003: 48,7%) und
- die Mitarbeiterpartizipation (1997: 18,0%; 2003: 10,0%) realisiert.

Wenngleich zum Zeitpunkt der Erstbefragung mehr Betriebe mindestens eine Gesundheitsförderungsmaßnahme angeboten haben als im Jahr 2003, hat sich der Durchschnittswert des *Gesamtindex „Betriebliche Gesundheitsförderung"* seit 1997 von 18,8 Punkten auf 21,6 Punkte im Jahr 2003 leicht, statistisch allerdings nicht signifikant erhöht. Dass sich das Niveau der Gesundheitsförderung in den Betrieben im Untersuchungszeitraum etwas verbessert hat, wird auch daran deutlich, dass sich der Anteil der Unternehmen, die ein sehr gutes bis ausreichendes Maß an Gesundheitsförderung (33,4 bis 100 Punkte) aufweisen, von 16,0% im Jahr 1997 deutlich auf 27,4% im Jahr 2003 vergrößert hat. Dies ist ein Hinweis darauf, dass die Unternehmen, die betriebliche Gesundheitsförderung durchführen, dies heute mit größerer Regelmäßigkeit und Ernsthaftigkeit tun als noch vor sechs Jahren. Wie 2003, so hatten auch 1997 die Unternehmen mit mindestens 1000 Beschäftigten (36,5 Punkte) ein signifikant höheres Niveau betrieblicher Gesundheitsförderung als die Betriebe der Größenklasse zwei (21,3 Punkte), drei (17,8 Punkte) und vier (13,0 Punkte).

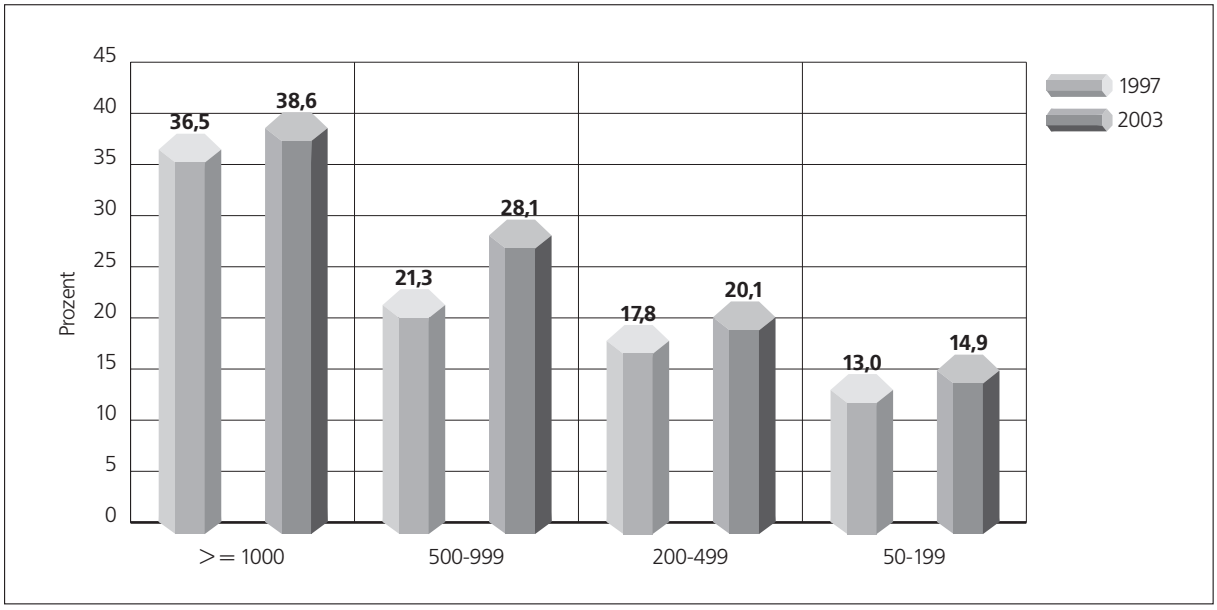
Bereits 1997 wurde, wie auch 2003, der *Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung* sowohl für das Unternehmen als auch für die Mitarbeiter von den Interviewpartnern hoch bewertet, wobei sich in der Erstbefragung kein signifikanter Zusammenhang zwischen Nutzenserwartung und Ausprägungsgrad der betrieblichen Gesundheitsförderung nachweisen ließ.

Hinsichtlich der Gründe, *warum keine betriebliche Gesundheitsförderung angeboten wird*, zeigen sich erhebliche Unterschiede zwischen Erst- und Wiederholungsbefragung. Deutlich häufiger als 1997 wurden 2003

- das mangelnde Interesse der Führungskräfte (1997: 11,8%; 2003: 38,5%),
- Kosten (1997: 11,8%; 2003: 23,1%),
- fehlende Informationen (1997: 5,9%; 2003: 19,2%),
- fehlende Ansprechpartner (1997: 5,9%; 2003: 11,5%),
- unklare Verantwortlichkeiten (1997: 5,9%; 2003: 11,5%) und
- Personalabbau (1997: 0,0%; 2003: 7,7%) genannt.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass betriebliche Gesundheitsförderungsprogramme in den letzten Jahren zwar keinen quantitativen Sprung in ihrer Verbreitung gemacht haben, die Konzepte in den Unternehmen, die Gesundheitsförderung in ihre Personalentwicklung aufgenommen haben, erfuhren aber eine positive, qualitative Ausweitung. Dies gilt insbesondere für die Gruppe der mittleren Betriebe mit 500 bis 999 Mitarbeitern. Handlungsbedarf bleibt vornehmlich in der Gruppe der kleinen Unternehmen mit weniger als 200 Mitarbeitern bestehen (Abbildung 9).

Abbildung 9: Niveau betrieblicher Gesundheitsförderung 1997 und 2003 (Mittelwert; N = 150)



Diese qualitative Ausweitung der Maßnahmen zeigt, dass sie von den Betrieben als erfolgreiche Konzepte angesehen werden. Erfreulicherweise korreliert dieser Fortschritt mit einer Ausweitung der Betreuung der Betriebe im Arbeits- und Gesundheitsschutz. Hier könnte es sich um Synergieeffekte handeln. So hat sich der Anteil der Betriebe, die Analysen zur Beurteilung der Arbeitsbedingungen durchführen, erhöht (insbesondere zu nennen ist hier das Erstellen von Gesundheitsberichten). In diesen Unternehmen haben die Befunde offensichtlich dazu geführt, dass die Maßnahmen der Gesundheitsförderung ausgeweitet wurden, wobei mehr Gewicht auf die Verhältnis- als auf die Verhaltensprävention gelegt wird. Zudem werden Führungskräfteseminare deutlich häufiger realisiert und tragen somit zur Vertiefung der Gesundheitsförderung in den Betrieben bei.

Negativ fällt auf, dass Maßnahmen zur Mitarbeiterpartizipation 2003 deutlich seltener umgesetzt wurden als 1997. Hier sollten – wenn eingebunden – externe Experten der Gesundheitsförderung auf die Wichtigkeit und Notwendigkeit solcher Aspekte hinweisen. Dies erscheint zusätzlich deshalb geboten, weil die Betriebe, die keine Gesundheitsförderung realisieren, als vornehmliche Gründe mangelndes Interesse der Führungskräfte (in vier von zehn dieser Unternehmen), Kosten und fehlende Informationen angeben.

Perspektiven

Etwa ein Drittel der befragten Unternehmen plant, solche Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung in Zukunft anzubieten, die sie bislang noch nicht realisieren. An erster Stelle der *geplanten Maßnahmen* steht die Ermittlung von psychischen Belastungen am Arbeitsplatz (10,7%), gefolgt von der Flexibilisierung der Arbeitszeiten (6,0%), Entspannungsprogrammen (5,3%), Bewältigung von Mobbing (4,7%), Bewegungsprogrammen (4,7%) und Gefährdungsbeurteilungen (4,7%).

Einen *allgemeinen Informations- und Beratungsbedarf* in Fragen des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung bestätigt die Hälfte der befragten Unternehmen, wobei dies mehr thüringische (54,3%) als hessische (48,8%) Betriebe und eher Mittel- und Großunternehmen als Betriebe mit 50 bis 199 Mitarbeitern (46,4%) tun.

Gefragt nach ihrem *spezifischen Informations- und Beratungsbedarf* wünschen sich die meisten Unternehmen Unterstützung bei folgenden bedarfsanalytischen und verhaltenspräventiven Maßnahmen:

- Ermittlung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz (30,0%)
- Bewältigung von Mobbing (28,0%)

- Suchtprävention (28,0)
- Entspannungsprogramme (27,4%)
- Gefährdungsbeurteilungen (26,0%)
- Bewegungsprogramme (26,0%)

Unterstützung bei verhältnispräventiven Angeboten wird von den Unternehmen in geringerem Maße nachgefragt.

Konkrete Hilfe in Form von Ansprechpartnern wünschen sich die meisten Unternehmen bei der Bewältigung von Mobbing (8,0%), Ermittlung psychischer Belastungen am Arbeitsplatz (7,3%), Gefährdungsbeurteilungen (6,7%), Kommunikationstraining (6,0%) und Verbesserung der Arbeitsbedingungen (6,0%).

Unterstützung bei der Planung und Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung erwarten die befragten Unternehmen vor allem von den Berufsgenossenschaften (70,0%), Krankenkassen (66,7%), Ämtern für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik (41,3%) sowie den Beratungsstellen der Gewerkschaften (31,3%).

Den Informations- und Beratungswünschen der Betriebe sollten die genannten Institutionen nicht zuletzt vor dem Hintergrund gerecht werde, dass neben dem mangelnden Interesse der Führungskräfte und den Kosten es vor allem fehlende Informationen und Ansprechpartner sind, die die Implementierung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen in den Betrieben behindern. In der derzeitigen Betreuung sind erwartungsgemäß in der Gruppe der kleinen Unternehmen mit bis zu 199 Mitarbeitern die größten Defizite zu verzeichnen. Aber auch mittlere Betriebe bis zu 499 Beschäftigten werden insbesondere von den Krankenkassen bis jetzt nur ungenügend unterstützt. Zur Verbesserung dieser Situation könnten die Krankenkassen (gemeinsam mit den Unfallversicherungsträgern) Kooperationsmodelle mit arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Dienstleistern erproben, mit dem Ziel, Programme der betrieblichen Gesundheitsförderung in diesem Segment verstärkt voranzutreiben.

Literaturverzeichnis

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2001). *Dokumentation 2001. Leistungen der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 20 Abs. 1 und 2 SGB V.* Bergisch Gladbach, Bochum, Bonn, Essen, Hamburg, Kassel, Siegburg: Eigenverlag.

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (2002). *Dokumentation 2002. Leistungen der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 20 Abs. 1 und 2 SGB V.* Bergisch Gladbach, Bochum, Bonn, Essen, Hamburg, Kassel, Siegburg: Eigenverlag.

Arbeitskammer des Saarlandes (2003). Saarland: Im betrieblichen Gesundheitsschutz gibt es erhebliche Defizite. *Arbeit & Ökologie*, 11, S. 6-8.

Badura, B. (2000). Einleitung. In Bertelsmann Stiftung & Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.), *Erfolgreich durch Gesundheitsmanagement – Beispiele aus der Arbeitswelt.* Gütersloh: Eigenverlag.

Badura, B. & Hehlmann, T. (2003). *Betriebliche Gesundheitspolitik.* Der Weg zur gesunden Organisation. Berlin: Springer.

Bertelsmann Stiftung & Hans-Böckler-Stiftung (2002). *Expertenkommission „Betriebliche Gesundheitspolitik".* Gütersloh, Düsseldorf: Eigenverlag.

Bertelsmann Stiftung & Hans-Böckler-Stiftung (2002). *Zukunftsfähige betriebliche GEsundheitspolitik. Verschläge der Expertenkommission.* Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Gröben, F. (2000). *Umfrage bei Führungskräften zur Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung im öffentlichen Dienst in Hessen und Thüringen. Befunde der staatlichen Dienststellen.* Unveröff. Institutsbericht, Universität Karlsruhe, Institut für Sport und Sportwissenschaft.

Gröben, F. (2001). *Gesundheitsförderung im Betrieb. Eine empirische Untersuchung zu Verbreitung, Erfolgsfaktoren und Perspektiven betrieblicher Gesundheitsförderung.* Berlin: dissertation.de.

Gröben, F. (2002). *Gesundheitsförderung in der Automobilindustrie. Hemmende und fördernde Faktoren. Eine Bilanz.* Unveröff. Institutsbericht, Universität Karlsruhe, Institut für Sport und Sportwissenschaft.

Gröben, F. (2003). *Betriebliche Gesundheitspolitik. Analysen und Handlungsempfehlungen.* Frankfurt: Bund.

Gröben, F. & Bös, K. (1999). *Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung. Maßnahmen und Erfahrungen – ein Querschnitt.* Berlin: edition sigma®.

Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (2004a). *Berufskrankheiten*. Zugriff unter www.hvbg.de/d/pages/service/download/g_r/g_ergeb/kap4.html

Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften (2004b). *Arbeits- und Wegeunfälle.* Zugriff unter www.hvbg.de/d/pages/service/download/g_r/g_ergeb/kap3.html

Lenhardt, U. (2001). *Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung in bezug auf Rückenbeschwerden und durch Rückenbeschwerden bedingte Arbeitsunfähigkeit.* Berlin: Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P 01-203.

MASQT (Ministerium für Arbeit und Soziales, Qualifikation und Technologie des Landes Nordrhein-Westfalen) (Hrsg.) (2001). *Arbeitswelt NRW 2000. Belastungsfaktoren – Bewältigungsformen – Arbeitszufriedenheit.* Düsseldorf: Eigenverlag.

Network for Workplace Health Promotion (1997). *The Luxembourg Declaration on Work Health Promotion in the European Union.* Zugriff unter www.enwhp.org/download/ luxembourg_declaration.pdf

Vetter, C., Küsgens, I. & Dold, S. (2003). Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2002. In B. Badura, H. Schellschmidt & C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2003*. Berlin: Springer.

Anhang A: Fragebogen

Firma:

Branche: Produkte:

Kontaktperson:

Telefon: Fax:

Einige Fragen zu Ihrem Betrieb

1.	Wie viele Personen sind im gesamten Unternehmen beschäftigt?	
	Wie viele Personen sind an Ihrer Betriebsstätte beschäftigt?	
	Wie hoch ist der Prozentanteil der Frauen an Ihrer Betriebsstätte?	**%**
	Wie hoch ist dort der Prozentanteil der Teilzeitbeschäftigten?	**%**
	Wie hoch ist dort der Prozentanteil der MitarbeiterInnen mit Schichtarbeit?	**%**

		ja	**nein**	**kA**
2.	Kennen Sie die Fehlzeitenquote auf Grund von Arbeitsunfähigkeit (wegen Unfällen und Erkrankungen) an Ihrer Betriebsstätte?			
	Wie hoch war sie 2002? **%**			

3. Welche Konsequenzen, Probleme werfen Fehlzeiten auf Grund von Arbeitsunfähigkeit an Ihrer Betriebsstätte auf?
(Mehrfachnennungen sind möglich, bitte jeweils nach Bedeutung ankreuzen)

	sehr groß	**groß**	**gering**	**sehr gering**	**kA**
Nichterbringen von Dienstleistungen					
Probleme der Terminplanung					
Zusätzliche Überstunden					
Probleme der Vertretungsregelung					
Beschäftigung zusätzlicher Arbeitskräfte					
Motivationsprobleme der Anwesenden					
Kosten für Umsetzungen und Einarbeitungen					
Überschreitung des Haushaltes bzw. Budgets					
Sonstige, bitte angeben:					

		ja	**nein**	**kA**
4.	Haben Sie einen Betriebsarzt			
	eine Fachkraft für Arbeitssicherheit			
	einen überbetrieblichen arbeitsmedizinischen oder sicherheitstechnischen Dienst bestellt?			
5.	Bestehen Betriebsvereinbarungen im Arbeits- und Gesundheitsschutz?			
	Wenn ja, zu welchen Themen?			

Wenn Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an Dr. Jutta Ulmer, Tel. 069 - 46 99 21 56

	ja	nein	kA
6. Haben Sie einen arbeitsfähigen Arbeitsschutz-Ausschuss?			
7. Werden zu Fragen der betrieblichen Gesundheitsförderung Betriebsarzt, Fachkraft für Arbeitssicherheit und der Arbeitsschutz-Ausschuss gehört?			

8. Gibt es an Ihrer Betriebsstätte Arbeitsplätze mit starken Belastungen durch ...

	ja	nein	kA		ja	nein	kA
Heben – Tragen				Strahlung			
Lärm				Monotonie			
mechanische Gefährdungen				Publikumsverkehr			
elektrische Gefährdungen				Zeitdruck			
Klima				Kommunikationsprobleme			
Staub				Über- bzw. Unterforderung			
Beleuchtung				Informationsprobleme			
Gas				Arbeitsunterbrechungen			
Brand- und Explosionsgefahr				Mobbing			
Vibration				Bedrohung, Gewalt, Tod			
biologische Erreger				Sonstige, bitte angeben:			
Gefahrstoffe							

9. Fanden in Ihrem Unternehmen im letzten Jahr größere Umstrukturierungen der Aufbau- und Ablauforganisation statt?			
Oder stehen solche unmittelbar bevor?			
Wie viele MitarbeiterInnen sind davon betroffen?			
10. Liegen in Ihrem Unternehmen Anzeigen von Berufskrankheit vor?			
Wenn ja, welche?			
11. Wie viele meldepflichtige Arbeitsunfälle gab es an Ihrer Betriebsstätte 2002?			
12. Hatte Ihre Betriebsstätte in den letzten drei Jahren Kontakt (Beratung, Besichtigung etc.) zu MitarbeiterInnen der Präventionsabteilung			
der Unfallversicherungsträger?			
des Amtes für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik?			
sonstigen (z.B. Krankenkassen)?			

13. Sind Sie der Ansicht, dass effektiver Arbeitsschutz zur Steigerung des Arbeitsergebnisses Ihrer Betriebsstätte beiträgt?

(Bitte nach Bedeutung ankreuzen)

ja	eher schon	nein	

Wenn Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an Dr. Jutta Ulmer, Tel. 069 - 46 99 21 56

Fragen zu Prävention und Gesundheitsförderung

14. Wurden bzw. werden an Ihrer Betriebsstätte in folgenden Bereichen Maßnahmen durchgeführt oder sind sie für die nächste Zeit geplant?

Zutreffendes bitte angeben, Mehrfachnennungen sind möglich. Tragen Sie bitte in die Kästchen jene Zahl ein, die die Kategorie des Standes Ihrer Maßnahmen am besten trifft.
*(**1** = abgeschlossen **2** = werden derzeit erprobt **3** = werden ab und zu durchgeführt **4** = sind Routine **5** = geplant)*

I. Gefährdungsbeurteilungen	
Gefährdungsbeurteilungen gemäß ArbSchG	
Ermittlung von psychischen Belastungen am Arbeitsplatz	
II. Bedarfsanalyse	
Gesundheitsbericht	
Auswertung der betrieblichen Fehlzeitendaten	
Mitarbeiterbefragungen	
Auswertung von Krankenrückkehrer-gesprächen	
III. Verhaltensorientierte Maßnahmen	
Entspannungsprogramme	
Bewegungsprogramme zur Prävention von Erkrankungen des Bewegungsapparates	
Herz-/Kreislaufprogramme	
Krebsvorsorge	
Ernährungsprogramme	
Suchtprävention	
Bewältigung von Mobbing	
IV. Weiterbildungsmaßnahmen	
Führungskräfteseminare zur betrieblichen Gesundheitsförderung	
Konfliktbewältigungsseminare	
Kommunikationstraining	
Umgang mit Gefahrstoffen	
Bewältigung von Schichtarbeit	
Übergang in Ruhestand	
Seminare zu Teamwork	

V. Angebote außerhalb des Betriebs	
Sportgruppe	
Theatergruppe	
Kinderbetreuung	
Freizeitgruppe	
VI. Verhältnisorientierte Maßnahmen	
Gruppenarbeit	
Flexibilisierung der Arbeitszeiten	
Jahresarbeitszeit	
Schichtplangestaltung	
Gesundheitszirkel	
Mitarbeiterpartizipation	
Job-enrichement/-enlargement	
Job-rotation	
Krankenrückkehrergespräche	
Gesundheitsgerechte Gestaltung von Aufbau- und Ablauforganisation	
Verbesserung des Arbeitsumfeldes und Arbeitsbedingungen	
Arbeitsergonomie / Präventive Arbeitsplatzgestaltung	
Sonstige, bitte angeben:	

Wenn Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an Dr. Jutta Ulmer, Tel. 069 - 46 99 21 56

15. Welchen Nutzen der betrieblichen Gesundheitsförderung erwarten Sie?

(Mehrfachnennungen sind möglich, bitte jeweils nach Bedeutung ankreuzen)	**sehr groß**	**groß**	**mittel**	**gering**	**sehr gering**	**kA**
Sinkender Krankenstand						
Sinkende Unfallraten						
Sinkende Fluktuation						
Verbessertes Unternehmensimage						
Erleichterte Personalrekrutierung						
Erhöhte Produktivität						
Erhöhte Qualität der Produkte						
Steigerung des gesundheitlichen Wohlbefindens der MitarbeiterInnen						
Erhöhte Arbeitszufriedenheit						
Sonstige, bitte angeben:						

16. **Ihr Fazit:** Wie beurteilen Sie den Nutzen von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung?

(Bitte jeweils nach Bedeutung ankreuzen)	**sehr groß**	**groß**	**mittel**	**gering**	**sehr gering**	**kA**
Nutzen für das Unternehmen						
Nutzen für die MitarbeiterInnen						

Beantworten Sie hier -
*je nachdem was zutrifft - bitte **entweder** Frage 17 ff. **oder** gehen Sie zu Frage 24.*

Nur ausfüllen, wenn Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung vorhanden sind, sonst weiter zu Frage 24.

17. Wenn Sie solche Maßnahmen haben, was waren die Gründe für das Einführen?

18. Wie hat Ihr Unternehmen Kenntnis erlangt von Möglichkeiten und Instrumenten der betrieblichen Gesundheitsförderung?

19. Wer war der Initiator der Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung?

	ja	**nein**	**kA**
20. Sind Erfolgskriterien für die Maßnahmen formuliert?			
Wenn ja, welche?			
21. Werden bestimmte Zielgruppen mit den Maßnahmen angesprochen?			
Wenn ja, welche?			

Wenn Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an Dr. Jutta Ulmer, Tel. 069 - 46 99 21 56

Nur ausfüllen, wenn Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung vorhanden sind, sonst weiter zu Frage 24.

	ja	nein	kA
22. Besteht ein Steuerungsgremium für die Maßnahmen?			
Wenn ja, welches?			

23. Bei Maßnahmen, an denen MitarbeiterInnen teilnehmen:

a) Wie viele der MitarbeiterInnen nehmen die Maßnahmen der Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung regelmäßig in Anspruch? %

b) Wo werden die Maßnahmen überwiegend durchgeführt?

		an der Betriebsstätte		außerhalb		beides

c) In welcher Zeit werden die Maßnahmen durchgeführt?

		während der Arbeitszeit		teilweise in der Arbeitszeit
		außerhalb der Arbeitszeit		in den Pausen

Weiter zu Frage 25.

*Nur ausfüllen, wenn **keine** Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung vorhanden sind.*

	ja	nein	kA
24. Wenn Sie keine solche Maßnahmen haben, gab es bei Ihnen in der Vergangenheit solche Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung?			

Gibt es bestimmte Gründe, warum Sie heute keine solche Maßnahmen haben?
(Zutreffendes bitte ankreuzen, Mehrfachnennungen sind möglich)

Gesundheit ist bei uns kein Problem		Fehlende Information	
Unklare Verantwortlichkeiten		Kosten	
Mangelndes Interesse der MitarbeiterInnen		Mangelndes Interesse der Führungskräfte	
Keine Räumlichkeiten		Glaube nicht an Wirksamkeit	
Personalabbau		Umstrukturierung des Unternehmens	
Fehlende Ansprechpartner		Sonstige, bitte angeben:	

Und was könnten Gründe für Sie sein, solche Maßnahmen in Zukunft einzuführen?

25. Von wem erwarten Sie Unterstützung bei der Planung und Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung? *(Zutreffendes bitte ankreuzen, Mehrfachnennungen sind möglich)*

Berufsgenossenschaften		Krankenkassen	
Ämter für Arbeitsschutz + Sicherheitstechnik		Öffentlichem Gesundheitswesen	
Unternehmerverbände		Wissenschaftseinrichtungen	
Beratungsstellen der Gewerkschaften		Sonstige, bitte angeben:	

Wenn Sie Fragen haben, wenden Sie sich bitte an Dr. Jutta Ulmer, Tel. 069 - 46 99 21 56

	ja	nein	kA
26. Besteht bei Ihnen Informations- oder Beratungsbedarf in Fragen des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung?			

Zutreffendes bitte angeben, Mehrfachnennungen sind möglich.
Tragen Sie bitte in die Kästchen jene Zahl ein, die die Kategorie ihres Beratungsbedarfs am Besten trifft. Immer die höchste Zahl verwenden, wenn mehr als eine Kategorie zutrifft.

1 *= Allgemeine Information* ***2*** *= Allgemeine Beratung* ***3*** *= Austausch mit anderen Unternehmen*
4 *= konkrete Ansprechpartner* ***5*** *= Hilfe bei der Durchführung*

I. Gefährdungsbeurteilungen		**V. Angebote außerhalb des Betriebs**	
Gefährdungsbeurteilungen gemäß ArbSchG		Sportgruppe	
Ermittlung von psychischen Belastungen am Arbeitsplatz		Theatergruppe	
		Kinderbetreuung	
II. Bedarfsanalyse		Freizeitgruppe	
Gesundheitsbericht			
Auswertung der betrieblichen Fehlzeitendaten		**VI. Verhältnisorientierte Maßnahmen**	
Mitarbeiterbefragungen		Gruppenarbeit	
Auswertung von Krankenrückkehrer-gesprächen		Flexibilisierung der Arbeitszeiten	
		Jahresarbeitszeit	
III. Verhaltensorientierte Maßnahmen		Schichtplangestaltung	
Entspannungsprogramme		Gesundheitszirkel	
Bewegungsprogramme zur Prävention von Erkrankungen des Bewegungsapparates		Mitarbeiterpartizipation	
Herz-/Kreislaufprogramme		Job-enrichement/-enlargement	
Krebsvorsorge		Job-rotation	
Ernährungsprogramme		Krankenrückkehrergespräche	
Suchtprävention		Gesundheitsgerechte Gestaltung von Aufbau- und Ablauforganisation	
Bewältigung von Mobbing		Verbesserung des Arbeitsumfeldes und Arbeitsbedingungen	
		Arbeitsergonomie / Präventive Arbeitsplatzgestaltung	
IV. Weiterbildungsmaßnahmen		Sonstige, bitte angeben:	
Führungskräfteseminare zur betrieblichen Gesundheitsförderung			
Konfliktbewältigungsseminare			
Kommunikationstraining			
Umgang mit Gefahrstoffen			
Bewältigung von Schichtarbeit			
Übergang in Ruhestand			
Seminare zu Teamwork			

	ja	nein	kA
Möchten Sie die Ergebnisse der Untersuchung zugesandt bekommen?			

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Falls Sie uns direkt antworten wollen, den Fragebogen bitte senden an:

Universität Karlsruhe
Projektbüro Frankfurt
Dr. Jutta Ulmer
Saalburgstr. 16
60385 Frankfurt

Anhang B: Rohdaten

Branche:	**DL:**	**59**	**(39 %)**	**VG:**	**91**	**(61 %)**
Kontaktperson:	**BR:**	**130**	**(96 %)**	**GL/PA:**	**5**	**(4 %)**
Standort:	**Hess:**	**99**	**(66 %)**	**Thür:**	**51**	**(34 %)**

Einige Fragen zu Ihrem Betrieb

1.	Wie viele Personen sind im gesamten Unternehmen beschäftigt?	**MW = 6614**	**N = 131**
	Wie viele Personen sind an Ihrer Betriebsstätte beschäftigt?	**MW = 648**	**N = 150**
	Wie hoch ist der Prozentanteil der Frauen an Ihrer Betriebsstätte?	**35 %**	**N = 143**
	Wie hoch ist dort der Prozentanteil der Teilzeitbeschäftigten?	**12 %**	**N = 142**
	Wie hoch ist dort der Prozentanteil der MitarbeiterInnen mit Schichtarbeit?	**14 %**	**N = 141**

		ja	nein	kA
2.	Kennen Sie die Fehlzeitenquote auf Grund von Arbeitsunfähigkeit (wegen Unfällen und Erkrankungen) an Ihrer Betriebsstätte?	**86**	**53**	**11**
	Wie hoch war sie 2002?	**4,7 %**		**N = 82**

3. Welche Konsequenzen, Probleme werfen Fehlzeiten auf Grund von Arbeitsunfähigkeit an Ihrer Betriebsstätte auf?
(Mehrfachnennungen sind möglich, bitte jeweils nach Bedeutung ankreuzen)

	sehr groß	groß	gering	sehr gering	kA
Nichterbringen von Dienstleistungen	**7**	**28**	**53**	**29**	**33**
Probleme der Terminplanung	**6**	**68**	**45**	**10**	**21**
Zusätzliche Überstunden	**12**	**66**	**39**	**18**	**15**
Probleme der Vertretungsregelung	**8**	**47**	**49**	**27**	**19**
Beschäftigung zusätzlicher Arbeitskräfte	**3**	**19**	**47**	**50**	**31**
Motivationsprobleme der Anwesenden	**2**	**46**	**40**	**34**	**28**
Kosten für Umsetzungen und Einarbeitungen	**5**	**16**	**44**	**47**	**38**
Überschreitung des Haushaltes bzw. Budgets	**2**	**18**	**24**	**51**	**55**

Sonstige, bitte angeben:

		ja	nein	kA
4.	Haben Sie einen Betriebsarzt	**106**	**37**	**7**
	eine Fachkraft für Arbeitssicherheit	**137**	**10**	**3**
	einen überbetrieblichen arbeitsmedizinischen oder sicherheitstechnischen Dienst bestellt?	**61**	**73**	**16**
5.	Bestehen Betriebsvereinbarungen im Arbeits- und Gesundheitsschutz?	**55**	**88**	**7**

Wenn ja, zu welchen Themen?

	ja	nein	kA
6. Haben Sie einen arbeitsfähigen Arbeitsschutz-Ausschuss?	**115**	**25**	**10**
7. Werden zu Fragen der betrieblichen Gesundheitsförderung Betriebsarzt, Fachkraft für Arbeitssicherheit und der Arbeitsschutz-Ausschuss gehört?	**128**	**14**	**8**

8. Gibt es an Ihrer Betriebsstätte Arbeitsplätze mit starken Belastungen durch ...

	ja	nein	kA		ja	nein	kA
Heben – Tragen	**93**	**50**	**7**	Strahlung	**19**	**112**	**19**
Lärm	**74**	**67**	**9**	Monotonie	**38**	**92**	**30**
mechanische Gefährdungen	**67**	**66**	**17**	Publikumsverkehr	**41**	**92**	**17**
elektrische Gefährdungen	**57**	**75**	**18**	Zeitdruck	**106**	**30**	**14**
Klima	**59**	**71**	**20**	Kommunikationsprobleme	**56**	**73**	**21**
Staub	**54**	**83**	**13**	Über- bzw. Unterforderung	**73**	**53**	**24**
Beleuchtung	**28**	**104**	**18**	Informationsprobleme	**51**	**74**	**25**
Gas	**13**	**116**	**21**	Arbeitsunterbrechungen	**27**	**97**	**26**
Brand- und Explosionsgefahr	**38**	**92**	**20**	Mobbing	**33**	**75**	**42**
Vibration	**16**	**114**	**20**	Bedrohung, Gewalt, Tod	**3**	**133**	**24**
biologische Erreger	**9**	**121**	**20**	Sonstige, bitte angeben:			
Gefahrstoffe		**66**	**73**	**11**			

9. Fanden in Ihrem Unternehmen im letzten Jahr größere Umstrukturierungen der Aufbau- und Ablauforganisation statt?	**74**	**69**	**7**
Oder stehen solche unmittelbar bevor?	**45**	**57**	**48**
Wie viele MitarbeiterInnen sind davon betroffen?	**MW = 266**		**N = 76**
10. Liegen in Ihrem Unternehmen Anzeigen von Berufskrankheit vor?	**18**	**113**	**19**
Wenn ja, welche?			
11. Wie viele meldepflichtige Arbeitsunfälle gab es an Ihrer Betriebsstätte 2002?	**MW = 11**		**N = 114**

12. Hatte Ihre Betriebsstätte in den letzten drei Jahren Kontakt (Beratung, Besichtigung etc.) zu MitarbeiterInnen der Präventionsabteilung

der Unfallversicherungsträger?	**84**	**32**	**34**
des Amtes für Arbeitsschutz und Sicherheitstechnik?	**98**	**25**	**27**
sonstigen (z.B. Krankenkassen)?	**48**	**60**	**42**

13. Sind Sie der Ansicht, dass effektiver Arbeitsschutz zur Steigerung des Arbeitsergebnisses Ihrer Betriebsstätte beiträgt?

(Bitte nach Bedeutung ankreuzen)

ja	eher schon	eher nicht	nein	kA	
82	**38**	**18**	**9**	**3**	

Fragen zu Prävention und Gesundheitsförderung

14. Wurden bzw. werden an Ihrer Betriebsstätte in folgenden Bereichen Maßnahmen durchgeführt oder sind sie für die nächste Zeit geplant?

Zutreffendes bitte angeben, Mehrfachnennungen sind möglich. Tragen Sie bitte in die Kästchen jene Zahl ein, die die Kategorie des Standes Ihrer Maßnahmen am besten trifft.
*(**1** = abgeschlossen **2** = werden derzeit erprobt **3** = werden ab und zu durchgeführt **4** = sind Routine **5** = geplant)*

	1	2	3	4	5	total
I. Gefährdungsbeurteilungen						
Gefährdungsbeurteilungen gemäß ArbSchG	**28**	**2**	**14**	**48**	**7**	**99**
Ermittlung von psychischen Belastungen	**6**	**2**	**18**	**4**	**16**	**46**
II. Bedarfsanalyse						
Gesundheitsbericht	**4**	**2**	**15**	**29**	**1**	**51**
Auswertung der betriebl. Fehlzeitendaten	**7**	**0**	**21**	**58**	**2**	**88**
Mitarbeiterbefragungen	**3**	**2**	**28**	**18**	**5**	**56**
Auswertung Krankenrückkehrergespräche	**2**	**0**	**22**	**25**	**6**	**55**
III. Verhaltensorientierte Maßnahmen wie						
Entspannungsprogramme	**3**	**2**	**12**	**8**	**8**	**33**
Bewegungsprogramme	**4**	**0**	**12**	**15**	**7**	**38**
Herz-/Kreislaufprogramme	**2**	**0**	**5**	**6**	**3**	**16**
Krebsvorsorge	**2**	**0**	**2**	**3**	**3**	**10**
Ernährungsprogramme	**1**	**3**	**10**	**3**	**3**	**20**
Suchtprävention	**6**	**1**	**8**	**10**	**3**	**28**
Bewältigung von Mobbing	**0**	**0**	**5**	**4**	**7**	**16**
IV. Weiterbildungsmaßnahmen						
Führungskräfteseminare	**3**	**2**	**17**	**21**	**4**	**47**
Konfliktbewältigungsseminare	**2**	**2**	**20**	**18**	**1**	**43**
Kommunikationstraining	**4**	**0**	**21**	**21**	**1**	**47**
Umgang mit Gefahrstoffen	**4**	**0**	**14**	**31**	**4**	**53**
Bewältigung von Schichtarbeit	**0**	**1**	**3**	**4**	**1**	**9**
Übergang in Ruhestand	**0**	**1**	**2**	**13**	**0**	**16**
Seminare zu Teamwork	**3**	**0**	**11**	**21**	**1**	**36**
V. Angebote außerhalb des Betriebs						
Sportgruppe	**3**	**1**	**7**	**36**	**2**	**49**
Theatergruppe	**0**	**1**	**0**	**1**	**0**	**2**
Kinderbetreuung	**0**	**1**	**0**	**8**	**0**	**9**
Freizeitgruppe	**1**	**1**	**4**	**3**	**0**	**9**

	1	2	3	4	5	total
VI. Verhältnisorientierte Maßnahmen wie						
Gruppenarbeit	**3**	**1**	**6**	**25**	**6**	**41**
Flexibilisierung der Arbeitszeiten	**12**	**4**	**6**	**53**	**9**	**84**
Jahresarbeitszeit	**3**	**0**	**2**	**12**	**5**	**22**
Schichtplangestaltung	**7**	**2**	**4**	**27**	**1**	**41**
Gesundheitszirkel	**1**	**1**	**9**	**6**	**2**	**19**
Mitarbeiterpartizipation	**1**	**1**	**8**	**6**	**0**	**16**
Job-enrichement/-enlargement	**1**	**0**	**5**	**3**	**1**	**10**
Job-rotation	**1**	**0**	**8**	**6**	**5**	**20**
Krankenrückkehrergespräche	**2**	**0**	**17**	**30**	**8**	**57**
Aufbau- und Ablauforganisation	**1**	**2**	**7**	**27**	**6**	**43**
Verbesserung des Arbeitsumfeldes	**2**	**2**	**15**	**39**	**6**	**64**
Arbeitsergonomie	**3**	**2**	**20**	**48**	**4**	**77**

15. Welchen Nutzen der betrieblichen Gesundheitsförderung erwarten Sie?
(Mehrfachnennungen sind möglich, bitte jeweils nach Bedeutung ankreuzen)

	sehr groß	**groß**	**mittel**	**gering**	**sehr gering**	**kA**
Sinkender Krankenstand	**35**	**42**	**29**	**14**	**7**	**23**
Sinkende Unfallraten	**27**	**33**	**22**	**19**	**18**	**31**
Sinkende Fluktuation	**13**	**10**	**17**	**27**	**38**	**45**
Verbessertes Unternehmensimage	**21**	**28**	**27**	**15**	**17**	**42**
Erleichterte Personalrekrutierung	**6**	**11**	**20**	**30**	**30**	**53**
Erhöhte Produktivität	**23**	**49**	**34**	**7**	**6**	**31**
Erhöhte Qualität der Produkte	**18**	**25**	**34**	**18**	**13**	**42**
Steigerung des gesundheitlichen Wohlbefindens der MitarbeiterInnen	**52**	**54**	**13**	**4**	**3**	**24**
Erhöhte Arbeitszufriedenheit	**45**	**48**	**20**	**5**	**4**	**28**

16. **Ihr Fazit:** Wie beurteilen Sie den Nutzen von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung?
(Bitte jeweils nach Bedeutung ankreuzen)

	sehr groß	**groß**	**mittel**	**gering**	**sehr gering**	**kA**
Nutzen für das Unternehmen	**42**	**54**	**26**	**7**	**3**	**18**
Nutzen für die MitarbeiterInnen	**50**	**59**	**13**	**5**	**5**	**18**

Beantworten Sie hier -
*je nachdem was zutrifft - bitte **entweder** Frage 17 ff. **oder** gehen Sie zu Frage 24.*

Nur ausfüllen, wenn Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung vorhanden sind, sonst weiter zu Frage 24.

17. Wenn Sie solche Maßnahmen haben, was waren die Gründe für das Einführen?

18. Wie hat Ihr Unternehmen Kenntnis erlangt von Möglichkeiten und Instrumenten der betrieblichen Gesundheitsförderung?

19. Wer war der Initiator der Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung?

	ja	nein	kA
20. Sind Erfolgskriterien für die Maßnahmen formuliert?	**5**	**49**	**70**
Wenn ja, welche?			
21. Werden bestimmte Zielgruppen mit den Maßnahmen angesprochen?	**17**	**42**	**65**
Wenn ja, welche?			
22. Besteht ein Steuerungsgremium für die Maßnahmen?	**24**	**31**	**69**
Wenn ja, welches?			

23. Bei Maßnahmen, an denen MitarbeiterInnen teilnehmen:

a) Wie viele der MitarbeiterInnen nehmen die Maßnahmen der Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung regelmäßig in Anspruch? **MW = 51 %** **N = 33**

b) Wo werden die Maßnahmen überwiegend durchgeführt?

47 an der Betriebsstätte **2** außerhalb **9** beides

c) In welcher Zeit werden die Maßnahmen durchgeführt?

37 während der Arbeitszeit **12** teilweise in der Arbeitszeit

10 außerhalb der Arbeitszeit **0** in den Pausen

Weiter zu Frage 25.

*Nur ausfüllen, wenn **keine** Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung vorhanden sind.*

	ja	nein	kA
24. Wenn Sie keine solche Maßnahmen haben, gab es bei Ihnen in der Vergangenheit solche Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung?	**1**	**16**	**9**

Gibt es bestimmte Gründe, warum Sie heute keine solche Maßnahmen haben?
(Zutreffendes bitte ankreuzen, Mehrfachnennungen sind möglich)

Gesundheit ist bei uns kein Problem	**4**	Fehlende Information	**5**
Unklare Verantwortlichkeiten	**3**	Kosten	**6**
Mangelndes Interesse der MitarbeiterInnen	**3**	Mangelndes Interesse der Führungskräfte	**10**
Keine Räumlichkeiten	**1**	Glaube nicht an Wirksamkeit	**0**
Personalabbau	**2**	Umstrukturierung des Unternehmens	**1**
Fehlende Ansprechpartner	**3**	Sonstige, bitte angeben:	

Und was könnten Gründe für Sie sein, solche Maßnahmen in Zukunft einzuführen?

25. Von wem erwarten Sie Unterstützung bei der Planung und Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung? *(Zutreffendes bitte ankreuzen, Mehrfachnennungen sind möglich)*

Berufsgenossenschaften	**105**	Krankenkassen	**100**
Ämter für Arbeitsschutz + Sicherheitstechnik	**62**	Öffentlichem Gesundheitswesen	**13**
Unternehmerverbände	**17**	Wissenschaftseinrichtungen	**22**
Beratungsstellen der Gewerkschaften	**47**	Sonstige, bitte angeben:	

	ja	nein	kA
26. Besteht bei Ihnen Informations- oder Beratungsbedarf in Fragen des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung?	**67**	**65**	**18**

Zutreffendes bitte angeben, Mehrfachnennungen sind möglich.
Tragen Sie bitte in die Kästchen jene Zahl ein, die die Kategorie ihres Beratungsbedarfs am Besten trifft. Immer die höchste Zahl verwenden, wenn mehr als eine Kategorie zutrifft.

***1** = Allgemeine Information **2** = Allgemeine Beratung **3** = Austausch mit anderen Unternehmen*
***4** = konkrete Ansprechpartner **5** = Hilfe bei der Durchführung*

	1	2	3	4	5	total
I. Gefährdungsbeurteilungen						
Gefährdungsbeurteilungen gemäß ArbSchG	**17**	**9**	**0**	**10**	**3**	**39**
Ermittlung von psychischen Belastungen	**17**	**10**	**4**	**11**	**3**	**45**
II. Bedarfsanalyse						
Gesundheitsbericht	**16**	**7**	**1**	**4**	**0**	**28**
Auswertung der betriebl. Fehlzeitendaten	**14**	**7**	**3**	**3**	**1**	**28**
Mitarbeiterbefragungen	**13**	**10**	**5**	**3**	**2**	**33**
Auswertung Krankenrückkehrergespräche	**19**	**4**	**1**	**5**	**0**	**29**

	1	2	3	4	5	total
III. Verhaltensorientierte Maßnahmen wie						
Entspannungsprogramme	**20**	**13**	**1**	**7**	**0**	**41**
Bewegungsprogramme	**14**	**16**	**1**	**8**	**0**	**39**
Herz-/Kreislaufprogramme	**16**	**11**	**0**	**7**	**1**	**35**
Krebsvorsorge	**15**	**10**	**0**	**7**	**0**	**32**
Ernährungsprogramme	**16**	**14**	**0**	**4**	**0**	**34**
Suchtprävention	**19**	**7**	**6**	**8**	**2**	**42**
Bewältigung von Mobbing	**17**	**8**	**3**	**12**	**2**	**42**
IV. Weiterbildungsmaßnahmen						
Führungskräfteseminare	**10**	**15**	**7**	**0**	**2**	**34**
Konfliktbewältigungsseminare	**12**	**10**	**1**	**8**	**1**	**32**
Kommunikationstraining	**9**	**9**	**3**	**9**	**3**	**33**
Umgang mit Gefahrstoffen	**13**	**6**	**2**	**7**	**2**	**30**
Bewältigung von Schichtarbeit	**13**	**6**	**2**	**3**	**1**	**25**
Übergang in Ruhestand	**10**	**9**	**0**	**5**	**2**	**26**
Seminare zu Teamwork	**12**	**5**	**1**	**4**	**2**	**24**
V. Angebote außerhalb des Betriebs						
Sportgruppe	**12**	**5**	**3**	**1**	**0**	**21**
Theatergruppe	**11**	**3**	**0**	**0**	**0**	**14**
Kinderbetreuung	**9**	**4**	**1**	**2**	**0**	**16**
Freizeitgruppe	**8**	**5**	**1**	**0**	**0**	**14**
VI. Verhältnisorientierte Maßnahmen wie						
Gruppenarbeit	**12**	**3**	**2**	**3**	**0**	**20**
Flexibilisierung der Arbeitszeiten	**10**	**8**	**5**	**4**	**2**	**29**
Jahresarbeitszeit	**9**	**8**	**6**	**4**	**1**	**28**
Schichtplangestaltung	**15**	**3**	**0**	**4**	**1**	**23**
Gesundheitszirkel	**15**	**3**	**4**	**2**	**1**	**25**
Mitarbeiterpartizipation	**15**	**1**	**2**	**2**	**1**	**21**
Job-enrichement/-enlargement	**16**	**1**	**0**	**2**	**0**	**19**
Job-rotation	**13**	**3**	**2**	**2**	**0**	**20**
Krankenrückkehrergespräche	**15**	**7**	**1**	**4**	**0**	**27**
Aufbau- und Ablauforganisation	**13**	**7**	**4**	**6**	**1**	**31**
Verbesserung des Arbeitsumfeldes	**10**	**12**	**4**	**9**	**0**	**35**

	ja	nein
Möchten Sie die Ergebnisse der Untersuchung zugesandt bekommen?	**114**	**36**

Hans-Böckler-Stiftung

Die Hans-Böckler-Stiftung ist das Mitbestimmungs-, Forschungs- und Studienförderungswerk des Deutschen Gewerkschaftsbundes. Gegründet wurde sie 1977 aus der Stiftung Mitbestimmung und der Hans-Böckler-Gesellschaft. Die Stiftung wirbt für Mitbestimmung als Gestaltungsprinzip einer demokratischen Gesellschaft und setzt sich dafür ein, die Möglichkeiten der Mitbestimmung zu erweitern.

Mitbestimmungsförderung und -beratung

Die Stiftung informiert und berät Mitglieder von Betriebs- und Personalräten sowie Vertreterinnen und Vertreter von Beschäftigten in Aufsichtsräten. Diese können sich mit Fragen zu Wirtschaft und Recht, Personal- und Sozialwesen, Aus- und Weiterbildung an die Stiftung wenden. Die Expertinnen und Experten beraten auch, wenn es um neue Techniken oder den betrieblichen Arbeits- und Umweltschutz geht.

Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI)

Das Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Institut (WSI) in der Hans-Böckler-Stiftung forscht zu Themen, die für Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer von Bedeutung sind. Globalisierung, Beschäftigung und institutioneller Wandel, Arbeit, Verteilung und soziale Sicherung sowie Arbeitsbeziehungen und Tarifpolitik sind die Schwerpunkte. Das WSI-Tarifarchiv bietet umfangreiche Dokumentationen und fundierte Auswertungen zu allen Aspekten der Tarifpolitik.

Forschungsförderung

Die Stiftung vergibt Forschungsaufträge zu Strukturpolitik, Mitbestimmung, Erwerbsarbeit, Kooperativer Staat und Sozialpolitik. Im Mittelpunkt stehen Themen, die für Beschäftigte von Interesse sind.

Studienförderung

Als zweitgrößtes Studienförderungswerk der Bundesrepublik trägt die Stiftung dazu bei, soziale Ungleichheit im Bildungswesen zu überwinden. Sie fördert gewerkschaftlich und gesellschaftspolitisch engagierte Studierende und Promovierende mit Stipendien, Bildungsangeboten und der Vermittlung von Praktika. Insbesondere unterstützt sie Absolventinnen und Absolventen des zweiten Bildungsweges.

Öffentlichkeitsarbeit

Im Magazin „Mitbestimmung" und den „WSI-Mitteilungen" informiert die Stiftung monatlich über Themen aus Arbeitswelt und Wissenschaft. Mit der homepage www.boeckler.de bietet sie einen schnellen Zugang zu ihren Veranstaltungen, Publikationen, Beratungsangeboten und Forschungsergebnissen.

Hans-Böckler-Stiftung
Abteilung Öffentlichkeitsarbeit
Hans-Böckler-Straße 39
40476 Düsseldorf
Telefax: 0211/7778 - 225
www.boeckler.de

Hans **Böckler Stiftung**

Fakten für eine faire Arbeitswelt.