

# **BETRIEBLICHER GESUNDHEITSZIRKEL**

**Eine qualitative Untersuchung des Projekts  
„Herausforderung – Gesund am Arbeitsplatz“  
in der voestalpine Stahl GmbH**

## **DIPLOMARBEIT**

zur Erlangung des Magistgrades

an der Kultur- und Gesellschaftswissenschaftlichen Fakultät  
der Universität Salzburg  
Fachbereich Erziehungswissenschaft und Kultursoziologie  
Abteilung Erziehungswissenschaft

Gutachter: Prof. Dr. Edgar Forster

eingereicht von  
**ELISABETH MARIA RINGER**

Salzburg, Februar 2005

## **KONTAKTADRESSE**

Mag. Elisabeth Ringer  
Diplompädagogin, Kommunikationstrainerin  
Johannes-Filzer-Straße 30/39  
5020 Salzburg

Tel.: 0662 – 62 67 81  
Mail: [elisabeth.ringer@24on.cc](mailto:elisabeth.ringer@24on.cc)  
HP: [www.eak.at](http://www.eak.at)

## DANKSAGUNG

Ich bedanke mich bei Herrn Erich Sturmair, der mir den Auftrag zu dieser Arbeit gegeben hat und mir das Vertrauen entgegenbrachte, eine qualitätsvolle Arbeit zu erstellen.

Mein Dank gilt auch Herrn Alfred Lang, der mir den Einblick in die Gesundheitszirkelarbeit der voestalpine im Rahmen eines Praktikums ermöglichte.

Bedanken möchte ich mich bei allen Arbeitern, die sich als Interviewpartner zur Verfügung gestellt haben. Durch ihre Offenheit und ihr Vertrauen war es mir möglich, die Interviews durchzuführen.

Ebenso möchte ich mich bei Herrn Josef Miesbauer und Herrn Johann Wieland bedanken, die die Interviewtermine organisiert und jede benötigte Information bereitgestellt haben.

Ich bedanke mich bei Herrn Prof. Dr. Edgar Forster für die Betreuung meiner Diplomarbeit und besonders für seine Unterstützung beim termingerechten Abschluss der Arbeit.

Mein Dank gilt auch all meinen FreundInnen und Bekannten, die durch fachliche und motivationale Gespräche zum Gelingen der Diplomarbeit beigetragen haben.

Zu guter Letzt bedanke ich mich bei meinem Freund Mario Auer. Seine wertvolle Unterstützung hat so manches möglich gemacht.

# INHALTSVERZEICHNIS

|   |           |
|---|-----------|
| <b>ZUSAMMENFASSUNG .....</b>  | <b>1</b>  |
| <b>1. EINLEITUNG .....</b>  | <b>3</b>  |
| <b>2. DEFINITION VON ‚GESUNDHEIT‘ .....</b>                             | <b>5</b>  |
| 2.1. Laienkonzepte von Gesundheit.....                                  | 5         |
| 2.2. Wissenschaftliche Konzepte von Gesundheit.....                     | 7         |
| 2.2.1. <i>Salutogenetisches Modell von Antonovsky</i> .....             | 9         |
| 2.2.2. <i>Konsensuelle Gesundheitsdefinition von Hurrelmann</i> .....   | 11        |
| <b>3. DETERMINANTEN DER GESUNDHEIT .....</b>                            | <b>14</b> |
| <b>4. RISIKOFAKTOREN UND GESUNDHEITSRESSOURCEN .....</b>                | <b>15</b> |
| 4.1. Risikofaktoren .....   | 15        |
| 4.1.1. <i>Personale Risiken für Gesundheit</i> .....                    | 15        |
| 4.1.2. <i>Behaviorale Risiken für Gesundheit</i> .....                  | 17        |
| 4.1.3. <i>Lebensbedingungen als Gesundheitsrisiken</i> .....            | 17        |
| 4.2. Gesundheitsressourcen .....  | 18        |
| 4.2.1. <i>Personale Ressourcen</i> .....                                | 18        |
| 4.2.2. <i>Behaviorale Ressourcen für Gesundheit</i> .....               | 19        |
| 4.2.3. <i>Lebensbedingungen als Ressourcen</i> .....                    | 21        |
| <b>5. THEORIEN DES GESUNDHEITSVERHALTENS .....</b>                      | <b>23</b> |
| 5.1. Determinanten des Gesundheitsverhaltens .....                      | 23        |
| 5.2. Modell der gesundheitlichen Überzeugung (Health-Belief-Model)..... | 24        |
| 5.3. Theorie der Handlungsveranlassung (Theory of Reasoned Action)..... | 26        |
| 5.4. Theorie des geplanten Verhaltens (Theory of Planned Behavior)..... | 27        |
| 5.5. Das transtheoretische Phasenmodell der Verhaltensänderung .....    | 28        |
| 5.6. Grundvoraussetzungen für Verhaltensänderung.....                   | 30        |

|           |  |           |
|-----------|--|-----------|
| <b>6.</b> | <b>PRÄVENTION UND GESUNDHEITSFÖRDERUNG .....</b>   | <b>31</b> |
| 6.1.      | Prävention .....   | 31        |
| 6.2.      | Gesundheitsförderung.....  | 32        |
| 6.3.      | Interventionsstrategien der Prävention und Gesundheitsförderung.....                       | 33        |
| 6.4.      | Verhältnis von Prävention und Gesundheitsförderung.....                                    | 34        |
| 6.5.      | Praxisideen zur Prävention und Gesundheitsförderung.....                                   | 36        |
| 6.6.      | Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung .....   | 37        |
| 6.6.1.    | <i>Handlungsfelder der Gesundheitsförderung</i> .....                                      | 38        |
| 6.6.2.    | <i>Settingansatz der Gesundheitsförderung</i> .....  | 40        |
| <b>7.</b> | <b>GESUNDHEIT UND ARBEIT .....</b>   | <b>41</b> |
| 7.1.      | Belastungen und Ressourcen in der Arbeit.....  | 42        |
| 7.1.1.    | <i>Belastungen</i> .....   | 42        |
| 7.1.2.    | <i>Ressourcen</i> .....  | 44        |
| 7.2.      | Merkmale gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung.....                                    | 45        |
| <b>8.</b> | <b>BETRIEBLICHE GESUNDHEITSFÖRDERUNG .....</b>   | <b>47</b> |
| 8.1.      | Definition ‚Betriebliche Gesundheitsförderung‘ .....                                       | 49        |
| 8.2.      | Betriebliche Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz .....                                  | 49        |
| 8.3.      | Merkmale betrieblicher Gesundheitsförderung .....  | 50        |
| 8.4.      | Klassifikation von Interventionsstrategien .....   | 52        |
| 8.4.1.    | <i>Verhaltens- und verhältnisorientierte Interventionen</i> .....                          | 52        |
| 8.4.2.    | <i>Primär-, sekundär- und tertiärpräventive Maßnahmen</i> .....                            | 54        |
| 8.4.3.    | <i>Korrektive, Präventive und prospektive Strategien</i> .....                             | 54        |
| 8.4.4.    | <i>Top-Down und Bottom-Up Strategien</i> .....   | 54        |
| 8.5.      | Idealtypischer Ablauf von Gesundheitsförderungsprogrammen.....                             | 55        |
| 8.6.      | Nutzen und Vorteile der betrieblichen Gesundheitsförderung .....                           | 57        |
| 8.7.      | Erfolgsfaktoren betrieblicher Gesundheitsförderung .....                                   | 58        |
| 8.7.1.    | <i>Führungskräfte als Schlüsselpersonen</i> .....  | 59        |
| 8.8.      | Ausgewählte Projekte der betrieblichen Gesundheitsförderung.....                           | 61        |
| 8.8.1.    | <i>Projekt ‚MOVE – Treffpunkt Gesundheit‘ der BMW AG München</i> .....                     | 61        |
| 8.8.2.    | <i>Projekt ‚Vital im Spital – Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz‘ des LKH Graz</i> ..... | 63        |

|            |  |           |
|------------|--|-----------|
| 8.8.3.     | <i>Projekt ,MAVIPO – MitarbeiterInnen-Vitalprogramm’ der Therme Geinberg</i> .....                         | 65        |
| 8.8.4.     | <i>Projekt ,Betriebliche Gesundheitsförderung am Salzburg Airport’ der Salzburger Flughafen GmbH</i> ..... | 66        |
| <b>9.</b>  | <b>BETRIEBLICHER GESUNDHEITSZIRKEL</b> .....   | <b>69</b> |
| 9.1.       | Entstehung .....   | 69        |
| 9.2.       | Gesundheitszirkel nach dem Berliner Ansatz.....  | 70        |
| 9.2.1.     | <i>Die Durchführung des Gesundheitszirkels</i> .....   | 71        |
| 9.3.       | Gesundheitszirkel nach dem Düsseldorfer Ansatz .....   | 73        |
| 9.3.1.     | <i>Durchführung des Gesundheitszirkels</i> .....   | 74        |
| 9.4.       | Vor- und Nachteile beider Modelle .....  | 75        |
| 9.5.       | Aufgaben und Ziele der Gesundheitszirkel .....   | 75        |
| 9.6.       | Erfolgsfaktoren für die Durchführung von Gesundheitszirkeln .....  | 76        |
| <b>10.</b> | <b>GESUNDHEITSZIRKEL IN DER VOESTALPINE STAHL GMBH</b> .....   | <b>78</b> |
| 10.1.      | Konzept des Gesundheitsförderungsprojekts ,Herausforderung - Gesund am Arbeitsplatz’ .....                 | 78        |
| 10.1.1.    | <i>Projektgruppe</i> .....   | 79        |
| 10.1.2.    | <i>Gruppengespräche</i> .....  | 80        |
| 10.1.3.    | <i>Gesundheitszirkel</i> .....   | 81        |
| 10.1.4.    | <i>Rückkehrgespräch und Integrationsgespräch</i> .....   | 82        |
| 10.2.      | Gesundheitszirkel im Unternehmensbereich A .....   | 83        |
| 10.3.      | Gesundheitszirkel im Unternehmensbereich B .....   | 87        |
| <b>11.</b> | <b>METHODEN UND FRAGESTELLUNG DER UNTERSUCHUNG</b> .....   | <b>91</b> |
| 11.1.      | Fragestellung .....  | 91        |
| 11.2.      | Qualitative Forschung.....   | 92        |
| 11.2.1.    | <i>Leitgedanken quantitativer und qualitativer Forschung</i> .....   | 92        |
| 11.2.2.    | <i>Ansätze qualitativer Forschung</i> .....  | 94        |
| 11.2.3.    | <i>Prinzipien qualitativer Forschung</i> .....   | 94        |
| 11.3.      | Erhebungsmethode Leitfadenterview .....  | 95        |

|            |   |            |
|------------|---|------------|
| 11.4.      | Auswertungsmethode qualitative Inhaltsanalyse.....          | 97         |
| 11.4.1.    | <i>Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring</i> .....        | 97         |
| 11.5.      | Erhebungsinstrument .....                                   | 99         |
| 11.6.      | Durchführung der Befragung.....                             | 100        |
| 11.7.      | Durchführung der Auswertung.....                            | 101        |
| 11.8.      | Stichprobe – Auswahl und Beschreibung.....                  | 104        |
| <b>12.</b> | <b>ERGEBNISSE DER UNTERSUCHUNG .....</b>                    | <b>105</b> |
| 12.1.      | Ergebnisse Unternehmensbereich A.....                       | 105        |
| 12.1.1.    | <i>Vorbedingungen</i> .....                                 | 105        |
| 12.1.2.    | <i>Prozesserleben des Projektes</i> .....                   | 109        |
| 12.1.3.    | <i>Effekte</i> .....  | 115        |
| 12.1.4.    | <i>Thematisierung der Gesundheit</i> .....                  | 118        |
| 12.2.      | Ergebnisse Unternehmensbereich B .....                      | 119        |
| 12.2.1.    | <i>Vorbedingungen</i> .....                                 | 119        |
| 12.2.2.    | <i>Prozesserleben des Projektes</i> .....                   | 122        |
| 12.2.3.    | <i>Effekte</i> .....  | 126        |
| 12.2.4.    | <i>Thematisierung von Gesundheit</i> .....                  | 129        |
| 12.2.5.    | <i>Rückkehr- und Integrationsgespräche</i> .....            | 130        |
| <b>13.</b> | <b>INTERPRETATION DER ERGEBNISSE.....</b>                   | <b>132</b> |
| 13.1.      | Interpretation der Kategorien.....                          | 132        |
| 13.1.1.    | <i>Subjektive Sichtweisen von Gesundheit</i> .....          | 132        |
| 13.1.2.    | <i>Beweggründe für gesundheitsbewusstes Verhalten</i> ..... | 134        |
| 13.1.3.    | <i>Verantwortung für die Gesundheit</i> .....               | 135        |
| 13.1.4.    | <i>Skepsis gegenüber dem Projekt</i> .....                  | 136        |
| 13.1.5.    | <i>Erwartungen</i> .....                                    | 137        |
| 13.1.6.    | <i>Gruppengespräche</i> .....                               | 138        |
| 13.1.7.    | <i>Rolle des Delegierten</i> .....                          | 143        |
| 13.1.8.    | <i>Rolle der Vorgesetzten</i> .....                         | 144        |
| 13.1.9.    | <i>Wahrgenommene Information</i> .....                      | 146        |
| 13.1.10.   | <i>Projektdauer und –abgrenzung</i> .....                   | 147        |
| 13.1.11.   | <i>Nutzen des Projektes</i> .....                           | 148        |

|            |   |            |
|------------|---|------------|
| 13.1.12.   | <i>Umsetzung der Verbesserungsvorschläge</i> .....  | 149        |
| 13.1.13.   | <i>Kollegiale Kritik und gegenseitige Hilfeleistungen</i> .....                                   | 151        |
| 13.1.14.   | <i>Gesundheitsgefährdendes Verhalten in Ausnahmesituationen und unter<br/>Zeitdruck</i> .....     | 152        |
| 13.1.15.   | <i>Thematisierung von Gesundheit nach den Gruppengesprächen;<br/>Gesundheitsbewusstsein</i> ..... | 153        |
| 13.1.16.   | <i>Thematisierung von Gesundheit</i> .....  | 154        |
| 13.1.17.   | <i>Rückkehr- und Integrationsgespräche</i> .....  | 155        |
| 13.2.      | Beantwortung der Fragestellungen .....  | 156        |
| 13.3.      | Resümee und Empfehlungen .....  | 159        |
| <b>14.</b> | <b>KRITISCHE BETRACHTUNG DER UNTERSUCHUNG</b> .....   | <b>164</b> |
| <b>15.</b> | <b>LITERATURVERZEICHNIS</b> .....   | <b>165</b> |
| <b>16.</b> | <b>ANHANG</b> .....   | <b>173</b> |



## TABELLEN- UND ABBILDUNGSVERZEICHNIS

|  |    |
|--|----|
| Tabelle 1: Klassifikation von Präventionsmaßnahmen .....   | 32 |
| Tabelle 2: Praxisideen zur Prävention und Gesundheitsförderung.....  | 36 |
| Tabelle 3: Mögliche Wirkungen von Belastungen .....  | 44 |
| Tabelle 4: Pathogene und Salutogene Merkmale von Organisationen.....   | 48 |
| Tabelle 5: Betrieblicher Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung in<br>idealtypischer Gegenüberstellung..... | 50 |
| Tabelle 6: Verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen der betrieblichen<br>Gesundheitsförderung.....                   | 53 |
| Tabelle 7: Beispiele von Belastungen und Verbesserungsvorschläge im<br>Unternehmensbereich A .....                       | 85 |
| Tabelle 8: Verbesserungen durch den Gesundheitszirkel im Unternehmensbereich A ..  | 86 |
| Tabelle 9: Beispiele von Belastungen und Verbesserungsvorschläge im<br>Unternehmensbereich B .....                       | 88 |
| Tabelle 10: Verbesserungen durch den Gesundheitszirkel im Unternehmensbereich B...                                       | 89 |
|  |    |
| Abbildung 1: Salutogenetisches Modell.....   | 10 |
| Abbildung 2: Gesundheit als Bewältigung von inneren und äußeren Anforderungen...   | 12 |
| Abbildung 3: Determinanten der Gesundheit .....  | 14 |
| Abbildung 4: Health-Belief-Model am Beispiel ‚Rauchen aufgeben‘ .....  | 25 |
| Abbildung 5: Theorie des geplanten Verhaltens .....  | 27 |
| Abbildung 6: Phasen der Verhaltensänderung .....   | 29 |
| Abbildung 7: Verhältnis von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention .....  | 34 |
| Abbildung 8: Gesundheitsgleichgewicht einer betrieblichen Organisation .....   | 47 |
| Abbildung 9: Eingliederung des Gesundheitszirkels in den Projektablauf .....   | 77 |
| Abbildung 10: Zusammensetzung und Aufgaben der Projektgruppe.....  | 80 |
| Abbildung 11: Zusammensetzung und Aufgaben der Gruppengespräche .....  | 81 |
| Abbildung 12: Zusammensetzung und Aufgaben der Gesundheitszirkel .....   | 82 |

## Zusammenfassung

Die betriebliche Gesundheitsförderung gewinnt in den letzten Jahren zunehmend an Bedeutung. Unternehmen und Beschäftigte haben ein gemeinsames Interesse am Thema Gesundheit, wenn auch aus unterschiedlichen Beweggründen. So ist für die Betriebe das Verringern der Fehlzeiten und die Verbesserung der Kostenstruktur der ausschlaggebende Grund und für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ist der Erhalt und die Verbesserung der eigenen Gesundheit und der Lebensqualität von Bedeutung.

Ein zentrales Instrument der betrieblichen Gesundheitsförderung ist der Gesundheitszirkel, der in der voestalpine Stahl GmbH im Rahmen des Projekts ‚Herausforderung – Gesund am Arbeitsplatz‘ eingesetzt wird. Mit diesem Instrument wird den Beschäftigten ermöglicht, vorhandene Arbeitsbelastungen aus ihrer Sicht zu definieren und die für sie relevanten Verbesserungsmaßnahmen vorzuschlagen.

Die durchgeführte Untersuchung ging der Frage nach, ob bestimmte gewünschte Effekte durch das Projekt ‚Herausforderung – Gesund am Arbeitsplatz‘ erreicht werden konnten. Dabei waren die zentralen Fragestellungen, ob sich durch das Projekt Gesundheitsbewusstsein und gesundheitsförderliche Verhaltensweisen bei den Beschäftigten herausgebildet haben und ob durch das Projekt Arbeitsbedingungen verändert wurden. Da das Interesse vor allem bei den subjektiven Sichtweisen und Erfahrungen der Beschäftigten lag, wurde der qualitative Forschungsansatz, der sich durch die offene Herangehensweise an die Fragestellungen auszeichnet, gewählt. Dadurch wurde es möglich über die Fragestellung hinaus relevante Erkenntnisse zu gewinnen.

In zwei Unternehmensbereichen, in denen das Projekt ‚Herausforderung – Gesund am Arbeitsplatz‘ durchgeführt wurde, wurden mit jeweils acht Beschäftigten Interviews geführt. Als Erhebungsmethode ist das Leitfadenterview ausgewählt worden, das durch seine teilweise Standardisierung eine relativ offene Interviewsituation ermöglicht und die Sichtweisen der befragten Personen zur Geltung bringt. Die Auswertung der Interviews fand mittels mehrstufiger Inhaltsanalyse statt. Dazu wurde die Methode der ‚Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring‘ adaptiert, um der Kategorienbildung aus dem Interviewmaterial heraus mehr Gewicht zu verleihen.

Das Projekt ‚Herausforderung – Gesund am Arbeitsplatz‘ zeichnet sich durch Besonderheiten im Projektdesign aus: Durch die Gruppengespräche werden alle Beschäftigten direkt in das Projekt miteingebunden, die Delegiertenfunktion stellt einen wichtigen Schnittpunkt zwischen top-down und bottom-up Vorgehen dar und durch den speziellen Projektablauf werden die Vorteile der homogenen und der heterogenen Gruppenzusammensetzung genutzt.

Verbesserungen sind vor allem dahingehend zu empfehlen, die mündlichen Informationswege unter Einbeziehung der Vorgesetzten auszubauen, um so die Transparenz bezüglich Ziele und Ergebnisse des Projekts zu erhöhen. Auch die Delegierten könnten hierzu verstärkt in ihrer Multiplikatorenfunktion eingesetzt werden. Zudem wäre es sinnvoll, einen gewissen Zeitraum nach den Gesundheitszirkeln eine nochmalige Sitzung der Projektgruppe einzuberufen, um den Umsetzungsstand der Verbesserungsmaßnahmen und die Erreichung der beabsichtigten Wirkung zu evaluieren und dabei die heterogene Zusammensetzung der Projektgruppe zu nutzen.

Die Entstehung eines Gesundheitsbewusstseins und das Annehmen von gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen kann nicht isoliert von der Unternehmenskultur betrachtet werden, da diese die Denk- und Verhaltensweisen der Beschäftigten wesentlich beeinflusst. So kann man schwerlich sagen, dass ein einzelnes Projekt Gesundheitsbewusstsein bildet und gesündere Verhaltensweisen auslöst, sondern die ‚Gesamtkomposition‘ aller gesundheitsförderlichen Maßnahmen bewirkt dieses. Dabei hat sich der Gesundheitszirkel als ein wesentliches Instrument herausgestellt, da er die Partizipation der Beschäftigten, die in der voestalpine durch das Projektdesign einen besonderen Stellenwert erhält, ermöglicht. Zudem liegt dem Projekt ‚Herausforderung – Gesund am Arbeitsplatz‘ ein umfassendes, ganzheitliches Gesundheitsverständnis zu Grunde, was ermöglicht, dass nicht nur verhaltensorientierte sondern auch verhältnisorientierte Interventionen gesetzt werden, die die Arbeitsbedingungen tiefgreifend verändern können und so wiederum einen Beitrag zur Verankerung der betrieblichen Gesundheitsförderung in der Unternehmenskultur leisten.

# 1. Einleitung

Die betriebliche Gesundheitsförderung gewinnt zunehmend an Bedeutung. Wurden vor einigen Jahren noch wenige Aktivitäten von Unternehmen für die Gesundheitsförderung gesetzt, so erkennen die Betriebe immer mehr das Potential dieser. Ein wichtiges Instrument dabei ist der betriebliche Gesundheitszirkel, bei dem die Beschäftigten jene Gesundheitsprobleme definieren, die aus ihrer Sicht relevant sind und passende Lösungswege finden. In der voestalpine Stahl GmbH wurde das Projekt ‚Herausforderung – Gesund am Arbeitsplatz‘ mit dem zentralen Element des Gesundheitszirkels eingesetzt. Dabei wurde dieses Instrument an die Gegebenheiten und Bedürfnisse des Unternehmens angepasst und hat so seine spezielle Form erhalten, die die Partizipation aller Beschäftigten ermöglicht.

Diese Untersuchung geht der Frage nach, ob bestimmte gewünschte Effekte durch das Projekt ‚Herausforderung – Gesund am Arbeitsplatz‘ in zwei ausgewählten Unternehmensbereichen erzielt wurden. Da die subjektiven Sichtweisen und Erfahrungen der Beschäftigten im Mittelpunkt stehen sollten, wurde diese Untersuchung mit qualitativen Forschungsmethoden durchgeführt.

Diese Arbeit führt schrittweise zum Thema des betrieblichen Gesundheitszirkels und dem Projekt der voestalpine hin. Im Kapitel 2 werden verschiedene Definitionen von ‚Gesundheit‘ dargelegt, wobei Laienkonzepte und wissenschaftliche Konzepte betrachtet werden. Das Kapitel 3 verdeutlicht verschiedene Determinanten der Gesundheit. Im Kapitel 4 werden Risikofaktoren, die die Entstehung von Krankheiten beeinflussen und Gesundheitsressourcen, die die Gesundheit fördern und erhalten, beschrieben. Im Kapitel 5 werden die am häufigsten diskutierten Theorien des Gesundheitsverhaltens erläutert. Die unterschiedlichen Strategien der Prävention und der Gesundheitsförderung werden im Kapitel 6 gegenüber gestellt und die Beziehung von Arbeit und Gesundheit im Kapitel 7 verdeutlicht. Im Kapitel 8 wird die betriebliche Gesundheitsförderung mit ihren Merkmalen erläutert, wichtige Faktoren werden herausgearbeitet und ausgewählte Projekte der betrieblichen Gesundheitsförderung dargestellt. Das spezielle Instrument des betrieblichen Gesundheitszirkels wird im Kapitel 9 beschrieben, wobei zwei grundlegende Modelle gegenüber gestellt und Erfolgsfaktoren für die Durchführung definiert werden. Darauf folgt im Kapitel 10 die Beschreibung des Gesundheitszirkels der voestalpine,

ebenso wird der Ablauf des Projekts ‚Herausforderung – Gesund am Arbeitsplatz‘ erläutert. Im Kapitel 11 werden die Ansätze und Methoden der qualitativen Forschung, die Fragestellung und die Vorgehensweise in dieser Untersuchung dargestellt. Die Ergebnisse der Untersuchung werden im Kapitel 12 präsentiert und im Kapitel 13 erfolgt die Interpretation dieser und es werden Empfehlungen zur weiteren Projektdurchführung gegeben. Mit dem Kapitel 14, einer kritischen Betrachtung der Untersuchung, wird diese Arbeit abgeschlossen.

## **2. Definition von ‚Gesundheit‘**

In den Gesundheitswissenschaften wurden einige Versuche unternommen, den Begriff ‚Gesundheit‘ zu definieren, jedoch gibt es keine allgemein gültige, anerkannte wissenschaftliche Definition. Unterschiede bestehen zum einen in den Definitionsbestandteilen und zum anderen in der Sichtweise, wie Gesundheit erzielt werden kann (vgl. Greiner 1998, 39f). Vorstellungen über Gesundheit und Krankheit unterliegen zudem kulturellen und historischen Einflüssen und Veränderungen. Somit ist es nach Franzkowiak (1999a, 24) nicht möglich, ein „allgemeines, universelles Substrat von Gesundheit“ zu definieren. Durch die verschiedenen Definitionsversuche haben sich unterschiedliche Konzepte und Modellvorstellungen entwickelt, welche sich unterteilen lassen in wissenschaftliche Konzepte und in Laienkonzepte. Der Begriff des „Laien“ wird hier als Abgrenzung zur Wissenschaft verwendet und ist nicht gleichzusetzen mit einem Mangel an Kompetenz, zumal Laienkonzepte Parallelen zu wissenschaftlichen Konzepten aufweisen und sich auch gegenseitig beeinflussen können. Die Erforschung von Laienvorstellungen über Gesundheit hat sich zu einem eigenständigen Forschungsgebiet entwickelt.

### **2.1. Laienkonzepte von Gesundheit**

Unter Laienkonzepten werden die subjektiven Auffassungen und Definitionen von Gesundheit verstanden. Subjektive Theorien beinhalten die individuellen Sichtweisen über Ursachen und Zusammenhänge von Gesundheit (vgl. Waller 2002, 15). Die subjektiven Gesundheitskonzepte von Laien werden nach Blättner (1998, 77) von folgenden Faktoren beeinflusst: Vorerfahrungen einer Person mit Krankheit, Geschlecht, Alter, Beruf und kulturelle Herkunft. In einer qualitativen Untersuchung erstellte Herzlich 1973 drei verschiedene Kategorien, denen sich die Gesundheitsdefinitionen von Laien zuordnen lassen (vgl. Blättner 1998, 77; Faltermaier 1991, 51ff):

### 1. Gesundheit als Vakuum

Gesundheit wird negativ als Abwesenheit von Krankheit definiert. Gesundheit wird nicht erlebt, sondern nur Krankheit.

### 2. Gesundheit als Reservoir

Gesundheit wird als Potential gesehen, sich gesund zu erhalten: körperliche Robustheit, Stärke und Widerstandskraft gegenüber Krankheiten.

### 3. Gesundheit als Gleichgewicht

Gesundheit ist erlebbar als persönliche Erfahrung der Balance zwischen physischem und psychischem Wohlbefinden und drückt sich durch körperliches Wohlbefinden, gute Stimmung, Aktivität und gute Beziehungen zu anderen aus.

Faltermaier (1991, 53) nennt aufgrund weiterer Studien zwei neue Kategorien:

- Gesundheit als funktionale Leistungsfähigkeit für die Erfüllung von Aufgaben und Rollen im Alltag
- Gesundheit als Kontrolle über das Selbst und den Körper

Ältere Menschen sehen Gesundheit als Ganzheit, Integrität, innere Stärke und als Fähigkeit den Alltag zu bewältigen. Jüngere Menschen definieren Gesundheit über Fitness und Energie. Frauen bestimmen Gesundheit eher mit nicht krank zu sein, um die Alltagsaufgaben erledigen zu können, Männer hingegen bringen Gesundheit mehr mit Fitness in Verbindung. In verschiedenen Studien (z.B. Blaxter 1990, Calnan 1987) wurde ein Zusammenhang zwischen der sozialen Schichtzugehörigkeit und den Vorstellungen von Gesundheit belegt (vgl. Naidoo & Wills 2003, 17). Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit und als funktionale Leistungsfähigkeit ist eher charakteristisch für Menschen aus der Arbeiterschicht, hingegen definieren Angehörige der Mittelschicht und nicht-manuell arbeitende Personen Gesundheit als Gleichgewicht und Balance (vgl. Franzkowiak 1999b, 112).

Für Laien sind Gesundheit und Krankheit keine sich ausschließenden Gegensätze. Sie sehen sich oft nicht als eindeutig gesund oder krank, sondern ordnen sich einem Zwischenstadium zu. Diese Sichtweise entspricht dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum von Antonovsky. Ebenso weist die Sichtweise „Gesundheit als Reservoir“ eine Ähnlichkeit mit seinem Konzept der Widerstandsressourcen auf (vgl. Faltermaier 1991, 51f).

Faltermaier betont die Wichtigkeit der Einbeziehung der subjektiven Sichtweise der Betroffenen in präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen, damit diese überhaupt eine effektive Wirkung erzielen können. Bis vor einiger Zeit war die Beschäftigung der wissenschaftlichen Forschung mit subjektiven Theorien noch keine Selbstverständlichkeit. Die nun stärkere Alltags- und Subjektbezogenheit der Forschung sowie die Weiterentwicklung in den qualitativen Forschungsmethoden ermöglichen es, die vielschichtigen subjektiven Theorien von Gesundheit und Krankheit zu erforschen. Faltermaier führt die Erfolglosigkeit von Programmen der Gesundheitserziehung auf die zu geringe Berücksichtigung der subjektiven Vorstellungen der jeweiligen Zielgruppen zurück. Ohne Mitarbeit und Partizipation der Betroffenen und ohne ein Sich-Einlassen der Expertinnen auf die Lebens- und Vorstellungswelt der jeweiligen Personen kann eine Gesundheitsförderung nicht wirksam sein (vgl. Faltermaier 1991, 45ff).

## **2.2. Wissenschaftliche Konzepte von Gesundheit**

Nach Göckenjan (1991, vgl. Waller 2002, 15f; Franzkowiak 1999a, 24f) können die verschiedenen Gesundheitsdefinitionen in drei Kategorien eingeteilt werden, die sich in den einzelnen Definitionen auch vermischen und überschneiden können:

### 1. Gesundheit als Abgrenzungskonzept

Gesundheit wird als Abwesenheit von Krankheit definiert und ist eng mit der biomedizinischen pathogenen Sichtweise verbunden.

### 2. Gesundheit als Funktionsaussage

Gesundheit bedeutet Leistungs- und Arbeitsfähigkeit eines Menschen und die Erfüllung der Rollenverpflichtungen im Arbeits- und Familienleben.

### 3. Gesundheit als Wertaussage

Gesundheit ist mit positiven Aussagen verknüpft wie zum Beispiel ‚Gesundheit ist das höchste Gut‘ und wird nicht (nur) als Abwesenheit von Krankheiten definiert.

Die früheren Definitionsversuche sind vor allem von der biomedizinischen pathogenen Sichtweise geprägt. Diesem Ansatz nach werden Menschen entweder als gesund oder krank (Dichotomie) bezeichnet, wobei Gesundheit und Krankheit als Gegensätze gesehen werden, die nicht koexistieren können. Krankheiten werden mit monokausalen



Zusammenhängen erklärt und die Ursachen isoliert von den jeweiligen physischen, psychischen und soziokulturellen Strukturen gesehen. Diese Sichtweise entwickelte sich im 19. Jahrhundert aufgrund der immer größer werdenden medizinischen Erkenntnisse und der darauf folgenden immer mehr isolierenden Betrachtung der Zusammenhänge. Als Gegenmodell entwickelte Engel 1979 das biopsychosoziale Modell. Die einfachen Zusammenhangserklärungen werden von multikausalen abgelöst. Für die Erklärung von Krankheit und Gesundheit sind die komplexen Zusammenhänge von Körper, Psyche und Gesellschaft zu beachten (vgl. Wipplinger & Amann 1998, 18ff).

Nicht nur das biopsychosoziale Modell sondern auch die WHO-Definition (World Health Organisation) von 1948 brachte einen Paradigmenwechsel mit sich: „Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen“ (WHO, vgl. Franzkowiak 1999a, 25). Gesundheit wird in dieser Definition nicht nur negativ als Abwesenheit von Krankheit, sondern auch positiv in Bezug auf das körperliche, psychische und soziale Wohlbefinden eines Menschen hin formuliert, womit ein positiver und umfassender, mehrdimensionaler Gesundheitsbegriff eingeführt wird. Zudem wird das subjektive Empfinden (Wohlbefinden) in den Vordergrund gestellt und die expertenorientierte Auffassung von Gesundheit zurückgedrängt (vgl. Wipplinger & Amann 1998, 18ff). In den neueren Definitionen wird Gesundheit nicht mehr als Zustand, sondern als Prozess verstanden. Gesundheit wird in einem aktiven Prozess immer wieder hergestellt (vgl. Greiner 1998, 44). Trotz des oft kritisierten utopischen Charakters der WHO-Definition ist sie nach wie vor eine der wichtigsten konzeptionellen Grundlagen für Theorie und Praxis der Gesundheitsförderung (vgl. Franzkowiak 1999a, 25) und hat die heutigen Konzepte von Gesundheit und Gesundheitsförderung maßgeblich beeinflusst.

Diese veränderte Definition von Gesundheit führte zu einem Paradigmenwechsel von der Pathogenese (Entstehung und Vermeidung von Krankheiten) hin zur Salutogenese (Entstehung und Erhalt von Gesundheit). Statt nur krankmachende Faktoren (Risikofaktoren) zu erforschen, machte es sich die Salutogenese zur Aufgabe, nach Ressourcen und Faktoren zu suchen, die die Gesundheit erhalten (vgl. Blättner 1998, 91).

## **2.2.1. Salutogenetisches Modell von Antonovsky**

Nach Antonovsky ist Gesundheit „eine dynamische Interaktion zwischen zahlreichen belastenden und entlastenden, schützenden und unterstützenden Faktoren. Gesundheit ist Resultat der jeweils aktuellen Balance zwischen Risiko- und Schutzfaktoren innerhalb wie außerhalb der Person“ (Hurrelmann 2000, 55). Der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky (1979/1997) prägte als Gegenbegriff zur Pathogenese den Begriff der Salutogenese. Das lateinische Wort „Salus“ bedeutet Unverletztheit, Heil und Glück und wurde mit dem griechischen Wort „Genese“ für Entstehung zusammengesetzt (vgl. Hurrelmann 2000, 55). Das salutogenetische Modell ist nach Franzkowiak (1999c, 96ff) einer der bedeutendsten Ansätze der Gesundheitswissenschaft. Für Antonovsky war die zentrale Fragestellung nicht, wie Krankheiten entstehen, sondern was den Menschen trotz der Vielzahl von Gesundheitsrisiken und Belastungen gesund erhält.

Diese grundlegende Änderung der Sichtweise von Gesundheit und Krankheit löst die dichotome Sichtweise auf. Gesundheit und Krankheit werden als Endpunkte eines gemeinsamen Kontinuums verstanden: Gesundheits- und Krankheitsmerkmale können gleichzeitig existieren. Der jeweilige Gesundheitszustand eines Menschen ergibt sich aus der Balance zwischen belastenden Faktoren (Stressoren) und schützenden Faktoren (Widerstandsressourcen), die innerhalb und außerhalb der Person liegen (vgl. Waller 2002, 22). Wo sich eine Person auf diesem Kontinuum befindet, hängt einerseits von den Risikofaktoren und andererseits von den personalen und sozialen Schutzfaktoren ab. Verfügt eine Person über ausreichende Widerstandsressourcen, können krankmachende Belastungen von vornherein gar nicht auftreten oder erfolgreich bekämpft werden (vgl. Hurrelmann 2000, 56).

### **2.2.1.1. Der Kohärenzsinn**

Die zentrale Widerstandsressource ist für Antonovsky der Kohärenzsinn (sense of coherence), der als eine psychologische Grundhaltung definiert wird, „wonach die eigene Lebenswelt als mehr oder weniger sinnhaft, verständlich und beeinflussbar erlebt wird“ (Münch, Walter & Badura 2003, 14). Der Kohärenzsinn umfasst drei Komponenten:

- Verstehbarkeit (sense of comprehensibility)  
die Fähigkeit einer Person, Anforderungen und Situationen verstehen zu können

- Bewältigbarkeit (sense of manageability)  
die Fähigkeit, Anforderungen und Herausforderungen mit den geeigneten Ressourcen bewältigen zu können
- Sinnhaftigkeit (sense of meaningfulness)  
die Fähigkeit, das eigene Leben als sinnvoll und wertvoll wahrzunehmen (vgl. Karazman & Karazman-Morawetz 1996, 89; Hurrelmann 2000, 57)

Menschen mit einem hohen Maß an Kohärenzsinn erleben Belastungen und Krisen eher als eine Herausforderung und nicht als eine Bedrohung (vgl. Mittag 1998, 184f). In der Abbildung 1 wird dargestellt, wie Widerstandsressourcen und Stressoren über die Faktoren Lebenserfahrung, Kohärenzsinn, Spannungsmanagement und Stresszustand auf die Position auf dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum einwirken.

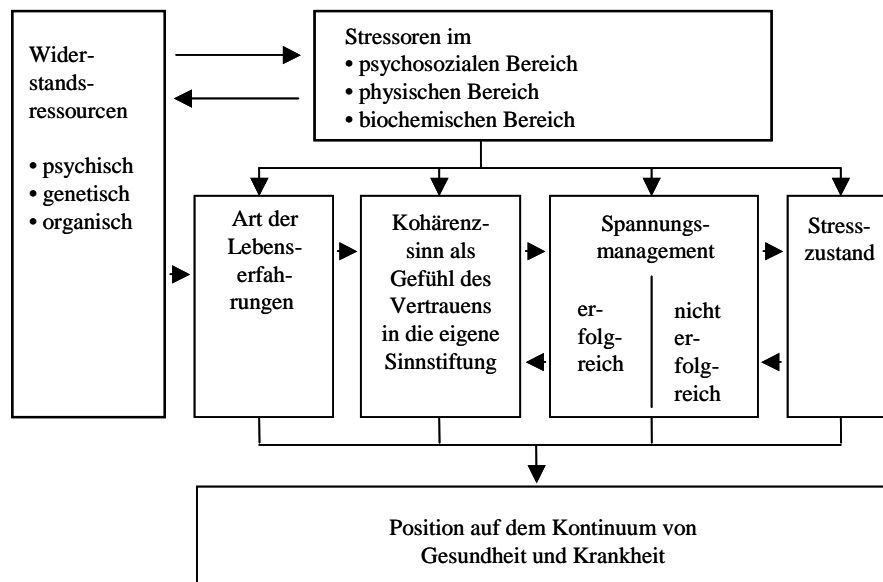


Abbildung 1: Salutogenetisches Modell  
(Hurrelmann 2000, 58)

### 2.2.1.2. Kritik am Modell

Zum einen hat dieses Modell große Aufmerksamkeit in der wissenschaftlichen und praktischen Diskussion gefunden und beeinflusste stark die Entwicklung des Gesundheitsförderungskonzeptes der WHO. Zum anderen wird aber kritisiert, dass das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum starke Ähnlichkeit zum transaktionalen Stressmodell aufweist und dass das Konzept des Kohärenzsinn an anderen psychologischen Konzepten wie Kontrollüberzeugung, Ergebniserwartung und Selbstwirksamkeit angelehnt ist (vgl.

Hurrelmann 2000, 58f). Waller (2002, 41) kritisiert den Kohärenzsinn dahingehend, dass hier Ursache und Wirkung verwechselt werden. Der Kohärenzsinn ist eine Ausdrucksform von Gesundheit, also ein Indikator und kein Prädiktor von Gesundheit. Meiner Meinung nach ist der Kohärenzsinn sowohl ein Indikator von Gesundheit als auch ein Prädiktor, da diese psychologische Grundeinstellung notwendig ist, um Gesundheit überhaupt herstellen zu können. So wird einerseits der Kohärenzsinn als Ausdruck der Gesundheit gesehen und andererseits wird Gesundheit über den Kohärenzsinn definiert, womit meiner Meinung nach ein Zirkularitätsproblem vorliegt (vgl. auch ähnliche Kritik Ducki und Udris in Meister 1999, 46).

### **2.2.2. Konsensuelle Gesundheitsdefinition von Hurrelmann**

Hurrelmann (2000, 84ff) hat aus verschiedenen wissenschaftlichen Theorien (Lern- und Persönlichkeitstheorien, Stresstheorien, Sozialisationstheorien, Interaktions- und Sozialstrukturen, Public-Health-Theorien) vier Leitvorstellungen über Gesundheit herausgearbeitet und zu einer konsensuellen, integrativen Gesundheitsdefinition zusammengeführt. Da es meines Erachtens eine umfassende, integrierende und dem momentanen Diskussions- und Wissensstand entsprechende Definition ist, die auch der betrieblichen Gesundheitsförderung eine dienliche Arbeitsdefinition von Gesundheit bietet, nehme ich diese als Grundlage für die vorliegende Arbeit.

#### **Leitvorstellung 1: Gesundheit ist die gelungene, Krankheit die nicht gelungene Bewältigung von inneren und äußeren Anforderungen.**

Gesundheit besteht dann, wenn die äußeren und inneren Anforderungen erfolgreich bearbeitet werden. Die inneren Anforderungen setzen sich aus physischen und psychischen Komponenten und die äußeren Anforderungen aus sozialen und materiellen Bestandteilen zusammen. Fehlt die persönliche Kompetenz und/oder die passenden gesellschaftlichen Bedingungen wird das Risiko, die Anforderungen nicht zu bewältigen, größer. Die Abbildung 2 zeigt die Komponenten der Anforderungen:

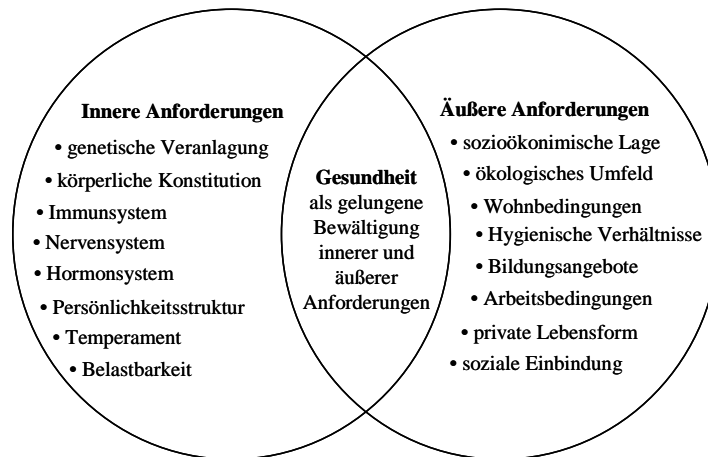


Abbildung 2: Gesundheit als Bewältigung von inneren und äußeren Anforderungen (Hurrelmann 2000, 88)

**Leitvorstellung 2: Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichts, Krankheit das Stadium des Ungleichgewichts von Risiko- und Schutzfaktoren auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene.**

Gesundheit wird als ein dynamisches Gleichgewicht zwischen Risikofaktoren und Schutzfaktoren definiert. Besteht kein Gleichgewicht mehr, tritt eine Phase der Krankheit ein, die durch Selbst- und/oder Fremdhilfe überwunden werden kann, um dann wieder in eine Phase der Gesundheit überzugehen. Das Gleichgewicht bzw. das Ungleichgewicht besteht jeweils auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene, wobei die Prozesse der einen Ebene zugleich auch die Prozesse auf den anderen Ebenen beeinflussen.

**Leitvorstellung 3: Es existieren Stadien von relativer Gesundheit und relativer Krankheit, wobei objektive und subjektive Kriterien in die Definition eingehen.**

Ein Mensch kann sich trotz bestehender Krankheit (z.B. chronische Erkrankung) nicht absolut krank fühlen, sondern auch relativ gesund, wenn die Krankheit mit den verbliebenen Gesundheitspotentialen gemeistert wird. Die objektiven Maßstäbe von Gesundheit der Fachleute müssen nicht immer mit den subjektiven Wahrnehmungen über die eigene Gesundheit übereinstimmen. So kann sich ein Mensch subjektiv körperlich krank fühlen, obwohl keine objektiven Befunde eine Krankheit nachweisen können und genauso ist der umgekehrte Fall möglich.

**Leitvorstellung 4: Gesundheit und Krankheit sind Reaktionen auf gesellschaftliche Gegebenheiten, insbesondere im wirtschaftlichen, ökologischen und bildungsbezogenen Bereich.**

Gesundheit wird im Zusammenhang mit gesellschaftlich bestimmten Arbeits- und Bildungsstrukturen und kulturellen und materiellen Lebensbedingungen hergestellt. Der Gesundheits- und Krankheitszustand eines einzelnen Menschen und der gesamten Bevölkerung spiegelt die gesellschaftlichen Verhältnisse wider.

Hurrelmann hat nun diese vier Leitvorstellungen in seine Definition miteinbezogen und zu einer neuen Gesundheitsdefinition integriert:

„Gesundheit ist das Stadium des Gleichgewichtes von Risikofaktoren und Schutzfaktoren, das eintritt, wenn einem Menschen eine Bewältigung sowohl der inneren (körperlichen und psychischen) als auch äußeren (sozialen und materiellen) Anforderungen gelingt. Gesundheit ist ein Stadium, das einem Menschen Wohlbefinden und Lebensfreude vermittelt.“ (Hurrelmann 2000, 94)

Die Krankheitsdefinition ist demzufolge das Ungleichgewicht von Risiko- und Schutzfaktoren. Die Anforderungen werden nicht entsprechend bewältigt und somit sind das Wohlbefinden und die Lebensfreude beeinträchtigt. Der Tatsache, dass es nicht nur absolute Gesundheit und Krankheit gibt, wird Hurrelmann gerecht, indem er von Stadien relativer Gesundheit und relativer Krankheit spricht, die ein teilweise gestörtes Gleichgewicht von Risiko- und Schutzfaktoren hervorrufen. Die Anforderungen werden dementsprechend nur teilweise oder nur vorübergehend bewältigt, was zu einem begrenzten Wohlbefinden und einer begrenzten Lebensfreude führt.

### 3. Determinanten der Gesundheit

Dahlgren & Whitehead (1991) nennen Determinanten der Gesundheit, die beeinflusst und verändert werden können (vgl. Naidoo & Wills 2003, 29):

- Verhaltens- und Lebensweisen
- Unterstützung und Beeinflussung durch das soziale Umfeld
- Lebens- und Arbeitsbedingungen
- sozioökonomische und umweltbedingte Verhältnisse

In der folgenden Abbildung sind die vier wichtigsten Determinanten dargestellt:

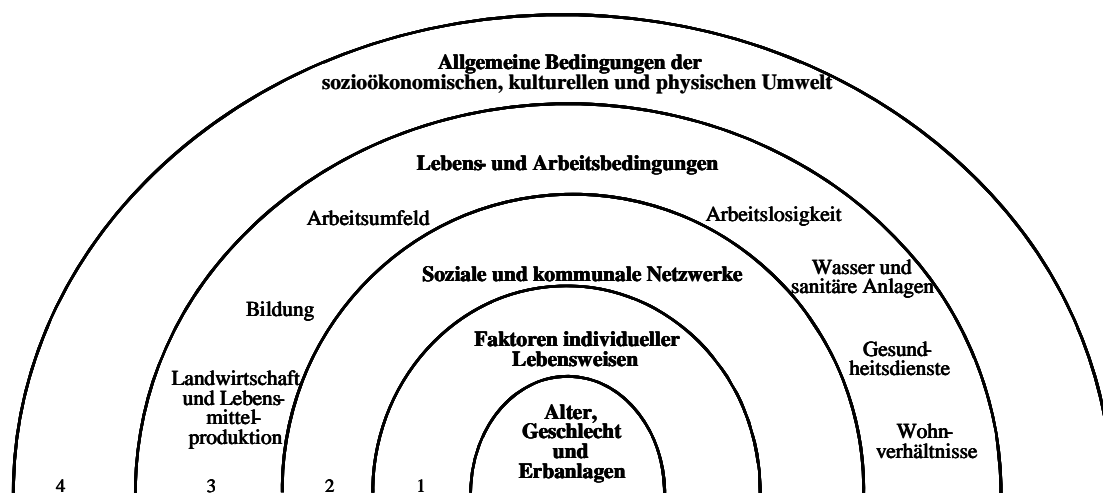


Abbildung 3: Determinanten der Gesundheit  
(Dahlgren & Whitehead, 1991; nach Naidoo & Wills 2003, 29)

## **4. Risikofaktoren und Gesundheitsressourcen**

Risikofaktoren sind jene Faktoren, die die Entstehung und Aufrechterhaltung von Krankheiten beeinflussen. Gesundheitsressourcen (auch Protektivfaktoren oder Schutzfaktoren) sind jene Faktoren, die die Gesundheit fördern und erhalten. Aussagen über diese beiden Arten beruhen auf einer Wahrscheinlichkeitsbasis, was bedeutet, dass es zwar einen engen Zusammenhang zwischen diesen Faktoren und Gesundheit bzw. Krankheit geben kann, aber dieser nicht zwingend kausal sein muss (vgl. Hurrelmann 2004, 11ff; Wipplinger & Amann 1998, 26ff; Franzkowiak, 1999d, 94ff). Als ein klassisches Beispiel bringt Hurrelmann (2004, 13) den engen, aber nicht kausalen Zusammenhang von Rauchen und Lungenkrebs. So gibt es RaucherInnen, die sich mit 70 Jahren noch bester Gesundheit erfreuen und Nicht-RaucherInnen, die mit 50 Jahren an einem Lungenkarzinom leiden. Risikofaktoren und Gesundheitsressourcen lassen sich in personale und behaviorale Risiken und Ressourcen und in gesundheitsfördernde bzw. in gesundheitsbeeinträchtigende Lebensbedingungen unterteilen (vgl. Waller, 2002, 36ff).

### **4.1. Risikofaktoren**

#### **4.1.1. Personale Risiken für Gesundheit**

Die Personalen Risiken können in physische und psychische Gesundheitsrisiken eingeteilt werden.

##### **4.1.1.1. *Physische Gesundheitsrisiken***

Waller (2002, 69) nennt als einige der wichtigsten körperlichen Gesundheitsrisiken genetische Veränderungen, Mikroorganismen, chemische und physikalische Belastungen, mechanische (z.B. Unfälle) und biochemische (z.B. Insulinmangel) Veränderungen.



#### **4.1.1.2. Psychische Gesundheitsrisiken**

Zum einen werden gewisse Persönlichkeitseigenschaften mit Gesundheitsrisiken in Verbindung gebracht und zum anderen werden psychische Konflikte und Belastungen als Risiken gesehen.

##### ***Persönlichkeitseigenschaften als Gesundheitsrisiken***

Personen mit gewissen Persönlichkeitsmerkmalen wird eine höhere Anfälligkeit für spezifische Krankheiten zugesprochen. So haben zum Beispiel Eysenck und Grossarth-Maticsek vier Persönlichkeitstypen charakterisiert, wobei der Typ II als koronare Risikopersönlichkeit bezeichnet wird, dem Ärger, Feindseligkeit und Aggression zu eigen sind (vgl. Waller 2002, 70f). Bestimmten Persönlichkeitseigenschaften eine größere Anfälligkeit für bestimmte Krankheiten zuzuschreiben hat ein lange Tradition (z.B. sei hier Hippokrates mit den vier Temperamentstypen Sanguiniker, Melancholiker, Choleriker, Phlegmatiker erwähnt), ist jedoch nach wie vor wissenschaftlich nicht unumstritten (vgl. ebd.).

##### ***Psychische Konflikte und Belastungen als Gesundheitsrisiken***

In der Stressforschung werden Belastungen in folgende Kategorien eingeteilt (Pearlin 1987, zit. nach Hurrelmann 2000, 54f):

- Kritische Lebensereignisse, zum Beispiel der unerwartete Verlust einer wichtigen Bezugsperson, Trennung oder Scheidung, das unerwartete Eintreten einer schweren Krankheit, Arbeitsplatzwechsel oder Arbeitsplatzverlust;
- Chronische Belastungen, zum Beispiel Doppelbelastung durch Arbeit und Haushalt, physische und psychische Belastung in der Arbeit, langandauernde Arbeitsüberlastung, enttäuschte Karriereerwartungen, andauernde Konflikte mit dem Partner/mit der Partnerin, emotionale Spannung mit den Kindern, langandauernde Krankheiten;
- Schwierige Übergänge (Transitionen) im Lebenslauf, zum Beispiel von der Jugend ins Erwachsenenalter, von der Schule in die Arbeitswelt, von der Arbeitswelt in die Pension;

## **4.1.2. Behaviorale Risiken für Gesundheit**

In schwierigen Situationen gehen Menschen Risiken ein, um ihre Bedürfnisse zu befriedigen, wobei auch risikoreiches und gesundheitsschädigendes Verhalten in Kauf genommen wird, aber diese Risiken heruntergespielt werden. Strategien beim Verharmlosen des Risikoverhaltens bestehen darin, das Gesundheitsrisiko als wenig gefährlich einzustufen, Informationen über das Risikoverhalten selektiv auszuwählen, das eigene Risikoverhalten mit drastischeren Gefahren zu vergleichen, persönliche Konsequenzen zu negieren, auf die eigene Kontrollfähigkeit zu verweisen und eine Kosten-Nutzen-Analyse durchzuführen (vgl. Siegrist 1998, 116f).

Vor allem Verhaltensweisen wie Rauchen, Alkohol- und Drogenmissbrauch, Fehl- und Überernährung, Bewegungsmangel tragen zur Entstehung von Krankheiten bei. Schwarzer (1996, 228ff) nennt als gesundheitsgefährdendes Verhalten auch sexuelles Risikoverhalten und Sonnenbaden. Die WHO zählt zum Risikoverhalten außerdem gefährdendes Fahrverhalten im Straßenverkehr sowie gewalttätiges Sozialverhalten (vgl. Waller 2002, 76f).

## **4.1.3. Lebensbedingungen als Gesundheitsrisiken**

Hier kann unterteilt werden in soziale Risiken und ökologische Risiken.

### ***4.1.3.1. Soziale Risiken***

Zu den sozialen Risiken zählen physische und psychische Belastungen in der sozialen Umwelt und in der Arbeit, mangelhafte Wohnungen und Wohnumgebungen, soziale und ökonomische Benachteiligung sowie Arbeitslosigkeit und Wohnungslosigkeit. Meiner Meinung nach zählt zu den sozialen Risiken auch die soziale Unterstützung. Die Soziale Unterstützung hat zwar grundsätzlich eine positive Konnotation, jedoch kann sie auch scheitern oder eben sogar Schaden anrichten, wenn ungewollte negative Effekte erzielt werden oder wenn sie von der empfangenden Person gar nicht gewollt ist (vgl. Schwarzer 1996, 177ff). Im Kapitel 4.2.3.1 gehe ich noch genauer auf die soziale Unterstützung ein.

#### **4.1.3.2. Ökologische Risiken**

Zu den ökologischen Risiken zählen Verschmutzungen von Luft, Wasser und Böden, Treibhauseffekt, Zerstörung der Ozonschicht und der Tropenwälder, Zunahme der Weltbevölkerung und damit zunehmender Energieverbrauch (vgl. Waller 2002, 83ff).

## **4.2. Gesundheitsressourcen**

### **4.2.1. Personale Ressourcen**

Die personalen Ressourcen lassen sich wiederum in physische und psychische Gesundheitsressourcen unterteilen.

#### **4.2.1.1. Physische Ressourcen**

Als physische Ressource nennt Franzkowiak (1999e, 90) „weitgehend körperliche Gesundheit“ und „ein stabiles, widerstandfähiges Immunsystem“. Becker (1992, zit. nach Waller 2002, 38) spricht von physischen Ressourcen als „günstige angeborene oder erworbene konstitutionelle Dispositionen“.

#### **4.2.1.2. Psychische Ressourcen**

Bei psychischen Ressourcen handelt es sich um generalisierte Einstellungen von Menschen zu sich und ihrer Umwelt und um Persönlichkeitseigenschaften, die zur Bewältigung von Belastungen benötigt werden. Dazu gehören unter anderem (vgl. Franzkowiak 1999e, 90; Waller 2002, 27):

- Zuversicht (generalisierte positive Zukunftserwartung)
- Internale Kontrollüberzeugung (Überzeugung einer Person, dass sie wichtige Ereignisse im Leben selbst beeinflussen kann)
- Selbstvertrauen (Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten)
- positives Selbstwertgefühl (positive Bewertung der eigenen persönlichen physischen und psychischen Merkmale)
- Selbstkonzept (das Bild, das eine Person von sich selber hat und was sie von sich selber hält)

- Selbstwirksamkeitsüberzeugung (Überzeugung einer Person, aufgrund ihres Verhaltens ein bestimmtes Ergebnis erzielen zu können)
- sowie der im Kapitel 2.2.1.1. erwähnte Kohärenzsinn von Antonovsky.

Weber kritisiert an der bisherigen personalen Ressourcenforschung, dass die Vorstellungen der Laien zu wenig miteinbezogen wurden: „Die Tatsache, dass Laien als bewältigungsfördernde Eigenschaften (...) auch Phlegma, ‚dickes Fell‘, Gleichmut, Gleichgültigkeit, Leichtlebigkeit und Verzicht auf Perfektion nennen (...), sollte eine Mahnung sein, Ressourcen vorschnell nur in einer inhaltlichen Richtung zu suchen“. (Weber 1992, zit. nach Waller 2002, 41). Das bedeutet, dass die Einbeziehung der subjektiven Sichtweisen der Laien in die personale Ressourcenforschung genauso an Wichtigkeit gewinnen soll, wie die von Faltermaier betonte Einbeziehung der Laiensichtweisen in die präventiven und gesundheitsförderlichen Maßnahmen (siehe Kapitel 2.1.).

#### **4.2.2. Behaviorale Ressourcen für Gesundheit**

Nach Kasl und Cobb (1966, zit. nach Waller 2002, 42f) ist unter Gesundheitsverhalten jegliche Aktivität zu verstehen „die von einer sich gesund fühlenden Person unternommen wird, um Krankheiten zu verhüten oder sie in einem beschwerdefreien Stadium zu entdecken“. Da in dieser Definition das Gesundheitsverhalten nur mit präventiver Dimension berücksichtigt wird, sind meiner Meinung nach folgende Definitionsvorschläge für die (betriebliche) Gesundheitsförderung angebracht: Nach Siegrist (1998, 111) kann Gesundheitsverhalten nicht als gezielte Handlung gesehen werden, sondern es ist vielmehr „eingebettet in eine umgreifende Lebensweise (life-style), die durch Gewohnheitsbildung infolge Sozialisation, durch Arbeits- und Wohnbedingungen, Muster sozialer Beziehungen, Zeitbudget und lokale Angebotsstruktur (Verfügbarkeit von Schwimmbädern, Trimm-dich-Pfaden u.a.m.) mitgeformt wird“. Becker (1992, 104) spricht vom habituellen Gesundheitsverhalten als interne psychische Ressource und meint damit, dass Personen mehr oder weniger regelmäßig bestimmte Maßnahmen ergreifen, die die Gesundheit fördern und erhalten. Faltermaier plädiert, anstelle von Gesundheitsverhalten vom Gesundheitshandeln zu sprechen, da es seiner

Ansicht nach „eine eigenständige und abgrenzbare Verhaltens- oder Handlungsweise, die ausschließlich auf Gesundheit bezogen ist, nicht gibt“ (Faltermeier 1994, zit. nach Waller 2002, 45). Faltermeier versteht das Gesundheitshandeln als einen Teil des Alltagshandelns, das durch folgende Komponenten bestimmt wird (Faltermeier 1994, 174ff):

- Bewusstes Handeln für die eigene Gesundheit
- Umgang mit dem eigenen Körper und seinen Beschwerden
- Umgang mit Krankheiten
- Umgang mit Risiken und Belastungen, die in der Lebensumwelt entstehen
- Herstellung und Aktivierung von gesundheitlichen Ressourcen
- Soziales Handeln für die Gesundheit oder soziale Gesundheitsselbsthilfe
- Veränderungen in der gesundheitlichen Lebensweise

Gesundheitshandeln wird nach Faltermaier (1994, 159) durch ein positives Gesundheitsbewusstsein ermöglicht. Dieses setzt sich nach Faltermaier (1994, 164ff) aus folgenden Komponenten zusammen:

- Subjektive Bedeutung von Gesundheit im Leben eines Menschen
- Subjektives Konzept von Gesundheit und den Bedingungen, die sie beeinflussen
- Wahrnehmung des eigenen Körpers und seinen Beschwerden
- Wahrnehmung von Risiken und Belastungen für die Gesundheit in der Umwelt und im eigenen Verhalten
- Wahrnehmung von Ressourcen in der Umwelt und in der eigenen Person
- Subjektives Konzept von Krankheit
- Gesundheitsdefinition im sozialen Kontext und deren Abstimmung

Jork (1991, 43) definiert Gesundheitsbewusstsein als Eigenschaft, sich bei verschiedenen Verhaltensmöglichkeiten und Lebensweisen für diejenige zu entscheiden, die die Gesundheit am wahrscheinlichsten erhält und fördert.

### **4.2.3. Lebensbedingungen als Ressourcen**

Die gesundheitsfördernden Lebensbedingungen lassen sich in soziale und ökologische Ressourcen einteilen.

#### **4.2.3.1. Soziale Ressourcen**

Zur Erklärung und Definition von sozialen Ressourcen wird in der Literatur oft auf das Konzept der sozialen Unterstützung zurückgegriffen. Unter ‚sozialer Unterstützung‘ versteht man „die Interaktion zwischen zwei oder mehreren Menschen, bei der es darum geht, einen Problemzustand, der bei einem Betroffenen Leid erzeugt, zu verändern oder zumindest das Ertragen dieses Zustandes zu erleichtern, wenn sich objektiv nichts ändern lässt“ (Schwarzer 1996, 175). Meiner Meinung nach geht es bei der sozialen Unterstützung nicht nur darum, einen bereits eingetretenen Problemzustand zu verändern, sondern auch darum, diesen Zustand erst gar nicht eintreten zu lassen. Dieses verdeutlicht auch die Präventionstheorie (s.u.). Soziale Netzwerke und soziale Bindungen werden nach Waller (2002, 54) oft synonym für soziale Unterstützung verwendet. Nach Schwarzer (1996, 176) sind die drei wichtigsten Typen sozialer Unterstützung folgende:

- Emotionale Unterstützung (Wertschätzung und Akzeptanz)
- Instrumentelle Unterstützung (finanzielle und tatkräftige Hilfen)
- Informationelle Unterstützung (Informationen und Kenntnisse)

Hurrelmann (2000, 143) ergänzt diese Typen sozialer Unterstützung noch mit der Einschätzungsunterstützung, die Hilfe gibt in der Bewertung und Lösung von Situationen. Meines Erachtens nach könnte dieser Unterstützungstyp eventuell auch als Unterpunkt der instrumentellen Unterstützung gesehen werden.

Die Wirkungsweisen der sozialen Unterstützung bestehen nach Teichmann (1999, 151) darin, dass sie direkt die Gesundheit und das Wohlbefinden fördern, da menschliche Grundbedürfnisse erfüllt werden. Belastungssituationen werden durch soziale Unterstützungen vermieden oder verringert (Präventionstheorie) und die pathogenen Folgen von Belastungen werden abgeschwächt (Puffereffektthese).

Schließlich möchte ich mich hier auch wieder auf Becker beziehen, der in diesem Zusammenhang von externen psychosozialen Ressourcen spricht und folgende anführt: günstige familiäre Bedingungen, günstige Bedingungen am Arbeitsplatz, intakte nachbarschaftliche Beziehungen, günstige materielle Bedingungen, gut ausgebautes Netz

von Gesundheitsdiensten und sozialen, kulturellen und pädagogischen Einrichtungen und demokratische und rechtsstaatliche politische Rahmenbedingungen (vgl. Becker 1992, 103).

#### **4.2.3.2. *Ökologische Ressourcen***

Ökologische Ressourcen als eine Lebensbedingung bedeutet in einer gesunden Umwelt leben zu können, die sich durch saubere Luft, sauberes Wasser, angenehme Wohnumgebung, hygienische Abfallentsorgung, Unbedenklichkeit von Lebensmitteln, gut erreichbare Naherholungsgebiete, Schutz vor gesundheitsschädigenden Auswirkungen globaler Umweltprobleme u.ä.m. auszeichnet (vgl. Waller 2002, 94ff).

## 5. Theorien des Gesundheitsverhaltens

Im Kapitel 4.2.2. wurde ‚Gesundheitsverhalten‘ definiert. Im folgenden Kapitel gehe ich auf die einflussreichsten und meistdiskutierten Theorien zum Gesundheitsverhalten ein (vgl. Naidoo & Wills 2003, 220; Waller 2002, 44; Hurrelmann 2000, 113; Seibt 1999b, 115; Wipplinger & Amann 1998, 30).

### 5.1. Determinanten des Gesundheitsverhaltens

Menschen verhalten sich nach Taylor (1990, zit. nach Schwarzer 1996, 12) dann gesundheitsbewusst, wenn folgende Komponenten gegeben sind:

- eine Gesundheitsbedrohung erscheint schwerwiegend
- die subjektiv wahrgenommene Anfälligkeit (Vulnerabilität) für eine Krankheit wird hoch eingeschätzt
- die Person glaubt, über eine entsprechende protektive Handlungsmöglichkeit zu verfügen
- die Person ist überzeugt, dass diese Handlung wirksam ist

Die ersten beiden Komponenten sind dem Health-Belief-Model entnommen, auf das ich später eingehen werden. Die dritte Komponente wird auch *Selbstwirksamkeit* oder *Kompetenzerwartung* genannt. Die Selbstwirksamkeit (Bandura 1977) ist die Überzeugung einer Person, über bestimmte Fähigkeiten zu verfügen, die notwendig sind, um ein bestimmtes Verhalten auszuführen und damit eine Situation beeinflussen bzw. ein spezielles Ziel erreichen zu können (vgl. Stroebe & Jonas 2002, 584). Die vierte Komponente wird synonym als *Handlungswirksamkeit*, *Konsequenzerwartung* oder *Ergebniserwartung* bezeichnet und meint damit die Überzeugung einer Person, durch ihr Handeln ein gewünschtes Ergebnis hervorrufen zu können (vgl. Hurrelmann 2000, 46).



## 5.2. Modell der gesundheitlichen Überzeugung (Health-Belief-Model)

Das Health-Belief-Model (Becker 1974; Rosenstock 1966) wurde ursprünglich entwickelt, um die Teilnahme an Vorsorgeuntersuchungen und das Aufsuchen von medizinischer Beratung und Behandlung zu erklären bzw. vorherzusagen (vgl. Wipplinger & Amann 1998, 27). Es beruht auf der Annahme, „das Verhalten eines Menschen werde im eigenen Interesse wesentlich durch die Erwartung gesteuert, einen positiven Gesundheitszustand zu erreichen“ (Rosenstock 1974, zit. nach Hurrelmann 2000, 113). Der Mensch wird als ein rational handelndes Wesen gesehen, das seine Umwelt und sich selbst beeinflusst und sich bewusst für oder gegen etwas entscheidet. Folgende handlungsleitende Komponenten werden in diesem Modell miteinander verknüpft (vgl. Seibt 1999a, 74; Stroebe & Jonas 2002, 582):

### 1) Anfälligkeit

Diese Komponente bezieht sich auf die eigene Annahme, wie hoch die Wahrscheinlichkeit ist, von einer Erkrankung betroffen zu werden, wenn keine Schutzmaßnahmen vorgenommen werden (subjektiv wahrgenommene Vulnerabilität). Nur wer sich von einer Krankheit bedroht fühlt, wird auch dazu motiviert sein, das Verhalten zu ändern.

### 2) Schweregrad

Der Schweregrad einer Krankheit bezeichnet die subjektive Einschätzung der Ernsthaftigkeit einer Erkrankung und die Folgen, die die Erkrankung mit sich zieht. Der Schweregrad wird nach körperlichen Folgen (Schmerzen, Beeinträchtigungen, Behinderungen) und sozialen Konsequenzen (z.B. Beeinträchtigung des Familien- oder Arbeitslebens) bewertet.

### 3) Nutzen (subjektiver Vorteil)

Der Nutzen bezieht sich auf die Einschätzung, welche Folgen die Verhaltensänderung haben könnte und ob die Anfälligkeit für eine Krankheit oder die Schwere der Erkrankung dadurch verringert oder ausgeschaltet wird. Wenn wirksame Maßnahmen zur Verhaltensänderung zur Verfügung stehen, wird nach einer Kosten-Nutzen-Analyse entschieden, welche Vorgehensweise am effektivsten ist.

#### 4) Hindernisse (subjektive Barrieren)

Wahrgenommene Barrieren können eine erfolgreiche Verhaltensänderung blockieren. Vor der Umsetzung der Verhaltensänderung wird eine Kosten-Nutzen-Analyse durchgeführt, bei der der subjektive Nutzen gegenüber Hindernissen und negativen Aspekten abgewogen wird. Negative Aspekte können z.B. Nebenwirkungen eines Medikaments, Schmerzen bei der Behandlung, finanzielle Kosten oder der grundsätzliche Aufwand sein.

Um eine gesundheitsbezogene Handlung durchzuführen, bedarf es zusätzlich eines Handlungsanreizes, der durch interne Reize (z.B. die Wahrnehmung von Symptomen) oder externe Reize (z.B. eine Kampagne in den Medien) erfolgen kann.

Die subjektive Bedrohung ergibt sich aus der Kombination der subjektiv wahrgenommenen Vulnerabilität (1) und dem Schweregrad einer Erkrankung (2) und bestimmt die Energie und Kraft zum Handeln. Die Überzeugung der Wirksamkeit eines Gesundheitsverhaltens resultiert aus einer positiven Bilanz vom subjektiven Nutzen (3) und den wahrgenommenen Barrieren (4).

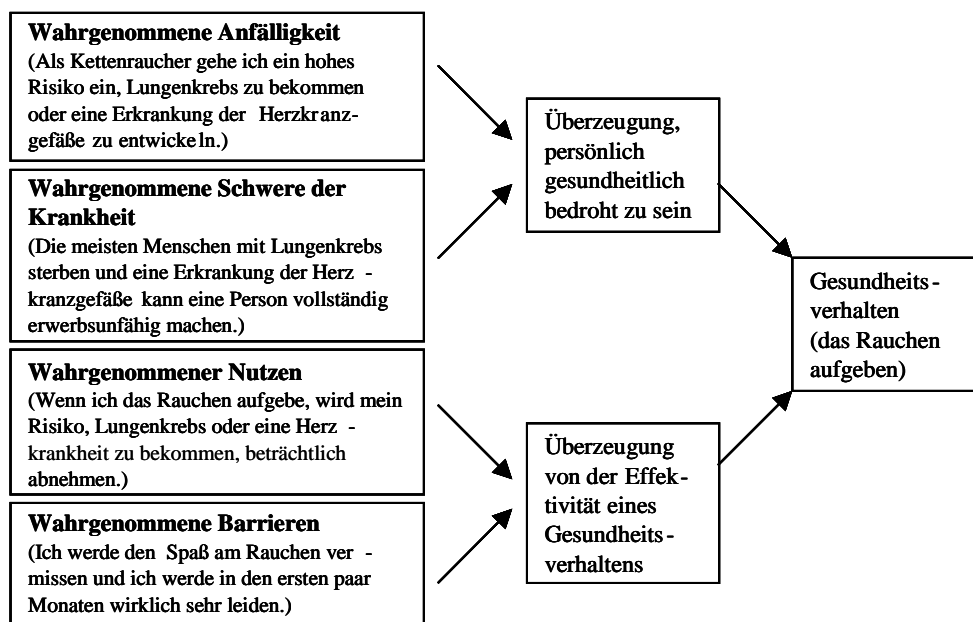


Abbildung 4: Health-Belief-Model am Beispiel ‚Rauchen aufgeben‘  
(Stroebe & Jonas 2002, 582)

Kritik an diesem Modell ist vor allem dahingehend zu finden, dass zwei kognitive Komponenten, nämlich Intention und Kompetenzerwartung, fehlen und dass der Einfluss

der subjektiven Bedrohung auf die Verhaltensänderung überschätzt wird (vgl. Schwarzer 1996, 55; Stroebe & Jonas 2002, 584f; Seibt 1999a, 75). So ist bekannt, dass Angstappelle (Erzeugen von Verwundbarkeit) nur begrenzt motivierende Wirkung auf eine Verhaltensänderung ausüben, vor allem dann, wenn keine Handlungsalternativen aufgezeigt werden. Kritisiert wird auch, dass das Gesundheitsverhalten ausschließlich auf eine kognitive Kosten-Nutzen-Analyse zurückgeführt wird und dabei soziale und emotionale Aspekte außer Acht gelassen werden (vgl. Seibt 1999a, 75; Wipplinger & Amann 1998, 32).

### **5.3. Theorie der Handlungsveranlassung (Theory of Reasoned Action)**

Die Theorie der Handlungsveranlassung von Fishbein & Ajzen (1975) wurde zur Erklärung des Zusammenhangs von Einstellung und Verhalten entwickelt. Dieser Theorie zufolge wird die Handlung am stärksten von der Verhaltensintention bestimmt, die wiederum von zwei Variablen beeinflusst wird (vgl. Naidoo & Wills 2003, 224):

- Einstellung gegenüber dem Verhalten  
Einstellungen, die sich auf das Verhalten beziehen und dieses Verhalten bewerten, beeinflussen die Verhaltensintention.
- Subjektive Normen  
Menschliches Handeln richtet sich auch danach, was wichtige Bezugspersonen von ihnen erwarten und welche Einstellung diese zu dem fraglichen Verhalten haben.

Im Unterschied zum Health-Belief-Model wird die Bedeutung sozialer Normen hervorgehoben und als ein Haupteinflussfaktor auf das Verhalten gesehen. Fällt die Bewertung des Verhaltens positiv aus und entsteht ein sozialer Druck durch die subjektiven Normen wird die Intention zu einem bestimmten Verhalten gebildet. Je stärker eine Intention ausgebildet ist, umso wahrscheinlicher wird es auch, dass dieses Verhalten ausgeführt wird. Die Stabilität einer Intention lässt nach, je größer der Zeitabstand zum Verhalten wird und je mehr unerwartet dazwischen kommen kann. Interne und externe Barrieren können der Verhaltensdurchführung entgegenstehen, weshalb die Verhaltensintention aufgrund der vorhandenen Hindernisse nicht zum eigentlichen

Verhalten führt (vgl. Schwarzer 1996, 3). Eine Verhaltensänderung kann dieser Theorie zufolge nur über eine Einstellungsänderung erreicht werden (vgl. Wipplinger & Amann 1998, 30).

## 5.4. Theorie des geplanten Verhaltens (Theory of Planned Behavior)

Ajzen hat 1985 die Theorie der Handlungsveranlassung weiterentwickelt und um eine dritte, gleichberechtigte Einflussgröße, die Kontrollierbarkeit, erweitert. Die subjektive Kontrollierbarkeit einer Handlung wirkt sich auf die Intention und auf die tatsächliche Handlung aus. Dieser Determinante nach wird ein Verhalten nur dann ausgeführt, wenn die Person davon überzeugt ist, das Verhalten erfolgreich ausführen zu können (vgl. Wipplinger & Amann 1996, 31).

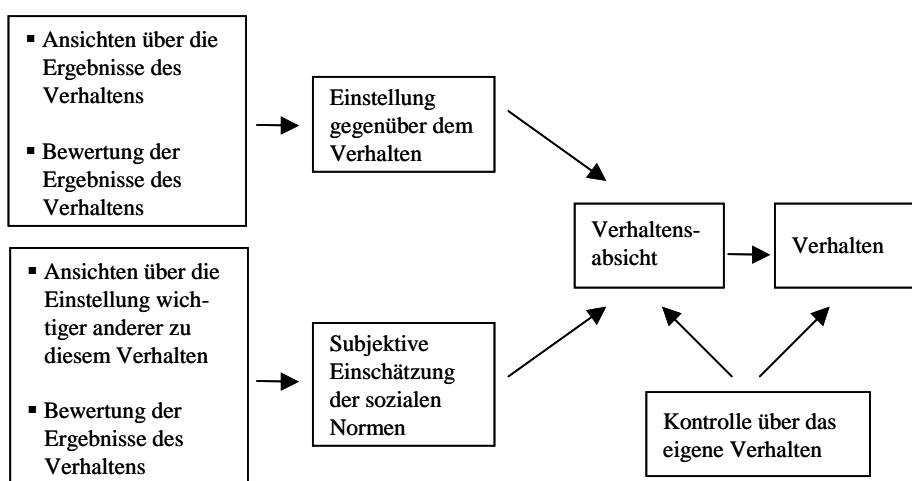


Abbildung 5: Theorie des geplanten Verhaltens  
(nach Naidoo & Wills 2003, 228)

Kritik kann dahingehend geäußert werden, dass sowohl die Theorie der Handlungsveranlassung als auch die Theorie des geplanten Handelns sich nur auf bewusste und absichtliche Verhaltensweisen anwenden lassen (vgl. Bohner 2002, 312) und dass der Schwerpunkt beider Theorien auf der motivationalen Phase liegt und es keine Aussage über die tatsächliche Ausführung und Aufrechterhaltung von Verhalten gibt (vgl. Schwarzer 1996, 54).

Schwarzer hat versucht, diesen Mangel in seinem sozial-kognitiven Prozessmodell des gesundheitlichen Handelns zu überwinden, indem er einen volitionalen Prozess (Prozess der Willensbildung), der aus Handlungsplanung und Handlungskontrolle besteht, der tatsächlichen Handlung vorgeschoben hat. Im Gegensatz zu den anderen Modellen ist bei seinem kein direkter Zusammenhang zwischen Intention und Handlung gegeben. Eine wesentliche Komponente der Volition ist die Fähigkeit zum Belohnungs- bzw. Ergebnisaufschub, wenn nicht unmittelbar auf das Verhalten positive Effekte folgen, sondern sich erst später einstellen. Durch die Stärke und Stabilität der Intention und Volition wird, auch ohne sofort sichtbaren Erfolg, das Verhalten weiter beibehalten (ausführlicher dazu in Schwarzer 1996, 81ff).

## **5.5. Das transtheoretische Phasenmodell der Verhaltensänderung**

Die oben besprochenen Theorien zur Verhaltensänderung sind relativ statisch, hingegen gehen Phasenmodelle der Veränderung davon aus, dass verschiedene Phasen durchlaufen werden müssen, wenn ein neues, verändertes Verhalten angenommen werden soll. Prochaska & DiClemente (1984, 1986) haben ein Phasenmodell der Verhaltensänderung entwickelt, das auch als transtheoretisches Modell bezeichnet wird, da es mehrere Modelle integriert (vgl. Stroebe & Jonas 2002, 592). Beim transtheoretischen Modell wird davon ausgegangen, „dass Veränderungen nie einen Endpunkt darstellen, sondern immer nur Teil eines ständigen Kreislaufes sind“ (Naidoo & Wills 2003, 229). Die verschiedenen Phasen müssen zwar alle durchlaufen werden, aber nicht in einer bestimmten Reihenfolge. Ein Rückfall braucht insofern nicht als Versagen gesehen zu werden, da es in diesem Kreislauf vorwärts wie rückwärts gehen kann (vgl. Naidoo & Wills 2003, 230f). Der Prozess der Verhaltensänderung umfasst folgende Phasen (vgl. Stroebe & Jonas 2002, 591ff; Naidoo & Wills 2003, 230):

- **Prä-Kontemplation**

In dieser Phase besteht noch keine Absicht, ein Verhalten zu ändern und das Verhalten wird nicht als gesundheitsgefährdend empfunden. Es werden Informationen, die auf Risiken hinweisen verdrängt.

- **Kontemplation**

In dieser Phase ist sich eine Person schon der Risiken des gesundheitsgefährdenden Verhaltens bewusst und kann einen Vorteil in der Verhaltensänderung erkennen. Es wird zwar die Absicht zu einer Verhaltensänderung gebildet, es gibt jedoch noch keine Festlegung auf eine genaue Handlung, sodass die tatsächliche Verhaltensänderung noch länger nicht in Sicht ist.

- **Vorbereitung**

Hier wird die Absicht zur Verhaltensänderung bereits konkretisiert. Die Verhaltensänderung wird im Gedanken durchgespielt und Informationen werden beschafft.

- **Handlung**

In dieser Phase wird die Verhaltensänderung eingeleitet und durchgeführt. Klare Ziele, realistische Pläne und Unterstützungen sind Kennzeichen dieses Stadiums.

- **Aufrechterhaltung**

Hier geht es darum, das eingeleitete Verhalten aufrechtzuerhalten und in schwierigen Phasen nicht in die alten Verhaltensweisen zurückzufallen. Ist die Aufrechterhaltung des Verhaltens noch schwierig, fällt die Person wieder in eine vorangegangene Phase zurück.

Die Abbildung 6 veranschaulicht den Prozess der Verhaltensänderung, der ohne Endpunkte in einem Kreis dargestellt ist:

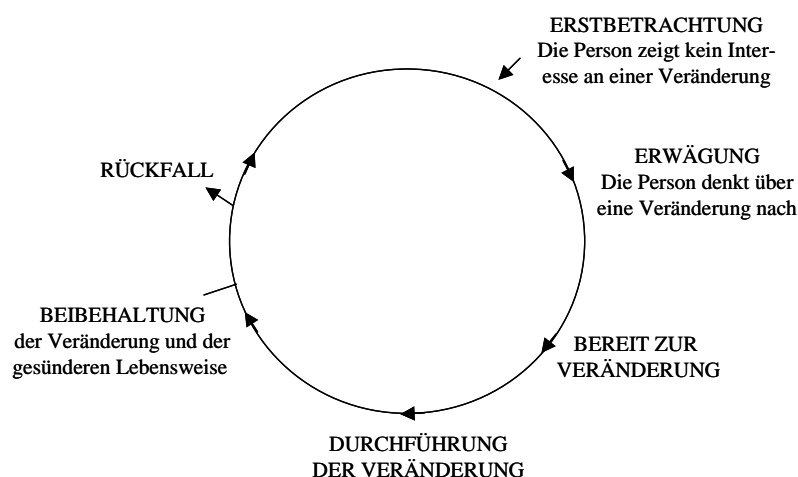


Abbildung 6: Phasen der Verhaltensänderung  
(nach Naidoo & Wills 2003, 230)

## 5.6. Grundvoraussetzungen für Verhaltensänderung

Nach Naidoo & Wills (2003, 233f) müssen für die Änderung des Gesundheitsverhaltens folgende Minimalvoraussetzungen gegeben sein:

- Die Veränderung muss vom Einzelnen gewollt sein.  
Menschen ändern sich nur, wenn sie dieses auch selber wollen.
- Das Verhalten muss zu einem aktuellen Thema werden.  
Dieses Verhalten muss in Frage gestellt werden, damit es ‚zum Thema‘ wird.
- Die Thematisierung des Verhaltens muss über einen längeren Zeitraum hinweg erfolgen.  
Damit das neue Verhalten Bestandteil des alltäglichen Lebens werden kann, muss es über einen längeren Zeitraum hinweg thematisiert werden.
- Das Verhalten muss Teil der Strategie zur Alltagsbewältigung werden.  
Gesundheitsgefährdende Routinen zur Alltagsbewältigung (z.B. bei Frust zur Schokolade zu greifen), müssen durch neue gesundheitsförderliche Strategien ersetzt werden.
- Das Leben des Betroffenen darf nicht mit besonderen Problemen oder Ungewissheiten belastet sein.  
Die Veränderungsfähigkeiten eines Menschen sind begrenzt. Wenn eine Person mit anderen Problemen belastet ist (z.B. finanziell schwierige Lage), kann eine Änderung des Gesundheitsverhaltens meist nicht mehr verlangt werden bzw. ist sie auch nicht möglich.
- Soziale Unterstützung muss vorhanden sein.  
Soziale Unterstützung durch Bezugspersonen wirken unterstützend und ermutigend. Verhaltensänderungen können mit Stress verbunden sein, der durch soziale Unterstützung abgeschwächt werden kann.

## **6. Prävention und Gesundheitsförderung**

Mit den Begriffen der Prävention und der Gesundheitsförderung sind verschiedenste Ansichten verbunden. Beide Begriffe werden in der Literatur nicht einheitlich und oftmals synonym verwendet. Jedoch beruhen Prävention und Gesundheitsförderung auf ganz unterschiedlichen Theorien und Strategien, hinter denen aber das gemeinsame Ziel des Gesundheitsgewinnes steht (vgl. Naidoo & Wills 2003, 71; Hurrelmann, Klotz & Haisch 2004, 11).

### **6.1. Prävention**

(Krankheits-)Prävention geht auf die sozialhygienische Problematik des 19. Jahrhunderts zurück. Es galt, Übertragungswege von Infektionskrankheiten zu finden, um Volkskrankheiten vorzubeugen und zu bekämpfen (vgl. Stöckl 2004, 24). Der Präventionsbegriff ist am traditionellen bio-medizinischen Modell orientiert und geht also der pathogenetischen Fragestellung nach, was bedeutet, dass Risikofaktoren und die Entstehung von Krankheiten im Mittelpunkt stehen (vgl. Lück 1997, 281). Die Prävention beruht auf einer Vermeidungsstrategie: es sollen Risikofaktoren und Auslösefaktoren von Krankheiten zurückgedrängt, verzögert oder vermieden werden (vgl. Hurrelmann, Klotz & Haisch 2004, 11; Schwartz & Walter 1998, 151).

Prävention wird unterteilt in Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. Der Unterschied besteht im Zeitpunkt und im Ziel der Intervention sowie in der Zielgruppe. Maßnahmen der Primärprävention wenden sich an Gesunde und sollen vor dem ersten Auftreten einer möglichen Erkrankung durchgeführt werden. Im Handbuch der Österreichischen Sozialen Krankenversicherungsträger für betriebliche Gesundheitsförderung (1996, 6) wird hier nochmals unterteilt in spezifische Primärprävention (z.B. Schutzimpfung) und unspezifische Primärprävention (z.B. Verbesserung der Arbeitsbedingungen, gesunde Ernährung), die der Gesundheitsförderung zugeteilt wird. Die Sekundärprävention setzt Maßnahmen zur Früherkennung von Krankheiten und richtet sich an Personen mit schon vorhanden Beschwerden und Beeinträchtigungen. Tertiärprävention sind Maßnahmen der



Rehabilitation nach einer Krankheit und Maßnahmen zur Verhinderung des Fortschreitens chronischer Erkrankungen. Diese Maßnahmen zielen auf eine Wiedereingliederung in den Arbeitsbereich und ins soziale Umfeld ab (vgl. Schneider 1993, 55f). In der nachfolgenden Tabelle ist die Klassifikation der Präventionsmaßnahmen nach Zeitpunkt, Ziel und Adressaten der Intervention nochmals anschaulich dargestellt:

|                                    | <b>Primärprävention</b>                   | <b>Sekundärprävention</b>                                       | <b>Tertiärprävention</b>                                      |
|------------------------------------|---|---|---|
| <b>Zeitpunkt der Intervention</b>  | Vor Eintreten einer Krankheit             | In Frühstadien einer Krankheit                                  | Nach Manifestation/ Akutbehandlung einer Krankheit            |
| <b>Ziel der Intervention</b>       | Verringerung der Inzidenz von Krankheiten | Eindämmung der Progredienz oder Chronifizierung einer Krankheit | Verhinderung von Folgeschäden oder Rückfällen                 |
| <b>Adressaten der Intervention</b> | Gesunde bzw. Personen ohne Symptomatik    | Akutpatienten/ Klienten   | Patienten mit chronischer Beeinträchtigung und Rehabilitanden |

Tabelle 1: Klassifikation von Präventionsmaßnahmen (Leppin 2004, 33)

Präventionsmaßnahmen unterscheiden sich auch noch hinsichtlich des Ansatzpunktes der Maßnahme. Präventionsmaßnahmen können am Verhalten von Personen oder Gruppen (Verhaltensprävention) ansetzen oder an den Lebensbedingungen und der Umwelt, in der die Personen leben (Verhältnisprävention) (vgl. Leppin 2004, 36f). Diese Unterscheidung werde ich im Kapitel 8.4.1. noch genauer erläutern.

## 6.2. Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung geht über den Ansatz der Prävention hinaus und beachtet nicht nur physische sondern auch psychische und soziale Einflussfaktoren auf die Gesundheit (vgl. Bamberg, Ducki & Metz 1998, 18). Im Gegensatz zur Prävention, die auf Vermeidungsstrategien beruht, orientiert sich die Gesundheitsförderung an Promotionsstrategien, die die Schutzfaktoren (Ressourcen) fördern und Lebensbedingungen verbessern sollen. Die Gesundheitsförderung geht somit der salutogenetischen Fragestellung nach und sucht nach Faktoren, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Gesundheit beitragen (vgl. Hurrelmann, Klotz & Haisch 2004, 11f). Maßnahmen der Gesundheitsförderung können analog zur Prävention an der Person

(verhaltensbezogene Maßnahme) oder an der Umwelt (verhältnisbezogene Maßnahme) ansetzen (vgl. Altgeld & Kolip 2004, 42). Wie auch schon beim umfassenden Gesundheitsbegriff hat auch bei der Gesundheitsförderung die WHO den Grundstein zur Diskussion und zur Entwicklung von Gesundheitsförderungskonzepten und -programmen gelegt. Der Begriff der Gesundheitsförderung etablierte sich 1986 nach der WHO-Konferenz in Ottawa (vgl. Hurrelmann 2000, 97). Auf die Ottawa-Konferenz der WHO und die darauf folgende Entwicklung der Grundsätze und Handlungsfelder der Gesundheitsförderung gehe ich im Kapitel 6.6. ein.

### **6.3. Interventionsstrategien der Prävention und Gesundheitsförderung**

Nach Hurrelmann (2000, 95) sind Prävention und Gesundheitsförderungen Interventionen (Eingriffshandlungen) „in helfender, unterstützender, steuernder, kontrollierender und korrigierender Absicht mit dem Ziel, in den Prozess der Entstehung von Störungen der Gesundheit einzugreifen, um ihn entweder schon im Vorfeld oder im Frühstadium vorbeugend abubrechen oder ihn in seiner Dynamik zu mindern und möglichst rückgängig zu machen.“ Hier definiert Hurrelmann allerdings Interventionen nur in Hinsicht auf die pathogene Dynamik von Gesundheitsrisiken und lässt meines Erachtens die salutogene Dynamik der Gesundheitsförderung außer Acht, denn Prävention und Gesundheitsförderung sind Interventionen, die sich in der Eingriffslogik unterscheiden. Erstere greift in die pathogene Dynamik der Krankheitsentstehung und den Krankheitsverlauf ein, letztere hingegen in die salutogenetische Dynamik der Entstehung und Aufrechterhaltung von Gesundheit. Somit sind für die Prävention Kenntnisse über die Ursachen und die Entwicklung von Risikofaktoren und Krankheiten Voraussetzung und bei der Gesundheitsförderung ist Wissen über die Entstehung und Aufrechterhaltung von Gesundheit notwendig (vgl. Hurrelmann, Klotz & Haisch 2004, 12).

## 6.4. Verhältnis von Prävention und Gesundheitsförderung

Liegt bei der Prävention der Fokus auf den Abbau von Risikofaktoren und bei der Gesundheitsförderung auf der Förderung von Schutzfaktoren, so haben doch beide das übergeordnete Ziel des Gesundheitsgewinns. In der folgenden Abbildung wird das Verhältnis von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention dargestellt:

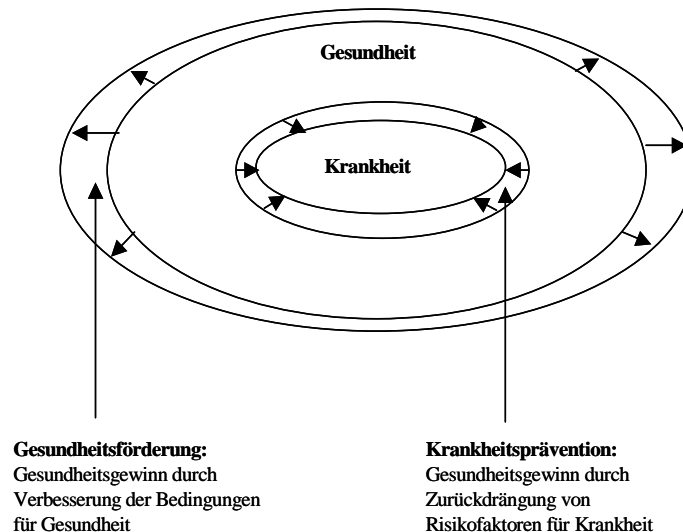


Abbildung 7: Verhältnis von Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention  
(Hurrelmann 2000, 99)

Wenn sich eine Krankheit ausbreitet, nimmt die Gesundheit zwangsläufig ab. Wird die Krankheit eingedämmt, wird wieder mehr Gesundheit gewonnen. Gesundheit kann aber auch unabhängig vom Zurückdrängen der Krankheit gewonnen werden, indem die äußeren Grenzen der Gesundheit erweitert werden. Gesundheit entsteht also zum einen durch Zurückdrängen von Krankheit und Krankheitsrisiken (Prävention) und zum anderen durch Erweitern der Gesundheitsgrenzen und Verbessern der Gesundheitsbedingungen (Gesundheitsförderung) (Hurrelmann 2000, 99f).

Mehrere Autorinnen und Autoren (Naidoo & Wills 2003, 83; Altgeld & Kolip 2004, 42; Hurrelmann, Klotz & Haisch 2004, 14) betonen, dass Prävention und Gesundheitsförderung nicht gegenseitig ausgespielt werden sollen, da beide Formen für erfolgreiche Interventionen notwendig sind und sich gegenseitig je nach Situation ergänzen. So ist auch Faltermeier (2004, 79) der Meinung, dass Prävention und Gesundheitsförderung keine Gegensätze sind, sondern sich sinnvoll ergänzen. Deshalb

vertritt er einen integrativen Ansatz, „der einen gleichzeitigen Abbau von gesundheitlichen Risiken und eine Förderung von gesundheitlichen Ressourcen als optimale Strategie sieht.“ Außerdem geht er davon aus, dass „verhaltens- und verhältnisbezogene Strategien keine wirklichen Alternativen darstellen, sondern möglichst miteinander zu verbinden sind“ (ebd.). Auch stellt Demmer (1993, 79) klar, dass „Gesundheitsförderung keineswegs in der Weise missverstanden werden darf, dass nun jegliche Bemühungen um Krankheitsprävention, Früherkennung und Rehabilitation überflüssig würden“. Ohne Prävention ist ihrer Meinung nach Gesundheitsförderung „ebenso unzulänglich wie unglaubwürdig“ (ebd.).

## 6.5. Praxisideen zur Prävention und Gesundheitsförderung

Zur Veranschaulichung der Prävention und Gesundheitsförderung in der Praxis dient der nachfolgende Katalog mit Praxisideen von Noack (1990, zit. nach Waller 1997, 97f). Er hat die aufgezählten Maßnahmen eingeteilt in Maßnahmen zur Verminderung von Risiken (Prävention) und zur Vermehrung von Ressourcen (Gesundheitsförderung):

| <b>Ebene</b>              | <b>Verminderung von Risiken</b>  | <b>Vermehrung von Ressourcen</b>  |
|---------------------------|--|---|
| <b>Physische Umwelt</b>   | Verminderung von Luft-, Boden- und Gewässerverschmutzung<br>Verringerung von Unfallgefährdung auf Straßen und in Betrieben<br>Beseitigung gesundheitsgefährdender Wohnungen                          | Erhaltung und Schaffung von Naherholungsgebieten<br>Schaffung sicherer und zugänglicher Verkehrs- und Kommunikationsmittel<br>Erhaltung und Schaffung von ausreichenden menschenwürdigen Wohnungen        |
| <b>Soziale Umwelt</b>     | Beseitigung von Armut und Arbeitslosigkeit<br>Verminderung von sozialer Isolation und Einsamkeit<br>Verminderung von Gewalttätigkeit<br>Verminderung von gesundheits-schädigenden Arbeitsbedingungen | Erhaltung und Ausbau sozialer Sicherungssysteme<br>Förderung sozialer Einrichtungen und Netzwerke<br>Ausbau der Bürgerbeteiligung im kommunalen Bereich<br>Förderung der Mitbestimmung in der Arbeitswelt |
| <b>Gesundheitsdienst</b>  | Überwachung der Gesundheitsdienste<br>Verringerung unnötiger medizinischer Eingriffe<br>Verringerung des Medikamentenmissbrauchs   | Systematische Gesundheitsberichterstattung<br>Ausbau präventiver und beratender Dienste<br>Förderung von Selbsthilfeeinrichtungen und –gruppen  |
| <b>Personale Faktoren</b> | Verringerung körperlicher Risikofaktoren<br>Linderung körperlicher Störungen und Gebrechen   | Förderung körperlicher Widerstands- und Leistungsfähigkeit<br>Förderung individueller gesundheitlicher Handlungsfähigkeit   |
| <b>Lebensweisen</b>       | Verringerung gesundheitsgefährdender Selbstbehandlung<br>Verminderung gesundheitsriskanter Verhaltensweisen<br>Vermeidung risikoreicher Bewältigungsmuster   | „Richtige“ Nutzung der Gesundheitsdienste<br>Entwicklung gesundheitsfördernder Verhaltensweisen<br>Erlernen gesundheitsgerechter Bewältigungsmuster   |

Tabelle 2: Praxisideen zur Prävention und Gesundheitsförderung (Waller 1997, 97)

## 6.6. Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung

Auf der 1. Internationalen Konferenz für Gesundheitsförderung in Ottawa wurde 1986 die Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung mit folgender Definition von Gesundheitsförderung verabschiedet:

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern beziehungsweise verändern können.“ (WHO 1998 (1986), 555)

Weiters wird die Bedeutung der sozialen und persönlichen Ressourcen sowie der körperlichen Fähigkeiten hervorgehoben und Gesundheit wird als Bestandteil des Alltags verstanden und nicht als vorrangiges Lebensziel (vgl. ebd.). In diesem Verständnis von Gesundheitsförderung wird der Perspektivenwechsel von der Pathogenese hin zur Salutogenese deutlich. Nicht mehr die Krankheit, sondern ein umfassendes Verständnis von Gesundheit (physisch, psychisch und sozial) und das subjektive Wohlbefinden stehen im Mittelpunkt der Gesundheitsförderung. Der Ansatz der Ottawa-Charta ist ein emanzipatorischer und politischer. Zum einen sollen die individuellen Kompetenzen gestärkt und zum anderen gesundheitsförderliche Rahmenbedingungen (Umwelt) geschaffen werden (vgl. Altgeld & Kolip 2004, 44; Hurrelmann 2000, 97). Aktive Mitgestaltung und Selbstbestimmung sind wesentliche Bestandteile der Gesundheitsförderung. Durch Partizipation sollen die Menschen befähigt werden, selbstbestimmt mit ihrer Gesundheit umzugehen und eigene Kontrolle über ihre Gesundheit und gesundheitlichen Belange zu erlangen (vgl. Demmer 1993, 79). Es wird eine Abkehr von der Expertenautorität der Prävention hin zur Bemächtigung der Laien über ihre eigene Gesundheit deutlich: „Nicht allein Experten und Gesundheitsberufe, sondern die Menschen selbst definieren die Gesundheitsprobleme, die für sie und ihr soziales Umfeld relevant sind“ (Naidoo & Wills 2003, 80). Mit der Strategie des ‚Empowerments‘ sollen den Menschen die notwendigen Kompetenzen und Fertigkeiten

vermittelt werden, um ein selbstbestimmtes und eigenverantwortliches Leben führen zu können (Stark 1999, 17).

Auch Faltermeier (2004, 79) weist auf die zentrale Stellung der Partizipation in der Gesundheitsförderung hin, da diese neben der Kompetenz der Betroffenen für langfristige Erfolge notwendig ist: „Gesundheitsförderung als professionelle Praxis muss ihre Zielgruppen an der Veränderung beteiligen, da es um deren Lebensalltag und Lebensweisen geht, da deren Kompetenzen gebraucht werden und nur dadurch langfristige Wirkungen zu erzielen sind. Partizipation ist daher ein notwendiges Grundprinzip und ‚Empowerment‘, d.h. die Befähigung der Menschen, ihre gesundheitlichen Belange selbst in die Hand zu nehmen, eine sinnvolle Strategie der Gesundheitsförderung.“ Wie auch hier und in der Charta betont, findet Gesundheit im alltäglichen Leben statt. So heißt es in der Charta „Gesundheit wird von Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt: dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben“ (WHO 1998 (1986), 559).

Dieser Sichtweise zufolge ist eine der Schlüsselstrategien zur Umsetzung der Gesundheitsförderung der sogenannte Settingansatz. Bevor ich im Kapitel 6.6.2 genauer auf den Settingansatz eingehe, stelle ich die Handlungsfelder für Gesundheitsförderung, die im Rahmen der WHO-Konferenz definiert wurden, vor.

### **6.6.1. Handlungsfelder der Gesundheitsförderung**

Im Rahmen der WHO-Konferenz von 1986 wurden fünf Handlungsfelder der Gesundheitsförderung, die ich mit Praxisideen von Waller (1997, 94) zur Veranschaulichung ergänzt habe, festgelegt (WHO 1998 (1986), 557ff):

#### **1. Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik**

Gesundheitsförderung muss über den medizinischen und sozialen Bereich hinausgehen und mit anderen Politikbereichen (z.B. Finanzpolitik, Arbeitsgesetzgebung) zusammen arbeiten.

Praxisideen: steuerliche Maßnahmen, Gesetzesinitiativen, Entwicklung von ungefährlichen Produkten und gesünderen Konsumgütern, Schaffung von sauberen und erholsameren Umgebungen, Chancengleichheit in der Gesundheits-, Einkommens- und Sozialpolitik;

## 2. Schaffen von gesundheitsfördernden Lebenswelten

Gesundheitsförderung muss Arbeits-, Lebens- und Freizeitbedingungen so gestalten, dass sie für die Gesundheit förderlich sind und nicht krank machen. Durch Gesundheitsförderung sollen sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen geschaffen werden.

Praxisideen: Schutz der natürlichen und der sozialen Umwelt, Schaffung sicherer, anregender, befriedigender und angenehmer Arbeits- und Lebensbedingungen, Erhaltung der vorhandenen natürlichen Ressourcen;

## 3. Unterstützung von gesundheitsfördernden Gemeinschaftsaktionen

Im Sinne der Selbstbestimmung und Beteiligung der Laien sollen Nachbarschaften, Selbsthilfegruppen und Gemeinden unterstützt und Strukturen geschaffen werden, die die Teilnahme und Mitbestimmung an Gesundheitsbelangen fördern.

Praxisideen: Stärkung von Nachbarschaften und Gemeinden, Unterstützung von Selbsthilfe, Zugang zu allen Informationen, Schaffung von gesundheitsorientierten Lernmöglichkeiten, angemessene finanzielle Unterstützung gemeinschaftlicher Initiativen;

## 4. Entwicklung persönlicher Kompetenzen

Durch Information, gesundheitsbezogene Bildung und Verbesserung sozialer Kompetenzen sollen persönliche Kompetenzen entwickelt werden. Dadurch erlangen Menschen mehr Einfluss und Gestaltungsmöglichkeiten für ihre Gesundheit und Lebenswelten.

Praxisideen: Unterstützung der Entwicklung von Persönlichkeit und sozialen Fähigkeiten durch Information, gesundheitsbezogene Bildung, Befähigung zu lebenslangem Lernen, Hilfen, um mit den verschiedenen Lebensphasen und chronischen Erkrankungen und Behinderungen umzugehen;

## 5. Neuorientierung der Gesundheitsdienste

Die Gesundheitsdienste sollen nicht nur ihre Aufgabe in medizinisch-kurativen Betreuungsleitungen sehen, sondern die Gesundheitsdienste sollen sich mehr an gesundheitsfördernden Aspekten und den Bedürfnissen der Betroffenen orientieren.

Praxisideen: Entwicklung eines Versorgungssystems, das auf die stärkere Förderung von Gesundheit ausgerichtet ist, stärkere Aufmerksamkeit für gesundheitsbezogene Forschung, Veränderung in der beruflichen Aus- und Weiterbildung, Orientierung auf die Bedürfnisse des Menschen als ganzheitliche Persönlichkeit;



## **6.6.2. Settingansatz der Gesundheitsförderung**

Ein Setting wird „einerseits als ein soziales System verstanden, das eine Vielzahl relevanter Umwelteinflüsse auf eine bestimmte Personengruppe umfasst und andererseits als ein System, in dem diese Bedingungen von Gesundheit auch gestaltet werden können“ (Altgeld & Kolip 2004, 44). Der Settingansatz stellt die Rahmenbedingungen, in denen die Menschen leben und arbeiten, in den Mittelpunkt. Gesundheit soll kein abgehobenes und ohne jeden Bezug zur Realität gesetztes Ziel sein, sondern konkret im Alltag der Menschen stattfinden und dort hergestellt und aufrechterhalten werden (vgl. Grossmann & Scala 1996, 66; Altgeld & Kolip 2004, 45).

Mit diesem Ansatz werden nicht nur der einzelne Mensch und sein individuelles Verhalten als Ausgangspunkt für Interventionen gesehen, sondern es werden auch die sozialen Systeme in denen sich die Menschen bewegen, miteinbezogen. Somit werden Maßnahmen, die auf den einzelnen Menschen und solche, die auf die Umwelt bezogen sind, miteinander verbunden. Mit dem Settingansatz wird ein langfristiger Prozess initiiert, der durch Projekte mit systematisch angelegten Interventionen durchgeführt wird (vgl. Naidoo & Wills 2003, 260).

Das Konzept des gesundheitsfördernden Settings hat die WHO erstmals mit dem Projekt ‚Gesunde Städte‘ Mitte der 1980er Jahre umgesetzt. Weitere Projekte nach dem Settingansatz sind (vgl. Altgeld & Kolip 2004, 45):

- gesundheitsfördernde Schulen
- gesundheitsfördernde Betriebe
- gesundheitsfördernde Krankenhäuser
- gesundheitsfördernde Regionen
- gesundheitsfördernde Gefängnisse
- gesundheitsfördernde Hochschulen.

## 7. Gesundheit und Arbeit

Zum einen bestehen in der Arbeitswelt eine Vielzahl von gesundheitlichen Risiken, zum anderen trägt die Arbeit entscheidend zur Persönlichkeitsentwicklung und zum Wohlbefinden bei (vgl. Bamberg, Ducki & Metz 1998, 19). So gibt es eine Vielzahl an Berufskrankheiten (Krankheiten, die auf berufliche Einwirkungen zurückzuführen sind), berufsbedingten Krankheiten (Erkrankungen, bei denen die Arbeitsbedingungen eine gewichtige Rolle spielen) sowie psychischen und psychosomatischen Krankheiten, die auf Arbeitsbelastungen zurückzuführen sind. Entgegen den Erwartungen aufgrund der Modernisierung der Arbeit, Belastungen zu reduzieren, sind diese nicht weniger geworden, sondern haben sich verändert und verlagert. Stress am Arbeitsplatz ist einer der wesentlichen Belastungsfaktoren. Arbeitstempo, Leistungs- und Erfolgsdruck sowie die Einführung neuer Technologien und EDV tragen zur Entstehung von Stress bei (vgl. Eberle 1997, 109f; Waller 2002, 84f).

Aber nicht vergessen werden darf, dass die Arbeit ein grundlegendes menschliches Bedürfnis und Voraussetzung für die menschliche Existenz ist. Durch die gesellschaftliche Anerkennung der Arbeit entwickeln sich persönliche Identität und Selbstwertgefühl. Zudem ermöglicht die Arbeitstätigkeit Bedürfnisbefriedigung durch finanzielle Mittel und dadurch auch die Möglichkeit zur Teilnahme an Freizeitaktivitäten und anderen kulturellen und sozialen Aktivitäten (vgl. Waller 2002, 60).

Semmer und Udris (1993) fassen die psychosoziale Funktion der Erwerbsarbeit und die Auswirkungen auf die Persönlichkeitsentwicklung folgendermaßen zusammen:

*„Aktivität und Kompetenz:* Die Aktivität, die mit Arbeit verbunden ist, ist eine wichtige Vorbedingung für die Entwicklung von Qualifikationen. In der Bewältigung von Arbeitsaufgaben erwerben wir Fähigkeiten und Kenntnisse, zugleich aber auch das Wissen um diese Fähigkeiten und Kenntnisse [!], also ein Gefühl der Handlungskompetenz.

*Zeitstrukturierung:* Die Arbeit strukturiert unseren Tages-, Wochen- und Jahresablauf, ja die gesamte Lebensplanung. Das zeigt sich nicht zuletzt darin, dass viele zeitbezogene Begriffe wie Freizeit, Urlaub, Rente nur in ihrem Bezug zur Arbeit definierbar sind.

*Kooperation und Kontakt:* Die meisten beruflichen Aufgaben können nur in Zusammenarbeit mit anderen Menschen ausgeführt werden. Das bildet eine wichtige Grundlage für die Entwicklung kooperativer Fähigkeiten und schafft ein wesentliches soziales Kontaktfeld.

*Soziale Anerkennung:* Durch die eigene Leistung sowie durch die Kooperation mit anderen erfahren wir soziale Anerkennung, die uns das Gefühl gibt, einen nützlichen Beitrag für die Gesellschaft zu leisten.

*Persönliche Identität:* Die Berufsrolle und die Arbeitsaufgabe sowie die Erfahrung, die notwendigen Kenntnisse und Fähigkeiten zur Beherrschung der Arbeit zu besitzen, bilden eine wesentliche Grundlage für die Entwicklung von Identität und Selbstwertgefühl.“ (Semmer & Udris 1993, zit. nach Ulich 2001, 462)

## **7.1. Belastungen und Ressourcen in der Arbeit**

Arbeit hat also nicht nur negative Auswirkungen auf die Gesundheit, sondern trägt mit gesundheitsfördernden Faktoren zur Gesundheit bei. Inwieweit sich die Arbeit förderlich auf die Gesundheit auswirkt, hängt davon ab, wie gut es gelingt, Belastungen abzubauen, Ressourcen aber aufzubauen und zu fördern (vgl. Ducki 1998, 145).

### **7.1.1. Belastungen**

Grundsätzlich treten Belastungen in der Arbeit kombiniert auf und verstärken dadurch ihre Wirkung. Ducki (1998, 148ff) ordnet Belastungen der Ebene ihres Ursprungs zu und so ergeben sich folgende Klassifikationen:

#### **Aufgabenbezogene Belastungen**

- Unterbrechungen und Störungen im Arbeitsablauf bedingt durch Personen oder Material
- Probleme mit dem Informationsfluss
- Informationen werden unvollständig, falsch, zu spät oder gar nicht weitergeleitet

- Monotone Arbeitsbedingungen
- Arbeitstätigkeit ist gleichförmig, verlangt ständige Aufmerksamkeit und wenig Denkanforderung
- Zeitdruck
- zu hohes Arbeitsvolumen pro Zeiteinheit verlangt ständigen Hochbetrieb

Aufgabenbezogene Belastungen, die sich aus der Arbeitsorganisation ergeben, sind grundsätzlich vermeidbar. Ein entsprechender Handlungs- und Entscheidungsspielraum hat eine kompensatorische Wirkung bzw. können damit Belastungen vermieden werden.

### **Umgebungsbezogene Belastungen**

Diese Belastungen ergeben sich zum Beispiel aus Schadstoffbelastungen, Lärm, Staub, mangelnder Beleuchtung oder aus ergonomischen Gestaltungsproblemen.

### **Soziale Belastungen**

Dazu zählen Belastungen wie fehlende soziale Unterstützung, schlechtes Betriebsklima, soziale Konflikte, restriktives Führungsverhalten der Führungskräfte sowie hierarchisch ausgerichtete Kommunikationsabläufe.

### **Betriebliche und überbetriebliche Belastungen**

- Arbeitsplatzunsicherheit
- Gesundheitsbeeinträchtigende Arbeitszeiten (Schichtarbeit, Bereitschaftsdienste, Überstunden)
- Schlechte Arbeitsorganisation
- Unklare Kompetenz- und Aufgabenteilung
- Ungerecht empfundene Gratifikation

Einen Überblick über die möglichen Auswirkungen von Belastungen gibt die folgende Tabelle:

|                                 |                    | <b>kurzfristige, aktuelle Reaktionen</b>   | <b>mittel- bis langfristige chronische Reaktionen</b>  |
|---------------------------------|--------------------|--|--|
| <b>physiologisch, somatisch</b> |                    | - erhöhte Herzfrequenz<br>- Blutdrucksteigerung<br>- Adrenalinausschüttung<br>- (<<Stresshormon>>)                 | - allgemeine psychosomatische Beschwerden und Erkrankungen<br>- Unzufriedenheit, Resignation, Depression |
| <b>psychisch (Erleben)</b>      |                    | - Anspannung<br>- Frustration<br>- Ärger<br>- Ermüdungs-, Monotonie-, Sättigungsgefühle                            |  |
| <b>verhaltensmässig</b>         | <b>individuell</b> | - Leistungsschwankung<br>- Nachlassen der Konzentration<br>- Fehler<br>- schlechte sensumotorische Koordination    | - vermehrter Nikotin-, Alkohol-, Tablettenkonsum<br>- Fehlzeiten (Krankheitstage)                        |
|                                 | <b>sozial</b>      | - Konflikte<br>- Streit<br>- Aggression gegen andere<br>- Rückzug (Isolierung) innerhalb und ausserhalb der Arbeit |  |

Tabelle 3: Mögliche Wirkungen von Belastungen  
(Ulich 2001, 438)

## 7.1.2. Ressourcen

Aufbau und Förderung von Ressourcen tragen zur Gesundheit und zum Wohlbefinden bei. Ressourcen wirken vor allem moderierend auf Stressoren und erleichtern den Umgang mit diesen. Sie lassen sich in organisationale, soziale und personale Ressourcen einteilen (vgl. Ducki 1998, 146f; Frieling & Sonntag 1999, 207; Ulich 2001, 112):

### Organisationale Ressourcen

- Aufgabenvielfalt
- Handlungsspielraum
- Qualifikationspotential
- Partizipationsmöglichkeiten
- Persönliche Gestaltungsmöglichkeit des Arbeitsplatzes
- Spielraum für persönliche und private Dinge bei der Arbeit

Zum Handlungsspielraum gehören der Tätigkeits-, Entscheidungs- und Kontrollspielraum sowie der Interaktionsspielraum. Durch die Partialisierung der Arbeit kommt es zu einer Sinnentleerung in Bezug auf den Arbeitsinhalt. Aufgrund der wirtschaftlichen Notwendigkeit der Arbeitsteilung wird man nicht darauf verzichten können, jedoch kann durch eine entsprechende Gestaltung des Handlungsspielraumes (z.B. Arbeitswechsel, Aufgabenvergrößerung, Aufgabenbereicherung, teilautonome Arbeitsgruppen), die Arbeitssituation gesundheitsgerecht gestaltet werden (vgl. Janssen 1997, 60f).

### **Soziale Ressourcen**

- positives Sozialklima
- mitarbeiterorientiertes Vorgesetztenverhalten
- soziale Unterstützung durch Vorgesetzte
- soziale Unterstützung durch KollegInnen

Soziale Unterstützung kann sich auf konkrete Hilfe in Bezug auf die Arbeitsaufgabe beziehen wie auch auf emotionale Hilfe in schwierigen und belastenden Situationen. (Siehe auch Wirkungsweisen sozialer Unterstützung im Kapitel 4.2.3.1.)

### **Personale Ressourcen**

- Optimismus
- Selbstkonzept, Selbstwertgefühl
- Kontaktfähigkeit
- Kohärenzsinn
- Bewältigungskompetenz

(Siehe auch Kapitel 4.2.1.)

## **7.2. Merkmale gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung**

Lenhardt und Rosenbrock (2004, 294) haben aus verschiedenen wissenschaftlichen Studien (Luczak 1998; Richter & Hacker 1998; Siegrist 1996) die Bedingungen für gesundheitsgerechte und gesundheitsförderliche Arbeitsituationen zusammengefasst. Folgende Merkmale gehören zu einer salutogenen Arbeitsgestaltung:

- *Arbeitsplatz, Arbeitsmittel und Arbeitsumgebung* sollen so gestaltet sein, dass es zu keinen Schädigungen des Organismus kommt;
- *Arbeitsaufgabe* mit planenden, ausführenden und kontrollierenden Elementen, ohne widersprüchlichen oder überhöhten Anforderungen;
- *Ausführungsbedingungen* sollen eine störungsfreie Ausführung der Arbeitsaufgabe bieten;
- *Entscheidungs- und Handlungsspielräume* sollen vorhanden sein, damit eine selbständige Strukturierung des Arbeitsablaufes möglich ist;
- *Art, Ausmaß und Rhythmus der Leistungsabforderung* sollen dem Arbeits- und Regenerationsbedarf des arbeitenden Individuums entsprechen;
- berufliche *Statussicherheit* und persönliche sowie berufliche *Entwicklungsperspektiven* sollen vorhanden sein;
- *Transparenz und Einflussmöglichkeiten* in Entscheidungen und Abläufen sollen gegeben sein;
- *Führung, Kommunikation und Kooperation* sollen von Respekt geprägt sein und so eine *motivierende und unterstützende Wirkung* für die Beschäftigten haben.

Bamberg und Metz (1998, 187) betonen auch die positive Wirkung der Kontrollmöglichkeit in der Arbeitssituation. Kontrollverlust oder Einschränkung von Kontrolle sind wesentliche Stressquellen. Kontrolle setzt voraus, dass die Arbeitssituation transparent, vorhersehbar und beeinflussbar ist. Transparenz bedeutet im Arbeitszusammenhang, dass die Arbeitsaufgaben für die Arbeitenden durchschaubar sind und dass die eigene Arbeit in den Gesamtzusammenhang des Unternehmens eingeordnet werden kann. Vorhersehbarkeit bedeutet, dass Ereignisse, Veränderungen und Entscheidungen „vor allem inhaltlicher, struktureller und organisationaler Art, die den Beschäftigten betreffen (werden), zum Gegenstand individueller und kollektiver Planung und Zielsetzung gemacht werden können“ (ebd.). Beeinflussbarkeit ermöglicht den Beschäftigten über Arbeitsinhalte, Arbeitsstrukturen und Organisationsformen entscheiden oder mitentscheiden zu können (siehe auch Kohärenzsinn Kapitel 2.2.1.1.). Auch Ulich (2001, 488) nennt einen großen Tätigkeitsspielraum, vollständige Aufgaben, hohe Anforderungen an eigenständiges Denken, Planen und Entscheiden, Möglichkeit der Kommunikation und Kooperation als grundlegende Merkmale gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung.

## 8. Betriebliche Gesundheitsförderung

Einen Großteil ihrer Zeit verbringen ArbeitnehmerInnen in der Arbeit. Diese und der Arbeitsplatz nehmen einen zentralen und langfristigen Einfluss auf die Gesundheit der Arbeitenden und bieten somit ein optimales Setting für Gesundheitsförderung im Sinne des Settingansatzes der WHO. Der im Kapitel 2.2. dargestellte Paradigmenwechsel von Gesundheit beeinflusst die Sichtweise und Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (vgl. Naidoo & Wills 2003, 77; Greiner 1998, 54). So geht die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) über die Prävention hinaus und fördert ausdrücklich die Gesundheit der Arbeitenden und zwar in Hinsicht auf die körperlichen, psychischen und sozialen Dimensionen der Gesundheit. Zudem werden die Arbeitenden aktiv in die BGF miteinbezogen und erlangen so ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit. Zwar sind das betriebliche Denken und Handeln nicht primär von gesundheitlichen Kriterien bestimmt, sondern von vor allem ökonomischen Interessen, was aber nicht bedeutet, dass die wirtschaftlichen und gesundheitlichen Interessen und Ziele als unüberwindbare Gegensätze zu sehen sind. Vielmehr braucht das Unternehmen gesunde Mitarbeiter, um konkurrenzfähig zu sein (vgl. Eberle 1997, 109). Ein Betrieb muss nach Hurrelmann (2000, 165) um geschäftlich erfolgreich zu sein, genauso in seine ‚Gesundheit‘ investieren, wie ein Mensch. Hurrelmann überträgt das Gleichgewichtsmodell von Gesundheit (siehe Kapitel 2.2.2.) auch auf Betriebe. Ein Betrieb, als lebendiges soziales System betrachtet, muss genauso eine Balance der Innen- und Außenanforderungen herstellen, um über ‚Gesundheit‘ zu verfügen. Die folgende Abbildung verdeutlicht den Zusammenhang zwischen Innen- und Außenanforderungen und der ‚Gesundheit‘ der Organisation:

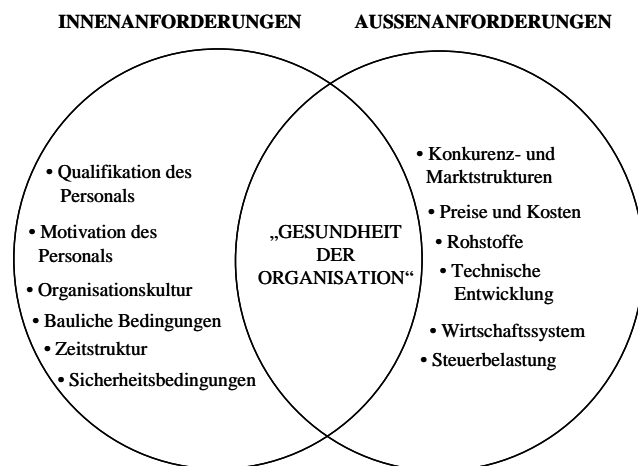


Abbildung 8: Gesundheitsgleichgewicht einer betrieblichen Organisation (Hurrelmann 2000, 166)



Badura, Ritter und Scherf (1999, 31) haben pathogene und salutogene Merkmale von Organisationen identifiziert und diese den Ebenen der Organisationskultur, der Person und des Verhaltens zugeordnet. Je nachdem welche Merkmale in der Organisation anzutreffen sind, handelt es sich um eine ‚gesunde‘ oder eine ‚ungesunde‘ Organisation. In der ‚gesunden‘ Organisation werden Gesundheitspotentiale auf allen drei Ebenen gefördert. Die folgende Tabelle konkretisiert die pathogenen und salutogenen Merkmale von Organisationen:

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

Tabelle 4: Pathogene und Salutogene Merkmale von Organisationen (Badura, Ritter & Scherf 1999, 31)

## **8.1. Definition ‚Betriebliche Gesundheitsförderung‘**

Das Europäische Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung definiert in der Luxemburger Deklaration von 1997 betriebliche Gesundheitsförderung folgendermaßen:

„Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von ArbeitgeberInnen, ArbeitnehmerInnen und der Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Dies kann durch eine Verknüpfung folgender Ansätze erreicht werden:

Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen

Förderung einer aktiven MitarbeiterInnenbeteiligung

Stärkung persönlicher Kompetenzen.“ (Breucker 1999, 33f)

Die BGF wird als ganzheitlicher und interdisziplinärer Ansatz gesehen und umfasst somit betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz, Organisations- und Personalentwicklung, Qualitätssicherung, Management und Personalvertretung (vgl. ebd.). Das Konzept der betrieblichen Gesundheitsförderung ist ein umfassendes, das sich nicht nur auf präventive Maßnahmen (Schutz der Gesundheit und Verminderung der Risikofaktoren) beschränkt, sondern MitarbeiterInnen auch dazu befähigt, ihr Gesundheitspotential zu entwickeln und sich aktiv für ihre eigenen Gesundheitsbelange einzusetzen. BGF geht somit über den klassischen Arbeitsschutz hinaus, ersetzt diesen aber nicht, sondern erweitert und integriert die Maßnahmen des Arbeitsschutzes in die Gesundheitsförderung (vgl. Bamberg, Ducki & Metz 1998, 19).

## **8.2. Betriebliche Gesundheitsförderung und Arbeitsschutz**

Betrieblicher Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung gehen zwar von unterschiedlichen Sichtweisen aus, aber sie schließen sich nicht gegenseitig aus, sondern ergänzen sich in der Praxis. Lag vor einigen Jahren der Schwerpunkt der betrieblichen Gesundheitspolitik noch beim Arbeitsschutz und dem Beseitigen gesundheitsgefährdender Arbeitsbedingungen, so wird jetzt auch vermehrt Wert darauf gelegt, gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen und Verhaltensweisen herzustellen und zu

unterstützen (vgl. Ulich 2001, 485f). Die folgende Tabelle stellt den Arbeitsschutz und die Gesundheitsförderung gegenüber:

|  | <b>Betrieblicher Arbeitsschutz</b>  | <b>Betriebliche Gesundheitsförderung</b>   |
|--|---|--|
| <b>Betrachtung des Menschen als</b>          | schutzbedürftiges Wesen<br>- Defizitmodell<br>- schwächenorientiert<br>- pathogenetisches Grundverständnis                        | autonom handelndes Subjekt<br>- Potentialmodell<br>- stärkenorientiert<br>- salutogenetisches Grundverständnis                       |
| <b>Aufgaben / Ziele verhältnisorientiert</b> | Vermeiden bzw. Beseitigen gesundheitsgefährdender Arbeitsbedingungen und Belastungen<br>Schutzperspektive<br>belastungsorientiert | Schaffen bzw. Erhalten gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen und Kompetenzen<br>Entwicklungsperspektive<br>ressourcenorientiert |
| <b>Aufgaben / Ziele verhaltensorientiert</b> | Erkennen und adäquates Handeln in gefährlichen Situationen<br>Wahrnehmen von Gefahren   | Erkennen und Nutzen von Handlungs- und Gestaltungsspielräumen<br>Wahrnehmen von Chancen  |

Tabelle 5: Betrieblicher Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung in idealtypischer Gegenüberstellung (Ulich 2001, 485)

### 8.3. Merkmale betrieblicher Gesundheitsförderung

Dem umfassenden und ganzheitlichen Ansatz der BGF zufolge ergeben sich nach Bamberg, Ducki & Metz (1998, 19f) folgende Merkmale für die betriebliche Gesundheitsförderung:

- „Betriebliche Gesundheitsförderung befasst sich neben somatischen auch mit psychosozialen Aspekten der Gesundheit.
- Betriebliche Gesundheitsförderung hat die Aufgabe, positive Merkmale der Arbeit, die das Wohlbefinden und die Handlungsfähigkeit der Beschäftigten erhöhen, zu identifizieren und Arbeit entsprechend zu gestalten.
- Betriebliche Gesundheitsförderung qualifiziert, indem sie die Kompetenzen der Beschäftigten erweitert.

- Damit ist Gesundheitsförderung sowohl situations- als auch personenorientiert: Neben verhaltensändernden Angeboten muss Gesundheitsförderung auch verhältnisbezogene Maßnahmen einschließen.
- Betriebliche Gesundheitsförderung betrifft alle Beschäftigten eines Unternehmens und nicht nur spezifische Risikogruppen.
- Betriebliche Gesundheitsförderung ist ein langfristig angelegtes Konzept, das alle Akteure, einschließlich der Beschäftigten und der Gesundheitsexperten berücksichtigt.
- Betriebliche Gesundheitsförderung setzt Mitbestimmung voraus.“

Diese Merkmale sind jedoch nicht als Standards zu verstehen, die unbedingt eingehalten werden müssen, sondern sie sind als Leitlinien zu sehen, die je nach Maßnahme und Betrieb angepasst werden sollen.

Auch Lück (1997, 284) betont die Kooperation zwischen den verschiedenen Interessensgruppen im Betrieb und weist darauf hin, dass die unterschiedlichen Interessen thematisiert werden müssen, um einen Konsens über Ziele und Maßnahmen zu erreichen. Durch die Partizipation werden Experten- und Erfahrungswissen der Beschäftigten miteinander verknüpft und so wird die Bereitschaft aller Beteiligten zur Veränderung hergestellt, da die umfassenden Zusammenhänge und die Sinnhaftigkeit der verschiedenen Maßnahmen deutlich werden. Gesundheitsfördernde Maßnahmen und Projekte ohne Beteiligung der Beschäftigten sind oft zum Scheitern verurteilt, da die Basis für die Veränderungsbereitschaft nicht gelegt wurde und kein Sinn in der Veränderung gesehen wird. Um diese kooperative und partizipative Zusammenarbeit der Beteiligten zu erreichen, muss jedem bekannt sein, worum es geht. „Die Glaubwürdigkeit der betrieblichen Gesundheitsförderung steht und fällt mit ihrer Transparenz hinsichtlich der verfolgten Ziele und der geplanten Maßnahmen“ (ebd., 284). Eine schnelle, kurzfristige Verbesserung der wirtschaftlichen Lage eines Unternehmens ist mit Maßnahmen der BGF nicht zu erreichen. BGF kann nur als „Bestandteil der Unternehmenskultur langfristige und stabile Veränderungen erreichen“ (ebd., 285). Wird betriebliche Gesundheitsförderung im Unternehmensziel und in der Betriebsstruktur fest verankert, als Führungsaufgabe institutionalisiert und dauerhaft wahrgenommen, kann man von einem betrieblichen Gesundheitsmanagement sprechen (vgl. Münch, Walter & Badura 2003, 23).

## **8.4. Klassifikation von Interventionsstrategien**

Die Praxis der BGF ist sehr unterschiedlich, da es kein generelles Konzept für die betriebliche Gesundheitsförderung gibt, sondern die Maßnahmen je nach Bedarf verändert werden. So hängt die BGF zum Beispiel von der Größe des Unternehmens, Branchenzugehörigkeit, vorhandenen Strukturen des Arbeitsschutzes, Zielgruppe oder technologischen Entwicklungsstandards des jeweiligen Betriebes ab. Trotz der Vielfalt in der Praxis können die Interventionen systematisiert und klassifiziert werden. Interventionsmaßnahmen können eingeteilt werden in (vgl. Ducki 1998 , 135f):

- Verhaltens- und verhältnisorientierte Interventionen
- Primär-, sekundär- und tertiärpräventive Maßnahmen
- Korrektive, präventive und prospektive Strategien
- Top-Down und Bottom-Up Strategien

### **8.4.1. Verhaltens- und verhältnisorientierte Interventionen**

Die in den Kapiteln 6.1. und 6.2. erwähnten verhaltens- und verhältnisbezogenen Maßnahmen finden sich auch in der betrieblichen Gesundheitsförderung wieder:

Verhaltensorientierte Interventionen (Verhaltensprävention, personenbezogene Intervention) setzen am individuellen Verhalten an und streben eine Veränderung des gesundheitsgefährdenden hin zu einem gesundheitsförderlichen Verhalten an. Zu diesen Interventionen zählen zum Beispiel Trainings oder Anweisungen zum richtigen Sitzen, Heben und Tragen.

Verhältnisorientierte Interventionen (Verhältnisprävention, bedingungsbezogene Interventionen) zielen auf eine Veränderung der Arbeitssituation und betrieblicher Strukturen ab. Die Arbeitsbedingungen sollen gesundheitsgerecht gestaltet werden, indem Belastungen reduziert und Gesundheitspotentiale, wie z.B. Arbeitszufriedenheit, Persönlichkeitsentwicklung, Motivation gefördert werden. Dazu gehören die Gestaltung des Arbeitsplatzes bzw. die Verbesserung der Arbeitsbedingungen, Gestaltung der Arbeitsabläufe (z.B. Möglichkeit zur freien, selbstgestalteten Pause) und das Kantinenangebot mit Vollwertkost und vegetarischem Essen (vgl. Frieling 1999, 208ff).

Die folgende Tabelle zeigt eine Gegenüberstellung von verhaltens- und verhältnisbezogenen Maßnahmen in der betrieblichen Gesundheitsförderung:

|                                | <b>Personbezogene Intervention<br/>= Verhaltensprävention</b> | <b>Bedingungsbezogene Intervention<br/>= Verhältnisprävention</b>   |
|--------------------------------|---|---|
| <b>bezogen auf</b>             | einzelne Personen<br>→ individuumsorientiert                  | Arbeitssysteme, Personengruppen<br>→ strukturorientiert   |
| <b>Beispiele für Maßnahmen</b> | Rückenschule,<br>Stressimmunisierungstraining                 | vollständige Aufgaben, Gruppenarbeit,<br>Arbeitszeitgestaltung  |
| <b>Wirkungsebene</b>           | individuelles Verhalten                                       | organisationales, soziales und individuelles Verhalten  |
| <b>personbezogene Effekte</b>  | Gesundheit,<br>Leistungsfähigkeit                             | positives Selbstwertgefühl, Kompetenz,<br>Kohärenzerleben, Selbstwirksamkeit,<br>Internale Kontrolle, Motivation, Gesundheit,<br>Leistungsfähigkeit |
| <b>wirtschaftliche Effekte</b> | Reduzierung krankheitsbedingter<br>Fehlzeiten                 | Verbesserung von Produktivität, Qualität,<br>Flexibilität und Innovationsfähigkeit,<br>geringere Fehlzeiten und Fluktuation                         |
| <b>Effektdauer</b>             | kurz- bis mittelfristig                                       | mittel- bis langfristig   |

Tabelle 6: Verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (Ulich 2001, 486)

Verhältnisorientierte und verhaltensorientierte Maßnahmen lassen sich nicht immer eindeutig unterscheiden bzw. bedingen sich auch teilweise gegenseitig. So ist eine Veränderung der Führungsstrukturen einerseits eine verhaltensorientierte Intervention, da ein verändertes Führungsverhalten angestrebt wird, andererseits auch eine verhältnisorientierte Intervention, da sich Normen und Regeln in der Betriebs- und Führungsstruktur ändern (vgl. Ducki 1998, 136). Der Schwerpunkt der betrieblichen Gesundheitsförderung soll jedoch bei den verhältnisorientierten Maßnahmen liegen und durch Verhaltensprävention unterstützt werden (vgl. Meggeneder 1997, 55).

#### **8.4.2. Primär-, sekundär- und tertiärpräventive Maßnahmen**

Wie im Kapitel 6.1. dargestellt, wendet sich die Primärprävention an gesunde Menschen, Sekundärprävention an Erkrankte im Frühstadium und Tertiärprävention dient der Rehabilitation und der Rückfallprophylaxe. Prävention beschränkt sich jedoch auf krankheits- oder risikomindernde Maßnahmen, gesundheitsfördernde Maßnahmen können hier nicht eingeordnet werden. Deshalb findet Ducki (1998, 137f) eine Einteilung nach korrektiven, präventiven und prospektiven Strategien für die BGF sinnvoller.

#### **8.4.3. Korrektive, Präventive und prospektive Strategien**

Korrektive Interventionen verbessern erkannte Mängel, während präventive Interventionen gesundheitsgefährdende Aspekte vorweg nehmen und versuchen, diese durch eine entsprechende Planung gar nicht erst entstehen zu lassen. Prospektive Interventionen beinhalten korrektive und präventive Interventionen und schaffen zudem Möglichkeiten zur Persönlichkeits- und Ressourcenentwicklung (vgl. Ducki 1998, 137f).

#### **8.4.4. Top-Down und Bottom-Up Strategien**

Bei der Top-Down Strategie wird die betriebliche Gesundheitsförderung vom oberen Management initiiert, geplant und gelenkt. Meist wird ein Koordinations- oder Lenkungskreis gebildet, dem betriebliche GesundheitsexpertInnen und Interessensvertretungen angehören. Bei dieser Strategie ist es jedoch von Nachteil, dass die von oben verordnete Gesundheitsförderung bei den Beschäftigten oft auf Widerstand stößt und die freiwillige Teilnahme an gesundheitsförderlichen Maßnahmen eher gering ist. Bei der Bottom-Up Strategie werden die Maßnahmen von den Beschäftigten geplant und gelenkt. Diese Strategie ist vor allem bei kurz- oder mittelfristigen Einzelaktivitäten erfolgreich. Ideal ist eine Kombination aus Top-Down und Bottom-Up Strategie. Diese hat sich bei mittleren und größeren Unternehmen in der Praxis durchgesetzt (vgl. Ducki 1998, 139f).

## **8.5. Idealtypischer Ablauf von Gesundheitsförderungsprogrammen**

Grundlage für eine umfassende und langfristige Gesundheitsförderung im Betrieb ist ein solides Projektmanagement, das an die jeweiligen Gegebenheiten des Betriebes angepasst wird (vgl. Breucker 1999, 37). Ein Standardprogramm für die betriebliche Gesundheitsförderung gibt es nicht. Die Interventionsmaßnahmen werden nach einer gründlichen Analyse betriebsspezifisch gesetzt (vgl. Lück 1997, 285). Jedoch gibt es Phasen im Ablauf der betrieblichen Gesundheitsförderung, die beachtet werden müssen, um die gesundheitsförderlichen Maßnahmen erfolgreich durchzuführen: Der idealtypische Ablauf besteht aus vier großen Phasen (vgl. Ducki 1998, 140ff):

- Konstituierung und Zielfindung
- Planung und Analyse
- Durchführung von Interventionen
- Auswertung und Evaluation

### **1. Konstituierung und Zielfindung**

In dieser Phase wird ein betriebliches Gremium, oftmals ‚Arbeitskreis Gesundheit‘ genannt, gebildet, das sich mit Thema Gesundheit beschäftigt. Dieses, zumeist aus Unternehmensleitung, Betriebsarzt/Betriebsärztin, Sicherheitsfachkraft, Personalabteilung, Betriebsrat und fallweise aus VertreterInnen der betroffenen Abteilungen bestehend, grenzt die Problemfelder genauer ein und legt eine Zieldefinition fest. Damit längerfristige Projekte und Programme von allen Beteiligten mitgetragen werden, soll die Zielformulierung auf einem Konsens beruhen. Um diesen Prozess zu unterstützen wird häufig eine externe Moderatorin/ein externer Moderator hinzugezogen. Der ‚Arbeitskreis Gesundheit‘ ist für die Projektsteuerung zuständig.

### **2. Analyse und Planung**

Es erfolgt eine differenzierte Problembeschreibung und eine Situationsanalyse zum Beispiel mit einer Auswertung der Arbeitsunfähigkeitsdaten oder Mitarbeiterbefragungen. Die Ergebnisse und erkennbare Auffälligkeiten werden im ‚Arbeitskreis Gesundheit‘ diskutiert, Hypothesen über die mögliche Ursachen- und Wirkungszusammenhänge gebildet und die möglichen Interventionen und Maßnahmen darauf abgestimmt. Um die



MitarbeiterInnen und Führungskräfte möglichst bald und effektiv einzubinden, haben sich Gesundheitszirkeln bewährt.

### **3. Durchführung von Interventionen**

Aufgabe des Projektmanagement ist es, in der Durchführung klare Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten festzulegen und einen Zeitrahmen vorzugeben. Wie lange die Phase der Durchführung dauert, hängt von der Intervention und Maßnahme ab. So ist die Einführung von Gruppenarbeit ein längerfristiger Prozess, hingegen ist die Anschaffung von neuen, gesundheitsgerechteren Arbeitsmitteln oft kurzfristig durchführbar.

### **4. Auswertung und Evaluation**

Die Interventionen werden hinsichtlich ihrer Effektivität und Effizienz nach Kriterien, die zu Beginn des Projektes festgelegt werden sollen, überprüft. Pilotprojekte zeigen, wie weit die Umsetzung gelungen ist und die angestrebten Ziele erreicht wurden, was modifiziert und angepasst werden soll und wie dieses Projekt auf andere Abteilungen übertragen werden kann.

Ducki (1998, 143) stellt 7 Grundsätze auf, die für den ganzen Prozessablauf verbindlich sein sollen:

- Aufbau eines betrieblichen Interventionsteams, das die Planung und Steuerung des Gesamtprozesses übernimmt
- Frühzeitige Partizipation der betroffenen betrieblichen Gruppen
- Konsensuale Zielfindung
- Transparenz durch frühzeitige Prozessinformation und Kommunikation
- Wahrung des Datenschutzes
- Entwicklung betriebspassender Interventionen auf der Basis genauer Analysen
- Evaluation erfolgter Interventionen.

## **8.6. Nutzen und Vorteile der betrieblichen Gesundheitsförderung**

Das Unternehmen und die MitarbeiterInnen haben ein gemeinsames Interesse am Thema Gesundheit, wenn auch aus unterschiedlichen Beweggründen. So ist für die Betriebe das Verringern der Fehlzeiten und die Verbesserung der Kostenstruktur der ausschlaggebende Grund und für die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen ist der Erhalt und die Verbesserung der eigenen Gesundheit und der Lebensqualität wichtig. Wenn es auch unterschiedliche Beweggründe gibt, so sollte das Thema ‚Gesundheit‘ zwischen den verschiedenen Interessensgruppen konsensfähig sein (vgl. Bamberg, Ducki & Metz 1998, 26).

### **Nutzen und Vorteile für die Beschäftigten**

- Reduzierung von Belastungen und Risikofaktoren (auch in Bezug auf das Auftreten von chronischen Erkrankungen)
- Verbesserung des Gesundheitszustandes
- Erhöhung des individuellen Wohlbefindens
- Erhalt oder Zunahme der Leistungsfähigkeit
- Verbesserung der Arbeitszufriedenheit
- Verbesserung des Betriebsklimas
- Erweiterung der Fähigkeiten im Umgang mit Belastungen
- Erhöhtes Selbstwertgefühl
- Verbesserung der Kommunikation in Gesundheitsfragen im Betrieb

### **Nutzen und Vorteile für das Unternehmen**

- Geringerer Krankenstand
- Erhöhte Personalverfügbarkeit
- Erhöhung der Identifikation der Beschäftigten mit dem Unternehmen
- Größere Mitarbeitermotivation
- Niedrigere Fluktuationsrate
- Konfliktabbau
- Verbesserung des Betriebsklimas
- Verhaltensänderung bei Beschäftigten (z.B. gegenseitige Unterstützung)

- Imageverbesserung des Unternehmens
  - Stärkere Position im Wettbewerb und erhöhte Konkurrenzfähigkeit
- (vgl. Eberle 1997, 115; Österreichisches Netzwerk Betrieblicher Gesundheitsförderung, Gesundheitsförderung, aufgerufen am 01.12. 2004 im World Wide Web:  
[http://www.netzwerk-bgf.at/artikel.php?id\\_artikel=28](http://www.netzwerk-bgf.at/artikel.php?id_artikel=28))

Jedoch wird sowohl auf Seiten des Unternehmens als auch der Belegschaft der eher langfristig orientierte Gewinn an Gesundheit zu Gunsten eines kurzfristigen anderen Gewinns vernachlässigt. So kann in einem Unternehmen die kurzfristige Effektivitätsorientierung die Motivation zu gesundheitsförderlichen Maßnahmen behindern. Aus ArbeitnehmerInnensicht wird dem längerfristig entstehenden Gesundheitsrisiko weniger Bedeutung beigemessen als dem materiellen Gewinn durch z.B. Schichtarbeits-, Nachtarbeits- und Erschwerniszulagen, Überstunden und Akkordarbeit (vgl. Bamberg, Ducki & Metz 1998, 26).

## **8.7. Erfolgsfaktoren betrieblicher Gesundheitsförderung**

Das Österreichische Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung, mit der Koordinierungsstelle in der OÖ GKK Linz, hat folgende Merkmale für erfolgreiche und qualitätsvolle betriebliche Gesundheitsförderung auf seiner Homepage veröffentlicht (vgl. Österreichisches Netzwerk Betrieblicher Gesundheitsförderung, Betriebliche Gesundheitsförderung, aufgerufen am 01.12. 2004 im World Wide Web:  
[http://www.netzwerk-bgf.at/artikel.php?id\\_artikel=28](http://www.netzwerk-bgf.at/artikel.php?id_artikel=28)):

- Integration im Betrieb  
 BGF darf nicht abgehoben vom Arbeitsalltag im Unternehmen erfolgen und soll keine Insellösungen produzieren.
- Interdisziplinäre und hierarchieübergreifende Zusammenarbeit  
 BGF beruht auf Kooperation der verschiedenen Interessensgruppen im Betrieb und Nutzung der unterschiedlichen Kompetenzen.

- Durchführung einer Ist-Analyse  
Eine fundierte Analyse der Ist-Situation bietet die Grundlage für die Durchführung der BGF.
- Operationalisierbare Ziele  
Eine Steuerungsgruppe muss Ziele und Teilziele zu Beginn konkret festlegen.
- Ganzheitlichkeit  
BGF umfasst die physischen, psychischen und sozialen Dimensionen von Gesundheit und beinhaltet somit verhaltens- und verhältnisorientierte Maßnahmen sowie risikomindernde und ressourcenfördernde Maßnahmen.
- Kontinuität  
BGF muss als kontinuierlicher Prozess im Unternehmen eingebunden sein.
- Transparenz und Partizipation  
Entscheidungen und Maßnahmen müssen für alle Beteiligten transparent gemacht werden und die Beschäftigten sollen in die Planung, Durchführung und Auswertung der Maßnahmen miteingebunden werden.
- Gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung  
Die Arbeitsbedingungen müssen die Gesundheit erhalten und gesundheitsgerechtes Verhalten fördern.
- Öffentlichkeitsarbeit  
Gesundheitsförderung soll sowohl innerbetrieblich als auch überbetrieblich kommuniziert werden.
- Qualitätssicherung und Evaluation  
Gesundheitsförderungsmaßnahmen sollen analysiert und hinsichtlich des Prozesses und der Ziele bewertet werden.

### **8.7.1. Führungskräfte als Schlüsselpersonen**

Mehrere Autorinnen und Autoren (vgl. Münch, Walter & Badura 2003, 20ff; Badura, Ritter & Scherf 1999, 37f und 45; Nieder 1997, 22ff; Susen 1997, 188ff) sehen Führungskräfte als zentrale Schlüsselpersonen in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Das Führungsverhalten und die Beziehung zwischen Vorgesetzten und Belegschaft haben einen wesentlichen Einfluss auf das Fehlzeitenverhalten und die Arbeitsmotivation (vgl.

Susen 1997, 191). Die Qualität der Führung beeinflusst die sozialen Beziehungen und das Betriebsklima in der Organisation, die Identifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit dem Unternehmen, das Wohlbefinden und somit die Gesundheit der Belegschaft. Als wichtige Größen haben sich dabei die Transparenz des Entscheidungsverhaltens, das Kommunikationsverhalten und das Ernstnehmen der Anliegen und Interessen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter herausgestellt (vgl. Münch, Walter & Badura 2003, 20). Zudem besitzen nach Susen (1997, 190) Vorgesetzte eine wichtige Vorbildfunktion für gesundheitsbewusstes Verhalten (z.B. Umgang mit Stress, Verwendung von Körperschutzmitteln) ihrer Belegschaft. Eckhardstein et al. (1995, zit. nach Susen 1997, 189ff) haben folgende Verhaltensweisen von Führungskräften, die sich positiv auf Arbeitszufriedenheit, Wohlbefinden und Gesundheit der Beschäftigten auswirken, identifiziert:

- **Anerkennung erbrachter Leistungen**  
Hier wird besonders hervorgehoben, nicht nur Spitzenleistungen sondern genauso auch die regelmäßig erbrachten Leistungen anzuerkennen und zu loben.
- **Offener, lösungsorientierter Umgang mit Konflikten**  
Führungskräfte sollen dahingehend geschult sein, auf Konflikte zwischen Beschäftigten als auch auf Konflikte zwischen Vorgesetzten und Beschäftigten de-eskalierend reagieren zu können.
- **Vereinbarung von Leistungszielen**  
Führungskräfte sollen den Beschäftigten, die an sie gestellten Leistungserwartungen so nahe bringen können, dass diese in der Lage sind, mit dem Leistungsdruck umzugehen. Belastungsmindernd wirkt das Erkennen des ‚Sinns‘ der erwarteten Leistung.
- **Regelmäßige Mitarbeitergespräche**  
Die persönliche Kommunikation zwischen Vorgesetzten und Beschäftigten kann Belastungen abschwächen und Aufgabenunklarheiten, die einen großen Einfluss auf das Wohlbefinden ausüben, klären.

## **8.8. Ausgewählte Projekte der betrieblichen Gesundheitsförderung**

Im Folgenden werden verschiedene ausgewählte Projekte beschrieben, die die unterschiedlichen Umsetzungsmöglichkeiten von BGF verdeutlichen sollen. Im ersten Projekt liegt der Schwerpunkt bei präventiven Maßnahmen für den Bewegungsapparat, im zweiten Projekt wurden Arbeitskreise zum Mittelpunkt der betrieblichen Gesundheitsförderung, im dritten Projekt liegt der Focus auf der Fitness der Beschäftigten mit einer expliziten Start- und Abschlussveranstaltung und das vierte Projekt entspricht einem ‚klassischen‘ Gesundheitszirkel mit Schwerpunkt beim expertenorientierten Vorgehen.

### **8.8.1. Projekt ‚MOVE – Treffpunkt Gesundheit‘ der BMW AG München**

Das Projekt ‚MOVE – Treffpunkt Gesundheit‘ ist ein Präventionsprojekt für Muskel- und Skeletterkrankungen, das im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung in der BMW AG München durchgeführt wird (vgl. Weyland 2002, 23ff). Das Ziel ist die Wiederherstellung, Verbesserung und Erhaltung der Gesundheit des Stütz- und Bewegungsapparates. Im Projekt gibt es vier verschiedene Stufen, die von der Akutbehandlung durch therapeutische Maßnahmen bis zur aktiven Prävention reichen. Durch dieses Projekt soll sich die Lebensqualität der Beschäftigten erhöhen und die Fehlzeiten verringert werden. Die Reduktion der Fehlzeiten soll durch eine möglichst schnelle Behandlung bei auftretenden Beschwerden erreicht werden. Die Zielgruppe sind generell alle Beschäftigten und im speziellen Personen mit akuten Beschwerden und Beschäftigte, die spezifischen Belastungen ausgesetzt sind. Für das Projekt stehen eigene Räumlichkeiten zur Verfügung in denen physiotherapeutische Behandlungen und Schulungen durchgeführt werden können. Das Gesundheitsprojekt besteht aus folgenden vier Stufen:

Stufe 1: Physiotherapie

Krankengymnastik, Manuelle Therapie, Massage, Elektrotherapie

Stufe 2: Training für gesundes Bewegen

Verhaltensprävention

Stufe 3: Ergänzende Rehabilitation

Spezialkurse bei Muskel- und Skeletterkrankungen

Stufe 4: Allgemeines Fitness-Programm und andere Kursangebote

Gesundheitsorientiertes Training

Die Stufe 1 ist für Personen bei denen akute Beschwerden auftreten oder die unter immer wieder kehrenden Schmerzen und Problemen am Bewegungsapparat leiden und umfasst in Normalfall sechs bis zehn Behandlungen. Über diese Behandlungen hinaus kann in Zusammenarbeit mit Werksarzt/Werksärztin, PhysiotherapeutIn und Fachkraft für Ergonomie eine Arbeitsplatzbegehung erfolgen, bei der gemeinsam Optimierungsmaßnahmen am Arbeitsplatz vorgenommen werden können.

Die Stufe 2 ‚Training für gesundes Bewegen‘ soll von TeilnehmerInnen der Stufe 1 in Anspruch genommen werden, ist aber darüber hinaus für alle Beschäftigten, die unter besonderen körperlichen Belastungen arbeiten müssen, offen. Auch zur Integration für Beschäftigte, die durch längere Krankheit abwesend waren, ist diese Stufe gedacht. Zur Verhaltensprävention werden zwei Seminare, ‚Hebe- und Trageschule für Produktionsmitarbeiter‘ und ‚Dynamisches Sitzen für Büroangestellte‘, angeboten und sollen zur dauerhaften Verhaltensänderung beitragen.

Die Stufe 3 dient der ergänzenden Rehabilitation und wird für Beschäftigte angeboten, die aufgrund noch bestehender Beschwerden nicht in der Lage sind bereits an einem Fitnesstraining teilzunehmen. Unter Berücksichtigung des individuellen Beschwerdebildes kann ein Muskelaufbautraining absolviert werden. Die ergänzende Rehabilitation stellt einen Übergang zwischen der Physiotherapie und den allgemeinen Fitnesskursen der Stufe 4 da.

Die Stufe 4 ‚Backup Center‘ ist für alle Beschäftigten des Betriebes offen und bietet ein allgemeines Fitnessprogramm und spezielle gesundheitsorientierte Trainings an, bei denen ein individueller Trainingsplan erstellt wird. Die Trainings finden im betriebseigenen Fitness-Center statt und können durch eine Jahres- oder Halbjahresmitgliedschaft in Anspruch genommen werden. Aber auch ohne Mitgliedschaft kann im Rahmen von ‚Zehner-Karten‘ an den Trainingseinheiten und Kursen teilgenommen werden.

Das Konzept des Projekts ist zwar nach Stufen aufgebaut, die aber nicht alle zwangsläufig durchlaufen werden müssen. Die Inanspruchnahme der Stufe 1 wird teilweise und die Stufe 2 generell in der Arbeitszeit ermöglicht, die Stufen 3 und 4 werden in der Freizeit in Anspruch genommen.

Dieses Gesundheitsprojekt ist der Präventionsstrategie zuzuordnen, wobei primär-, sekundär- und tertiärpräventive Maßnahmen eingesetzt werden. Hier werden vor allem verhaltensorientierte Interventionen durchgeführt, die aber auch durch verhältnisorientierte Maßnahmen, initiiert aufgrund der Arbeitsplatzbegehung, ergänzt werden können.

### **8.8.2. Projekt ‚Vital im Spital – Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz‘ des LKH Graz**

Das Projekt ‚Vital im Spital‘<sup>1</sup> wurde im LKH Graz durchgeführt und hatte zum Kern, ein Netzwerk an AnsprechpartnerInnen für bestimmte Gesundheitsthemen mittels installierter Arbeitskreise zu errichten. Zielgruppe waren alle Berufsgruppen und hierarchischen Ebenen des LKH Graz. Es wurden sieben Arbeitskreise eingerichtet, die jeweils von den Beschäftigten gestaltet wurden:

- Arbeitskreis ‚Lebensstil‘

Der Schwerpunkt dieses Arbeitskreises bildete Information und Beratung. Es wurden verschiedene Informationsveranstaltungen im kleinen und großen Rahmen sowie Gesundheitschecks durchgeführt. Im Rahmen dieses Arbeitskreises wurden Veranstaltungen wie Lauf- und Walkinggruppen, Bewegungs- und Gymnastikseminare, Rauchentwöhnungsseminare, Ernährungs- und Kochkurse angeboten sowie das Abnehmprogramm ‚Dick oder Dünn‘ initiiert.

- Arbeitskreis ‚Gesundheitspass‘

Dieser Arbeitskreis leitete den ‚Gesundheitspass‘ in die Wege, der durch den betriebsärztlichen Dienst ausgegeben und betreut wird. Der Gesundheitspass ersetzte die Impf- und Röntgenkarten und enthielt die gesetzlich vorgeschriebenen Untersuchungen.

- Arbeitskreis ‚Wirbelsäule‘

Dieser Arbeitskreis unterstützte die Beschäftigten im richtigen Umgang mit körperlichen Belastungen. Es wurden maßgeschneiderte Wirbelsäulenprogramme für bestimmte Berufsgruppen entwickelt und ganzjährige Gymnastikmodule angeboten.

---

<sup>1</sup> vgl. Österreichisches Netzwerk Betrieblicher Gesundheitsförderung, Bibliothek, Tagungsberichte, Qualität in der betrieblichen Gesundheitsförderung, aufgerufen am 01.12. 2004 im World Wide Web: [http://www.netzwerk-bgf.at/dokumente/b122\\_Tagungsbericht%20BGF-Oskar%202002.pdf](http://www.netzwerk-bgf.at/dokumente/b122_Tagungsbericht%20BGF-Oskar%202002.pdf)



- Arbeitskreis ‚Mental Health‘

In der durchgeführten Mitarbeiterbefragung haben sich Belastungsschwerpunkte im psychosozialen Bereich herausgebildet: Umgang mit dem Patienten, Umgang im Team und Umgang mit sich selber. Zu diesen Themen wurden zwanzig verschiedene Tagesseminare sowie Workshops zur Teamentwicklung angeboten. Aus diesem Arbeitskreis entstand auch ein Wellnessprogramm in Zusammenarbeit mit der Therme Loipersdorf. Es werden drei bis vier Thermenfahrten pro Jahr durchgeführt, wobei u.a. spezielle Schwerpunktsetzungen zum psychischen Wohlbefinden stattfinden.

- Arbeitskreis ‚Vital-Clubbing‘

Dieser Arbeitskreis initiierte monatliche Treffen in der Betriebscafeteria, bei denen MitarbeiterInnen des LKH ihr Wissen mittels Impulsreferaten zur Verfügung stellten und anschließend Diskussionen durchgeführt wurden. Dabei wurden unterschiedlichste Themen vorgetragen: Anpassungsvorgänge des Körpers durch Training, Arbeitsplatzsicherheit, Umgang mit der Zeit u.a.m.

- Arbeitskreis ‚Einzelaktivitäten‘

Dieser Arbeitskreis war verantwortlich für die Planung, Organisation und Durchführung von einzelnen Veranstaltungen wie z.B. Gesundheitsstraße, Spitalaufmeisterschaft, Wander- und Radfahrwochen.

- Arbeitskreis ‚Koordination und PR‘

Dieser Arbeitskreis hatte die Aufgabe, den ‚roten Faden‘ des Projektes durch alle Maßnahmen und Veranstaltungen zu leiten und die interne und externe Kommunikation über die Gesundheitsförderung zu gestalten.

Dieses Projekt bestand vorwiegend aus verhaltensorientierten Maßnahmen und Informationen, aber auch psychosoziale Dimensionen wurden miteinbezogen. Die Partizipation der MitarbeiterInnen hat einen besonderen Schwerpunkt in den Arbeitskreisen bekommen, die von den Beschäftigten geplant und gestaltet wurden.

### **8.8.3. Projekt ‚MAVIPO – MitarbeiterInnen-Vitalprogramm‘ der Therme Geinberg**

In der Therme Geinberg wurde das MitarbeiterInnen-Vitalprogramm ‚MAVIPO‘<sup>2</sup> kreiert, um die nach Außen vertretene Philosophie des Wohlfühlens auch nach Innen leben zu können. Neben der Förderung der Gesundheit und der Verringerung des Krankenstandes war auch die Förderung der Teamfähigkeit ein Ziel des Projektes. So wurde die Startveranstaltung des Projektes von den Beschäftigten selber gestaltet. Zur zusätzlichen Motivation der Beschäftigten wurden ‚Bonuspunkte‘ für das Teilnehmen an den verschiedenen Veranstaltungen vergeben. Das Projekt bestand aus vier Phasen:

- Startveranstaltung

Die Startveranstaltung war als Spaß- und Erlebnisveranstaltung gedacht und wurde von den Beschäftigten selber gestaltet. Dabei wurde eine ‚Geinberg-Olympiade‘ durchgeführt, bei der verschiedene Aufgaben, die einen Bezug zum Thema Gesundheit hatten, von abteilungsübergreifenden Teams gelöst wurden (z.B. Obst blind erkennen, medizinisches Quiz etc.).

- Veranstaltungsblock Bewegung

Die zweite Phase im Projekt beinhaltete Veranstaltungen zum Thema Bewegung. Dabei ging es um die Schulung und Sensibilisierung der Beschäftigten bezüglich ihres Bewegungsapparates und der eigenen körperlichen Fitness. Es wurden Veranstaltungen wie Nordic Walking Seminare, Hot-Iron-Training sowie gezielte Rückenschulungen und -trainings angeboten.

- Veranstaltungsblock Gesundheitsvorsorge- und Fitness-Checks

Für alle Beschäftigten wurden ca. einstündige Fitness-Checks durchgeführt. Auf die Ergebnisse aufbauend wurden für die Beschäftigten individuelle Trainingspläne erstellt. Um eine Nachhaltigkeit zu erreichen wurden nach etwa vier Monaten diese Fitness-Checks nochmals durchgeführt. Durch diese Re-Checks konnten die Trainingsergebnisse sichtbar gemacht werden und trugen so zur Aufrechterhaltung der Motivation bei. Für Beschäftigte, die von Deformationen im Schulter- und Wirbelsäulenbereich betroffen waren, wurde ein intensives Trainingsprogramm erstellt, das mit theoretischen Inputs ergänzt wurde.

---

<sup>2</sup> vgl. Österreichisches Netzwerk Betrieblicher Gesundheitsförderung, Bibliothek, Tagungsberichte, Qualität in der betrieblichen Gesundheitsförderung, aufgerufen am 01.12. 2004 im World Wide Web: [http://www.netzwerk-bgf.at/dokumente/b122\\_Tagungsbericht%20BGF-Oskar%202002.pdf](http://www.netzwerk-bgf.at/dokumente/b122_Tagungsbericht%20BGF-Oskar%202002.pdf)

- Abschlussveranstaltung

Nachdem die Re-Checks durchgeführt wurden, wurde eine Abschlussveranstaltung für alle Beschäftigten organisiert. In diesem Rahmen konnten Rückmeldungen von den Beschäftigten zum Projekt eingeholt werden. Außerdem wurden die Beschäftigten mit den meisten Bonuspunkten, die für die Teilnahme an den Veranstaltungen vergeben wurden, prämiert sowie eine Jahresmitgliedschaft in einem Fitness-Center verlost.

Bei diesem Projekt zur Gesundheitsförderung stand die körperliche Fitness und eine Verhaltensänderung zum gesundheitsförderlichen Verhalten im Mittelpunkt. Zur Aufrechterhaltung des neuen Verhaltens und der Motivation wurden sinnvoller Weise Re-Checks eingeführt, die den Teilnehmenden den Erfolg ihres Verhaltens verdeutlichen konnten. Eine gemeinsame Start- und Abschlussveranstaltung für alle MitarbeiterInnen trug zur deutlichen Wahrnehmung des Projektanfangs und -endes bei.

#### **8.8.4. Projekt ‚Betriebliche Gesundheitsförderung am Salzburg Airport‘ der Salzburger Flughafen GmbH**

Die Salzburger Flughafen GmbH hat mit dem Projekt ‚Betriebliche Gesundheitsförderung am Salzburger Airport‘ den Grundstein zu einem kontinuierlichen Prozess der betrieblichen Gesundheitsförderung gelegt (vgl. Salzburger Flughafen GmbH, o. J.) Ziel dieses Projekts war, das Wohlbefinden der Beschäftigten zu erhöhen und dadurch den Krankenstand zu senken. Die Beschäftigten wurden mit dem Instrument des Gesundheitszirkels eingebunden. Zu Projektbeginn ist eine Steuerungsgruppe gebildet worden, die aus Führungskräften, Betriebsrat und Betriebsarzt bestand. Zur Erhebung des Ist-Zustandes fand eine MitarbeiterInnenbefragung mittels Fragebogen (Rücklauf 69 %) statt und eine Ergonomieanalyse wurde mittels OWAS-Verfahren durchgeführt. Das OWAS-Verfahren (Ovaka Working Posture Analysing System) ist speziell für die Analyse von Krankenständen, die aufgrund von Muskel- und Skelettproblemen entstehen, entwickelt worden. Zudem sind Arbeitsplatzbegehungen in Zusammenarbeit mit einer Ergonomiespezialistin, einer Ergo-Therapeutin, einem Arbeitspsychologen, dem Betriebsarzt und den Führungskräften eingesetzt und zusätzlich eine teilnehmende Beobachtung der Arbeitsabläufe vorgenommen worden. Die Partizipation der Beschäftigten fand mittels Gesundheitszirkel statt. Dabei wurden jeweils für die

Beschäftigten des Bodenverkehrsdienstes und der Fracht und für die Beschäftigten des Reinigungspersonals Zirkelsitzungen durchgeführt. Für jeden Bereich sind vier mal zweistündige Sitzungen mit max. 8 Teilnehmenden abgehalten worden. Dabei wurden die Problembereiche und deren Auswirkungen analysiert und gemeinsam Lösungsvorschläge gesucht. Hier beispielhaft ein Auszug aus dem Problemlösekatlog:

*Belastungsbereich:* Einseitige Belastung durch Heben

*Wie zeigt sich das Problem:* Rückenschmerzen, Verspannungen, Einschlafschwierigkeiten, Schmerzen erst nach der Arbeit spürbar, negative Stimmung

*Lösungsvorschlag:* Hebehilfe für die Gepäcksortierung, vorbeugender Muskelaufbau, gezielte Entlastung und Entspannung, internationaler Erfahrungsaustausch – Info über Hebehilfen, Informationen über Belastungen an die Flugzeughersteller

*Belastungsbereich:* Umgangston Vorgesetzte

*Wie zeigt sich das Problem:* Unsachlichkeit, Anliegen werden abgeblockt, fehlende Kritikfähigkeit

*Lösungsvorschlag:* Mehr Sachlichkeit, Schulung für Führungskräfte (Stressbewältigung, Mitarbeiterführung), Ausgleichsgespräche mit einem Vermittler führen

Unter der Mitarbeit von ExpertInnen des Instituts für betriebliche Gesundheitsförderung Österreichs (IBG) wurden nun mit den Ergebnissen der Ergonomieanalyse, des Gesundheitszirkels und der schriftlichen Befragung verschiedene Lösungsvorschläge erarbeitet. Die Lösungen umfassten fünf verschiedene Bereiche:

Arbeitsorganisation (z.B. Partizipative Dienstplangestaltung)

Arbeitstätigkeit (z.B. Job-Rotation nach ergonomischen Kriterien, Einsatz von Hebehilfen, Drehsitz für Plattenhubfahrzeug)

Mitarbeiterführung (z.B. Führungskräfte-Coaching, Seminare für Führungskräfte zu den Themen Gesundheitspotenziale und Produktivität, Älterwerden und Kommunikation, Moderation/Mediation bei Konfliktgesprächen)

Arbeitsbekleidung (z.B. Schweißabsorbierende Unter- und Oberbekleidung, Ergonomisches Schuhwerk)

Training/Qualifikation/Information (z.B. Training für richtiges Heben und weitere gezielte Schulungen, internationaler Informationsaustausch über Arbeitsbeanspruchung)

Dieses Projekt ist ein Beispiel für das ‚klassische‘ Vorgehen beim Einsatz des Gesundheitszirkels. Die Partizipation der Beschäftigten erfolgte durch eine Mitarbeiterbefragung und durch die Teilnahme am Zirkel, wobei nur einige wenige Beschäftigte (hier max. 8) miteingebunden waren. Bei diesem Projekt wurde die expertenorientierte Vorgehensweise, wie Arbeitsplatzbegehung, OWAS-Analyse und Lösungsvorschläge durch die Expertinnen vom IGB, betont und in der Steuerungsgruppe waren die Beschäftigten lediglich durch den Betriebsrat vertreten. Bei den auszugsweise angeführten Lösungsvorschlägen ist ersichtlich, wie im folgenden Kapitel noch ausführlicher dargestellt, dass das Instrument des Gesundheitszirkels sowohl verhaltens- wie verhältnisorientierte Lösungsvorschläge ermöglicht.

## **9. Betrieblicher Gesundheitszirkel**

So unterschiedlich die Praxis und die Handlungsfelder der betrieblichen Gesundheitsförderung sind, so unterschiedlich sind auch deren Instrumente. So werden als die häufigsten, um nur einige zu nennen, die Arbeitsunfähigkeitsanalyse mit anschließendem Gesundheitsbericht, die Betriebsbegehung, die MitarbeiterInnen-Befragung, der Arbeitskreis Gesundheit oder verschiedene Arbeitsanalyseverfahren (z.B. VERA, SALSA, TAI) eingesetzt (vgl. Ducki 1998, 157ff; Lück 1997, 286ff; Peilowich-Pichler 1997, 165ff). Ein wichtiges und in der Praxis häufig verwendetes Instrument ist der betriebliche Gesundheitszirkel. Da auch in der vorliegenden Untersuchung zum Projekt ‚Herausforderung - Gesund am Arbeitsplatz‘ der voestalpine der Gesundheitszirkel das zentrale Instrument war, werde ich auf dieses nun genauer eingehen.

### **9.1. Entstehung**

Die Gesundheitszirkel entstanden in den 1980er Jahren. Vorbild waren die seit längerem bekannten Qualitätszirkel, wobei die ersten in den 60iger Jahren des letzten Jahrhunderts in Japan entstanden sind. Diese hatten zum Ziel, vom schlechten Image der Billigware ‚made in Japan‘ wegzukommen. Diese Zirkel machten die Qualitätssicherung zur Aufgabe einer jeden Mitarbeiterin und eines jeden Mitarbeiters. In den 1970ern wurde diese Methode auch in den westeuropäischen Betrieben eingesetzt. Die wissenschaftliche Entwicklung der Gesundheitszirkel fand an der Universität Berlin in Zusammenarbeit mit VW Wolfsburg und an der Universität Düsseldorf in Zusammenarbeit mit einem Stahlwerk statt. Diese Forschungsgruppen entwickelten zwei unterschiedliche Modelle. Diese zwei klassischen Modelle dienten als Grundlage für die Durchführung der Gesundheitszirkel in den Betrieben, wobei diese jeweils weiterentwickelt und den betrieblichen Gegebenheiten angepasst wurden (vgl. Kopp 1994, 10f; Atzler, Kiesewetter & Kohlbacher 1998, 65).

Allen Gesundheitszirkeln gemein ist, dass sich die MitarbeiterInnen eines Betriebes in Kleingruppen zusammenfinden und unter der Leitung eines Moderators/einer Moderatorin gesundheitsgefährdende Bedingungen und Belastungen am Arbeitsplatz analysieren und

Verbesserungsmaßnahmen vorschlagen. Das Düsseldorfer Modell des Gesundheitszirkels ist ein expertenorientierter Ansatz bei dem die Teilnehmenden aus unterschiedlichen betrieblichen Hierarchien zusammenkommen. Das Berliner Modell hingegen ist ein kommunikationsorientierter Ansatz und setzt sich aus Personen einer Hierarchieebene zusammen. Der Gesundheitszirkel ist zum einen ein Analyseinstrument für gesundheitsgefährdende Belastungen im Betrieb und zum anderen auch ein Interventionsinstrument mit partizipativem Charakter. Er weist dem Erfahrungswissen der Beschäftigten einen gewichtigen Stellenwert zu und lässt die Mitarbeiter selbst die für sie relevanten Gesundheitsprobleme definieren (vgl. Westermayer 1998, 121; Blättner 1998, 249). Zudem wird mit dem Einsatz des Gesundheitszirkels die notwendige Verknüpfung von Verhaltens- und Verhältnisprävention in der betrieblichen Gesundheitsförderung gewährleistet (vgl. Lück 1997, 289).

## **9.2. Gesundheitszirkel nach dem Berliner Ansatz**

Der Gesundheitszirkel nach dem Berliner Ansatz ist ein kommunikationsorientierter Ansatz, der die Betriebe dazu befähigen soll, mit sich selbst in Kommunikation zu treten. In den Betrieben wäre nahezu alles Wissen vorhanden, um gesundheitsgefährdende Bedingungen zu verbessern bzw. zu beseitigen, jedoch wird dieses Erfahrungswissen nicht kommuniziert. In den Gesundheitszirkeln hingegen soll dieses Erfahrungswissen von verschiedenen Personen zusammengetragen werden. Es reicht aber nicht aus, nur ergonomische Mängel zu beseitigen, es müssen auch die psychosozialen Bedingungen (z.B. Anerkennung, Verantwortung) beachtet werden. Menschen brauchen die Möglichkeit, in der Arbeit ein Selbstwertgefühl entwickeln zu können. Sie sollen auch erfahren, dass sie wichtig sind und ernst genommen werden. Passiert dies nicht, entstehen bei den Beschäftigten Sprachlosigkeit und Angst vor offener Kommunikation, die bis zur Resignation führen können. Es sollen also nicht nur einzelne ergonomische Mängel behoben werden, sondern es soll auch „der kollektive betriebliche Kontext der Sprachlosigkeit, der die Mängel überhaupt erst zu einem Dauerzustand hat werden lassen“ (Friczewski 1994, 16) aufgespürt und verändert werden (vgl. Friczewski 1994, 14ff). Wie dieser Zustand der Sprachlosigkeit zustande kommt, zeigt Friczewski (1994) an einem anschaulichen Beispiel (zit. nach Blättner 1998, 251f):

„Neue Arbeitsplätze werden unter Achtung einiger ergonomischer Gesichtspunkte eingerichtet, der Arbeitsmittelplaner kommt aber nicht auf die Idee, die MitarbeiterInnen danach zu befragen, welche Bedingungen sie an ihrem Arbeitsplatz brauchen und wie sie damit zurechtkommen. Einige mutige MitarbeiterInnen vermitteln dem Meister, dass die Arbeitsplatzanlage ergonomische Mängel (unbequeme Arbeitshaltung) hat. Der Meister hört kaum hin, sagt es evtl. dem Arbeitsmittelplaner weiter oder auch nicht. Dieser hat, wenn er die Klage hört, gerade etwas anderes zu tun. Keiner von beiden kommt auf die Idee, den MitarbeiterInnen mitzuteilen, dass und warum die Veränderung noch etwas dauert. Die MitarbeiterInnen fragen nicht weiter nach, weil sie nicht unangenehm auffallen wollen und denken, dass sowieso niemand auf ihre Vorschläge achtet. Da der Arbeitsmittelplaner nichts weiter davon hört, schließt er, es sei nicht so wichtig gewesen. Die MitarbeiterInnen gewöhnen sich an die schlechten Bedingungen und werden allmählich dran krank.“

Nach Friczewski (1994, 20) ist die betriebliche Gesundheitskultur oft geprägt von (unbewusster) Resignation. Die gesundheitsgefährdende Arbeitssituation wird einfach hingenommen, da die Beschäftigten das Gefühl haben, es mache ohnedies keinen Sinn etwas anzusprechen, da sowieso niemand auf sie hört. Mit diesem Gefühl bringen die Beschäftigten Widerstand, der oft unausgesprochen bleibt, mit in die Gesundheitszirkel und sind nicht ohne weiteres bereit, an positive Veränderungen zu glauben und sich für Maßnahmen und Projekte einzusetzen. Dieser Widerstand entspringt nach dem Berliner Ansatz den organisatorischen und personalen Betriebsstrukturen, weshalb Gesundheitszirkelarbeit auch Organisations- und Personalentwicklung sein muss (vgl. Friczewski 1994, 15).

### **9.2.1. Die Durchführung des Gesundheitszirkels**

Der Gesundheitszirkel wird in zwei Phasen, Basisphase und Umsetzungsphase, durchgeführt (vgl. Friczewski 1994, 21ff):

#### **1. Basisphase mit dem MitarbeiterInnen-Gesundheitszirkel**

In der Basisphase wird mit einer Einführungsveranstaltung begonnen, in der die Angehörigen einer Abteilung mit den Zielen und Grundgedanken des Zirkels vertraut



gemacht werden. Danach erfolgt ein Basis-Seminar für die AbteilungsleiterInnen, Vorgesetzten und Betriebsräte. Das zentrale Instrument in dieser Phase ist der MitarbeiterInnen-Gesundheitszirkel bei dem sich 10 bis 15 MitarbeiterInnen für 8 bis 10 Wochen einmal in der Woche für etwa 1,5 Stunden treffen. Diese Treffen finden ohne Vorgesetzte und in Begleitung einer externen Moderation statt. Die Aufgabe der Moderation ist, die „Teilnehmer in Kontakt mit ihrer eigenen Sprachlosigkeit und Resignation zu bringen“ (Friczewski 1994, 23). Die MitarbeiterInnen haben hier die Möglichkeit, ihre aufgestauten Probleme und unausgesprochenen Ärger anzusprechen und sollen bemerken, dass sie damit nicht alleine da stehen. Statt nun wie bisher die Dinge einfach hinzunehmen und vor sich selber herzuschimpfen, sollen die Teilnehmenden, unterstützt durch die Moderation, wieder den Mut erlangen, Dinge im Betrieb offen und direkt, z.B. mit ihren Vorgesetzten, anzusprechen. Ein wichtiges Produkt in der Basisphase ist der ‚qualifizierte Problemkatalog‘, in dem die Teilnehmenden Lösungsvorschläge und Lösungsansätze festhalten. Die Basisphase dauert in etwa zwei bis drei Monate, danach sollte schnell die Umsetzungsphase, in der auch die übrige Belegschaft aktiv miteinbezogen wird, angeschlossen werden, damit die Dynamik und die Motivation nicht verloren gehen und möglichst schnell Ergebnisse und Erfolge sichtbar werden.

## **2. Umsetzungsphase mit dem gemischten Gesundheitszirkel**

Das zentrale Instrument der Umsetzungsphase ist der gemischte Gesundheitszirkel, der aus unterschiedlichen hierarchischen Ebenen besteht. Dieser Zirkel wird zusammengesetzt aus:

- 3 bis 4 VertreterInnen aus dem MitarbeiterInnen-Zirkel
- AbteilungsleiterIn
- Vorgesetzte der unteren Ebene
- Betriebsrat
- Betriebsarzt/Betriebsärztin
- Personalabteilung

Die VertreterInnen aus dem MitarbeiterInnen-Zirkel bringen ihre Themen und Lösungsansätze bzw. Lösungsvorschläge ein, diese werden im Zirkel diskutiert, auf ihre Umsetzbarkeit hin geprüft, die entsprechenden Maßnahmen werden geplant und ihre Umsetzung eingeleitet. Ziel ist es, einen kontinuierlichen Verbesserungsprozess zu

erreichen, der zum einen aus ergonomischen Maßnahmen und zum anderen aus einer verbesserten betrieblichen Kommunikation besteht.

### **9.3. Gesundheitszirkel nach dem Düsseldorfer Ansatz**

Am Beginn des Gesundheitszirkels nach dem Düsseldorfer Ansatz steht als problemaufweisendes Instrument der betriebliche Gesundheitsbericht. Gesundheitsberichte erlauben keine Aussagen über Kausalzusammenhänge, sondern sind der Ausgangspunkt für die Weiterarbeit im Gesundheitszirkel und zugleich bieten sie die Möglichkeit, das Interesse im Betrieb für das Thema Gesundheit zu wecken. Allerdings ist für die erfolgreiche Durchführung eines Gesundheitszirkels die Erstellung eines Gesundheitsberichtes nicht zwingend notwendig. Das Düsseldorfer Modell wird durch folgende Merkmale charakterisiert (vgl. Slesina 1994, 25ff):

- Heterogene Gruppen: alle Verantwortlichen für den Gesundheitsschutz im Betrieb einschließlich der Betroffenen selber, sollen im Gesundheitszirkel repräsentiert sein.
- Thematisch offen: alle Aspekte der Arbeitsbedingungen stehen zur Erörterung offen und werden von den Beschäftigten selber bestimmt.
- Zielorientiert: die Aufgabe des Zirkels ist es, Probleme zu analysieren und Lösungs- und Änderungsvorschläge zu kreieren. Der Gesundheitszirkel hat jedoch keine Entscheidungskompetenz.
- Regelorientiert: für eine gleichberechtigte Aussprache in der heterogenen Zusammensetzung des Zirkels gibt es Regeln für die Zusammenarbeit, damit jeder sein Wissen und seine Erfahrungen einbringen kann. Zum Beispiel: Jeder ist Experte auf seinem Gebiet; jeder kann seine Meinung frei äußern und ausreden.
- Moderierte Gruppen: die Zirkel werden von einer neutralen Person moderiert, die die Beschäftigten unterstützt, ihre Probleme und Belastungen in Anwesenheit der Vorgesetzten und Experten zu schildern und Dominanzansprüche verhindert. Durch die Moderation sollen die sozialen Rahmenbedingungen für eine offene Analyse und Diskussion der Probleme geschaffen werden. Die Moderation kann durch eine betriebsinterne oder –externe Person erfolgen.

Der Gesundheitszirkel setzt sich folgendermaßen zusammen (vgl. Slesina 1994, 29f):

- 3 bis 5 Beschäftigte und ebenso viele VertreterInnen für den Urlaubs- oder Krankheitsfall. Damit Schnittstellenprobleme sichtbar gemacht werden können, soll sich der Zirkel aus Mitgliedern verschiedener Berufsgruppen zusammensetzen. Die Zirkelmitglieder werden von den Beschäftigten gewählt.
- Betriebsarzt/Betriebsärztin und Sicherheitsfachkraft, die eine offene Haltung gegenüber dem Erfahrungswissen der Beschäftigten einnehmen sollen, aber auch aufgrund ihres Expertenwissens eine qualitätssichernde Funktion innehaben.
- Der betreffende Meister und fakultativ die Betriebsleitung. Es besteht zwar durch die Anwesenheit eines unmittelbaren Vorgesetzten die Möglichkeit von Kommunikationsproblemen, jedoch betont Slesina (1994, 29), dass ein Ausschluss eines Vorgesetzten zu dessen Widerstand führen würde. Der Erfolg der Zirkelarbeit hängt von der Akzeptanz und der Unterstützung des Vorgesetzten ab.
- Der Betriebsrat, der das Wissen über den betrieblichen Arbeitsschutz und über betriebliche Belange mit einbringt.
- Eine betriebsexterne oder –interne Moderation.

### **9.3.1. Durchführung des Gesundheitszirkels**

Zuerst werden gesundheitsgefährdende Arbeitssituationen in den Gesundheitszirkeln erörtert. Vor allem sind die Belastungen, die von mehreren Personen genannt werden, von Interesse. Gleichzeitig zum ersten Treffen des Gesundheitszirkels werden alle betroffenen Beschäftigten über vorhandene gesundheitliche Probleme und Beschwerden befragt. Diese Ergebnisse werden zusammengefasst und im Gesundheitszirkel analysiert und ausgewertet. Danach werden Lösungsvorschläge erarbeitet und an die zuständigen Instanzen des Unternehmens, die diese auf Zweckmäßigkeit und Durchführbarkeit prüfen, weitergeleitet. Realisierbare Lösungsvorschläge werden nun durchgeführt (vgl. Slesina 1994, 31).

## 9.4. Vor- und Nachteile beider Modelle

Der Vorteil des Düsseldorfer Modells liegt darin, dass aufgrund der Zusammensetzung des Zirkels, in dem auch die Führungsebene und die FachexpertInnen anwesend sind, die erarbeiteten Verbesserungsvorschläge in einem kürzeren Zeitraum umgesetzt werden können. In dieser Zusammensetzung liegt aber auch der Nachteil, dass nur jene Probleme besprochen werden, die über die Hierarchieebenen hinaus ‚unstrittig‘ sind: Probleme mit der Führungsebene bleiben in dieser Zusammensetzung eher unangesprochen. In der heterogenen Zusammensetzung des Berliner Modells liegt der Vorteil, dass alle Probleme offen besprochen und behandelt werden können. Der Nachteil besteht aber darin, dass die Umsetzung von Lösungsvorschlägen verzögert wird, da diese erst mit den Führungsebenen und den FachexpertInnen abgesprochen werden müssen (vgl. Westermayer 1998, 121). Allgemein ist die Stärke der Gesundheitszirkel vor allem darin zu sehen, dass ganz konkrete Belastungssituationen beseitigt werden können und zwar mit Lösungen, die aus Sicht der Beschäftigten wirksam und relevant sind (vgl. Vogt-Akpetou 1999, 162).

## 9.5. Aufgaben und Ziele der Gesundheitszirkel

Über diese zwei beschriebenen Modelle hinaus existieren verschiedenste Modelle von Gesundheitszirkeln, die in der Zusammensetzung und in der Durchführung an die jeweiligen betrieblichen Situationen und Bedürfnisse angepasst sind (vgl. Westermayer & Bähr, 1994). Unabhängig davon nach welchem Modell ein Gesundheitszirkel konstruiert wird und wie die Konzepte der GZ an das Unternehmen adaptiert werden, nennt Hurrelmann (2000, 167f) folgende allgemeine Aufgaben und Ziele:

### **Aufgaben:**

- Ermitteln der Arbeitsbelastungen durch die Beschäftigten
- Erarbeiten von Vorschlägen für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen
- Verhütung arbeitsbedingter gesundheitlicher Beschwerden
- Gesundheitsgerechte Gestaltung von Arbeitsplätzen
- Erprobung neuer Praktiken im Alltag

**Ziele:**

- Verringerung von Arbeitsbelastungen
- Verringerung arbeitsbedingter gesundheitlicher Beschwerden und Erkrankungen
- Verbesserung von Arbeitszufriedenheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz
- Verbesserung der innerbetrieblichen Kommunikation
- Stärkung individueller Kompetenzen der Problembewältigung
- Verbesserung der Mitbestimmung am Arbeitsplatz
- Erhöhung der Identifizierung mit dem Unternehmen

## **9.6. Erfolgsfaktoren für die Durchführung von Gesundheitszirkeln**

Wie im Kapitel 9.5. erwähnt, existieren verschiedenste Modelle der GZ, die an die jeweiligen Gegebenheiten und Ziele eines Unternehmens adaptiert werden. Gerade die maßgeschneiderte Lösung für das einzelne Unternehmen ist ein Faktor, der auf den Erfolg der BGF und des Gesundheitszirkels Einfluss nimmt (vgl. Eberle 1997, 113). Für alle Arten der Gesundheitszirkelmodelle gilt, dass sie nur dann wirkungsvoll sind, wenn sie nicht vom Betriebsgeschehen abgehoben sind, sondern in die gesamte Organisationsentwicklung miteinbezogen werden (vgl. Hurrelmann 2000, 169). Das Österreichische Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung (<http://www.netzwerk-bgf.at>) schlägt, unter Einbeziehung anderer Instrumente der Gesundheitsförderung, folgende Eingliederung des Zirkels in den Projektablauf vor:

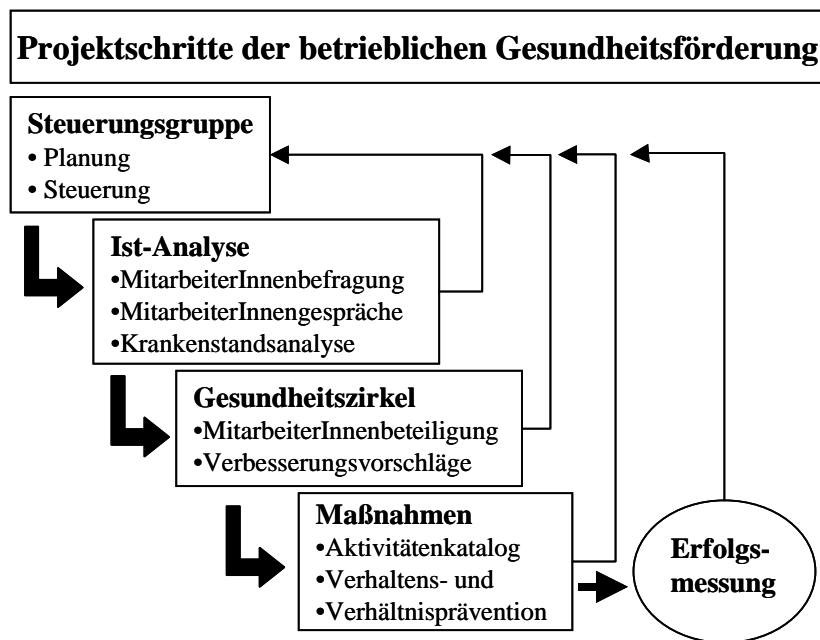


Abbildung 9: Eingliederung des Gesundheitszirkels in den Projektablauf  
 (Österreichisches Netzwerk Betrieblicher Gesundheitsförderung, Betriebliche Gesundheitsförderung,  
 aufgerufen am 01.12. 2004 im World Wide Web: [http://www.netzwerk-bgf.at/artikel.php?id\\_artikel=28](http://www.netzwerk-bgf.at/artikel.php?id_artikel=28))

Neben der professionellen Moderation eines Gesundheitszirkels und der konsensuellen Festlegung der Rahmenbedingungen und Ziele, sind nach Schröder und Sochert (1997, zit. nach Laireiter & Meister 2002, 352) vor allem die Exaktheit, mit der die Arbeitsbelastungen identifiziert werden, und die Wirksamkeit der erarbeiteten Lösungsvorschläge und deren Umsetzung entscheidende Faktoren für den Erfolg eines Gesundheitszirkels.

Es sollen möglichst viele vorgeschlagene Lösungen umgesetzt werden, damit das Vertrauen der Beschäftigten und die Glaubwürdigkeit der Unternehmungsführung bzw. der Führungskräfte nicht verloren geht. Die Umsetzung der Lösungsvorschläge muss möglichst unmittelbar erfolgen, um Erfolgserlebnisse sichtbar zu machen, zudem sollen nicht nur leicht durchführbare Veränderungsvorschläge akzeptiert werden, sondern auch Vorschläge, die tiefgreifende Veränderungen mit sich ziehen. Nicht oder nur teilweise umgesetzte Vorschläge müssen den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern genau und nachvollziehbar begründet werden (vgl. Laireiter & Meister 2002, 353; Vogt-Akpetou 1999, 161).

## **10. Gesundheitszirkel in der voestalpine Stahl GmbH**

Der Gesundheitszirkel (GZ) in der voestalpine<sup>3</sup> wurde, wie es für eine erfolgreiche Durchführung des Gesundheitszirkels Voraussetzung ist (siehe Kapitel 9.6.), in der Konzipierung und Durchführung an die Gegebenheiten und Bedürfnisse des Unternehmens angepasst und erhielt den Projektnamen ‚Herausforderung – Gesund am Arbeitsplatz‘. Die Besonderheit des GZ in der voestalpine liegt darin, dass alle Beschäftigten durch sogenannte Gruppengespräche, die dem GZ vorgelagert sind, direkt und nicht nur durch Vertretungen beteiligt werden und so mitbestimmen und mitentscheiden können, welche Probleme thematisiert und bearbeitet werden. Aus den Gruppengesprächen werden gewählte Personen in den GZ delegiert. Der Terminus ‚Gesundheitszirkel‘ wird in der voestalpine in etwas abgeänderter Weise als im Kapitel 9 beschrieben, verwendet. Die im folgenden dargelegten Ziele der sogenannten ‚Gruppengespräche‘ im Kapitel 10.1.2. entsprechen den Zielen der Gesundheitszirkel, wie sie in der Literatur diskutiert und in dieser Arbeit erläutert wurden. Zur Darstellung der Konzeption und der Durchführung des GZ in der voestalpine wurden die Termini verwendet, die in der voestalpine gebräuchlich sind.

### **10.1. Konzept des Gesundheitsförderungsprojekts ‚Herausforderung - Gesund am Arbeitsplatz‘**

Das Gesundheitsförderungsprojekt ‚Herausforderung - Gesund am Arbeitsplatz‘ wurde im Jahr 2000 vom Zentralen Sicherheits- und Gesundheitsarbeitskreis der voestalpine in Zusammenarbeit mit der Arbeitsmedizin und dem Bereich FPO - Finanz-Personal-Organisation (damals SPO - Steuerung-Personal-Organisation) mit dem zentralen Instrument des Gesundheitszirkels entwickelt und in einem Pilotprojekt im Bereich B3S (damals WK 3 – Kaltwalzwerk) durchgeführt. Bisher wurde das Projekt ‚Herausforderung – Gesund am Arbeitsplatz‘ in mehreren Bereichen der voestalpine eingesetzt, wobei der Projektablauf und die darin enthaltenen Elemente grundsätzlich festgelegt sind, jedoch an

---

<sup>3</sup> Kleinschreibung entspricht Firmenschriftzug

die jeweiligen Gegebenheiten des Unternehmensbereiches, in dem das Projekt durchgeführt wird, angepasst werden.

### **10.1.1. Projektgruppe**

Zur Durchführung des Projekts ‚Herausforderung – Gesund am Arbeitsplatz‘ wird eine hierarchieübergreifende Projektgruppe gebildet. Diese Projektgruppe wird aus folgenden Personen zusammengesetzt: Hauptprozessleiter (HPL)<sup>4</sup>, Betriebsarzt, Personalmanager, Betriebsrat, Meister, 2 bis 4 Beschäftigte, Projektleiter und ein Mitarbeiter aus FPO für Projektbegleitung und Moderation. Der jeweilige Mitarbeiter aus der FPO kann in diesem Projekt als externe Begleitung gesehen werden, da die FPO zwar eine Abteilung der voestalpine ist, jedoch nicht direkt den Unternehmensbereichen, in denen das Projekt durchgeführt wird, angehört. Der Projektgruppe obliegt die Steuerung des Projekts ‚Herausforderung – Gesund am Arbeitsplatz‘ und sie hat die Aufgabe, die Projektleitung und die Verantwortlichkeiten festzulegen, eine Situationsanalyse durchzuführen und deren Ergebnisse zu diskutieren, die Gruppengespräche und die GZ einzuleiten und zu koordinieren und eine zielgerichtete, kontinuierliche Information über das Projekt an die Belegschaft zu gewährleisten. Zudem überprüft die Projektgruppe laufend die Zielerreichung.

Die Situationsanalyse erfolgt mittels Arbeitsunfähigkeitsdaten, die von der OÖ Gebietskrankenkasse aufbereitet werden und mittels Fragebogen, der die gesundheitlichen Beschwerden aller betroffenen Beschäftigten, die Häufigkeit der Beschwerden, die subjektiv wahrgenommene gesundheitliche Beeinträchtigung und den momentan empfundenen Gesundheitszustand anonym erfasst.

Außerdem erfolgt in der Projektgruppe eine Adaptierung der vordefinierten Ziele an die jeweilige Situation und Ziele des Bereiches, in dem das Projekt ‚Herausforderung – Gesund am Arbeitsplatz‘ durchgeführt wird. Die übergeordneten Ziele des Projekts sind unabhängig davon, in welchen Bereichen es stattfindet und bestehen seitens des Unternehmens darin, die Leistungsfähigkeit der MitarbeiterInnen zu erhalten und den Krankenstand zu senken und seitens der Belegschaft, Gesundheitsbewusstsein zu schaffen

---

<sup>4</sup> entspricht Abteilungsleiter



und Belastungen abzubauen, um die eigenen Gesundheitsressourcen zu erhöhen und zu stärken.

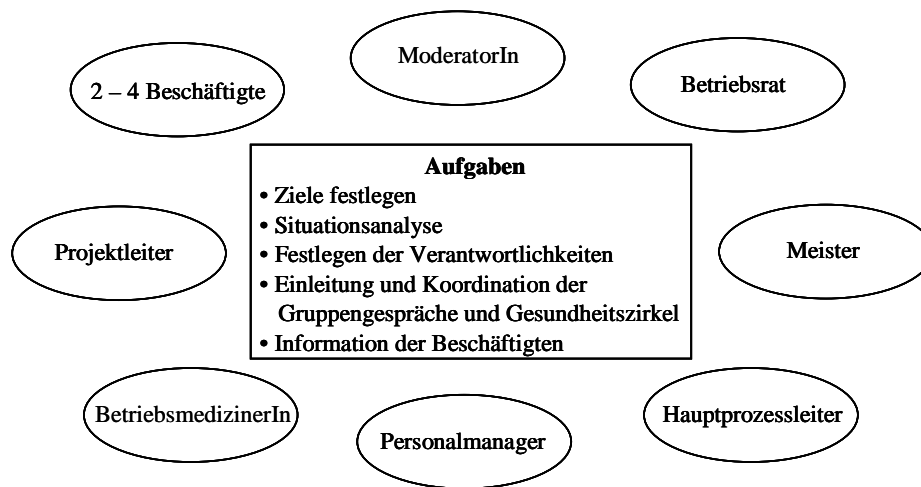


Abbildung 10: Zusammensetzung und Aufgaben der Projektgruppe

### 10.1.2. Gruppengespräche

Ziel der Gruppengespräche ist, die Teilnehmenden für gesundheitsbelastende Arbeitsbedingungen zu sensibilisieren und die aus ihrer Sicht belastenden, gesundheitsgefährdenden Tätigkeiten und Arbeitsbedingungen zu identifizieren, die daraus resultierenden Probleme und Beschwerden zu benennen und für die Beschäftigten relevante Lösungsvorschläge zu erarbeiten. Dabei wird eine umfassende, ganzheitliche Definition von Gesundheit zugrunde gelegt, die es ermöglicht, sowohl physische Belastungen (z.B. ergonomische Bedingungen an Maschinen, körperliche Überbelastungen) als auch psychische und soziale Aspekte (z.B. Zeitdruck, Entscheidungs- und Handlungsspielräume, Arbeitsklima, Verhältnis zu Vorgesetzten, Anerkennung) zu thematisieren. Die Teilnahme an den Gruppengesprächen ist freiwillig und wird den Beschäftigten während der Dienstzeit ermöglicht. Die Gesprächsgruppen sind homogen zusammengesetzt und bestehen aus maximal 15 Beschäftigten und einer Moderation, die entweder von der FPO oder einer betriebsfremden Person übernommen wird. Die Themen, die besprochen werden sollen, werden von den Teilnehmenden selbst festgelegt. Die Themenfindung und -bearbeitung wird vom Moderator/ von der Moderatorin begleitet. Zur Unterstützung werden mögliche Themen, die aufgrund der vorangegangenen Situationsanalyse in der Projektgruppe bedeutend erschienen, den Teilnehmenden vorgeschlagen. Die Moderation unterstützt die Beschäftigten auch darin,

‚heiklere‘ Themen, die oftmals emotional belegt sind, wie z.B. Arbeitsklima, Zusammenarbeit mit Vorgesetzten oder Anerkennung der erbrachten Leistungen, zu thematisieren.

Das Gruppengespräch besteht aus drei Phasen. Zu Beginn gibt es eine Phase der Einstimmung, in der sich die Teilnehmenden mit ihrer individuellen, persönlichen Bedeutung von Gesundheit im Arbeits- und Privatleben auseinander setzen. In dieser Phase besteht zudem die Möglichkeit, die oftmals vorhandene Skepsis über das Projekt und die meist schon aufgestauten und unausgesprochenen Probleme *auszusprechen*. Die Aufgabe der Moderation ist es, vorerst der vorhanden Skepsis und den Problemen genügend Platz zu geben, dann aber die Teilnehmenden in die zweite Phase zu führen und diese zu ermutigen und zu unterstützen, Probleme offen anzusprechen und konstruktiv zu bearbeiten. In der zweiten Phase wird für jedes aus der Sicht der Beschäftigten vorhandene Problem eine ausführliche Problembeschreibung erstellt, die Ursachen werden analysiert und Lösungsvorschläge erarbeitet. Eine Besonderheit der Gruppengespräche der voestalpine liegt darin, dass die Teilnehmenden der Gruppengespräche, und nicht erst die Projektgruppe, die für die Veränderung verantwortlichen Personen benennen. Treffen im Gruppengespräch Personen aus verschiedenen Abteilungen zusammen (z.B. Kranfahrer und Instandhalter), werden für diese Phase Kleingruppen nach Arbeitsbereichen gebildet, damit vorhandene Problemsituationen von mehreren betroffenen Beschäftigten thematisiert und bearbeitet werden können. Sind die Probleme beschrieben und die Lösungsvorschläge erstellt, wird in der dritten Phase eine Person gewählt, die mit dem erstellten Themenkatalog zur weiteren Bearbeitung in den GZ delegiert wird.

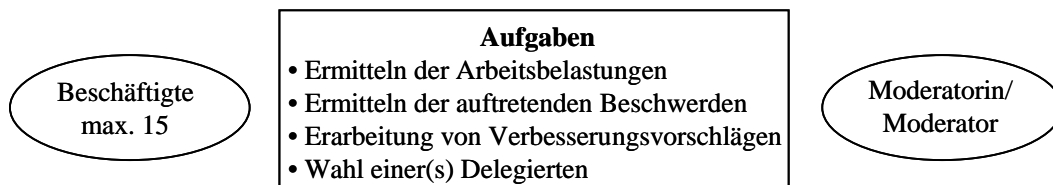


Abbildung 11: Zusammensetzung und Aufgaben der Gruppengespräche

### 10.1.3. Gesundheitszirkel

Die Zusammensetzung des GZ ist hierarchieübergreifend und besteht aus dem Hauptprozessleiter (HPL), dem Betriebsarzt/der Betriebsärztin, den Delegierten der jeweiligen Gruppengespräche und einem externen Moderator/einer Moderatorin. Wieviele GZ durchgeführt werden, hängt von der Anzahl der Delegierten ab, da um eine optimale Einbindung aller Delegierten zu erreichen, maximal 15 Personen im Gesundheitszirkel teilnehmen. Ihre Aufgabe ist es, mit Unterstützung der Moderation, die Themen aus den Gruppengesprächen zusammenzuführen und abzugleichen. Danach werden diese unter Einbindung aller Delegierten nach ihrer Wichtigkeit gereiht. Dieser Themenspeicher wird gemeinsam mit dem HPL und dem Betriebsarzt bezüglich Zweckmäßigkeit und Durchführbarkeit der Lösungsvorschläge diskutiert und gemeinsam vertretbare Lösungsvorschläge erarbeitet. Realisierbare Verbesserungsvorschläge werden zur Umsetzung an die jeweiligen verantwortlichen Personen und Stellen weitergeleitet. Projektleiter und HPL sind für das Vorantreiben und die Überprüfung der Umsetzung verantwortlich.

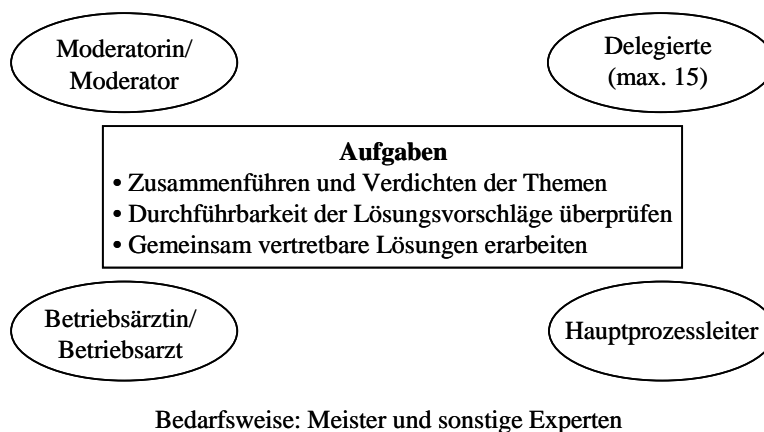


Abbildung 12: Zusammensetzung und Aufgaben der Gesundheitszirkel

#### 10.1.4. Rückkehrgespräch und Integrationsgespräch

Im Rahmen des Projekts ‚Herausforderung – Gesund am Arbeitsplatz‘ besteht die Möglichkeit als ein weiteres Instrument optional das sogenannte ‚Rückkehrgespräch‘ und ‚Integrationsgespräch‘ einzuführen.

Das Rückkehrgespräch wird nach jeder Abwesenheit (Krankheit, Unfall, längerem Urlaub, Kur, Erholung etc.) vom direkten Vorgesetzten mit dem Beschäftigten geführt und dient der Information über Geschehnisse und Neuigkeiten am Arbeitsplatz während der

Abwesenheit. Der Beschäftigte soll dadurch motiviert und die Arbeitsaufnahme erleichtert werden. Diese Gespräche sind vertraulich und werden nicht dokumentiert.

Integrationsgespräche werden bei häufiger Abwesenheit, die oft auch motivationsbedingt sein kann, geführt und sollen zu einer Problemlösung beitragen. Das Integrationsgespräch wird mit dem HPL geführt, der die Ausfallsursachen mit dem Beschäftigten klärt sowie Hilfe und Unterstützung zur Reduzierung dieser gibt. Zur Beratung können der direkte Vorgesetzte und der Betriebsarzt hinzugezogen werden. Integrationsgespräche werden geführt, wenn ein Mitarbeiter/eine Mitarbeiterin sechs mal innerhalb eines Jahres durch Krankheit ausgefallen ist oder mehr als 300 Stunden (ca. 8 Wochen) arbeitsunfähig war. Es gibt jedoch auch Fehlzeiten, die von den Integrationsgesprächen ausgenommen sind, wie z.B. Fehlzeiten aufgrund attestierter chronischer Erkrankungen oder wegen Kur- oder Krankenhausaufenthalte u.a.

Rückkehr- und Integrationsgespräche werden nicht automatisch mit dem Projekt ‚Herausforderung – Gesund am Arbeitsplatz‘ eingeführt, sondern je nach Bedürfnissen und Anforderungen der jeweiligen Abteilung, in der das Projekt durchgeführt wird.

## **10.2. Gesundheitszirkel im Unternehmensbereich A**

Im Frühjahr 2002 wurde im Unternehmensbereich A das Projekt ‚Herausforderung – Gesund am Arbeitsplatz‘ zuerst in den Abteilungen 1 und 2 gestartet. Später, im Februar 2003, auch in der Abteilung 3. Die Projektgruppe bestand aus HPL, Projektleiter, Personalmanager, Betriebsarzt, Betriebsrat für Angestellte und Betriebsrat für Arbeiter, zwei Mitarbeitern aus der Abteilung 1 und zwei Mitarbeitern aus der Abteilung 2, Meister der Abteilung 1 und Meister der Abteilung 2 und einem Mitarbeiter der FPO für die Begleitung und Moderation. In der Projektgruppe wurden die spezifischen Ziele des Projekts für die betroffenen Abteilungen des Bereiches A festgelegt, eine Arbeitsunfähigkeitsanalyse in Zusammenarbeit mit der ÖOGKK durchgeführt, der Fragebogen für die Beschäftigten überarbeitet und angepasst, sowie die Art der Mitarbeiterinformation festgelegt. Weiters sind mögliche Themen für die Gruppengespräche diskutiert und vorgeschlagen worden.

Die Information der Beschäftigten über das Projekt erfolgte über die Schaukästen und Aushänge in den Pausenräumen. Außerdem wurden Beiträge über das Projekt in der

Betriebszeitung ‚voestalpine Prozessinfo‘ und im internen Informationsblatt des Bereiches A veröffentlicht. An jeden Beschäftigten erging eine persönliche schriftliche Einladung zur Teilnahme an den Gruppengesprächen. Die Besprechungsprotokolle der Projektgruppe wurden für alle Beschäftigten über das Intranet zugänglich gemacht.

Die Arbeitsunfähigkeitsanalyse, die mit den Daten der ÖOGKK durchgeführt und abteilungsspezifisch ausgewertet wurde, ergab in der Abteilung 1 bei 47 Beschäftigten 106 Krankenstandsfälle, die auf 38 Arbeiter entfielen. Das ergab insgesamt 1.327 Krankenstandstage mit durchschnittlich 12,5 Arbeitsunfähigkeitstage pro Krankenstandsfall. Bei den Krankenstandsfällen gab es 41 unterschiedliche Diagnosearten, wobei die häufigsten Diagnosen akute Infektion der oberen Luftwege bei 21 Fällen, Affektionen des Rückens mit 11 Fällen und Verstauchungen/Zerrungen des Fußes, Osteoarthritis sowie Infektionen des Verdauungssystems mit jeweils 7 Fällen waren.

In der Abteilung 2 mit 53 Arbeitern gab es 97 Krankenstandsfälle, die auf 41 Arbeiter entfielen. Insgesamt wurden 1.413 Krankenstandstage ermittelt, die im Durchschnitt pro Krankenstandsfall 14,6 Arbeitsunfähigkeitstage ergaben. In der Abteilung 2 gab es 34 unterschiedliche Diagnosen, wobei als häufigste Diagnose, ebenso wie in der Abteilung 1, akute Infektionen der oberen Luftwege gestellt wurde (32 Fälle), gefolgt von Affektionen des Rückens (10 Fälle), akute Tonsillitis (6 Fälle) und Arthropathien (4 Fälle).

In der Abteilung 3 wurde die Arbeitsunfähigkeitsanalyse nicht durchgeführt, da aufgrund der geringen Beschäftigungszahl von 24 Personen die Anonymität der Analyse nicht mehr gewährleistet gewesen wäre.

Im Vergleich der durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeitstage pro Krankenstandsfall mit dem Durchschnitt der Metallherstellung und -bearbeitungsbranche, der bei 13,6 AU-Tage pro Fall liegt, fällt die Abteilung 1 unter den Durchschnitt (AU-Tage 12,5), hingegen die Abteilung 2 über den Durchschnitt (14,6 AU-Tage).

Die Auswertung der Fragebögen der Beschäftigten in der Abteilung 1 ergab als stärkste subjektiv wahrgenommene Beeinträchtigung Muskelverspannungen oder Schmerzen im Schulter- und Nackenbereich, gefolgt von unspezifischen Kreuzschmerzen, Gelenkschmerzen sowie morgendliche Müdigkeit oder Zerschlagenheit. In der Abteilung 2 wird die Beeinträchtigung am stärksten durch unspezifische Kreuzschmerzen,

Juckreiz/Hautausschläge, Muskelverspannungen oder Schmerzen im Schulter- und Nackenbereich sowie Gelenkschmerzen empfunden. Unspezifische Kreuzschmerzen stehen auch in der Abteilung 3 an erster Stelle der subjektiv empfundenen Beeinträchtigungen, danach Muskelverspannungen oder Schmerzen im Schulter- und Nackenbereich, Erschöpfung/Mattigkeit an dritter Stelle gefolgt von Kopfschmerzen und Nervosität/Zerfahrenheit.

Die Fragebögen wurden an jeden Mitarbeiter persönlich ausgeschickt. Der Rücklauf, der anonym über die Delegierten und den Betriebsrat erfolgte, betrug 100 % in der Abteilung 3 und insgesamt 54,5 % in den Abteilungen 1 und 2 zusammen. Im Bereich A wurden die Fragebögen vor der Durchführung der Gruppengespräche ausgeschickt und rückgeholt.

Insgesamt wurden in den Abteilungen 1 und 2 sieben Gruppengespräche mit einer externen Moderation durchgeführt. Die Beschäftigten der Abteilungen 1 und 2 nahmen gemeinsam an den Gruppengesprächen teil. Abgehalten wurden diese im April und Mai 2002 und es nahmen von 125 Beschäftigten 89 Personen teil. In der Abteilung 3 fanden zwei Gruppengespräche im Februar 2003 mit 22 Teilnehmenden (von 24 Beschäftigten) statt. Die Teilnahme an den Gesprächen war freiwillig und wurde während der Dienstzeit ermöglicht. Für ein Gruppengespräch wurden jeweils ca. 2 Stunden einberaumt. Hier beispielhaft einige Probleme und Lösungsvorschläge, die thematisiert wurden:

| <b>Gesundheitsproblem</b>                 | <b>Ursache</b>  | <b>Lösung</b>   | <b>Wer</b>               |
|---|---|---|--------------------------|
| Rückenschmerzen                           | schweres Heben, einseitige Belastungen, Erschütterungen, Verkühlung | Knieschoner, Gesundheitssitz (Stapler), Unterwäsche                 | Meister, Betriebsleitung |
| Schlafstörungen, zu wenig Erholungszeiten | 4er-Schicht, Schichtverlegung                                       | keine Schichtverlegung, Frühschicht                                 | Meister, HPL             |
| Stress, Magenprobleme, Schlafprobleme     | unregelmäßige Arbeitszeiten   | bessere Terminabklärung   | Arbeitsvorbereiter       |
| Unfallgefahr                              | kurze Anlernzeit, Lagerplatzprobleme, Personalmangel                | Längere Anlernzeit, Personalaufstockung, Lagerbeschaffung (Zentral) | Meister, HPL             |
| Atemnot, Kopfschmerz, Krebsrisiko         | Passivrauchen (Jausenraum, VA-Raum, Büro, WC)                       | getrennte Jausenräume, Rauchverbot                                  | HPL, alle gemeinsam      |

Tabelle 7: Beispiele von Belastungen und Verbesserungsvorschläge im Unternehmensbereich A

Nach den Gruppengesprächen trafen sich die gewählten Delegierten, um die Themen aus den Gruppengesprächen zusammenzuführen und zu Themenspeichern zu verdichten.

Danach wurden für die Abteilungen 1 und 2 im Zeitraum von Juli bis Oktober 2002 vier hierarchieübergreifende Gesundheitszirkel abgehalten. An diesen nahmen die Delegierten, der Projektleiter, der Betriebsrat, der Betriebsarzt, der zuständige Meister sowie der HPL

und ein Moderator teil. Die Themenspeicher wurden diskutiert, auf Durchführbarkeit und Wirtschaftlichkeit geprüft und an die jeweiligen Verantwortlichen zur Umsetzung weitergeleitet. Zudem wurde in den GZ auch die Durchführung der Maßnahme überprüft. Für die Abteilung 3 fand der Gesundheitszirkel im April 2003 mit den oben genannten Teilnehmern und den jeweiligen Delegierten aus den Gruppengesprächen der Abteilung 3 und dem zuständigen Meister statt. 15 Veränderungsmaßnahmen wurden für die Abteilungen 1, 2 und 3 aufgrund des Gesundheitszirkels eingeleitet und durchgeführt.

| <b>Verbesserungen in den Abteilungen 1 und 2</b>  |
|---|
| Sauberkeit und bessere Wartung der Bäder<br>Versuch mit Transtexunterwäsche<br>Nichtraucherraum<br>Neue Kleinteilewaschanlage<br>Gerät und Doku-Heft für Temperaturaufzeichnungen<br>Bessere Unterstützung durch Autokräne und Hebebühnen<br>Bessere Anlagenreinigung durch Datenerhebung<br>Wiederkehrende Untersuchung für absturzgefährdete Personen<br>Weniger Schichtverlegung durch Jobrotation |
| <b>Verbesserungen in der Abteilung 3</b>  |
| Workshop im September<br>Personal wird aufgestockt<br>Demag <sup>5</sup> für Verpackungsplatz<br>Arbeitsklima zwischen Abteilung und Terminstelle hat sich nach Gespräch verbessert<br>Alle Fahrzeuge mit Gesundheitssitz ausgerüstet<br>Schulung über richtiges Heben durchgeführt   |

Tabelle 8: Verbesserungen durch den Gesundheitszirkel im Unternehmensbereich A

Die Transtexunterwäsche wurde von der Arbeitssicherheit aufgrund der Entflammbarkeit dieses Textils nicht genehmigt, jedoch wurde den Beschäftigten Baumwollunterwäsche zur Verfügung gestellt. Für den Demag sind noch bauliche Veränderung notwendig.

Während der Projektlaufzeit wurden zusätzlich zwei Gesundheitstage mit kostenloser Gesundenuntersuchung und medizinischem Beratungsgespräch in Zusammenarbeit mit der Arbeitsmedizin der voestalpine veranstaltet. Außerdem wurde ein ‚Sicherheitsparcours‘ in Kooperation mit der AUVA (Allgemeine Unfallversicherungsanstalt) angeboten. Dabei wurden mittels Simulator Gefahrensituationen dargestellt, auf die man entsprechend reagieren musste. Weiters wurden Informationsveranstaltungen mit dem Roten Kreuz durchgeführt, bei denen z.B. die Handhabung des Defibrillators demonstriert und geübt wurde.

<sup>5</sup> Hebewerkzeug

### **10.3. Gesundheitszirkel im Unternehmensbereich B**

Im Unternehmensbereich B wurde das Projekt ‚Herausforderung – Gesund am Arbeitsplatz‘ im September 2001 gestartet. Im Bereich B erhielt das Projekt allerdings einen anderen, im Rahmen des Projekts neu entwickelten Namen und wurde unter einem eigenen Motto bekannt gemacht und durchgeführt. Dieses Motto und das dafür entwickelte Logo wurden auch weiterhin für gesundheitsfördernde Aktivitäten und Veranstaltungen eingesetzt.

Die Projektgruppe bestand aus HPL, Projektleiter, 2 Meister, Verantwortlicher für QSU (Qualität-Sicherheit-Vernetzung), zwei Mitarbeitern, Betriebsratstellvertreter für Arbeiter und Betriebsrat für Angestellte, Personalmanager, Betriebsarzt und zwei Mitarbeitern der FPO als Begleiter und Moderatoren. Die Projektgruppe als Steuerelement hatte die selben Aufgaben wie die Projektgruppe des Bereiches A (siehe Kapitel 10.2.).

Die Information der Beschäftigten übernahmen die Meister und die Mitarbeiter aus der Projektgruppe, die ihre Kollegen mündlich sowie auch schriftlich informierten. In den Aufenthaltsräumen und Steuerwarten wurden immer wieder Flugblätter mit dem aktuellen Stand des Projekts und den nächsten Vorhaben verteilt. Auch die ‚Sicherheitsviertelstunde‘, die vier mal im Monat abgehalten wird, diente ebenso als Informationsplattform wie die Betriebszeitung ‚voestalpine Prozessinfo‘.

Die Arbeitsunfähigkeitsanalyse, die wiederum in Zusammenarbeit mit der OÖGKK durchgeführt wurde, ergab bei 162 Beschäftigten im Bereich B 257 Krankenstandsfälle, die auf 131 Mitarbeiter entfielen. Insgesamt ergaben sich dadurch 4.186 Krankenstandstage mit einer durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit von 16,3 Tage. Der Durchschnitt im Vergleich zur Metallerzeugung und -bearbeitungsbranche liegt bei 13,6 AU-Tage.

Mit Hilfe des Fragebogens über die gesundheitlichen Beschwerden und die von den Betroffenen subjektiv wahrgenommenen Beeinträchtigungen wurden an erster Stelle unspezifische Kreuzschmerzen ermittelt. An zweiter Stelle stehen Muskelverspannungen oder Schmerzen in Schulter- und Nackenbereich, gefolgt von Einschlafstörungen, Gelenkschmerzen und Erkältungskrankheiten. Die Fragebögen wurden nach den



Gruppengesprächen an die Teilnehmenden ausgegeben und ein anonymer Rücklauf wurde über die Delegierten und den Betriebsrat gewährleistet. Dieser Rücklauf betrug 67,10 %. Insgesamt wurden 14 Gruppengespräche mit 152 Teilnehmenden von 183 Beschäftigten und einer externen Moderation aus der FPO durchgeführt. Die Gruppengespräche fanden im Oktober und November 2001 statt. Im Folgenden sind einige Beispiele von Themen und Lösungsvorschlägen der Gruppengespräche dargestellt.

| Gesundheitsproblem | Ursache                             | Lösung                                 | Wer                     |
|--------------------|-------------------------------------|--|-------------------------|
| Gelenksschmerzen   | Zug und Kran                        | Schmieren, Kranspringer, bessere Sitze | Koordinator             |
| Schlafstörungen    | Schichtarbeit                       | 5er-Schicht                            | HPL                     |
| Verkühlung         | Regelung der Heizung im Bad, Lüfter | bessere Wartung                        | Koordinator             |
| Staubentwicklung   | GS Sinteranalge                     | Optimalere Absaugung                   | Prozessverantwortlicher |

Tabelle 9: Beispiele von Belastungen und Verbesserungsvorschläge im Unternehmensbereich B

Nach den Gruppengesprächen wurden vom Jänner bis Oktober 2002 fünf Gesundheitszirkel mit folgenden Teilnehmenden abgehalten: Delegierte aus den Gruppengesprächen, HPL, Prozessverantwortlicher (PV), fallweise Betriebsingenieur und Projektleiter. Der erste GZ wurde von einer externen Moderation begleitet, die darauffolgenden vom Projektleiter selbst. Beim ersten Termin wurden die Themen aus den Gruppengesprächen zusammengetragen und zu drei Themenspeichern (Ergonomische Bedingungen, Klimatische Bedingungen, Stress- und Frustfaktoren) verdichtet. Bei den nächsten Treffen wurden Themen und Lösungsvorschläge diskutiert, gemeinsame Lösungen ausgearbeitet und zur Umsetzung zu den entsprechenden Stellen und Verantwortlichen weitergeleitet. 20 Verbesserungen wurden aufgrund des Gesundheitszirkels vorgenommen und durchgeführt. Im Folgenden die durchgeführten Verbesserungsmaßnahmen, die beim Projektabschluss im Oktober 2002 in der Projektgruppe präsentiert wurden:

| Thema                           | Maßnahme   |
|---------------------------------|--|
| Verkühlung der Kleinladerfahrer | Ankauf von Sitzheizungen   |
| Hygiene                         | Kosten für das Waschen der Arbeitskleidung werden vom Betrieb übernommen. Namensschilder auf Arbeitskleidung |
| Beeinträchtigung durch          | Rauchverbot im Speisesaal und Besprechungszimmer   |

|  |   |
|--|---|
| Zigarettenrauch  |   |
| Klimaanlage Warte  | Thermostat, individuelle Einstellung  |
| Zugluft im Sozialbad   | Ausschalten der Lüftergebläse während Badezeit. Digitale Temperaturanzeige            |
| Neue Arbeitsanzüge bei außertourlichen Arbeiten                    | Befugnis liegt bei Meister  |
| Andere Sessel in Steuerwarten                                      | Gewünschte Sessel wurden angeschafft  |
| Unangenehmer Geruch im Pissoir                                     | Reparatur des Siphons und Abflusses   |
| Lärm auf Krane 311, 312  | Neue Krane 310 + 337 Ersatzinvestition  |
| Lärm auf Kran 345  | Lagerkonzept ‚Kohle NEU‘  |
| Staubentwicklung bei Waggonentladung                               | Diverse Sorten wurden abbestellt;<br>Bedüsung mit Wasser                              |
| Staubentwicklung in der Anlage                                     | Umbau des Kalkfilters, Staub Schalter war falsch gestellt,<br>Anweisung an LKW-Fahrer |
| Delta Verantwortung/Kompetenz                                      | In Gruppenmitarbeitergespräch geklärt   |
| Infoverlust bei Schichtübergabe                                    | Effiziente Schichtübergabe, Ablöse am Arbeitsplatz                                    |
| Anlaufwarnungen ertönen gleichzeitig bei mehreren Anlagenteilen    | Steuerung wird im Herbst 2002 adaptiert   |
| Starke Belastung durch ungenügende Waggonwartung                   | Meldung an Disponent (EDV-Programm installiert)                                       |
| Verkühlung durch unvorteilhafte Kleidungsadjustage                 | Latzhose bzw. Hosenträger verwenden   |
| Unterwäsche wird gewünscht   | Unterwäsche wird vom Betrieb bereitgestellt   |
| Allgemein hoher Lärmpegel  | Lärmpegel ist anlagenspezifisch;<br>vorgeschriebenen Lärmschutz verwenden             |
| Bei manchen Bändern ist Reinigung nur in gebückter Haltung möglich | Bedingt durch bauliche Gegebenheiten;<br>Verminderung durch laufende Verbesserungen   |

Tabelle 10: Verbesserungen durch den Gesundheitszirkel im Unternehmensbereich B

Eine weitere Verbesserungsmaßnahme aufgrund des Projekts sind die Arbeitsgruppen-Teamgespräche. Diese wurden eingeführt, um die in den Gruppengesprächen thematisierten Probleme wie z.B. Ärger über Anweisungen, zu umfangreicher Arbeitsbereich, Wunsch nach offenen Gesprächen mit Führungskräften entsprechend bearbeiten und lösen zu können. Die Arbeitsgruppen-Teamgespräche finden mit dem jeweiligen Meister statt und je nach Bedarf und aktuellem Thema werden HPL, Prozessverantwortlicher oder Koordinator hinzugezogen. Weiters wurden im Bereich B Rückkehrgespräche und Integrationsgespräche eingeführt.

Während der Projektlaufzeit wurden verhaltensbezogene gesundheitsförderliche

Maßnahmen in Zusammenarbeit mit der Arbeitsmedizin und Ergotherapie angeboten. So gab es Workshops für Bewegungstraining mit der Entlademannschaft sowie Workshops für körpergerechtes Arbeiten nach Scheibenpflug.



# 11. Methoden und Fragestellung der Untersuchung

In den folgenden Kapiteln werden die Grundlagen der qualitativen Forschung behandelt, die für die Untersuchung ausgewählte Erhebungs- und Auswertungsmethode und deren Durchführung erläutert und die Stichprobe beschrieben. Zu Beginn dieses Kapitels wird die Fragestellung der Untersuchung dargestellt.

## 11.1. Fragestellung

Wie im Theorieteil der Arbeit ausgeführt, ist ein Ziel der betrieblichen Gesundheitsförderung, mit verhaltens- und verhältnisorientierten Maßnahmen Ressourcen zu fördern. In der voestalpine wurde hierfür der Gesundheitszirkel mit dem Projekt ‚Herausforderung – Gesund am Arbeitsplatz‘ eingesetzt. Das Ziel dieser Arbeit ist, in Bezug auf dieses Gesundheitsprojekt folgende Fragestellungen zu beantworten:

- Schafft das Projekt ‚Herausforderung – Gesund am Arbeitsplatz‘ ein Gesundheitsbewusstsein bei den Beschäftigten?
- Entsteht aufgrund des Projektes eine Verhaltensänderung bei den Beschäftigten?
- Nehmen die Beschäftigten gesundheitsförderliche Verhaltensweisen an?
- Geben sich die Beschäftigten gegenseitige Hilfeleistungen zur Erhaltung der Gesundheit?
- Machen sich die Beschäftigten gegenseitig auf gesundheitsgefährdendes Verhalten aufmerksam (kollegiale Kritik)?
- Übernehmen die Beschäftigten Eigenverantwortung für ihre Gesundheit?
- Haben sich durch das Projekt ‚Herausforderung – Gesund am Arbeitsplatz‘ Arbeitsbedingungen verändert?
- Welche Veränderungen wurden subjektiv wahrgenommen?

## **11.2. Qualitative Forschung**

„Wir konnten uns nicht damit begnügen, Verhaltenseinheiten einfach zu zählen.“ so Paul Lazarsfeld (zit. nach Kardorff 1995, 3) in der Neuauflage aus dem Jahr 1980 der Studie ‚Die Arbeitslosen von Marienthal‘, die in der Zeit der Weltwirtschaftskrise von 1929 bis 1931 durchgeführt wurde. Bei dieser und anderen Untersuchungen des 19. und frühen 20. Jahrhunderts gab es eine „schöpferische Verknüpfung“ (Flick, Kardorff & Steinke 2000, 16) der uns heute geläufigen Trennung von quantitativen und qualitativen Forschungsmethoden. So wurden in dieser Studie mit quantitativen Methoden (z.B. Messung der Ganggeschwindigkeit, Einkommensstatistiken) und qualitativen Methoden (z.B. Interviews, Tagebuchaufzeichnungen, Haushaltsbücher, Analyse von Akten) die Folgen der Arbeitslosigkeit erforscht (vgl. ebd.). In den folgenden Jahrzehnten jedoch wurde der standardisierte und quantitativ konzipierte Ansatz zur bevorzugten Forschungsmethode und die offenen, qualitativ-beschreibenden Methoden eher nebenbei eingesetzt. In den 1970er Jahre wurden im deutschsprachigen Raum die quantitativen Methoden zunehmend in Bezug auf Reduzierung der Erkenntnismöglichkeiten aufgrund der Standardisierung und dem mangelnden differenzierten Einblick in die Wirklichkeit kritisiert, was zu einem Wiederaufleben der qualitativen Methoden führte (vgl. Flick 2002, 21; Gudjons 2001, 65). Heute bestehen Versuche, den strengen Gegensatz der beiden Methoden zunehmend in eine ‚sowohl-als-auch-Position‘ aufzulösen, in der die quantitativen und qualitativen Methoden zum einen koexistieren und zum anderen kooperativ eingesetzt werden können (vgl. Heinze 2001, 33).

### **11.2.1. Leitgedanken quantitativer und qualitativer Forschung**

Die quantitativen Methoden der Sozialwissenschaften orientierten sich in ihrer Entwicklung an der Exaktheit der Naturwissenschaften. Quantitative Forschung postuliert eine klare Trennung von Ursache und Wirkung sowie die Messbarkeit und Quantifizierung von Phänomenen und hat zum Ziel, eine Verallgemeinerung der Untersuchungsergebnisse zu allgemein gültigen Gesetzen zu erreichen. Mittels repräsentativen Stichproben, z.B. nach dem Zufallsprinzip erstellt, sollen Aussagen möglichst allgemein und unabhängig vom Einzelfall formuliert und Häufigkeiten und

Verteilungen von den untersuchten Phänomenen erstellt werden. Die Subjektivität des Forschers/der Forscherin und der untersuchten Subjekte wird durch eine Kontrolle der Untersuchungsbedingungen möglichst ausgeschaltet, um objektive Ergebnisse zu erzielen (vgl. Flick 2002, 13f).

Qualitative Forschung geht von einem anderen Paradigma als die quantitative Forschung aus. Wesentlich für die qualitative Forschung ist die Gegenstandsangemessenheit von Methoden und Theorien. Darunter wird verstanden, dass die wesentlichen Kriterien für die Auswahl der Forschungsmethode der zu untersuchende Gegenstand und die Forschungsfrage sind und nicht die Methode, die den Gegenstand und die Frage bestimmen soll (vgl. Lamnek 1995a, 12). Ziel der qualitativen Forschung ist es, Neues zu entdecken, Hypothesen zu generieren und empirisch fundierte Theorien zu entwickeln. Dabei wird von den Perspektiven der Beteiligten ausgegangen, die in ihrer Vielschichtigkeit und Komplexität erfasst werden sollen. Qualitative Forschung untersucht das Wissen und das Handeln der Subjekte und nimmt deren Lebenswelten als Grundlage. Im Gegensatz zur quantitativen Forschung wird Subjektivität des Forscher/der Forscherin und des Untersuchungssubjektes nicht als Störvariable eliminiert, sondern ist ein Bestandteil des Forschungsprozesses und der Erkenntnis (vgl. Flick 2002, 16ff).

Die Attraktivität der qualitativen Forschung besteht nach Flick, Kardorff & Steinke (2000, 17) darin, dass sie durch die offene Zugangsweise ‚näher dran‘ an den zu untersuchenden Phänomenen ist als es standardisierte Forschungsmethoden sind. So kann beispielsweise durch ein Leitfadeninterview oft ein konkreteres und anschaulicheres Bild entstehen, wie z.B. Gesundheitsförderungsmaßnahmen bei den Betroffenen wahrgenommen werden, als dies mit einem standardisierten Fragebogen erreicht werden kann. Standardisierte Methoden gehen von einer vorab festgelegten Vorstellung über den zu untersuchenden Gegenstand aus, um ein passendes Erhebungsinstrument erstellen zu können. Qualitative Forschung hingegen kann „für das Neue im Untersuchten, das Unbekannte im scheinbar Bekannten“ (ebd.) offen sein. Die Gemeinsamkeit der beiden Forschungsmethoden wird nach Heinze (2001, 16) oftmals durch die polarisierende Gegenüberstellung übersehen: Reflexivität über die Vorgehensweise, Zielrichtung auf die Objektivität und Abstraktion von Informationen, wenn auch in verschiedenen Graden, aus der Alltagswirklichkeit.

### **11.2.2. Ansätze qualitativer Forschung**

Qualitative Forschung ist der Oberbegriff verschiedener Forschungsansätze, die in ihren Zielsetzungen und methodischen Ansätzen differieren. Diese unterschiedlichen Ansätze lassen sich jedoch zu drei Hauptbereichen zusammenfassen (vgl. Flick, Kardorff & Steinke 2000, 18f; Lamnek 1995a, 30ff): Subjektive Sichtweisen, individuelle Bedeutungen und Sinnzuschreibungen sind als erster Ansatzpunkt zu nennen. Als Erhebungsmethoden sind beispielsweise Leitfadeninterviews oder narrative Interviews geeignet. Die Auswertung der Daten kann über Kodierung und Inhaltsanalyse erfolgen. Eine weitere Richtung besteht in der Beschreibung von sozialen Interaktionen und Situationen, bei der sich z.B. Gruppendiskussionen oder (teilnehmende) Beobachtung als Erhebungsform eignen und diese diskurs- oder konversationsanalytisch ausgewertet werden. Als dritte Perspektive qualitativer Forschung ist die Rekonstruktion von tieferliegenden latenten sozialen Strukturen zu nennen. Die Erhebung der Daten erfolgt hier vor allem durch Aufzeichnung von Interaktionen und durch Verwendung von Fotos, die mittels verschiedener hermeneutischer Analysemethoden ausgewertet werden können.

### **11.2.3. Prinzipien qualitativer Forschung**

Lamnek (1995a, 21ff) nennt sechs wesentliche Prinzipien der qualitativen Forschung, die sich im Laufe der Zeit herauskristallisiert haben:

#### **1. Offenheit**

Offenheit soll gegenüber den Untersuchungspersonen, der Untersuchungssituation und der angewendeten Methoden gegeben sein. Auch während der Untersuchung soll die Offenheit zur Anpassung der Methoden an die Untersuchungssubjekte und -situationen vorhanden sein, wenn dazu die Notwendigkeit besteht. Hypothesen werden nicht ex ante gebildet, sondern erst im Verlauf des Forschungsprozesses basierend auf den erhobenen Daten formuliert. Demnach ist die qualitative Forschung kein hypothesenprüfendes, sondern ein hypothesengenerierendes Verfahren.

#### **2. Kommunikation als konstitutiver Bestandteil des Forschungsprozesses**

Forscher/Forscherin und die Untersuchten werden nicht als unabhängig von einander gesehen, denn die Daten, die in der Untersuchung erhoben werden, entstehen in einem

Kommunikations- und Interaktionsprozess. In diesem Prozess wird die Wirklichkeit zwischen Forscher/Forscherin und befragten Personen ausgehandelt und hergestellt.

### 3. Prozesscharakter

Der Prozess der Wirklichkeitskonstruktion und der Prozess des Aufbaus von Deutungs- und Handlungsmustern stehen im Mittelpunkt qualitativer Forschung. Auch der Forschungsakt an sich, der auf Kommunikations- und Interaktionsprozessen basiert, besitzt Prozesscharakter.

### 4. Reflexivität

Bedeutungen von Handlungen und vom sprachlichen Ausdruck sind nur in Bezug auf den Kontext ihrer Erscheinung verständlich, entstehen aber wiederum nur in einem bestimmten Kontext. Die Verstehensleistung erfolgt demzufolge zirkulär (Hermeneutischer Zirkel).

### 5. Explikation

Die einzelnen Untersuchungsschritte sollen soweit wie möglich transparent gemacht werden, um das Forschungsergebnis intersubjektiv nachvollziehbar zu machen.

### 6. Flexibilität

Der gesamte Forschungsprozess soll durch Flexibilität bestimmt sein, damit auf veränderte Bedingungen, Neues und Unerwartetes reagiert werden kann. Das bedeutet aber nicht, dass „die Untersuchung richtungslos vonstatten ginge“ (Lamnek 1995a, 28), sondern dass zu Beginn ein weiter Blickwinkel vorhanden sein soll, der im Laufe der Untersuchung enger und fokussierender wird.

## **11.3. Erhebungsmethode Leitfadeninterview**

Daten können in der qualitativen Forschung auf verschiedene Weise erhoben werden. Bortz & Döring (1995, 282ff) teilen die Erhebungsmethoden in nonreaktive Verfahren, bei denen die forschende Person und die untersuchte Person nicht in Kontakt treten, qualitative Beobachtung und qualitative Befragung ein. Eine der gängigsten Formen qualitativer Befragung, welche auch in dieser Untersuchung angewendet wurde, ist das Leitfadeninterview, das auch als teilstrukturiertes oder teilstandardisiertes Interview bezeichnet wird. Im Gegensatz zu standardisierten Interviews, bei denen die Formulierung der Fragen und der Ablauf festgelegt und Abweichungen davon unzulässig sind, ist die



Gestaltung der Interviewsituation beim qualitativen Interview relativ offen und die Sichtweisen der befragten Personen können hier eher zur Geltung kommen (vgl. Flick 2002, 117; Hopf 1995, 177). Leitfadeninterviews werden nach thematischen Bereichen konstruiert, wodurch man „ein Gerüst für Datenerhebung und Datenanalyse, das Ergebnisse unterschiedlicher Interviews vergleichbar macht“, erhält (Bortz & Döring 1995, 289). Der Leitfaden ist jedoch kein starres Gerüst, sondern er wird flexibel eingesetzt und es kann von ihm abgewichen werden, wenn es die Situation erfordert. So können die im Leitfaden enthaltenen Fragen der Situation und der befragten Person angepasst werden, indem man sie anders formuliert und durch klärendes und intensiveres Nachfragen ergänzt. Wenn die befragte Person neue Themen einbringt, die für die Fragestellung der Untersuchung bedeutend erscheinen, können diese aufgegriffen werden (vgl. Hopf 1995, 177). Außerdem ermöglicht die offene Gestaltung der Leitfadeninterviews bei der Auswertung Themen herauszufiltern, die bei der Erstellung des Leitfadens noch nicht beachtet wurden (vgl. Bortz & Döring 1995, 289). Heinze (2001, 160) weist darauf hin, dass qualitative Interviews gerade auch durch den Leitfaden gehemmt werden können, da die interviewende Person aus Gewissenhaftigkeit, Unsicherheit oder um eine Vergleichbarkeit herzustellen sich zu eng an den Leitfaden bindet. Seiner Meinung nach können qualitative Interviews „der Spannung zwischen Standardisierung und Offenheit“ (ebd.) nicht entgehen. Merton, Fiske und Kendall (1956, zit. nach Heinze 2001, 155) haben folgende vier Ansprüche an qualitative Interviews dargestellt:

- Maximale Reichweite des Interviews

Die befragten Personen müssen die Möglichkeit haben, so viel wie möglich mitzuteilen.

- Spezifität

Es genügen nicht Aussagen allgemeiner Art, sondern es muss den Fragen genau nachgegangen und „Genauigkeit durch Verweilen“ (ebd.) erzeugt werden.

- Tiefe

Bedeutungsvolle Situationen müssen herausmodelliert werden.

- Berücksichtigung des Kontextes

Der individuelle und soziale Kontext muss gerade auch für die Interpretation berücksichtigt werden.

## **11.4. Auswertungsmethode qualitative Inhaltsanalyse**

Eine der „klassischen Vorgehensweisen“ (Flick 2002, 279) zur Analyse von Textmaterial ist die qualitative Inhaltsanalyse. Ihr Ziel ist nach Bortz & Döring (1995, 304) die manifesten und latenten Inhalte vom Interviewmaterial in Bezug auf den sozialen Kontext und dem Bedeutungsfeld zu interpretieren, wobei eine intersubjektive Nachvollziehbarkeit der Interpretation angestrebt wird. Dabei wird das Material gegliedert und strukturiert, um so die Gedanken- und Erlebniswelt der befragten Personen zugänglich und begreiflich zu machen (vgl. ebd., 272). Ein zentrales Kennzeichen ist die Verwendung von Kategorien, die „entweder induktiv aus dem Material gewonnen oder deduktiv (theoriegeleitet) an das Material herangetragen“ werden (Bortz & Döring 1995, 305). Es gibt verschiedene qualitative inhaltsanalytische Techniken, die unterschiedliche Schwerpunktsetzungen haben (z.B. Hermeneutische oder Psychoanalytische Textinterpretation) (vgl. Lamnek, 1995b, 205ff; Lissmann 1997, 23ff). Eine der qualitativen inhaltsanalytischen Techniken ist die ‚Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring‘.

### **11.4.1. Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring**

Die reduktiv angelegte ‚Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring‘ fasst Lamnek (1995b, 218) folgendermaßen zusammen:

„In einer Art explorativen Phase sichtet der Forscher das vorliegende Material und legt danach ein System von Kategorien fest, auf die hin das Material untersucht werden soll. Als Ausprägung dieser Kategorien werden Aussagen der befragten Personen aus dem Protokoll durch die interpretativen Techniken Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung herausgearbeitet und den Kategorien zugeordnet. Zur Charakterisierung des Einzelfalls dient eine spezifische Merkmalskombination. Schließlich werden die individuellen Einzelfalldarstellungen fallübergreifend generalisiert.“

In der ‚Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring‘ werden drei Grundformen interpretativer Techniken verwendet (vgl. Mayring 1996, 92):

- Zusammenfassung

Ziel der zusammenfassenden Analyse ist die Reduzierung des Materials, bei der ein überschaubarer Kurztex entsteht, aber der wesentliche Inhalt erhalten bleibt.

- Explikation

Bei dieser Analyseform wird an unklare Textstellen zusätzliches Material herangetragen, um diese verständlich zu machen. Dazu wird entweder auf das direkte Textumfeld zurückgegriffen (enge Kontextanalyse) oder es wird Zusatzmaterial, das über den Text hinausgeht (z.B. Informationen über interviewte Personen, Entstehungssituation des Materials) hinzugezogen (weite Kontextanalyse).

- Strukturierung

Ziel dieser Analyse ist es, bestimmte Strukturaspekte aus dem Material herauszufiltern. Dabei können formale, inhaltliche, typisierende oder skalierende Aspekte ausfindig gemacht werden.

Zur Analyse der vorliegenden Untersuchung habe ich mich im Wesentlichen an die ‚Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring‘ gehalten, aber diese in einigen Punkten der Vorgangsweise abgeändert. Dieses Vorgehen ist dem Prinzip der Offenheit der qualitativen Forschung (siehe Kapitel 11.2.3.) zufolge legitim und wurde von mir vor allem deswegen vorgenommen, um die Grenzen dieser Methode auszuweiten. Auch Mayring (2003, 43) macht darauf aufmerksam, dass die Inhaltsanalyse kein Standardinstrument sei, sondern an das Material und an die spezifische Fragestellung angepasst sein muss. Der Vorteil der ‚Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring‘ liegt in der Systematik, die ein regelgeleitetes, schrittweises Vorgehen nach bestimmten Techniken verfolgt. Und genau darin liegt auch der Nachteil: die Anwendung der Regeln kann zuweilen sehr aufwendig und ein starres Verfolgen dieser nicht immer angemessen sein (vgl. Flick 2002, 283; Mayring 1995, 213). Zudem wird von Flick (2002, 283) eine Grenze der Methode dahingehend ermittelt, dass die üblicherweise von außen herangetragen, theoretisch begründeten Kategorien den Blick auf den Text und seine Tiefen erschweren. Deshalb habe ich mich für ein induktives Vorgehen entschieden, das die Kategorien direkt aus dem Material ableitet und nicht die Kategorien im vorhinein aufgrund theoretischer Überlegungen bildet, die dann über das Interviewmaterial gelegt

werden. Dadurch ist es möglich „den Inhalt selbst sprechen zu lassen und aus ihm heraus die Analyse zu entfalten“ (Lamnek 1995b, 200). Auch Mayring (2003, 75) weist darauf hin, dass die induktive Kategorienbildung bei seinem Modell der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse einsetzbar und sehr „fruchtbar“ sei. Auf die Durchführung der qualitativen Inhaltsanalyse und die entsprechenden Adaptionen gehe ich im Kapitel 11.7. ein.

## **11.5. Erhebungsinstrument**

Der Interviewleitfaden basiert auf den Untersuchungsfragen, die mit dem Auftraggeber dieser Diplomarbeit festgelegt wurden. Aber nicht nur diese Untersuchungsfragen fanden Eingang in den Leitfaden, sondern auch Themen, die sich mit fortschreitendem Forschungsverlauf als bedeutend herausgestellt haben. Dieses Vorgehen ist auch im Sinne des qualitativen Forschungsprozesses. Dieser soll, wie im Kapitel 11.2.3. erläutert, von Offenheit und Flexibilität geprägt sein, um auf Neues und Unerwartetes reagieren zu können.

Der erstellte Interviewleitfaden<sup>6</sup> wurde nach folgenden Themenbereichen konstruiert:

- Subjektive Sichtweisen und Bedeutungen von Gesundheit
- Prozesserleben des Gesundheitszirkels – vor, während und nach der Durchführung
- Persönliches Gesundheitsverhalten
  - Annahme von gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen
  - Übernahme von Eigenverantwortung
  - Gegenseitige Hilfeleistungen, kollegiale Kritik
- Arbeitsbedingungen
  - verhaltensbezogene gesundheitsförderliche Veränderungen
  - verhältnisbezogene gesundheitsförderliche Veränderungen

Der Leitfaden wurde in einem Probeinterview getestet. Da er sich in diesem Interview als passend herausgestellt hat, wurde dieses Interview in die Auswertung miteinbezogen. Die

---

<sup>6</sup> Leitfaden siehe Anhang

Interviews wurden zuerst im Unternehmensbereich A und dann im Unternehmensbereich B durchgeführt. Für die Durchführung im Bereich B wurde die Einstiegsthematik etwas abgeändert, die Gesprächsschwerpunkte blieben aber gleich. Der Interviewleitfaden wurde hinsichtlich der Reihenfolge und der Formulierung der Fragen flexibel genutzt, um auf die jeweils interviewte Person eingehen zu können.

## **11.6. Durchführung der Befragung**

Die Interviews wurden im Juni 2004, wie bereits erwähnt, zuerst im Bereich A und dann im Bereich B mit jeweils acht Personen durchgeführt. Die Teilnahme an den Interviews war freiwillig. Über einen Aushang wurde bekannt gemacht, dass Personen für Interviews gesucht werden bzw. sprachen die Projektleiter Arbeiter aus verschiedenen Abteilungen auch persönlich an, um eine möglichst breite Streuung zu erhalten.

Vor Beginn der Interviews wurden die Befragten über Ziel und Verwendungszweck der Interviews informiert, das Einverständnis zur Tonbandaufzeichnung wurde eingeholt und es bestand die Möglichkeit, offene Fragen zu klären. Vertraulichkeit und Anonymität wurde zugesichert und die weitere Verwendung des Interviewmaterials erläutert.

Zum Einstieg in das Interview wurden die Befragten aufgefordert, ‚Gesundheit‘ zu definieren. Danach folgten die weiteren Fragen des Leitfadens, die aber nicht systematisch abgefragt wurden, sondern sich in der Abfolge nach dem Gesprächsverlauf richteten. Die flexible Handhabung ermöglichte es, auf die individuelle Themenschwerpunktsetzung der Befragten einzugehen. Dabei kristallisierten sich auch relevante Themen heraus, die im Leitfaden nicht enthalten waren, wie z.B. das Thema der Rückkehr- und Integrationsgespräche. Ein Teil der Fragen wurde offen gestellt, um möglichst viel vom subjektiven Erleben und den Sichtweisen der Befragten zu erfahren. Andere Fragen wurden eher eng gestellt, um spezifische Antworten zu erhalten.

Nach Beenden der Aufzeichnung wurde meist noch ein informelles Gespräch geführt. Die Interviews dauerten zwischen 25 und 85 Minuten. Einige interviewte Personen betonten ausdrücklich ihr Interesse an den Ergebnissen und ersuchten um Veröffentlichung in ihren Abteilungen.

## 11.7. Durchführung der Auswertung

Um die Interviews inhaltsanalytisch auswerten zu können, müssen diese in eine schriftliche Form gebracht, also transkribiert, werden. Da die inhaltliche Interpretation der Interviews das Ziel war, wurden diese zwar vollständig transkribiert, aber der Dialekt, bis auf einige Ausdrücke, bereinigt und auf eine kommentierte Transkription mit Pausen, Betonungen, Sprechweisen etc. verzichtet. Wie im Kapitel 11.4.1. bereits erwähnt, habe ich mich bei der Durchführung der Analyse im Wesentlichen an der ‚Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring‘ orientiert, im Speziellen an der ‚Zusammenfassenden Inhaltsanalyse‘. Dazu habe ich aber einige Adaptionen vorgenommen. Im Folgenden werden die Durchführung und die angewendeten Techniken beschrieben.

### 1. Auswahl aufschlussreicher Textstellen

Zu Beginn wurden die transkribierten Interviews wiederholt intensiv gelesen, um besonders aufschlussreiche Textstellen herauszufiltern. Dabei wurde die Aufmerksamkeit vom theoretischen Vorverständnis und von der Forschungsfrage gelenkt (vgl. Schmidt 2000, 449). Die gefundenen Themen und Aspekte wurden im Interviewprotokoll gekennzeichnet und mit eventuellen Anmerkungen über Besonderheiten der ausgewählten Textstellen versehen.

### 2. Paraphrasierung

Die gefundenen Textstellen wurden nun paraphrasiert, wobei jeder Paraphrase eine Quellenangabe, bestehend aus Interview, Seite und Nummer der Paraphrase, zugeordnet wurde. Zur Bildung der Paraphrase wurden ausschmückende und wiederholende Redewendungen weggestrichen und die ausgewählte Textstelle wurde auf eine grammatikalische Kurzform gebracht.

*Textbeispiel Interview E, S. 63:*

*Interviewer:* „Früher hat man einfach gesagt, was einen gestört hat und vielleicht selber ein wenig gedacht: ‚Na ja, soll ich was sagen oder soll ich nichts sagen?‘. Und bei den Gruppengesprächen hat man dann in der Gruppe gesagt: ‚Das wäre nicht schlecht.‘. Dann hat der andere gesagt: ‚Ah ja. Stimmt.‘. Und das hat man nachher weiter verarbeitet. Im Endeffekt ist es in die Umsetzung gegangen. Sonst war es halt immer ein Gedanke und der einzelne mit seinen Gedanken halt. Der einzelne verweilt im Gedanken aber die Gruppe setzt es um.“

*Paraphrase E63/127:*

Das Ansprechen und Umsetzen von Problemen geht in der Gruppe leichter, da man nicht im Gedanken verweilt und mit Unterstützung die Umsetzung leichter geht.

### 3. Generalisierung

Alle Paraphrasen wurden durch Neuformulierung verallgemeinert, wobei aber der Inhalt in der neuen Aussage erhalten blieb. Bei Zweifelsfällen und unklaren Stellen war das Herantragen von zusätzlichem Material an diese Textstelle angebracht. Dabei wurden das direkte Textumfeld (enge Kontextanalyse) oder Informationen, die über den Text hinausgingen (weite Kontextanalyse), wie z.B. Informationen über die Interviewten, über die Projektdurchführung oder über das Arbeitsumfeld, miteinbezogen.

*Paraphrase E63/127: Das Ansprechen und Umsetzen von Problemen geht in der Gruppe leichter, da man nicht im Gedanken verweilt und mit Unterstützung die Umsetzung leichter geht.*

Generalisierung: Gruppe als Unterstützung beim Problemansprechen und in der Umsetzung (E63/127)

### 4. Erste Reduktion und Kategorienbildung

In diesem Schritt ist nach Mayring (2003, 61) die erste Reduktion vorzunehmen. Das bedeutet, dass bedeutungsgleiche und nichtssagende Paraphrasen weggelassen werden. Bei meiner Vorgehensweise habe ich darauf verzichtet, bedeutungsgleiche Paraphrasen zu streichen, da sie sich in Nuancen doch unterscheiden. Diese feinen Unterschiede wollte ich in die Kategorienbildung miteinbeziehen, zumal sich diese Nuancen bei der darauffolgenden fallübergreifenden Kategorienbildung doch als interessante Unterschiede herausstellen konnten. Nichtssagende Paraphrasen wurden von mir gestrichen.

Dem nach Mayring (2003, 76) deduktiven Vorgehen der Kategorienbildung habe ich zuerst eine induktive Vorgehensweise vorgezogen. Beim deduktiven Vorgehen wird vorab ein Selektionskriterium festgelegt, das aufgrund theoretischer Überlegungen entsteht. Beim induktiven Vorgehen wird kein vorgefertigtes Kategoriensystem verwendet, sondern die Kategorien werden aus dem vorhandenen Material heraus gebildet. Dabei kann aber nicht darauf verzichtet werden, dass die Aufmerksamkeit, genauso wie beim ersten Schritt, vom theoretischen Vorverständnis und der Fragestellung geleitet wird. In diesem Sinne fand die Kategorienbildung induktiv statt, indem zunächst fallspezifisch inhaltsgleiche oder -ähnliche Aussagen gruppiert und benannt und dabei aber auch von der Fragestellung und der Theorie geleitet, aber noch nicht im vorhinein festgelegt wurden. Im folgenden Kasten ist die Kategorienbildung dargestellt:

Kategorienbildung im Interview E:

K49: Prozesserleben der Gruppengespräche

- Gruppe als Unterstützung beim Problemansprechen und in der Umsetzung (E63/127)
- Probleme mit Vorgesetzten konnten durch deren Abwesenheit angesprochen werden (E58/112)
- Jeder konnte sich einbringen (E58/111)

## 5. Zweite Kategorienbildung

Bei diesem Schritt wurden die Einzelinterviews fallübergreifend generalisiert, um so zu einem gesamten Kategoriensystem zu kommen. Dabei wurden Kategorien aus den einzelnen Interviews mit gleichen oder ähnlichen Inhalten zu neuen Kategorien mit Unterkategorien (UK) gruppiert.

Neue Kategorie: Gruppengespräche

UK 12121.7 Unterstützung durch Gruppe beim Ansprechen von Problemen und in der Umsetzung  
(gebildet aus K49, K15, K86, K25)

UK 12121.3 Teilnehmende konnten sich mit ihren Themen einbringen  
(gebildet aus K49, K40, K15, K25, K59)

UK 12121.4 Durch Anonymität Ansprechen von Problemen möglich  
(gebildet aus K49, K15)

Diese neuen Kategorien und Unterkategorien wurden zu Themenbereichen, wie in der Ergebnispräsentation im Kapitel 12 ersichtlich, zusammengefasst.

Auf Grund der auf fortschreitender Reduzierung angelegten Vorgangsweise können Fehlinterpretationen entstehen. Um dieses zu vermeiden wurde immer wieder bei der Kategorienbildung auf die vollständige wörtliche Transkription zurückgegriffen (vgl. Lamnek 1995b, 109).



## 11.8. Stichprobe – Auswahl und Beschreibung

In der qualitativen Forschung wird oftmals eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse angestrebt, indem die Typik des untersuchten Falles bestimmt und dadurch Übertragbarkeit auf andere Fälle erreicht wird. Das bedeutet, dass die Stichprobe den untersuchten Fall inhaltlich repräsentieren soll und nicht wie in der quantitativen Forschung, bei der statistische Repräsentativität erstrebt wird. Es soll also die Stichprobe möglichst facettenreich erfasst werden. Merrens (2000, 291) weist darauf hin, dass bei Untersuchungen von Organisationskulturen die Interviewten nicht alle einer Abteilung oder einer Hierarchieebene angehören sollen, um diese facettenreiche Erfassung zu erhalten. Zum Ziehen der Stichprobe stehen zwei verschiedene Möglichkeiten zur Auswahl: Zum einen kann die Stichprobe im Prozess der Datenerhebung und -analyse je nach Erkenntnisstand erweitert und ergänzt werden (theoretisches Sampling) und zum anderen kann die Stichprobe bereits vor der Untersuchung bezüglich bestimmter Merkmale festgelegt werden. (vgl. Merrens 2000, 291). Dabei wird davon ausgegangen, dass die Typik und Verteilung von Eigenschaften im untersuchten Fall sich im erhobenen und analysierten Material abbildet. So kann aus den erhaltenen Ergebnissen „auf die Verhältnisse im Gegenstand geschlossen werden“ (Flick 2002, 98).

In der vorliegenden Untersuchung wurde die Stichprobe im Vorhinein bezüglich bestimmter Merkmale festgelegt. Es wurden Delegierte und ‚reguläre‘ Zirkelteilnehmer ausgewählt, die aus unterschiedlichen Abteilungen ihres Bereiches stammten. Die Auswahl der Delegierten erfolgte über den jeweiligen Projektleiter bzw. über Aushang am ‚Schwarzen Brett‘. Die Fallauswahl, also die Bereiche in denen die Untersuchung durchgeführt wurde, wurde vom Auftraggeber aufgrund interner Firmeninteressen festgelegt.

Insgesamt wurden 16 Interviews mit jeweils 8 interviewten Personen pro Bereich geführt. Die interviewten Personen waren ausschließlich männlich. Die Befragten kamen nicht nur aus unterschiedlichen Abteilungen, sondern hatten auch unterschiedliche Funktionen (z.B. Vorarbeiter oder Sicherheitsvertrauenspersonen) inne. Die Firmenzugehörigkeit der Interviewten betrug zwischen 10 und über 30 Jahre.

## **12. Ergebnisse der Untersuchung**

Die Ergebnisse der beiden Untersuchungen der Bereiche A und B werden getrennt dargestellt. Dazu werden jeweils Themenbereiche gebildet, die in Kategorien gegliedert sind. Diese Kategorien sind wiederum in Unterkategorien (UK) unterteilt und nummeriert. Die Nummerierung der Unterkategorien erfolgt mit der Nummer der jeweiligen Hauptkategorie, die zudem mit einer fortlaufenden Zahl versehen ist. Zur Veranschaulichung der jeweiligen Unterkategorie werden Beispielaussagen, die diese Unterkategorie charakterisieren, angeführt. Nach jeder Beispielaussage ist die Nummer angegeben unter welcher diese Interviewstelle geführt wird. Die Benennung der Interviews erfolgt fortlaufend nach dem Alphabet, also von A bis P. Darauf folgt die Seitenangabe unter der das Interview in der Transkription zu finden ist und die Nummer der Paraphrasierung, die ebenso fortlaufend geführt wird (z.B. A16/27).

### **12.1. Ergebnisse Unternehmensbereich A**

Die Ergebnisse der Interviews im Bereich A sind zu vier Themenbereichen zusammengefasst: Vorbedingungen, Prozesserleben des Projektes, Effekte und Thematisierung der Gesundheit. In den jeweiligen Themenbereichen sind Kategorien gebildet worden, die wiederum in Unterkategorien gegliedert sind und jeweils mit Beispielaussagen veranschaulicht werden.

#### **12.1.1. Vorbedingungen**

Dem Themenbereich ‚Vorbedingungen‘ sind jene Kategorien zugeordnet, die zum einen Grundlage für ein individuelles gesundheitsbewusstes Verhalten sind und zum anderen auch als Vorbedingungen für die Durchführung des Projektes ‚Herausforderung – Gesund am Arbeitsplatz‘ gesehen werden. Neben den subjektiven Definitionen von Gesundheit, den Beweggründen für gesundheitsbewusstes Verhalten und den ‚Verantwortungsträgern‘ von Gesundheit, die als personenbezogene Vorbedingungen gesehen werden, wurden auch

die Skepsis gegenüber dem Projekt und die individuellen Erwartungen an das Projekt, also projektbezogene Vorbedingungen, zugeordnet. Im Folgenden werden diese Unterkategorien mit ihren Ausprägungen dargestellt.

### **12.1.1.1. Subjektive Definition von Gesundheit**

Die Kategorie ‚Subjektive Definitionen von Gesundheit‘ enthält alle Aussagen, die sich auf die individuellen Sichtweisen von Gesundheit und wie diese in Erscheinung tritt beziehen. Es wurden folgende Unterkategorien (UK) gebildet:

|                    |   |
|--------------------|---|
| UK 12111.1         | Ganzheitlicher Gesundheitsbegriff ; Gesundheit als Gleichgewicht  |
| Beispielaussage(n) | das ganze Umfeld muss passen (F66/461); Wohlfühlen; das heißt das geistig-körperliche Wohlbefinden (G80/462); körperliche Gesundheit, auch der Wohlfühlfaktor am Arbeitsplatz und Privat, Gesundheit als Ganzes; wie ernähre ich mich, wie komme ich mit den Menschen um mich herum aus (B21/456); das komplette Wohlbefinden (E55/460) |
| UK 12111.2         | Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit  |
| Beispielaussage(n) | wenn mir was weh tut, bin ich krank (C33/457)   |
| UK 12111.3         | Körperliche Gesundheit  |
| Beispielaussage(n) | da ist mal die körperliche Gesundheit, dass ich eigentlich keinen Raubbau mit meinem eigenen Körper mache (D44/459)   |
| UK 12111.4         | Gesundheit als Leistungsfähigkeit   |
| Beispielaussage(n) | wenn ich 100 Prozent Leistung bringen kann, dann bin ich gesund (H93/463)   |
| UK 12111.5         | Gesundheit als Kontinuum  |
| Beispielaussage(n) | es gibt einen, der ist früher krank, weil ihm irgendwas weh tut, der andere dem tut viel weh und ist trotzdem noch nicht krank (C33/458); wenn das alles passt, dann bin ich gesund und wenn mal was weniger geht, dann geht es mehr in die Krankheit (H93/464)   |

### **12.1.1.2. Beweggründe für gesundheitsbewusstes Verhalten**

In der Kategorie ‚Beweggründe für gesundheitsbewusstes Verhalten‘ sind alle jene Aussagen enthalten, die als Veranlassung zum gesundheitsbewussten Verhalten gesehen werden können. Die folgenden Unterkategorien wurden dabei gebildet:

#### **UK 12112.1**

#### **Fortgeschrittenes Alter**

Beispielaussage(n)

bis 40, 45 Jahre rennst du dem Geld nach und ab 40, 45 rennst du der Gesundheit nach (F77/183)

#### **UK 12112.2**

#### **Lange Lebensarbeitszeit**

Beispielaussage(n)

noch dazu wenn man denkt, dass man ewig lang noch arbeiten muss, ist es besonders wichtig, dass man auf die Gesundheit schaut (H93/210); wenn man bis 65 Jahre arbeiten muss, hoffentlich wird es nicht mehr, dann ist es schon so, dass du mit 50, 55 Jahre Probleme kriegst auch wenn du aufgepasst hast (A2/2)

#### **UK 12112.3**

#### **Erhaltung des Arbeitsplatzes**

Beispielaussage(n)

die meisten schauen eh selber bewusst, dass sie gesund bleiben, damit der Arbeitsplatz auch erhalten bleibt (F66/135)

### **12.1.1.3. Verantwortung für Gesundheit**

Die Kategorie ‚Verantwortung für Gesundheit‘ besteht aus den Aussagen, die sich auf die Verantwortlichkeit bezüglich der Gesundheit im Unternehmen beziehen. Folgende Kategorien wurden erstellt:

#### **UK 12113.1**

#### **Eigenverantwortung**

Beispielaussage(n)

für Gesundheit ist jeder selber verantwortlich (G89/203); teilweise an den Chefitäten teilweise bei uns selber (D53/103)

#### **UK 12113.2**

#### **Verantwortung der Führungskräfte**

Beispielaussage(n)

teilweise an den Chefitäten teilweise bei uns selber (D53/103)

#### **12.1.1.4. Skepsis gegenüber Projekt**

Die Kategorie ‚Skepsis gegenüber Projekt‘ umfasst alle jene Aussagen, die sich auf Vorbehalte und Bedenken gegenüber dem Projekt, der Umsetzung und der Projektziele beziehen und wie diese Vorbehalte verringert wurden. Dabei sind folgende Unterkategorien gebildet worden:

##### **UK 12114.1**

##### **Generelle Vorbehalte zu Projektbeginn**

Beispielaussage(n)

da hat eigentlich ein jeder gesagt, das ist ein Blödsinn, was tun wir mit dem? (H94/216); ich gehe in jedes Projekt unheimlich skeptisch hinein (G91/208); am Anfang ist sicher irgendwo eine Skepsis da (C36/71a);

##### **UK 12114.2**

##### **Zweifel an Umsetzung**

Beispielaussage(n)

ich bin unheimlich skeptisch gegen solche Sachen, weil da werden dir hunderttausend Prügel vor die Füße gelegt (G79/186); ist ja oft so, dass ein Projekt gemacht wird, wo man dann sagt „Wer weiß, ob sich da was ändern wird“ (C36/71b) das Vertrauen, dass sich was verändert ist nicht sehr groß, weil es ist entweder mit Zeit oder Investition verbunden, wo der Mitarbeiter glaubt „Jetzt haben wir mal geredet darüber, aber es wird sich nicht viel ändern“ (B24/38)

##### **UK 12114.3**

##### **Vermutung versteckter Projektziele**

Beispielaussage(n)

es steckt hinter jedem Projekt irgendwo ein Gedanke von der Firma her, der was bringen soll (C35/69); die 10. Firma, die diese Firma durchleuchtet, wo Kosten gespart werden können und dann kommt dieses Projekt Gesundheit; na ja, mit welche Erwartungen gehst du dort hin, wenn du genau weißt, wo die anderen 10 Sachen hingeführt haben: zur Reduktion der Mitarbeiter (G83/190)

##### **UK 12114.4**

##### **Skepsis verringerte sich mit zunehmender Information**

Beispielaussage(n)

es ändert sich sicher, wenn die Leute mal wissen, um was es geht, was man will (C36/72); wie wir dann zusammen gesessen sind und der Moderator das Ganze erklärt hat, da soll was geschehen, der Vorstand will, dass wir gesund bleiben, ist ja auch verständlich ... aber es kommt ja auch uns zu Gute (H94/217)

### 12.1.1.5. Erwartungen

Die Kategorie ‚Erwartungen‘ beinhaltet alle Aussagen, die die Befragten zu den Erwartungen an das Projekt sowie zur Erfüllung dieser Erwartungen zum Ausdruck gebracht haben. Folgende Unterkategorien wurden gebildet:

|                    |  |
|--------------------|--|
| UK 12115.1         | Keine Erwartungen  |
| Beispielaussage(n) | eigentlich weniger, weil das vorher nicht so bekannt war, um was es da genau geht (F70/160); nein, absolut nicht, um Gottes Willen, nein (G83/189), also nichts wo ich mir denke, da schaut was für uns raus (G84/191) |
| UK 12115.2         | Verbesserungen erwartet  |
| Beispielaussage(n) | ich hab schon gehofft, dass irgendwelche Verbesserungen und Arbeitserleichterungen für uns herauskommen (H95/219a); dass gewisse Kleinigkeiten besser werden, weil großartiges kann man nicht verändern (E58/114)      |
| UK 12115.3         | Erwartungen teilweise erfüllt  |
| Beispielaussage(n) | teilweise schon, ja, wir haben zum Beispiel Unterwäsche bekommen (H95/219b)  |
| UK 12115.4         | Erwartungen nicht erfüllt  |
| Beispielaussage(n) | am Anfang große Erwartungen, aber ich war dann auch enttäuscht und ich hab gesagt, hätten wir es nicht gemacht, wäre es gescheiter gewesen (D49/97)  |

### 12.1.2. Prozesserleben des Projektes

Der Themenbereich ‚Prozesserleben des Projektes‘ beinhaltet jene Kategorien, die dem subjektiven Wahrnehmen und Erleben der Interviewten bezüglich der Durchführung und der Rahmenbedingungen des Projektes zugeordnet werden können.

### 12.1.2.1. Gruppengespräche

Die Kategorie ‚Gruppengespräche‘ beinhaltet jene Unterkategorien, die mit dem subjektiven Erleben der Gruppengespräche in Verbindung gebracht werden können. Dabei geht es um die Bedingungen unter denen die Gruppengespräche stattgefunden haben und um die Partizipationsmöglichkeit der Teilnehmenden und wie diese von ihnen erlebt wurde. Die Aussagen konnten folgenden Unterkategorien zugeordnet werden:

#### UK 12121.1

#### Gutes Klima in den Gruppengesprächen

Beispielaussage(n)

da war eine gute Atmosphäre (H93/211);

#### UK 12121.2

#### Konstruktive Gruppengespräche

Beispielaussage(n)

durch die Gespräche ist dann schon was wirklich konstruktives herausgekommen (G84/192)

#### UK 12121.3

#### Teilnehmende konnten sich mit ihren Themen einbringen

Beispielaussage(n)

freilich hat ein jeder was sagen können, was für welche Sorgen hat jeder und was für welche Leiden (E58/111); es ist schon so, wenn wir da so Gruppen haben, dass jeder erstens einmal gefragt wird, jeder seinen Senf einbringen kann und ja irgendwie auch respektiert wird (C34/63); da ist reihum gefragt worden, jeder einzelne zu Wort gekommen, kaum einer ausgelassen worden (B23/35)

#### UK 12121.4

#### Durch Anonymität Ansprechen von Problemen möglich

Beispielaussage(n)

das war ja auch anonym und weil es wirklich Probleme gegen hat oder auch noch gibt, die sind dann schon angesprochen worden (B23/37); da war der Vorgesetzte nicht dabei, man hat das schon ansprechen können (G58/112)

#### UK 12121.5

#### Thema nicht eingebracht – wollte Thema nicht ansprechen

Beispielaussage(n)

ich glaub, dass sich viele Leute nicht damit auseinander setzten; ich glaub, dass die mit dem Begriff (Anm.: Stress) noch nicht umgehen können und ich will das nicht anzünden, ich will mich da nicht wichtig machen (G82/187)

#### UK 12121.6

#### Problemanalyse in der Gruppe positiv erlebt

Beispielaussage(n)

wenn mehr Leute reden, kommen natürlich mehr Meinungen und mehr Sachen zum Vorschein (C34/62); wir haben uns eigentlich recht gut zusammen geredet und es ist im Endeffekt ein Konsens herausgekommen, was unsere Probleme sind (H91/215)

## UK 12121.7

### Unterstützung durch die Gruppe beim Ansprechen von Problemen und in der Umsetzung

Beispielaussage(n)

wo es ein wenig abgeschoben wird, es betrifft ja nur den, aber es gibt viele Sachen, die die anderen auch betreffen und das kann man dann mittragen (C34/64); hat man in der Gruppe gesagt „Das wäre nicht schlecht.“, dann hat der andere gesagt „Ah ja, stimmt.“ und dann hat man das nachher weiterverarbeitet; sonst war halt immer der einzelne mit seinen Gedanken; der einzelne verweilt im Gedanken, aber die Gruppe setzt es um (E63/127)

## UK 12121.8

### Partizipation

#### Partizipation positiv

Beispielaussage(n)

da setzt man sich auch ein wenig mehr ein, weil man sagt, ich kann was bewirken im Unternehmen (H101/238); da hat man eigentlich das Gefühl gehabt, man kann was bewirken (H94/213)

#### Partizipation negativ

Beispielaussage(n)

Das ist eine Belastung. Das sagen viele: „Wieso sind jetzt auf einmal wir zum Denken da?“ Normal denkst dir, dass zum Denken die anderen da sind und du bist der Ausführende. Aber jetzt sollst du dir selber auch noch Gedanken machen ... und was ändern am Werk. Das ist natürlich schon eine Wahnsinnsbelastung (F72/168) ... und immer noch mehr Verantwortung. Das macht natürlich auch nicht alle gesund (F72/169)

## UK 12121.9

### Anpassen der Forderungen an die Möglichkeiten des Unternehmens

Beispielaussage(n)

aber wenn es im Rahmen ist das Ganze, dann wird das auch gemacht. Da gibt es überhaupt kein Problem. Überzogene Wünsche, gut das wird man sowieso nirgends bekommen (H100/236); auch wenn man Veränderungen braucht, die wirklich im Rahmen sind, ist das alles wirklich überhaupt kein Problem (H100/234)

## UK 12121.10

### Resignation bei fehlender oder zu langsamer Umsetzung

Beispielaussage(n)

am Anfang ist die ersten paar mal immer gleich alles voll Euphorie; wenn es dann alles ein wenig langsamer wird, dann lässt das auch gleich wieder nach; dann heißt es „Bringt eh nichts. Ist eh wurscht.“; wenn man sieht, es geht nicht viel weiter, dann verliert ein jeder ein wenig das Interesse (F73/173);



### **12.1.2.2. Rolle der Delegierten**

Die Kategorie ‚Rolle der Delegierten‘ beinhaltet all jene Aussagen die von Befragten getroffen wurden, die in den Gruppengesprächen zu Delegierten gewählt wurden. Dabei konnten folgende Unterkategorien identifiziert werden:

|                    |   |
|--------------------|---|
| <b>UK 12122.1</b>  | <b>Kontaktperson für Gruppe</b>   |
| Beispielaussage(n) | ich bin für meine Gruppe ein bisschen die Kontaktperson geworden (E63/129)  |
| <b>UK 12122.2</b>  | <b>Informationsweitergabe</b>   |
| Beispielaussage(n) | und ich hab meine Gruppe dementsprechend informiert, dass sie auch gewusst haben, was passiert und was passiert nicht (E56/107); und da redet man ein wenig darüber; das hab ich von mir aus getan, weil wieso soll ich es den anderen vorenthalten (E57/109) |
| <b>UK 12122.3</b>  | <b>Verantwortliche für Umsetzung waren den Delegierten bekannt</b>  |
| Beispielaussage(n) | das war nicht schlecht, weil ein jeder hat nachher sein Aufgabengebiet gehabt und man hat gewusst, wen man ansprechen kann über den Status, wie es aussieht, was weiter gegangen ist oder nicht (E56/106)   |

### **12.1.2.3. Rolle der Vorgesetzten**

Die Kategorie ‚Rolle der Vorgesetzten‘ umfasst alle Aussagen, wie die Befragten ihre Vorgesetzten während des Projektes aber auch darüber hinaus wahrgenommen haben. Dabei wurden die folgenden Unterkategorien gebildet:

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>UK 12123.1</b>  | <b>Ansprechperson bei Problemen und Gesundheitsbelangen</b>  |
| Beispielaussage(n) | wenn irgendwo ein Problem auftaucht, dann kann ich auch zum Vorgesetzten gehen, das muss man schon sagen (C38/80); die nächste Anlaufstation ist der Meister, kann der das auch nicht erreichen, dann steht einem jeden der Weg zum Chef offen; da gibt es überhaupt kein Problem, dass man heute bis zum Chef vordringt (G86/197); man kann jeder Zeit mit dem Vorgesetzten reden, mit dem Meister oder Techniker, wenn irgendwas geändert wird (H96/222) |

UK 12123.2

mehr Anerkennung gewünscht

Beispielaussage(n)

am Jahresende werden wir bedankt für die Arbeitsleistung über das Jahr und das glaub ich, ist auch wenig, empfinde ich schon (B32/61)

#### **12.1.2.4. Wahrgenommene Information**

In der Kategorie ‚Wahrgenommene Information‘ sind alle Aussagen zusammengefasst, die die Interviewten zu der von ihnen subjektiv wahrgenommenen Information gemacht haben. Dabei wurden die zum Projektbeginn und in Bezug zur Umsetzung registrierten Informationen erfasst, sowie die wahrgenommenen Informationswege. Dabei entstanden folgende Unterkategorien:

UK 12124.1

Keine Information zu Projektbeginn

Beispielaussage(n)

es ist wenig Info gewesen (G83/188); genau ist das am Anfang nicht herausgekommen, um was es da jetzt eigentlich geht (E58/113); es war vorher nicht so bekannt, um was es da genau geht (F70/158)

UK 12124.2

Wahrgenommene Informationswege

Schwarzes Brett H97/225b; C39/81; F67/138a  
Schriftliche Einladung H97/225a  
Vorgesetzte, Betriebsrat A8/14

UK 12124.3

Wahrgenommene Information über die Umsetzung

Kollegen C40/82  
Schwarzes Brett C39/81a  
eigene Wahrnehmung C39/81b; A16/27

UK 12124.4

Mündliche Information als bedeutend erachtet

Beispielaussage(n)

Kommunikation ist wirklich das Wichtigste überhaupt, weil wenn ich da 20 Zettel aufhänge, schaut es zwar gut aus, aber lesen tut es keiner (A12/22)

### 12.1.2.5. Nutzen des Projektes

Die Kategorie ‚Nutzen des Projektes‘ enthält die Aussagen zum Nutzen des Projektes für die Beschäftigten und zum vermuteten Nutzen des Unternehmens:

UK 12125.1

Nutzen für die Beschäftigten:  
Erhalt der eigenen Gesundheit

Beispielaussage(n)

weil meine Fitness nehme ich mir mit nach Hause, die lass ich ja nicht in der Arbeit (G91/207); kommt ja auch mir zu gute, wenn man gesund ist (H94/218b); kann gesund in die Pension gehen (A7/12)

UK 12125.2

Vermuteter Nutzen des Unternehmens:  
Senkung der Unfälle und Krankenstände; Leistungsfähigkeit und Verfügbarkeit der Mitarbeiter

Beispielaussage(n)

die Firmenleitung sagt, je mehr gesunde Leute ich habe, desto länger können sie für mich arbeiten, desto weniger sind sie im Krankenstand und desto mehr Leistung bringen sie mir (F68/143); natürlich mit dem Hintergedanken, dass man gesund bleibt, dass man lange seine 100 %ige Leistung bringt (G91/206); dass auch die Älteren ein wenig gesünder bleiben, dass sie länger arbeiten können (H94/218a);

### 12.1.2.6. Projektdauer und -abgrenzung

In der Kategorie ‚Projektdauer und -abgrenzung‘ sind alle jene Aussagen eingeordnet, die sich auf die Projektdauer beziehen. Zudem wurde die Schwierigkeit der Abgrenzung des Projekts ‚Herausforderung – Gesund am Arbeitsplatz‘ gegenüber anderen Gesundheitsprojekten in einer eigenen Unterkategorie festgehalten. Dabei wurden folgende Unterkategorien gebildet.

UK 12126.1

Bedürfnis nach Projektkontinuität

Beispielaussage(n)

(H101/240); sollte auf Dauer umgesetzt werden, weil wer weiß, wie lange wir noch arbeiten müssen (H101/241); das Ganze soll weiterlaufen und nicht einschlafen; der Vorstand soll schauen, dass da was geschieht (102/242) viele haben dann gesagt, das war eigentlich umsonst; die machen immer nur so Projekte und dann nur mehr halb und halb und dann ist es wieder weg (D49/96); aber dass die Gesundheit wieder Thema wird, würde ich mir eigentlich so ein Projekt jetzt wieder wünschen (B29/58)

UK 12126.2

Abgrenzung des Projektes gegenüber anderen Projekten schwierig

Beispielaussage(n)

das ist jetzt mehr eingeschlafen (F75/179); auf einmal ist keine Einladung mehr zu einer Runde gekommen (F75/164); aufhören in diesem Sinne tut es eigentlich überhaupt nicht, wir haben zusätzlich zu dem Projekt noch ein zweites (A4/6); da gibt es verschiedenste Sachen, da geht es einmal um Gesundheit, da geht es um die Sicherheit (C35/68)

### 12.1.3. Effekte

Unter dem Themenbereich ‚Effekte‘ wurden alle Kategorien zusammengefasst, die die Auswirkungen, die zum einen auf die Gruppengespräche und zum anderen auch auf andere gesundheitliche Maßnahmen zurückzuführen sind, enthalten. Folgende Kategorien mit den jeweiligen Unterkategorien konnten dazu gebildet werden:

#### 12.1.3.1. Umsetzung der Verbesserungsvorschläge

Die Kategorie ‚Umsetzung der Verbesserungsvorschläge‘ enthält alle Aussagen die zu der subjektiv wahrgenommenen Durchführung bzw. Nicht-Durchführung der Verbesserungsvorschläge und deren Auswirkungen gemacht wurden. Dabei wurden folgende Unterkategorien identifiziert:

UK 12131.1

Positiv wahrgenommene Umsetzung der Verbesserungsvorschläge

|  |  |
|--|--|
| Baumwollunterwäsche                                  | C441/84; H95/220, F67/136; G84/193; E60/119a |
| Wartung und Sauberkeit der Bäder                     | E61/120                                      |
| Wasseruntersuchung                                   | C41/84; B25/41                               |
| Regelung für Arbeiten im Hitzebereich                | E59/118; B25/41                              |
| Personalaufstockung                                  | A14/24                                       |
| Pausenraum renoviert                                 | H95/220                                      |
| Gehörschutz Transporter                              | H100/237; B25/42                             |
| Nichtraucherraum                                     | C41/84                                       |
| Kleinteilewaschanlage                                | C41/84; B256/41                              |
| bessere Luft   | D46/91; A11/18                               |
| Gesundheitssitz                                      | A11/18                                       |
| Ausbesserung Schlaglöcher                            | D47/94; A11/18; B25/41                       |
| Schulungen für richtiges Heben und Umgang mit Stress | B26/45                                       |

**UK 12131.2****Keine Information über den Stand der Umsetzung**

Beispielaussage(n)

das kann ich eigentlich so genau nicht sagen, das verläuft sich öfters im Sand (F67/139)

**UK 12131.3****Nicht durchgeführte Verbesserungsvorschläge**

Transtexunterwäsche

- weil zu teuer F67/137
- weil nicht feuerfest G79/184
- weiß nicht E60/119b

Klimaanlage im Jausenraum

H96/224

Demag

D46/92

**UK 12131.4****Negativ wahrgenommene Umsetzung der Verbesserungsvorschläge: Koordination der Arbeitsabläufe bzw. Zusammenarbeit (D45/90; D46/95; B28/55)**

Beispielaussage(n)

das Problem ist angesprochen worden, richtig getan wurde nichts im Endeffekt ... im Wesentlichen hat sich nichts verändert (B28/55); nicht so richtig umgesetzt worden ... es ist ein bisschen auf eine andere Weise dann herausgekommen, was gar nicht richtig war (D48/95); und es ist nicht gleich besser geworden – im Gegenteil: es ist ins Negative gegangen ... hat sich dann aber schon gebessert (A13,14/30a);

**12.1.3.2. Kollegiale Kritik und gegenseitige Hilfeleistungen**

Die Kategorie ‚kollegiale Kritik‘ umfasst all jene Aussagen der Befragten, die das Hinweisen auf gesundheitsgefährdendes Verhalten sowie gegenseitig Hilfeleistungen und deren Auswirkungen betreffen. Dabei wurden folgende Unterkategorien gebildet:

**UK 12132.1****Hinweisen auf gesundheitsgefährdendes Verhalten**

Beispielaussage(n)

in gewissen Situationen sag ich sicher was; wenn die Leute ohne Brille schleifen und solche Sachen oder irgendwas in der Gegend herum liegt (E63/131); dann muss ich ihm das sagen und aufmerksam machen (D44/87) im Gegensatz zu früher passiert das sehr oft (G88/202)

**UK 12132.2****Hinweise werden vom Betroffenen positiv aufgenommen**

Beispielaussage(n)

jede Kritik hat was positives; wenn mich was stört, dann sag ich es auch, genauso will ich es auch bei mir haben; ich hab da kein Problem (E64/133)

UK 12132.3

Gegenseitige Hilfeleistung

Beispielaussage(n)

ich mein, dass ist irgendwo so unter Kollegen: „Ich helfe dir geschwind“; ich weiß nicht, ob das unmittelbar aus diesem Gespräch herauskommt, das hat es vorher auch gegeben (C37/76); da hilft man dann zusammen (H99/230)

UK 12132.4

Hilfeleistungen werden vom Betroffenen positiv aufgenommen

Beispielaussage(n)

und dich freut es ja auch, wenn du dich plagst und ein 20jähriger kommt her und sagt „Alter, soll ich dir helfen?“ (A3/4)

### **12.1.3.3. Gesundheitsgefährdendes Verhalten unter Zeitdruck**

Einige Aussagen der Interviewten konnten zu der Kategorie ‚gesundheitsgefährdendes Verhalten unter Zeitdruck‘ zusammengefasst werden. Dabei wurden folgende Unterkategorien gebildet:

UK 12133.1

Unter Arbeitsdruck/Ausnahmesituationen gesundheitsgefährdendes Verhalten

Beispielaussage(n)

wenn es schnell gehen muss, wenn es hitzig abläuft, da ist es im Endeffekt egal, ob du den Helm aufhast oder nicht (C41/85); es gibt immer wieder Sachen, die nicht so gesund sind, aber darüber kommst du nicht hinweg würde ich sagen (F75/178) das ist situationsbedingt, man kann nicht immer richtig Heben, das geht nicht immer (H98/226); es gibt einfach Situationen, da muss man etwas grausamer umgehen, weil es in dieser Situation nicht anders geht (E63/130) durch den Druck, die Arbeitsleistung auch zu erbringen, wird manches nicht so ernst genommen, was Gesundheit betrifft (B26/46)

UK 12133.2

Ausnahmesituationen werden in Kauf genommen

Beispielaussage(n)

dass man eine gewisse Betriebstreue entwickelt, wo ich sag, das hab ich ‚draußen‘ nicht und da nimm ich halt mal einen Dreck, eine Hitze oder was halt dann auch ist, leicht in Kauf (C42/86)

#### **12.1.3.4. Gesundheitsbewusstsein bereits vor Gruppengesprächen**

Aussagen darüber, dass das Gesundheitsbewusstsein bereits vor den Gruppengesprächen bestand, wurden in folgender Unterkategorie zusammengefasst:

UK 12134.1

Vorhandenes Gesundheitsbewusstsein bereits vor den Gruppengesprächen

Beispielaussage(n)

ich bin irgendwo immer sehr weitblickend, wann irgendwo was passieren könnte, was kann man machen, dass nichts ist; aber so unmittelbar aus den Gesprächen, dass ich sagen könnte, ich mach das und das jetzt besser, könnte ich nicht sagen (C37/75); ich hab schon immer eine gute Einstellung zur Gesundheit gehabt ... ich hab das auch vorher gemacht und hab durch die Gruppengespräche nicht anders handeln brauchen (G88/201)

#### **12.1.4. Thematisierung der Gesundheit**

Das Thema Gesundheit kommt in den untersuchten Bereichen immer wieder in verschiedenen Situationen, Maßnahmen und Projekten zur Sprache. Dabei konnten folgende Unterkategorien identifiziert werden:

UK 12141.1

Gesundheit wurde in den letzten Jahren mehr thematisiert

Beispielaussage(n)

früher war das nicht so ein Thema, das hat sich auch erst in den letzten Jahren herauskristallisiert (D52/101); das ist jetzt das volle Thema da herinnen seit ein paar Jahren ... dass da jetzt allgemein relativ großen Wert darauf gelegt wird (F69/155) auf alle Fälle ist das jetzt mehr Thema (E64/134)

UK 12141.2

Unfall- und Beinahunfallmeldungen

Beispielaussage(n)

da gibt es Unfallanalysen und Beinahunfälle; wenn mir was fast passiert wäre, dann geh ich auch und sag, da müsste man was tun, damit das nicht mehr sein kann (C40/83); und beim Unfall, dass geht eh alles über die Vorschrift (F69/156)

UK 12141.3

Sicherheitsviertelstunde

Beispielaussage(n)

in der Sicherheitsviertelstunde, da ist Gesundheit sicher ganz was Wichtiges (G86/199); wir reden recht viel über die Sachen, weil wir eine Sicherheitsviertelstunde haben (D51/100);

UK 12141.4

Durch andere Projekte und Maßnahmen

Beispielaussage(n)

für mich zieht sich da so ein roter Faden, ich schau auf die Mitarbeiter und investiere das in die Mitarbeiter (B26/430); zur Zeit ist ja auch das Projekt ‚einfach besser‘, da ist es ein bisschen einfacher (E63/128); Thema durch Ernährung und Schulung für Hochofenzustellung (F69/144)

UK 12141.5

Gesundheitsangebote der Firma

Beispielaussage(n)

bei uns kann ein jeder Kurse machen, ganz wurscht ob es der Kleinste oder einer ganz oben ist (A17/29); wir fahren alle fünf Jahre auf Erholungsfahrten, das gehört auch zur Gesundheit (F75/181)

## 12.2. Ergebnisse Unternehmensbereich B

Die Ergebnisse des Interviews im Bereich B sind zu fünf Themenbereichen zusammengefasst. Die ersten vier Bereiche entsprechen denen des Bereich A: Vorbedingungen, Prozesserleben des Projektes, Effekte und Thematisierung der Gesundheit. Der fünfte Themenbereich betrifft die Rückkehr- und Integrationsgespräche, die im Bereich B aber nicht im Bereich A durchgeführt werden. Zu den jeweiligen Themenbereichen sind wiederum Kategorien und Unterkategorien gebildet worden, die zum Teil den Kategorien und Unterkategorien des Bereich A entsprechen, jedoch gibt es auch einige thematische Schwerpunktverlagerungen. Die Unterkategorien werden wieder mit Beispielaussagen veranschaulicht.

### 12.2.1. Vorbedingungen

Dem Themenbereich ‚Vorbedingungen‘ sind wiederum jene Kategorien zugeordnet, die die Grundlage für ein individuelles gesundheitsbewusstes Verhalten sind und auch als Vorbedingungen für die Durchführung des Projektes ‚Herausforderung – Gesund am Arbeitsplatz‘ gesehen werden.



### **12.2.1.1. Subjektive Definitionen von Gesundheit**

Die Kategorie ‚Subjektive Definitionen von Gesundheit‘ enthält alle jene Aussagen, die sich auf die individuellen Sichtweisen von Gesundheit und wie diese in Erscheinung tritt, beziehen. Dabei wurden folgende Unterkategorien gebildet:

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>UK 12211.1</b>  | <b>Körperliche und psychische Gesundheit</b>   |
| Beispielaussage(n) | nicht nur die körperliche Gesundheit, es gibt auch die geistige Gesundheit (I103/465); weil wenn ich jetzt irgendwen herunter setze, der fühlt sich halt dann schlechter, weil manche sind halt mehr angerührt und fühlen sich dadurch kränklicher (O164/478)  |
| <b>UK 12211.2</b>  | <b>Gesundheit als soziales Wohlbefinden</b>  |
| Beispielaussage(n) | das ganze Umfeld; wenn ich gesund bin, kann ich mit den Kollegen gut arbeiten, kann ich mit den Freizeitkollegen besser umgehen (K127/470); fühle mich gesund, wenn ich schon alleine gern in die Arbeit gehe (O164/477); dass das Umfeld passt, zu Hause in der Familie und in der Arbeit alles in Ordnung ist (J118/468) |
| <b>UK 12211.3</b>  | <b>Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit</b>  |
| Beispielaussage(n) | dass ich mich bewegen kann, dass ich aufstehen kann ohne Schmerzen (P178/480); die körperlich Verfassung, wenn mir nichts weh tut (M145/474)   |
| <b>UK 12211.4</b>  | <b>Gesundheit als Kontinuum</b>  |
| Beispielaussage(n) | einer fühlt sich schlecht, wenn er ein bisschen was hat und der andere kann das überspielen (O164/476); einer, der im Rollstuhl sitzt kann gesünder sein, als wie einer der fit ist, der glaubt fit zu sein (P178/479)   |

### **12.2.1.2. Beweggründe für gesundheitsbewusstes Verhalten**

In der Kategorie ‚Beweggründe für gesundheitsbewusstes Verhalten‘ sind alle jene Aussagen enthalten, die als Veranlassung zum gesundheitsbewussten Verhalten gesehen werden können. Die folgenden Unterkategorien wurden gebildet:

|                    |   |
|--------------------|---|
| <b>UK 12212.1</b>  | <b>Gesundheitliche Probleme</b>   |
| Beispielaussage(n) | speziell durch mein Kreuz überleg ich zuerst, ob man das nicht anders nehmen kann (P179/437); dann spürst du es im Kreuz und darum machst du es ein wenig anders (L139/339) |

#### UK 12212.2

Beispielaussage(n)

#### Fortgeschrittenes Alters

je älter man wird, umso mehr fangt man zum Denken an; früher sind wir rein in die Staubwolke und haben geschaufelt, heute tust du es nicht mehr (M148/367); etwas Schweres hab ich früher einfach aufgehoben, heute überlegt man, ob man es doch ein wenig anders nimmt, um den Körper nicht zu belasten (P182/448)

#### UK 12212.3

Beispielaussage(n)

#### andere Personen

mein damaliger Vorarbeiter hat mich immer darauf aufmerksam gemacht und dann fängst selber auch zum Denken an (N159/396); man nimmt das an, was die da machen; man lernt von den Alten die da sind, da wird man mit der Zeit auch kritischer (I108/248b)

#### UK 12212.4

Beispielaussage(n)

#### Motivation durch bereits erfolgreiches gesundheitsbewusstes Verhalten

jetzt bin ich viel bewusster mit dem Speisen und Trinken und habe abgenommen (K129/309); habe zum Rauchen aufgehört und da schau ich jetzt, dass ich mit dem Essen aufpasse (L139/337)

### **12.2.1.3. Verantwortung für Gesundheit**

Die Kategorie ‚Verantwortung für Gesundheit‘ beinhaltet alle Aussagen, die sich auf die Verantwortlichkeit bezüglich der Gesundheit im Unternehmen beziehen. Folgende Kategorien wurden erstellt:

#### UK 12213.1

Beispielaussage(n)

#### Eigenverantwortung

Jeder ist selber verantwortlich für die Gesundheit, da muss jeder selber was machen daraus (L138/335); selber kann man es ändern, weil entweder arbeitet man gegen seine Gesundheit oder nicht gegen die Gesundheit (M145/358)

#### UK 12213.2

Beispielaussage(n)

#### Verantwortung der Führungskräfte

Die Vorgesetzten haben ja für uns die Verantwortung (L139/336); ein schlechter Vorgesetzter macht den Betrieb krank und wenn ich die Leute im Kopf einmal krank mache, dann passt da nichts mehr (O170/421)

#### **12.2.1.4. Erwartungen der Belegschaft**

Die Kategorie ‚Erwartungen‘ umfasst all jene Aussagen, die die Befragten zu den Erwartungen vom Projekt sowie zur Erfüllung dieser Erwartungen geäußert haben. Folgende Unterkategorien konnten dabei gebildet werden:

|                    |   |
|--------------------|---|
| <b>UK 12214.1</b>  | <b>Keine Erwartungen</b>  |
| Beispielaussage(n) | man muss sich das erst mal anhören, damit man sich ein Bild machen kann; (J122/288) |
| <b>UK 12214.2</b>  | <b>Erwartung, dass das meiste umgesetzt wird</b>                                    |
| Beispielaussage(n) | das was dort gefragt wird, das meiste auch umgesetzt wird; (L138/332)               |
| <b>UK 12214.3</b>  | <b>Erwartungen erfüllt</b>  |
| Beispielaussage(n) | für mich ist es erfüllt worden (L138/333)   |

#### **12.2.2. Prozesserleben des Projektes**

Der Themenbereich ‚Prozesserleben des Projektes‘ umfasst jene Kategorien, die dem subjektiven Wahrnehmen und Erleben der Interviewten in Bezug auf die Durchführung und der Rahmenbedingungen des Projektes zugeordnet werden können.

##### **12.2.2.1. Gruppengespräche**

Die Kategorie ‚Gruppengespräche‘ beinhaltet jene Unterkategorien, die mit dem subjektiven Erleben der Gruppengespräche in Verbindung gebracht werden können. Dabei geht es um die Bedingungen unter denen die Gruppengespräche stattgefunden haben und um die Partizipationsmöglichkeit der Teilnehmenden und wie diese von ihnen erlebt wurde. Folgende Unterkategorien konnten dabei gebildet werden:

|                    |  |
|--------------------|--|
| <b>UK 12221.1</b>  | <b>Gutes Klima in den Gruppengesprächen</b>  |
| Beispielaussage(n) | die Leute konnten reden, wie ihnen der Schnabel gewachsen war (J120/280); das Klima war an und für sich gut (I110/251) |

#### UK 12221.2

Beispielaussage(n)

#### Teilnehmende konnten sich mit ihren Themen einbringen

da hat man relativ viel sagen können (O165/411); jeder hat Fragen stellen können (N156/386); es war ruhig und jeder hat reden dürfen (I110/252)

#### UK 12221.3

Beispielaussage(n)

#### Gruppe als Unterstützung beim Ansprechen von Problemen

wenn das eine Gruppe ist, dann kommen die (Anm.: jene, die sich nichts ansprechen trauen) ein wenig mehr heraus (L144/356)

#### UK 12221.4

Beispielaussage(n)

#### Sichtweisen anderer Mitarbeiter erfahren

man sieht mal welche Einstellungen der einzelne Mitarbeiter hat (L139/340), da kann man sich was mitnehmen (L140/341)

#### UK 12221.5

Beispielaussage(n)

#### Moderation als Unterstützung erlebt

der Moderator war irrsinnig angenehm, der war so ein wenig fordernd (I110/253)

#### UK 12221.6

Beispielaussage(n)

#### Partizipation

##### Partizipation positiv erlebt

dass die Mitarbeiter mitwirken können, weil die Vorgesetzten können das ja nicht beurteilen, wie es dem Mitarbeiter draußen geht, das muss vom Mitarbeiter selber kommen (L144/352)

##### Partizipation negativ erlebt

Beispielaussage(n)

vor 20 Jahren war Mitdenken nicht gefordert und das soll jetzt über Projekte aufgeholt werden; das funktioniert nicht (I113/262)

#### UK 12221.7

Beispielaussage(n)

#### Anpassen der Forderungen an die Möglichkeiten des Unternehmens

##### Anpassen der Forderungen – positiv

es kommt darauf an, was man will, weil unverschämt darf man halt auch nicht werden (J118/273)

##### Anpassen der Forderungen – negativ

Beispielaussage(n)

aber bei uns heißt es da immer, das kostest so viel Geld und da müssen wir einen Mann sparen. Ich will keine so Demag haben und dann muss ich einen Mann weg tun; so was würde ich nicht tun ... nur weil wir auf Regie arbeiten, ist die Sache bei uns anders; (D50/104a)

#### UK 12221.8

#### Resignation nach mehrmaliger Enttäuschung

Beispielaussage(n)

... und wenn ich dreimal enttäuscht werde, dann kann es eben passieren „Wisst ihr was, tut was ihr wollt und wenn ihr was von mir braucht, dann macht euch den Sch... auch selber (I113/262a)

#### **12.2.2.2. Rolle der Delegierten**

Die Kategorie ‚Rolle der Delegierten‘ beinhaltet alle Aussagen, die von jenen Interviewten getroffen wurden, die in den Gruppengesprächen zu Delegierten gewählt wurden. Dabei konnten folgende Unterkategorien identifiziert werden:

#### UK 12222.1

#### Nachfragen bzgl. Umsetzungsstand der Verbesserungsmaßnahmen

Beispielaussage(n)

Wenn es geheißen hat, das könnt ihr machen lassen, dann haben wir natürlich selber fest nachgebohrt. (O176/423)

#### UK 12222.2

#### Informationsweitergabe

Beispielaussage(n)

habe Protokolle öffentlich liegen lassen, dass von unserer Gruppe ein jeder anschauen konnte (O171/422)

#### UK 12222.3

#### Vorwurf der ‚Arbeitsflucht‘

Beispielaussage(n)

von manche hat man gehört „Ja, da kriegt ihr ein paar Stunden frei“ (O172/427)

#### **12.2.2.3. Rolle der Vorgesetzten**

Die Kategorie ‚Rolle der Vorgesetzten‘ umfasst alle Aussagen, wie die Befragten ihre Vorgesetzten während des Projektes aber auch darüber hinaus wahrgenommen haben. Dabei wurden die folgenden Unterkategorien gebildet:

#### UK 12223.1

#### Ansprechperson bei Problemen und Gesundheitsbelangen

Beispielaussage(n)

man geht meistens zum zuständigen Meister oder Betriebsleitung und da bringt man das vor (K128/306); da brauchst dann nur zum Vorarbeiter und dann wird darüber gesprochen und eine Lösung gesucht P181/442)

UK 12223.2

Verbesserter Kontakt zwischen Belegschaft und Vorgesetzten in den letzten Jahren

Beispielaussage(n)

sie sind zugänglicher geworden gegen früher (N159/397a); man wird jetzt mehr gehört als vor ungefähr 20 Jahren (L141/345b) Wer hat sich früher was zum Chef sagen getraut? Niemand. Mittlerweile ist die Angst vorm Chef weg (I111/258)

UK 12223.3

Wunsch der Belegschaft nach mehr Kommunikation mit den Vorgesetzten

Beispielaussage(n)

mir wäre lieber, wenn von oben ein wenig mehr kommen würde (N160/402); Ich wünsch mir einen Chef, der im Jahr zwei, drei mal Zeit hat für jeden Mitarbeiter (I117/269)

#### 12.2.2.4. *Wahrgenommene Information*

In der Kategorie „Wahrgenommene Information“ sind alle Aussagen zusammengefasst, die die Interviewten zu der von ihnen subjektiv wahrgenommenen Information gemacht haben. Dabei wurden die zum Projektbeginn und in Bezug zur Umsetzung registrierten Informationen sowie die wahrgenommenen Informationswege erfasst. Es entstanden folgende Unterkategorien:

UK 12224.1

Keine Information zu Projektbeginn wahrgenommen

Beispielaussage(n)

weiß nicht mehr so genau, glaub nicht, vorher nicht (L137/330); Es hat nur geheißen von der Gesundheit her (N157/338); da hat keiner genau gesagt was ist und das hat uns erst der Vortragende richtig gesagt (N157/388)

UK 12224.2

Wahrgenommene Informationswege

|                               |           |
|-------------------------------|-----------|
| Flugblätter                   | N156/385b |
| Rundschreiben                 | M146/360a |
| Betriebsrat und Projektleiter | N156/385a |
| Protokolle                    | L137/328  |

eigene Wahrnehmung der umgesetzten Verbesserungsvorschläge

Beispielaussage(n)

man sieht es eh selber (N161/404); wir haben dann einfach die Sachen bekommen (J120/281)

#### UK 12224.3

#### Schriftliche Information als unzureichend erachtet

Beispielaussage(n)

aber das ist halt auch immer so eine Sache für den Papierkorb; man überfliegt es und es ist schnell wieder vergessen (M146/360a); persönliche Gespräche sind immer besser als wenn du das liest (N160/400); mir wäre lieber, wenn von oben ein wenig mehr kommen würde (N160/401)

### **12.2.2.5. Projektdauer und -abgrenzung**

In der Kategorie ‚Projektdauer und – abgrenzung‘ sind alle jene Aussagen zugeordnet, die sich auf die Projektdauer beziehen. Die Schwierigkeit der Abgrenzung des Projekts ‚Herausforderung – Gesund am Arbeitsplatz‘ gegenüber anderen Gesundheitsprojekten wurde in einer eigenen Unterkategorie festgehalten. Dabei wurden folgende Unterkategorien gebildet.

#### UK 12225.1

#### Bedürfnis nach Projektfortsetzung und -kontinuität

Beispielaussage(n)

Gruppengespräche sollen weniger umfangreich wieder stattfinden, Probleme sollen weiter bearbeitet werden (L143/351); Projekt soll weitergehen (K133/314); Projekt hat zu wenig lang gedauert (J121/286)

#### UK 12225.2

#### Abgrenzung des Projektes gegenüber anderen Projekten schwierig

Beispielaussage(n)

Gruppengespräche sind im Sand verlaufen (I110/249); es laufen so viele Projekte im Jahr (I109/250); ich weiß nicht ist das ‚einfach besser‘ eine Weiterführung oder ist das wieder fallen gelassen worden (J126/301)

### **12.2.3. Effekte**

Unter dem Themenbereich ‚Effekte‘ wurden alle Kategorien zusammengefasst, die die Auswirkungen, die zum einen auf die Gruppengespräche und zum anderen auch auf andere gesundheitliche Maßnahmen zurückzuführen sind, enthalten.

### 12.2.3.1. Umsetzung der Verbesserungsvorschläge

Die Kategorie ‚Umsetzung der Verbesserungsvorschläge‘ enthält alle Aussagen, die zur subjektiv wahrgenommenen Durchführung der Verbesserungsvorschläge und deren Auswirkungen gemacht wurden. Dabei wurden folgende Unterkategorien gebildet:

| UK 12231.1 | Positiv wahrgenommene Umsetzung der Verbesserungsvorschläge   |
|------------|---|
|            | Temperaturregelung in Warte und im Bad<br>O165/413 + N155/383 |
|            | Temperaturregelung Umkleideräume<br>L136/324                  |
|            | Unterwäsche<br>M148/365; J120/279; L136/324                   |
|            | Gesundheitssessel<br>J120/279                                 |
|            | Rauchverbot im Speisesaal<br>L136/324                         |
|            | Lärmreduzierung Kran<br>L136/324                              |
|            | Ablösezeiten bei Schichtwechsel<br>L142/347                   |

| UK 12231.2         | Negativ wahrgenommene Umsetzung der Verbesserungsvorschläge:<br>Ablösezeiten und Wegfall von Erschwerniszulagen  |
|--------------------|--|
| Beispielaussage(n) | und jetzt machen sie das, dass wir mehr Information bekommen, aber da kommen sie wieder später vom Arbeitsplatz weg, das ist ihnen auch nicht recht (L142/348); da haben sie was gemacht, dass der Kran leiser ist, dabei ist er herausgefallen aus dem SEG und jetzt bekommen sie wieder weniger, das ist ein negativer Effekt (L143/350) |

### 12.2.3.2. Kollegiale Kritik und gegenseitige Hilfeleistungen

Die Kategorie ‚kollegiale Kritik‘ umfasst alle Aussagen der befragten Personen, die das Hinweisen auf gesundheitsgefährdendes Verhalten sowie gegenseitige Hilfeleistungen und deren Auswirkungen umfassen. Dabei wurden folgende Unterkategorien identifiziert:

| UK 12232.1         | Hinweisen auf gesundheitsgefährdendes Verhalten  |
|--------------------|--|
| Beispielaussage(n) | meistens red ich sie darauf an, weil ich bin Vorarbeiter und ich bin verantwortlich für meine Leute (M149/369); der wird natürlich gleich aufmerksam gemacht „He, weißt eh, ohne Helm gibt es nichts“, also das ist Gang und Gebe (P181/445) wir sind verpflichtet, dass wir aufmerksam machen, ganz egal wer das ist (K130/310) |



UK 12232.2

Hinweise werden vom Betroffenen positiv aufgenommen

Beispielaussage(n)

ich find das gut, wenn man sich gegenseitig darauf aufmerksam macht (M149/371); ist mitunter lästig, aber ich finde es wichtig, ganz wichtig (I115/267)

UK 12232.3

Unterschiedliche Reaktionen der Kollegen

Beispielaussage(n)

das tun sie dann, aber manche sind unbelehrbar, sagen ist eh wurscht und manche tun es schon, die sagen „Hast eh recht, kann was passieren“ (L141/344); wenn du ihn normal anredest, dann wird er sich sicher daran erinnern (P182/447)

UK 12232.4

Gegenseitige Hilfeleistungen

Beispielaussage(n)

aber dass ich einem jeden weitergeholfen habe, der mich gefragt hat, das war vorher nicht; jetzt wenn mich irgendwer um was fragt und ich kann ihm helfen, dann helfe ich ihm (O172/425)

### **12.2.3.3. Gesundheitsgefährdendes Verhalten unter Zeitdruck**

Einige Aussagen der Befragten konnten zu der Kategorie ‚gesundheitsgefährdendes Verhalten unter Zeitdruck‘ zusammengefasst werden. Dabei wurde folgende Unterkategorie gebildet:

UK 12233.1

Gesundheitsgefährdendes Verhalten unter Zeitdruck und in unplanbaren Situationen

Beispielaussage(n)

Wenn es mal schnell gehen muss, dann steigt man vom Zug nicht, wenn er im Schritttempo fährt, sonder wenn er schneller ist (M145/357); uns wurden Aufwärmübungen gezeigt, aber ich sag, dass es ein Blödsinn ist, weil ich kann mich nicht vor jedem Zug aufwärmen (M147/362b); weil ich weiß ja nicht kommt der Zug rein oder nicht (M147/363)

### **12.2.3.4. Thematisierung Gesundheit nach den Gruppengesprächen**

In der Kategorie ‚Thematisierung nach den Gruppengesprächen‘ wurden jene Aussagen zugewiesen, die die Thematisierung der Gesundheit unter der Belegschaft nach den Gruppengesprächen betrafen. Folgende Unterkategorien wurden dazu gebildet:

UK 12234.1

Gesundheit vermehrt Thema - Gesundheitsbewusstsein wiederbelebt

Beispielaussage(n)

die Leute sind aufmerksamer gemacht worden und arbeiten wieder gesundheitsbewusster (J124/297); ich hab dann mehr gedacht dabei, was ich mir vorher sicher nicht gedacht habe (O172/424); die Leute sind dann hellhöriger geworden und haben so auch über Gesundheit gesprochen (N157/390)

UK 12234.2

Gesundheit nicht vermehrt Thema

Beispielaussage(n)

eigentlich nicht anders geworden, weil es weiß eh ein jeder was er zu tun hat und welche Vorschriften sind (J124/297)

## 12.2.4. Thematisierung von Gesundheit

Gesundheit wird in unterschiedlichen Situationen und Projekten bzw. Maßnahmen thematisiert. Dabei konnten folgende Unterkategorien herausgebildet werden:

UK 12241.1

Gesundheit wurde in den letzten Jahren mehr thematisiert

Beispielaussage(n)

sehr viel mehr, das war früher nicht so ein Thema, aber jetzt umso mehr (N155/381); Vor 20 Jahren ist man nach 8 Stunden nach Hause gegangen und war fertig; heute arbeitet man schon vernünftiger und mit Hirn (K133/313) das hat sich gewaltig geändert, früher hat es überall gestaubt, jetzt ist fast nichts mehr vorhanden (J119/274)

UK 12241.2

Unfall- und Beinahunfallmeldungen

Beispielaussage(n)

sollte was passieren, da brauchst du dann nur den Vorarbeiter und dann wird darüber gesprochen und eine Lösung gesucht (P181/443); da gibt es zwei Schienen, den Unfall und den Beinahunfall (I106/246)

UK 12241.3

Sicherheitsviertelstunde

Beispielaussage(n)

dann haben wir noch die Sicherheitsviertelstunde, die der Meister macht (O168/418); in der Sicherheitsviertelstunde wird sowieso geredet über Themen, wenn irgendwas vorfällt (P180/441)

UK 12241.4

Sicherheitsvertrauensperson

Beispielaussage(n)

da haben wir jedes Monat eine Sitzung, da kann jeder Zeit das eingegeben werden (J119/276)

UK 12241.5

Andere Projekte

Beispielaussage(n)

dann rennt das Projekt ‚einfach besser‘; wenn man was verbessern kann, wenn es um Gesundheit geht, gebe ich das ein und das wird relativ schnell behandelt (K128/307); ich war bei ein paar Projekten dabei, da wird schon viel gemacht (L134/317)

UK 12241.6

Gesundheitsangebote des Unternehmens

Beispielaussage(n)

und so auch die ganzen Angebote, wie das Nichtraucherseminar und die ganze Ernährung (L135/321); und die Fitnessstudios, die uns praktisch nichts kosten (K128/305)

UK 12241.7

Gesundheitsangebote des Unternehmens werden angenommen

Beispielaussage(n)

ich hab jetzt einen Fitness-Check machen lassen (P179/439); habe mich schon im Fitnesscenter angemeldet (L139/337b); ich hab mich ein bisschen gewehrt vor diesen Seminaren, aber sobald ich eines machen kann, fahr ich wieder, die sind wirklich gut (K132/312)

UK 12241.8

Mitbestimmung in Gesundheitsbelangen

Beispielaussage(n)

teilweise schon; in den großen Gruppen nicht, aber im kleinen, im eigenen Bereich schon (I108/247); wenn wir sagen, wir möchten das haben, weil das so ist und wir bekommen das zum Großteil (135/320)

### 12.2.5. Rückkehr- und Integrationsgespräche

Die Kategorie ‚Rückkehr- und Integrationsgespräche‘ umfasst all jene Aussagen, die sich auf die eingeführten Gespräche beziehen. Folgende Kategorien wurden gebildet:

UK 12251.1

Unklarheit über Existenz Rückkehr- und Integrationsgespräche

Beispielaussage(n)

nach einem Krankenstand muss man zum Chef, weiß nicht ob das stimmt (O176/435) für was die Gespräche sind, weiß ich nicht ((M153/379b) sind für Leute, die anfällig sind für Krankenstand (P184/450)

UK 12251.2

Unklarheit über Intention der Rückkehr- und Integrationsgespräche

Beispielaussage(n)

halte das nicht für sinnvoll, wenn das unter Druck geführt wird, weil ja das eigentlich keine Motivation ist (P184/451); sollte mehr Toleranz da sein und nicht nach einem längeren Krankenstand gleich zum Chef müssen (O176/436)

UK 12251.3

wird als Bedrohung erlebt, ohne daran teilgenommen zu haben

Beispielaussage(n)

das ist ja kein Gespräch, das ist ja eine Drohung, dass du nicht mehr in den Krankenstand gehst; da wirst du hingestellt wie der größte Verbrecher; ich finde das unfair. (M153/379a)

## **13. Interpretation der Ergebnisse**

Die Ergebnisse wurden aufgrund der Übersichtlichkeit getrennt nach den Bereichen A und B präsentiert. Die Interpretation erfolgt jedoch in Zusammenschau der Ergebnisse beider Bereiche, da ein Großteil, wie schon in der Ergebnispräsentation deutlich wurde, übereinstimmt. Auf Unterschiede werde ich dann explizit eingehen, wenn sie auf die Art der Projektdurchführung oder auf spezielle Gegebenheiten, die nur in diesem Bereich anzutreffen waren, zurückzuführen sind. Abweichungen in der Kategorienerstellung, die nicht auf wesentliche Unterschiede zwischen den Bereichen A und B zurückzuführen sind, werden zusammenfassend interpretiert, da diese Unterschiede für die Aussagekraft der Interpretation unerheblich sind und es daher auch nicht sinnvoll ist, sie weiter zu differenzieren. Um die Interpretation anschaulicher zu gestalten, werden Aussagen aus den Interviews, die typisch für die jeweilige Kategorie sind, angeführt.

### **13.1. Interpretation der Kategorien**

#### **13.1.1. Subjektive Sichtweisen von Gesundheit**

Gesundheit wird vorwiegend positiv definiert und zwar als Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit und eher weniger negativ als Abwesenheit von Krankheit, Schmerzen oder anderen Beeinträchtigungen. Die Definitionen sind durchwegs komplex und umfassen zumeist mehrere Ebenen. So wird Gesundheit tendenziell ganzheitlich aufgefasst und die physische, psychische und soziale Dimension von Gesundheit in den subjektiven Sichtweisen miteingebunden. Die Gesundheitsdefinitionen umfassen sowohl Privat- als auch Berufsleben.

„Gesundheit ist sehr umfassend. Da denkt man zuerst mal an die körperliche Gesundheit. Aber es ist auch der Wohlfühlfaktor am Arbeitsplatz und auch privat sehr wichtig ... wie ernähre ich mich, wie geht es mir in der Arbeit und wie komme ich mit den Menschen um mich herum aus.“ (B21/456)

Gesundheit und Krankheit werden nicht als Gegensätze gesehen, sondern können gleichzeitig existieren. Der persönliche Gesundheitszustand wird bestimmt durch eine individuelle Positionierung, die je nachdem mehr in Richtung Gesundheit oder Krankheit erfolgt.

„Einer der im Rollstuhl sitzt kann gesünder sein, als wie einer der fit ist.“ (P178/479) „Es gibt einen, der ist früher krank, weil ihm irgendwas weh tut, der andere dem tut viel weh und ist trotzdem nicht krank.“ (C33/458)

Diese Auffassung entspricht dem Gesundheits-Krankheits-Kontinuum von Antonovsky, das die dichotome Sichtweise auflöst und die Position, die eine Person auf dem Kontinuum einnimmt, durch personale Risiko- und Schutzfaktoren bestimmt (s. S. 9). Die interviewten Personen zeigen ein sehr umfassendes Verständnis von Gesundheit, welches sich nicht auf die Abwesenheit von Krankheit und auf funktionale Leistungsfähigkeit, wie es nach Franzkowiak für die Arbeiterschicht charakteristisch wäre, reduzieren lässt (s. S. 6).

Dieses umfassende, ganzheitliche Gesundheitsverständnis der Beschäftigten spiegelt sich in den Problembeschreibungen und –analysen der Gruppengespräche wider, wo nicht nur ergonomische, sondern auch psychische und soziale Probleme, wie z.B. Stress oder Arbeitsklima angesprochen wurden. Zudem wird das ganzheitliche Gesundheitsverständnis im Projekt ‚Herausforderung – Gesund am Arbeitsplatz‘ dahingehend unterstützt, dass die Themenvorschläge, die von der Projektgruppe erstellt wurden, physische, psychische sowie soziale Aspekte berücksichtigen. Diese ganzheitliche Problembeschreibung und –analyse ist sicher nicht nur auf die Themenvorschläge der Projektgruppe zurückzuführen, da diese umfassende Sichtweise von Gesundheit von Seiten der Arbeiter schon vor den Gruppengesprächen vorhanden war. Jedoch ist der Themenkatalog eine adäquate Methode zur Unterstützung der Teilnehmenden im Ansprechen der Probleme, vor allem der ‚heikleren‘ Themen. Aus den komplexen subjektiven Sichtweisen wird deutlich, dass die Arbeiter für das Thema Gesundheit sensibilisiert und grundsätzlich offen sind. Diese Offenheit geht dennoch des öfteren mit einer Skepsis gegenüber dem Projekt einher, auf die ich später noch eingehen werde. Gesundheit wird auch in Verbindung mit der Arbeit und dem Arbeitsumfeld gesehen, was eine gute Basis für die Durchführung eines Projektes wie ‚Herausforderung – Gesund am Arbeitsplatz‘ ist.

„Wenn ich gesund bin, kann ich mit meinen Kollegen gut arbeiten.“ (K127/470); „Ich fühle mich gesund, wenn ich schon alleine gern in die Arbeit gehe.“ (O164/477); „Wohlfühlfaktor am Arbeitsplatz“ (B21/456)

Die ganzheitliche Sichtweise von Gesundheit der Arbeiter ist sicherlich auch darin begründet, dass im Bereich A und im Bereich B bzw. in der voestalpine Gesundheit in verschiedensten Zusammenhängen durch Maßnahmen und Projekte thematisiert wird und

somit die Arbeiter wiederholt mit diesem Gegenstand konfrontiert werden. Auf die Thematisierung der Gesundheit werde ich später noch genauer eingehen.

### **13.1.2. Beweggründe für gesundheitsbewusstes Verhalten**

Die Beweggründe für gesundheitsbewusstes Verhalten bestehen zum einen aus arbeitsbezogenen Motiven und zum anderen aus Motiven, die sich auf die Wahrnehmung von körperlichen Empfindungen und Beschwerden beziehen. Die lange Lebensarbeitszeit und das Bedürfnis nach dem Erhalt des Arbeitsplatzes veranlassen dazu, bewusst mit der Gesundheit umzugehen:

„Die meisten schauen eh selber bewusst, dass sie gesund bleiben, damit der Arbeitsplatz auch erhalten bleibt.“ (F66/135); „Wenn man denkt, dass man ewig lang noch arbeiten muss, ist es besonders wichtig, dass man auf die Gesundheit schaut.“ (H93/210)

Die Wahrnehmung körperlicher Beschwerden, die naturgemäß mit fortgeschrittenerem Alter zunehmen, sind Auslöser für ein Verhalten, bei dem die gesündere der sonst üblichen Verhaltensweise vorgezogen wird. Dieses bewusste Wahrnehmen des Körpers wird durch ein bestimmtes Ereignis, wie z.B. auftretende Kreuzschmerzen, ausgelöst.

„Speziell durch mein Kreuz überleg ich zuerst, ob man das nicht anders nehmen kann.“ (P179/437) „Bis 40 Jahre rennst du dem Geld nach und ab 40 rennst du der Gesundheit nach.“ (F77/183)

Der Anreiz zum gesundheitsförderlichen Verhalten erfolgt auch durch andere Personen, wie z.B. durch Vorarbeiter oder ältere Mitarbeiter, und durch bereits erfolgreich durchgeführtes gesundheitsbewusstes Verhalten, wie z.B. durch Gewichtsabnahme oder Aufgeben des Rauchens.

Wie in der Theorie der Handlungsveranlassung (s. S. 26) dargelegt, richtet sich menschliches Handeln auch danach, was wichtige andere von einem erwarten und welche Einstellung diese zum Verhalten haben. Deshalb ist es auch nachvollziehbar, dass durch das wiederholte Aufmerksammachen des Vorarbeiters gesundheitsförderliche Verhaltensweisen angenommen werden. In diesem Sinne ist es auch berechtigt, den Vorgesetzten eine wichtige Vorbildfunktion zuzusprechen (s. S. 60).

Natürlich kann der Aspekt des wichtigen anderen nicht isoliert als Auslöser betrachtet werden, sondern es sind noch weitere Faktoren, welche im Kapitel 5 angeführt wurden, von Bedeutung. Dennoch ist es durchaus sinnvoll eine ‚Kultur der kollegialen Kritik‘ zu pflegen, da dieses gegenseitige Aufmerksammachen ein externer Reiz zum gesundheitsbewussten Verhalten sein kann. Interne Auslöser sind das oben erwähnte

Körperbewusstsein und auch bereits erfolgreich durchgeführtes Gesundheitsverhalten, denn durch diesen Erfolg erleben Personen, dass sie aufgrund ihres Verhaltens ein gewünschtes Ergebnis erzielen können (Selbstwirksamkeitsüberzeugung) und dass sie Kontrolle über dieses Verhalten haben (Kontrollüberzeugung). Diese Erlebnisse führen dazu, dass bereits erfolgreich ausgeführtes Verhalten aufrecht erhalten werden kann und neues angeeignet wird.

Das Projekt ‚Herausforderung – Gesund am Arbeitsplatz‘ wurde zwar nicht als Beweggrund für gesundheitsbewusstes Verhalten genannt, jedoch können die Gruppengespräche als externer Anreiz gesehen werden. Freilich rufen diese nicht explizit gesundheitsbewusstes Verhalten hervor, sie geben aber einen Anstoß, sich mit diesem Thema auseinander zu setzen. Wie im Kapitel 5.5. dargestellt, müssen zu einer Verhaltensänderung mehrere Phasen durchlaufen werden. Die Gruppengespräche können bestimmt einen Beitrag dazu leisten, sich mit dem Thema Gesundheit auseinander zu setzen und so, wie es beim transtheoretischen Phasenmodell der Verhaltensänderung beschrieben wird, die Phase der Kontemplation einzuleiten. Zudem ist eine der Grundvoraussetzungen zur Verhaltensänderung, dass das Verhalten über einen längeren Zeitraum thematisiert wird, was bei der Durchführung des Projektes auch geschehen ist.

### **13.1.3. Verantwortung für die Gesundheit**

Bei der Verantwortung für die Gesundheit wird sowohl die Eigenverantwortung gesehen, als auch die Verantwortung der Führungskräfte für die Gesundheit der Belegschaft.

„Selber kann man was ändern, weil entweder arbeitet man gegen seine Gesundheit oder nicht gegen seine Gesundheit.“ (M145/358); „Ein schlechter Chef macht den Betrieb krank und wenn ich die Leute im Kopf einmal krank mache, dann passt da nichts mehr.“ (O170/421)

Diesen Aussagen nach zu urteilen, dürfte eher ein aktives Verhalten in Bezug auf Gesundheitsbelange gegeben sein als eine passive Erwartungshaltung der Beschäftigten. Das Erkennen der Eigenverantwortung ist eine gute Grundlage für die Gesundheitsförderung, die den Menschen als autonom handelndes Subjekt wahrnimmt bzw. gerade auch die Eigenverantwortung durch diese Sichtweise fördert (s. S. 53). Gesundheit wird aber nicht nur als die Verantwortung des einzelnen gesehen, sondern auch als die der Führungskräfte und Firma. Im Hinblick auf die Determinanten der Gesundheit (s. S. 14) beeinflussen individuelle Verhaltens- und Lebensweisen, aber auch das soziale Umfeld sowie die Lebens- und Arbeitsbedingungen und sozioökonomischen



Bedingungen die Gesundheit. Gesundheit ist also nicht nur die Verantwortung des einzelnen, sondern auch eine gesellschaftliche Verantwortung, die auch in Organisationen und Unternehmen wahrgenommen werden soll. Folglich kommt auch den Führungskräften eine Verantwortung für die Gesundheit der Belegschaft zu. Diese sind nicht nur Schlüsselkräfte in der BGF aufgrund der Vorbildfunktion für gesundheitsbewusstes Verhalten (s. S. 60), sondern sie können im Sinne des ‚Empowerments‘ die Beschäftigten zu diesem befähigen, indem dementsprechende Bedingungen hergestellt werden (s. S. 37).

#### **13.1.4. Skepsis gegenüber dem Projekt**

Vorbehalte gegenüber dem Projekt wurden explizit im Bereich A geäußert. Die Skepsis wurde sichtbar durch generelles Bedenken vor allem zu Projektbeginn und durch mangelndes Vertrauen in die Umsetzung der Verbesserungsvorschläge.

„Da hat eigentlich ein jeder gesagt, das ist ein Blödsinn, was tun wir mit dem?“ (H94/216);  
„Es ist ja oft so, dass ein Projekt gemacht wird, wo man dann sagt: ‚Wer weiß, ob sich da was ändern wird?‘“ (C36/71b)

Zurückhaltung gegenüber dem Projekt ist auch darauf zurückzuführen, dass ‚versteckte‘ Projektziele vermutet wurden. Es wurde befürchtet, dass gewisse Ziele nicht offen kommuniziert werden. So gab es u.a. die Annahme, dass dieses Projekt zur Reduzierung der Beschäftigten eingesetzt werden könnte.

„Die zehnte Firma, die diese Firma durchleuchtet ... und dann kommt das Projekt Gesundheit. Na ja, mit welchen Erwartungen gehst du dort hin, wenn du genau weißt, wo die anderen zehn Sachen hingeführt haben: zur Reduktion der Mitarbeiter.“ (G83/190).

Die Skepsis verringerte sich zumeist mit zunehmender Information. Die wesentliche Information, die zur Verringerung der Bedenken führte, wurde vor allem durch den Moderator/die Moderatorin in den Gruppengesprächen geliefert. Gerade zu Beginn eines Projektes verharren die Teilnehmenden oftmals in einer abwartenden Skepsis, wie auch Friczewski (1994, 22) belegt. Diese wird mit in die Gruppengespräche gebracht und muss dort von der Moderation aufgegriffen werden, um schließlich zu einer konstruktiven Arbeitsatmosphäre zu gelangen. Genauso ist eine schnelle Umsetzung der Verbesserungsvorschläge notwendig, damit die Erfolge sichtbar werden und die Dynamik erhalten bleibt (s. S. 72 und 77). Sie ist aber auch notwendig, um die Skepsis bezüglich der Realisierung zu verringern. Offenbar haben manche Beschäftigte aus früheren Projekten ‚gelernt‘, dass ‚nach Worten keine Taten‘ folgen und glauben nicht so ohne

weiteres an die Verwirklichung von Verbesserungsmaßnahmen. Zudem wurde die Erfahrung gemacht, dass durch die Anwesenheit von Unternehmensberatungsfirmen Arbeitsplätze eingespart wurden. Insofern ist es nachvollziehbar, dass dieses Projekt mit einer dementsprechenden Skepsis betrachtet wurde. Da eine der wesentlichen betrieblichen Belastungen die Arbeitsplatzunsicherheit ist (s. S. 43), ist es auch aus diesem Grund notwendig, Verbesserungsvorschläge schnell umzusetzen. Damit wird die Belastung der Unsicherheit reduziert und den Beschäftigten gezeigt, dass sie ernst genommen werden. Nicht nur die schnelle Umsetzung ist von Bedeutung, sondern genauso Umsetzungen, die tieferliegende Veränderungen nach sich ziehen, da gerade diese häufig eine nachhaltige Wirkung für gesundheitsförderliche Bedingungen mitbringen (s. S. 77). Wie auch aus den Aussagen ersichtlich, hat die Skepsis mit zunehmender Information, die erst im Gruppengespräch selber stattfand, abgenommen. Das bedeutet, wie auch bei der Kategorie Information ersichtlich wird, dass gerade zu Beginn eine umfassendere Information notwendig ist, um Bedenken aber auch Missverständnisse abzubauen.

Die Skepsis wurde allerdings so ausdrücklich wie oben dargelegt nur im Bereich A geäußert. Im Bereich B wurden Vorbehalte eher implizit durch Aussagen über z.B. negativ erlebte Partizipationsmöglichkeit oder durch Zurückhalten von Forderungen, um nicht Arbeitsplätze zu gefährden, gezeigt. Die weniger explizit geäußerte Skepsis im Bereich B könnte auf eine verstärkte Information zurückzuführen sein. Zwar wurden in den beiden Bereichen die gleichen Informationswege gewählt, jedoch wurde im Bereich B auch zusätzlich durch Flugblätter in den Warten und Aufenthaltsräumen informiert. Möglicherweise könnte auch eine verstärkte mündliche Information dazu beigetragen haben, da diese, wie weiter unten ausgeführt, wesentlich ist.

### **13.1.5. Erwartungen**

Zu Projektbeginn waren keine oder nur sehr unspezifische Erwartungen vorhanden. So wurde generell einfach eine Verbesserung erhofft oder eine Umsetzung der meisten Anliegen, ohne jedoch genauere Vorstellungen davon gehabt zu haben. Nachdem keine oder sehr ungenaue Erwartungen vorhanden waren, wurde ebenso sehr pauschal angeführt, dass die Erwartungen erfüllt bzw. teilweise erfüllt wurden. Die unverbindliche Erwartungshaltung könnte darauf zurückgeführt werden, dass die Ziele des Projektes und

der Gruppengespräche im Vorhinein nicht genügend transparent waren. Es wurde zwar über das Projekt informiert, aber möglicherweise waren die Projektziele nicht ‚greifbar‘ für die Beschäftigten. Zum anderen liegt es nahe, dass keine Erwartungen aufgebaut werden, wenn zu Projektbeginn große Skepsis vorhanden ist. Da ohnehin schon Vorbehalte gegenüber dem Projekt vorhanden sind, ist es verständlich, wenn die Beschäftigten sich keine Erwartungen setzen, um nicht enttäuscht zu werden. Allenfalls könnte die passive Haltung auch daher kommen, dass die Skepsis noch tiefer sitzt und eine Resignation hervorruft, die in der Geschichte der Organisationskultur begründet und nicht einfach auflösbar ist. Auf diese Resignation werde ich im Kapitel 13.1.6. noch genauer eingehen.

Ein Befragter des Bereiches A gab an, dass seine Erwartungen nicht erfüllt wurden. Die Erwartung war vor allem dahingehend gerichtet, dass ein Kommunikationsproblem zwischen zwei Abteilungen gelöst werden sollte, dass aber seiner Ansicht nach nicht gelöst wurde. Während diese Ansicht noch ein weiterer Beschäftigter teilte, war das Problem nach Meinung eines dritten einigermaßen gelöst. Dazu später noch genauer.

### **13.1.6. Gruppengespräche**

Das Klima in den Gruppengesprächen wurde generell als gut und die Gespräche selbst als konstruktiv bezeichnet. Die Teilnehmenden hatten durchwegs angeführt, dass sie sich in die Gruppengespräche mit ihren Themen und Anliegen einbringen konnten.

„Ein jeder hat was sagen können, was für Sorgen und was für Leiden er hat.“ (E58/111);  
„Es war ruhig und ein jeder hat reden dürfen.“ (I110/252)

Ein Befragter gab an, dass er ein bestimmtes Thema nicht einbringen wollte, da er dieses Thema nicht „anzünden“ (G82/187) wollte, trotzdem wurden von diesem Interviewten die Gruppengespräche als konstruktiv bezeichnet. Sowohl der Moderator/die Moderatorin als auch die Gruppe wurde als Unterstützung erlebt. Die Unterstützung der Gruppe wurde beim Ansprechen der Probleme und bei der Problemanalyse wahrgenommen.

„Da hat man in der Gruppe gesagt: ‚Das wäre nicht schlecht.‘ und dann hat der andere gesagt: ‚Ah ja, stimmt.‘ und dann hat man das weiterverarbeitet ... sonst war halt immer der einzelne mit seinem Gedanken. Der einzelne verweilt im Gedanken, aber die Gruppe setzt es um.“ (E63/127)

Außerdem wurde das Erfahren der Sichtweisen der Kollegen und die ‚Anonymität‘ durch die Abwesenheit der Vorgesetzten positiv bewertet. Aufgrund dieser Tatsache wurden auch ‚heiklere‘ Themen angesprochen. Die Partizipationsmöglichkeit wurde auf der einen

Seite positiv und motivierend erlebt. Es wurde zum Ausdruck gebracht, dass die Mitarbeiter selber am besten beurteilen können, wo ihre Probleme liegen und es zudem motivierend ist, wenn man das Unternehmen mitgestalten kann.

„Die Vorgesetzten können ja nicht beurteilen, wie es dem Mitarbeiter draußen geht, das muss vom Mitarbeiter selber kommen.“ (L144/352); „Da setzt man sich auch ein wenig mehr ein, weil man sagt, ich kann was im Unternehmen bewirken.“ (H101/238)

Auf der anderen Seite wurde der Partizipation auch mit einer großen Skepsis begegnet. Mitarbeiter, die schon jahrelang im Unternehmen sind, haben miterlebt, wie früher die Partizipation der Mitarbeiter nicht im Unternehmen verankert war. Deshalb ist dieser Wandel in der Unternehmenskultur und in den Einstellungen und im Verhalten der Mitarbeiter nicht so einfach umzusetzen.

„Da komm ich mit 20 Jahren in den Betrieb hinein und dann bekommst du von einem Alten gesagt: ‚Gib das Hirn am Viererposten ab, wenn du heimfährst, dann holst du es dir wieder.‘ ... und jetzt soll das über Projekte wieder aufgeholt werden. Das funktioniert nicht ... was ich einmal weg habe, was ich aus dem Hirnkastl hinausgestrichen habe, das wieder füttern und wieder hineinbringen, das ist ganz ein schwieriger Prozess.“ (I113/262)

Aber die Partizipationsmöglichkeit kann auch als Belastung erlebt werden, wie folgende Aussagen veranschaulichen:

„Da sagen viele: ‚Wieso sind jetzt auf einmal wir zum Denken da?‘ Normal denkst dir, dass zum Denken die anderen da sind und du bist der Ausführende. Aber jetzt sollst du dir selber auch noch Gedanken machen ... und was ändern am Werk. Das ist natürlich schon eine Wahnsinnsbelastung.“ (F72/168) „...und immer noch mehr Verantwortung. Das macht natürlich auch nicht alle gesund.“ (F72/169)

In Bezug auf die Verbesserungsvorschläge oder auch generelle Forderungen der Mitarbeiter an das Unternehmen besteht die Ansicht, dass Forderungen an die Möglichkeiten des Unternehmens angepasst sein sollen und nicht überzogen sein dürfen.

„Wenn man Veränderungen braucht, die wirklich im Rahmen sind, ist das alles wirklich überhaupt kein Problem.“ (H100/234); „Es kommt darauf an, was man will, weil unverschämt darf man halt auch nicht werden.“ (J118/273)

Es wurde aber auch von einem Interviewten angemerkt, dass gewisse Forderungen besser nicht gestellt werden, damit keine Arbeitsplätze verloren gehen.

„Aber bei uns heißt es immer: ‚Das kostet so viel Geld und da müssen wir einen Mann einsparen.‘ Ich will keinen so Demag haben und dann muss ich einen Mann weg tun. So was würde ich nie tun.“ (D50/104a)

Einige Aussagen wurden dahingehend getätigt, dass bei zu langsamer Umsetzung das Interesse verloren geht bzw. auch keine Bereitschaft mehr vorhanden ist, aktiv mitzuwirken.

„Am Anfang ist gleich alles voller Euphorie und wenn es dann alles langsamer wird, dann lässt das auch gleich wieder nach. Dann heißt es: ‚Bringt eh nichts. Ist eh wurscht.‘“ (F73/173)

Auch mehrmalige persönliche Enttäuschung in Bezug auf Verbesserungen und Umsetzungen bewirken einen Motivationsverlust.

Hier wurde der Vorteil, der durch die Zusammensetzung des Gesundheitszirkels aus einer Hierarchieebene zu erwarten ist, sichtbar: Durch die Abwesenheit der Vorgesetzten hatten die Teilnehmenden den Mut, auch ‚heiklere‘ Themen oder eben gerade Probleme mit den Vorgesetzten anzusprechen (s. S. 75). Die gute Atmosphäre, die von den Befragten angegeben wurde, ist auf jeden Fall auch auf die Arbeit der jeweiligen Moderation zurückzuführen, die von den Teilnehmenden als unterstützend erlebt wurde. Die Aufgabe der Moderation ist es, eine entsprechende Arbeitsatmosphäre herzustellen und alle Teilnehmenden einzubinden (s. S. 81), was in den untersuchten Betriebsbereichen gelungen ist.

Die Gruppe wurde beim Ansprechen der Probleme und auch bei der Problemanalyse als Unterstützung erlebt. Ein wesentlicher Effekt des kommunikationsorientierten Ansatzes des Gesundheitszirkels ist, dass die Beschäftigten erfahren, dass sie mit ihren Problemen nicht alleine dastehen (s. S. 72). So kann es für die Teilnehmenden überraschend sein, dass die KollegInnen die selben Probleme haben. Die Interviewten erfuhren durch die teilweise gemeinsamen Sichtweisen von Problemen eine Unterstützung im Ansprechen, in der Analyse aber auch in der Umsetzung von Verbesserungsvorschlägen. Wurden Probleme von mehreren Personen genannt, rechneten sich die Beschäftigten eine größere Chance auf die Umsetzung aus. Gerade auch durch die homogene Zusammensetzung der Gruppengespräche dürfte der Effekt der Unterstützung besonders erlebt worden sein. Durch die Zusammensetzung aus einer Hierarchieebene waren keine Bedenken vorhanden, Probleme offen anzusprechen und zu bearbeiten. Dies bedeutet aber nicht, dass Vorgesetzte ausgeschlossen werden sollen, denn sie tragen wesentlich zum Erfolg des Gesundheitszirkels bei, wenn sie von diesem Instrument überzeugt sind. Im Projekt der voestalpine ist es sehr gut gelungen, mit den nach den Gruppengesprächen folgenden Gesundheitszirkeln die Vorgesetzten und die Delegierten zu einer gemeinsamen Diskussion der Probleme und Verbesserungsvorschläge zusammenzubringen.

Eine der wesentlichen Voraussetzungen der betrieblichen Gesundheitsförderung ist die Partizipation der Beschäftigten, die u.a. mit dem Instrument des Gesundheitszirkels bewirkt werden kann. Diese Partizipationsmöglichkeit wurde von den Befragten durchwegs positiv und motivierend erlebt. Haben die Beschäftigten das Gefühl, etwas

bewirken zu können, setzen sie sich auch mehr für das Unternehmen ein. Durch die Partizipationsmöglichkeit in den Gruppengesprächen erleben die Teilnehmenden, dass das Unternehmen ihren Problemen und Ideen Beachtung schenkt und erfahren somit, dass sie ernst genommen werden. Somit werden auch Ressourcen gestärkt, wie z.B. personale Ressourcen wie Selbstwertgefühl (s. S. 18 und 45) und Ressourcen im Sinne des Kohärenzsinn (s. S. 9f). Durch die Gruppengespräche kann auch das Verantwortungsbewusstsein der Teilnehmenden für die Gestaltung der eigenen Arbeitsumwelt gestärkt werden, da diese erfahren, dass sie ihr Unternehmen mitgestalten können, was wiederum zu einer erhöhten Identifikation mit diesem und einer höheren Motivation führen kann. Zum einen hat die Partizipation positive Effekte, wie sie auch in dieser Untersuchung bestätigt werden können, aber zum anderen darf nicht übersehen werden, dass der Partizipationsmöglichkeit skeptisch begegnet wurde und diese auch eine Überforderung darstellen kann. Die Skepsis wird dahingehend geäußert, dass gerade langjährige Mitarbeiter, die noch eine nicht vom Partizipationsprinzip geprägte Unternehmenskultur kennen gelernt haben, nicht so ohne weiteres ihre Denk- und Verhaltensweisen ändern können. Zudem braucht es auch einige Zeit, bis die Beschäftigten davon überzeugt sind, dass die Vorgesetzten tatsächlich an ihrem Erfahrungswissen und ihren Ideen interessiert sind und ihr Misstrauen dahingehend ablegen (vgl. Lieneke & Westermayer 1994, 98). Gerade das Instrument des Gesundheitszirkels schreibt dem Erfahrungswissen einen gewichtigen Stellenwert zu und ist an den Problemdefinitionen und -lösungen aus der Sicht der Beschäftigten interessiert (s. S. 70). Der Betrieb und die darin arbeitenden Menschen sollen daher als lebendiges soziales System (s. S. 47) und somit auch als lernendes System betrachtet werden. Alle hierarchischen Ebenen müssen lernen, mit den veränderten Ansprüchen ihres Unternehmens umzugehen und diese auch zu leben. Das bedeutet, dass sowohl die Arbeiter lernen müssen, die Verantwortung für die Gestaltung des Arbeitsplatzes zu übernehmen, als auch die Führungskräfte lernen müssen, den Beschäftigten diese Verantwortung zu geben. Dass gerade alte, langgelebte Strukturen nicht ohne weiteres zu verändern sind, sondern diese Veränderungen viel Zeit brauchen, zeigt auch die oben zitierte Aussage aus dem Interview F. Die Partizipation kann auch als Überforderung erlebt werden, bei der dem einzelnen zu viel Verantwortung aufgebürdet wird, die er (noch) nicht übernehmen kann. Diese oben zitierte Aussage aus dem Interview F betrifft, wie eine Kontextanalyse zu dieser Interviewstelle gezeigt hat, zwar nicht direkt das

durchgeführte Gesundheitsprojekt, sondern ist eher auf andere Projekte bezogen, bei denen die Beschäftigten in einem weit stärkeren Ausmaße eingebunden sind. Da dieses Zitat aber doch deutlich zeigt, wie die grundsätzlich als positiv zu bewertende Möglichkeit zur Partizipation auch als Überforderung erlebt werden kann, wurde es hier angeführt. Es kann also gesagt werden, dass die Partizipationsmöglichkeit beim Gesundheitsprojekt grundsätzlich positiv und motivierend auf die Beschäftigten wirkte, aber, dass bei der Partizipation auch daran gedacht werden muss, dass nicht alle Beschäftigten mit dieser Verantwortung gut umgehen können. Deshalb soll bei der Gestaltung der Partizipationsmöglichkeiten darauf geachtet werden, dass möglichst alle Beschäftigten damit zurecht kommen können. Im Projekt ‚Herausforderung – Gesund am Arbeitsplatz‘ ist dieses Problem adäquat gelöst, da zum einen diejenigen, die die Partizipation als Überforderung erleben, in der Gruppe durch die anderen Unterstützung erfahren können und zum anderen sich nicht zu Delegierten wählen lassen müssen, sondern gerade eben durch diese Delegierten weiter vertreten werden. Grundsätzlich ist es sicherlich von Vorteil, wenn verschiedene Stufen der Partizipation angeboten werden und die Beschäftigten diejenige Stufe auswählen, die sie sich zutrauen. Letztendlich ist Partizipation die Grundlage für Veränderungen und führt dazu, dass das Selbstbewusstsein der einzelnen gestärkt wird und somit persönliche Ressourcen gefördert werden.

Einigen Aussagen zufolge dürften die Beschäftigten ein ‚Gespür‘ dafür haben, was sie an Forderungen und Wünschen dem Unternehmen zumuten können und passen ihre Forderungen an, indem sie nach eigener Einschätzung „nichts Unverschämtes“ verlangen. Ein Interviewter gab jedoch an, dass er gewisse Forderungen nicht stelle, damit kein Arbeitsplatz verloren gehe. Seiner Wahrnehmung nach wird gesagt, dass bei kostspieligen Anschaffungen ein Arbeitsplatz eingespart werden müsse. Demzufolge ist die Transparenz, die als essenzielle Voraussetzung der betrieblichen Gesundheitsförderung angegeben wird, von besonderer Bedeutung (s. S. 56 und 59). Sind die Ziele des Projekts nicht hinlänglich bekannt, können falsche Vorstellungen über das Projekt entstehen und, wie im Kapitel 13.1.4. dargelegt, auch versteckte Projektziele vermutet werden. Transparenz soll durch frühzeitige Informationen über das Projekt bezüglich Ziele, Vorgehensweisen und Maßnahmen hergestellt werden. Die Glaubwürdigkeit der Gesundheitsförderung steht und fällt mit der Transparenz, die zudem grundlegend ist für eine kooperative und partizipative Zusammenarbeit (s. S. 51). Unrichtige Vorstellungen über das Projekt stehen einer konstruktiven Mitarbeit und Zusammenarbeit entgegen,

weshalb die frühzeitige und umfassende Information u.a. ausschlaggebend für den Projekterfolg ist.

Jedoch trotz ausreichender und umfassender Vorinformation sind Missverständnisse gerade zu Projektbeginn nicht zu vermeiden, da aus den Informationen zunächst nur das herausgehört wird, was in die Vorstellungen und vorgefertigten Bildern des einzelnen hineinpasst (vgl. Friczweski 1994, 24). Diese vorgefertigten Bilder können zumeist nur durch eigenes Erleben und Erfahren geändert werden (mehr dazu: Antons 2000, 191ff). Auch aus diesem Grund ist eine schnelle Umsetzung der Verbesserungsvorschläge notwendig und sinnvoll, damit die Beschäftigten die Projektziele auch ‚erleben‘ und erfahren, dass sie wirklich ernst genommen werden. Aber auch, wie oben bereits erwähnt, um die Dynamik der Gruppengespräche und die Bereitschaft zum Mitwirken weiterhin zu erhalten. Ansonsten geht das Interesse und auch die Glaubwürdigkeit des Projekts verloren.

### **13.1.7. Rolle des Delegierten**

Die Delegiertenrolle wurde von den Delegierten als Kontaktperson zwischen Gesundheitszirkel und Mitarbeitern beschrieben, die dafür verantwortlich war, Informationen weiterzugeben. Diese wurden entweder durch Veröffentlichung der Protokolle oder mündlich weitergegeben.

„Ich habe meine Gruppe dementsprechend informiert, dass sie auch gewusst haben, was passiert und was nicht passiert.“ (E56/107); „Ich habe die Protokolle öffentlich liegen gelassen, dass sie von unserer Gruppe ein jeder anschauen konnte.“ (O171/422)

Aus den Interviews kam aber nicht heraus, ob den Delegierten eine gewisse Form der Informationsweitergabe nahegelegt wurde. Wie weiter unten in im Kapitel 13.1.9. ersichtlich wird, ist besonders die mündliche Information wichtig. Darauf werde ich im entsprechenden Kapitel noch genauer eingehen. Die Delegierten gaben auch an, dass sie zum einen wussten, welche Personen bezüglich Umsetzungen der Verbesserungsvorschläge angesprochen werden konnten und zum anderen, dass dieses auch von ihnen gemacht wurde. Demnach hatten sie das Selbstbewusstsein und auch das Verantwortungsgefühl, den Dingen nachzugehen. In den Interviews äußerten sich zwei Delegierte ausführlicher zu dieser Rolle und deren Aufgaben, hingegen waren für die anderen vier Delegierten diese nicht mehr so präsent. Hier könnte man annehmen, dass sich erstgenannte eventuell besonders mit dieser Rolle identifizierten und deshalb diese



Aufgaben noch gut in Erinnerung waren, hingegen die anderen Delegierten sich mit der Rolle weniger identifizierten. Oder die Identifikation war bei allen vorhanden, aber der große Zeitraum zwischen Projektdurchführung und den Interviews könnte einfach das Vergessen bewirkt haben. Die Delegierten sind auf alle Fälle eine Schnittstelle zwischen dem Gesundheitszirkel und den Mitarbeitern und haben dadurch eine wesentliche Bedeutung für den funktionierenden Informationsfluss und folglich auch für das Gelingen des Projektes. Die Delegierten sind somit Multiplikatoren, vor allem für die mündliche Informationsweitergabe. Gerade diese trägt entscheidend zum Gelingen des Projekts bei. Darauf werde ich später noch genauer eingehen. Die Delegierten waren auch Kritik ausgesetzt, indem sie von Kollegen den Vorwurf der ‚Arbeitsflucht‘ bekamen: Sie seien ja nur Delegierte, um ein paar Stunden frei zu bekommen. Solche Vorwürfe entstehen wohl, wenn zu wenig Information und Transparenz über die Funktion und Aufgaben der Delegierten vorhanden ist. Vermutlich werden auch die Ergebnisse des Projektes zu wenig in Verbindung mit der Arbeit der Delegierten gebracht. Da die Delegierten eine bedeutende Schnittstelle im Projekt darstellen, sollte mehr Transparenz über deren Aufgaben hergestellt werden, indem kontinuierlich über die Arbeit im Gesundheitszirkel informiert wird und somit würde auch die Wichtigkeit dieser Funktion hervorgehoben.

### **13.1.8. Rolle der Vorgesetzten**

Die Vorgesetzten wurden im Projekt, aber auch darüber hinaus, als Ansprechperson für Gesundheitsbelange und Probleme gesehen. Dabei wurden Vorgesetzte aller Hierarchieebenen genannt. Die Interviewten sagten aus, dass sie jederzeit bei Problemen mit dem Vorarbeiter oder Meister sprechen können und ebenso der Weg zur Betriebsleitung offen ist.

„Wenn irgendwo ein Problem auftaucht, dann kann ich auch zum Vorgesetzten gehen, das muss man schon sagen.“ (C38/80); „Da brauchst du dann nur zum Vorarbeiter und dann wird darüber gesprochen und eine Lösung gesucht.“ (P181/422); „Da steht einen jedem der Weg zum Chef offen, da gibt es überhaupt kein Problem, dass man heute bis zum Chef vordringt.“ (G86/197)

Generell wurde zum Ausdruck gebracht, dass sich der Kontakt zwischen der Belegschaft und den Vorgesetzten in den letzten Jahren wesentlich verbessert hat, nämlich dahingehend, dass man keine Angst mehr vor Führungskräften haben muss und zudem diese auch mehr auf die Beschäftigten hören.

„Sie sind zugänglicher geworden gegen früher.“ (N159/397a); „Man wird jetzt mehr gehört als vor ungefähr 20 Jahren.“ (L141/345b); „Wer hat sich früher was zum Chef sagen getraut? Niemand. Mittlerweile ist die Angst vor dem Chef weg.“ (I111/258)

Trotz der verbesserten Beziehung zu den Vorgesetzten wird von den Beschäftigten der Wunsch nach mehr Kontakt, aber auch nach mehr Anerkennung durch die Vorgesetzten geäußert.

„Ich wünsch mir einen Chef, der im Jahr zwei, drei mal Zeit für jeden Mitarbeiter hat.“ (I117/269); „Am Jahresende werden wir bedankt für die Arbeitsleistung über das Jahr und das glaub ich, ist auch wenig, empfinde ich schon.“ (B32/61)

Die Vorgesetzten wurden aber nicht nur während des Projektes, sondern bereits auch davor und danach, als Ansprechpersonen gesehen.

Ein essenzielles Kriterium für das gesundheitsförderliche Vorgesetztenverhalten ist das Ernstnehmen der Anliegen und Interessen der Beschäftigten (s. S. 60). Nachdem die interviewten Personen ausführten, dass die Vorgesetzten Ansprechpersonen bei Problemen und Gesundheitsbelangen sind, kann davon ausgegangen werden, dass sich die Beschäftigten auch ernstgenommen fühlen und darauf vertrauen, dass ihre Anliegen, Probleme und Ideen von den Vorgesetzten aufgegriffen werden. Dabei wurde angegeben, dass die Vorgesetzten aller Hierarchieebenen für die Anliegen der Beschäftigten offen sind. Vor einigen Jahren war es noch nicht selbstverständlich, dass auch höhere Vorgesetzte angesprochen werden können, da häufig Furcht vor ihnen bestand. Aus einer Analyse des Gesprächskontextes ist ersichtlich, dass sich die Arbeiter in diesem Zusammenhang auf einen Zeitraum von ca. 15 Jahren und weiter zurück bezogen haben. Das Klima zwischen den Vorgesetzten und den Beschäftigten hat sich nun offensichtlich grundlegend geändert. Dieses offenere Klima fördert die Kommunikation zwischen den Führungskräften und der Belegschaft und stärkt das Vertrauen in die Führungskräfte. Obwohl die Beschäftigten gravierende Veränderungen im Führungsverhalten wahrgenommen haben, besteht trotzdem der Wunsch nach mehr Kommunikation mit den Vorgesetzten. Dies weist darauf hin, wie wichtig und bedeutend für die Beschäftigten der persönliche Kontakt zu den Vorgesetzten ist. Dabei sind aber nicht nur die formellen Gespräche, wie z.B. Mitarbeitergespräche, die auch zum Wohlbefinden der Beschäftigten beitragen können, von Bedeutung, sondern im Besonderen auch informelle Gespräche. Zudem wurde ausgesagt, dass eine generelle Anerkennung der Leistungen am Jahresende als zu wenig empfunden wird. Nicht nur Spitzenleistungen, sondern auch die regelmäßig erbrachten Leistungen sollen gewürdigt werden (s. S. 60).

### 13.1.9. Wahrgenommene Information

Zu Projektbeginn wurde oftmals nur wenig oder keine Information wahrgenommen. Die Befragten sagten aus, dass zu Beginn die Projektziele und der Ablauf unklar waren. Die Information darüber wurde erst in den Gruppengesprächen durch die Moderation geliefert.

„Am Anfang ist nicht genau herausgekommen, um was es da jetzt eigentlich geht.“ (E58/113); „Da hat keiner genau gesagt, was ist. Das hat uns erst der Vortragende richtig gesagt.“ (N157/388)

Die wahrgenommenen Informationswege, die in der Ergebnispräsentation aufgelistet sind (s. S. 113 und 125), entsprechen denen, die in der Projektdurchführung genutzt wurden. Aber nicht alle Befragten konnten sich noch an die Informationswege erinnern, was wohl auf die Zeitdistanz zwischen Projektdurchführung und Interviews zurückzuführen ist. Die Verbesserungsmaßnahmen wurden durch eigene Wahrnehmung oder durch schriftliche Informationen, wie Aushänge oder Flugblätter wahrgenommen, wobei die schriftliche Information allerdings als unzureichend erachtet wurde. Die Wichtigkeit von persönlicher, mündlicher Information wurde betont.

„Das ist halt immer so eine Sache für den Papierkorb: man überfliegt es und es ist schnell wieder vergessen.“ (M146/360a); „Kommunikation ist das wichtigste überhaupt, weil wenn ich zwanzig Zetteln aufhänge, schaut es zwar gut aus, aber lesen tut es keiner.“ (A12/22); „Persönliche Gespräche sind immer besser als wenn du das liest.“ (N160/400)

Zudem wurde angegeben, dass Informationen über den Umsetzungsstand der Verbesserungsvorschläge wenig oder gar nicht wahrgenommen wurden.

Zu Projektbeginn verfügten die Beschäftigten über wenig bis keine Information. Einer der von Ducki (1998) aufgestellten Grundsätze der betrieblichen Gesundheitsförderung betont jedoch die Wichtigkeit der frühzeitigen Prozessinformation, damit Transparenz in Bezug auf die Projektziele und –durchführung hergestellt wird. Dem tatsächlichen Projektablauf zufolge sind die Beschäftigten jedoch umfassend über verschiedenste Informationswege informiert worden. Dass diese Information trotzdem nicht wahrgenommen wurde, kann daran liegen, dass sie vorwiegend über den schriftlichen Weg (Aushänge, Flugblätter etc.) bereitgestellt wurde. So sagten die befragten Personen auch selber aus, dass schriftliche Information, wenn überhaupt, nur überflogen und dann meist schnell vergessen wird. Eine umfangreiche Information ist jedoch maßgebend für den Projekterfolg, da diese die Transparenz herstellt, die wiederum zu einer erhöhten Partizipationsbereitschaft der Mitarbeiter führt. Der Erfolg des Projektes hängt schlussendlich auch von der Mitarbeit

und dem Erfahrungswissen der Beschäftigten ab. Das bedeutet, dass bei der Projektdurchführung verstärkt auf die mündliche Information Wert gelegt werden soll, insbesondere zu Projektbeginn. Diese wenig bis nicht wahrgenommene Information zu Projektbeginn kann die fehlenden Erwartungen erklären. Nachdem die Beschäftigten nicht genau wussten, was sie beim Projekt erwartete und sie davon nur eine vage Vorstellung besaßen, dass es etwas mit Gesundheit sei, konnten auch schwerlich Erwartungen aufgebaut werden. Zudem ist eine umfassende Information zu Beginn auch deshalb unabdingbar, da sie Vermutungen über versteckte Projektziele vorbeugen kann. Wenn die Ziele klar und offen kommuniziert werden, werden Skepsis und unrichtige Vermutungen bzgl. der Projektziele (s. Kapitel 13.1.4.) verringert. Jedoch wird, wie bereits erwähnt, auch die umfassendste Vorinformation nicht verhindern können, dass gerade zu Beginn Missverständnisse entstehen. Dennoch können diese durch Informationswege, die auch tatsächlich bei den Beschäftigten wahrgenommen werden, reduziert werden. Darüber hinaus bewirkt eine ausführliche Information, dass die Teilnehmer bereits mit Erwartungen und Motivation in die Gespräche kommen.

### **13.1.10. Projektdauer und –abgrenzung**

Bei den interviewten Personen war durchgängig der Wunsch nach einer Projektfortsetzung bzw. nach dauerhaften Gruppengesprächen vorhanden.

„Die Gruppengespräche sollen weniger umfangreich wieder stattfinden, die Probleme sollen weiter bearbeitet werden.“ (L143/351); „Damit Gesundheit wieder Thema wird, würde ich mir eigentlich so ein Projekt wieder wünschen.“ (B29/58); „Viele haben dann gesagt, das war eigentlich umsonst. Die machen immer nur so Projekte und dann nur mehr halb und halb und dann ist es wieder weg.“ (D49/96)

Dieser Wunsch nach einer Fortsetzung lässt auf eine gewisse Zufriedenheit mit dem Projekt schließen und zeigt, dass der Gesundheit und der gesundheitsförderlichen Gestaltung des Arbeitsplatzes von den Arbeitern Bedeutung beigemessen wird. Da Gesundheit kein statischer Zustand ist, sondern ein Prozess der immer wieder aktiv hergestellt werden muss (s. S. 8), ist es notwendig, Gesundheit immer wieder zum Thema zu machen und es nicht bei einem einmaligen Projekt zu belassen. Zudem können tiefgreifende und langfristige Veränderungen nur erreicht werden, wenn die betriebliche Gesundheitsförderung zum Bestandteil der Unternehmenskultur wird ( s. S. 51).

Die Abgrenzung des Projekts ‚Herausforderung – Gesund am Arbeitsplatz‘ gegenüber anderen Projekten scheint des öfteren schwierig und nicht geklärt zu sein. Außerdem stand für die Befragten öfters nicht eindeutig fest, ob und wann das Projekt zu Ende war.

„Auf einmal ist keine Einladung mehr zu einer Runde gekommen.“ (F75/164); „Die Gruppengespräche sind irgendwie im Sand verlaufen.“ (I110/249); „Ich weiß nicht, ist das ‚einfach besser‘ eine Weiterführung oder ist das wieder fallen gelassen worden.“ (J126/301);

Dieses lässt sich darauf zurückführen, dass Gesundheit in den untersuchten Bereichen immer wieder thematisiert wird und durch unterschiedliche Projekte auch präsent ist (s. Kapitel 13.1.16.). Für das Thema Gesundheit an sich ist es nicht relevant, ob die Beschäftigten Gesundheitsprojekte eindeutig abgrenzen und zuordnen können. Jedoch kann eine gewisse Unzufriedenheit in Bezug auf das jeweilige Projekt entstehen, wenn von den Beschäftigten das Projektende nicht eindeutig wahrgenommen wird. In der Unwissenheit darüber können noch Erwartungen entstehen, die aber nicht mehr erfüllt werden. Aus diesem Grund ist es notwendig, das Ende des Projektes auch deutlich wahrnehmbar zu gestalten.

### **13.1.11. Nutzen des Projektes**

Einen Nutzen für sich selbst sahen die befragten Personen darin, dass die eigene Gesundheit erhalten wird.

„Meine Fitness nehme ich mir mit nach Hause, die lass ich ja nicht in der Arbeit.“ (G91/207); „Das kommt ja auch mir zugute, wenn ich gesund bin.“ (H94/218b); „Da kann ich gesund in die Pension gehen.“ (A7/12)

Der Nutzen des Unternehmens wurde in der Senkung der Unfälle und des Krankenstandes, sowie im Erhalt der Leistungsfähigkeit und der Verfügbarkeit der Beschäftigten gesehen.

In den Aussagen zum eigenen Nutzen wird deutlich, dass Gesundheit nicht das Lebensziel ist, sondern die Voraussetzung zur Erreichung individueller Ziele, wie z.B. gesund in die Pension zu gehen. Dieses Verständnis von Gesundheit ist auch in der WHO-Gesundheitsdefinition wiederzufinden (s. S. 37). Wie im Theorieteil zum Gesundheitsverhalten (s. Kapitel 5) dargelegt, ist der subjektiv wahrgenommene Nutzen eine bedeutende Komponente für das gesundheitsbewusste Verhalten. Wird ein Nutzen in einer Verhaltensänderung gesehen, ist es wahrscheinlicher, dass diese durchgeführt wird.

### 13.1.12. Umsetzung der Verbesserungsvorschläge

Im Interview wurden die Arbeiter nach den von ihnen wahrgenommenen Verbesserungsmaßnahmen gefragt. Dabei waren den einzelnen Arbeitern verschiedenartige und unterschiedlich viele Maßnahmen in Erinnerung. Da aber zum einen zwischen Projekt- und Interviewdurchführung eine größere Zeitspanne lag und zum anderen verschiedene Projekte und deren Ergebnisse für die Befragten oft nicht eindeutig abgrenzbar waren (s. Kapitel 13.1.10.), wird auf eine Interpretation in Bezug auf die wahrgenommenen und tatsächlich durchgeführten Verbesserungsmaßnahmen verzichtet.

Neben den positiv wahrgenommenen Umsetzungsmaßnahmen (s. Kapitel 12.1.3.1. und 12.2.3.1.), wurden manche Maßnahmen negativ erlebt. Im Bereich B wurde die gewünschte Lärmdämmung eines Krans im Endeffekt negativ aufgefasst, da diese Lärmreduzierung zwar eine positive Auswirkung auf die Gesundheit hat, aber durch die geringere Lärmeinwirkung fiel diese Arbeit nicht mehr unter die SEG<sup>7</sup>, was zum Wegfall der Erschwerniszulagen führte. Die Unzufriedenheit mit diesen an sich positiven Maßnahmen für die Gesundheit ist damit zu erklären, dass dem auf längere Frist entstehenden Gesundheitsrisiko weniger Bedeutung beigemessen wird, als dem momentanen materiellen Gewinn wie z.B. durch Erschwerniszulagen (s. S. 58). Menschen haben die Tendenz, aus einer verkürzten Zeitperspektive heraus zu urteilen, „in der die unmittelbaren Gratifikationen mehr zählen als unsichere in der Zukunft“ (Faltermaier 1994, 141). Um das Bevorzugen des materiellen Gewinns zu rechtfertigen, werden verschiedene Strategien zur Verharmlosung des Risikoverhaltens eingesetzt, die im Kapitel 4.1.2. ausgeführt wurden.

Im Bereich A wurde eine Maßnahme, die die Koordination der Arbeitsabläufe und die Zusammenarbeit und Kommunikation zwischen zwei Abteilungen verbessern sollte, negativ wahrgenommen.

„Das Problem ist angesprochen worden, richtig getan wurde nichts im Endeffekt ... im Wesentlichen hat sich nichts verändert.“ (B28/55); „...nicht so richtig umgesetzt worden ... es ist ein bisschen auf eine andere Weise dann herausgekommen, was gar nicht richtig war.“ (D48/95); „...und es ist nicht gleich besser geworden – im Gegenteil: es ist ins Negative gegangen ... hat sich dann aber schon gebessert.“ (A13,14/30a);

In diesem Beispiel zeigt sich, dass auch ‚heiklere‘ Themen, die über ergonomische Maßnahmen hinausgehen und tieferliegende Veränderungen mit sich ziehen, angesprochen und von den Vorgesetzten als Verbesserungsvorschlag aufgegriffen wurden.

---

<sup>7</sup> Schmutz-, Erschwernis- und Gefahrenzulage

Ein elementarer Aspekt der betrieblichen Gesundheitsförderung ist, nicht nur verhaltensbezogene sondern auch verhältnisbezogene Maßnahmen durchzuführen sowie psychosoziale Aspekte miteinzubeziehen (s. S. 50). Diese Verbesserungsmaßnahme zeigt, dass dieser Aspekt bei der Projektdurchführung nicht ausgeklammert wurde und ist in dieser Hinsicht positiv hervorzuheben. Die Kontextanalyse zu diesen Textstellen ergab, dass es sich bei diesem Problem nicht nur um eine bessere Koordination des Arbeitsablaufes handelte, sondern auch um soziale Konflikte zwischen den Mitarbeitern der beiden Abteilungen. Dass nun diese Verbesserungsmaßnahme nicht erfolgreich durchgeführt wurde, dürfte auf der einen Seite daran liegen, dass die Intention dieser Maßnahme bei den Konfliktpartnern aus der anderen Abteilung nicht richtig aufgefasst wurde. Auf der anderen Seite wurde der Konflikt offenbar nicht in dem Ausmaß behandelt, wie es zur endgültigen Lösung notwendig gewesen wäre. Nach Aussagen der Befragten ist die Konfliktbehandlung mit internen Personen durchgeführt worden. Nach dem Modell der ‚Neun Eskalationsstufen von Konflikten‘ von Glasl (2000, 92ff) dürfte sich nach den Aussagen der befragten Personen dieser Konflikt noch auf jenen Stufen befinden, in der er auch durch Selbsthilfe gelöst werden könnte. Aber es kann auch auf diesen Stufen durchaus sinnvoll für die Lösung eines Konfliktes sein, eine professionelle externe Moderation hinzuzuziehen.

Wie in Kapitel 13.1.9. ausgeführt, ist es wichtig, die Beschäftigten frühzeitig zu informieren. Aber nicht nur über das Projektziel und die -durchführung muss informiert werden, sondern auch über den Umsetzungsstand und über die nicht oder teilweise durchgeführten Verbesserungsmaßnahmen (s. S. 77). So wurde z.B. im Bereich A die vorgeschlagene Transtexunterwäsche nicht genehmigt, da diese nicht feuerfest ist und somit den Schutzbestimmungen nicht entspricht. Die Arbeiter bekamen dafür Baumwollunterwäsche. Warum aber keine Transtexunterwäsche zur Verfügung gestellt wurde, war ihnen meist unklar und so wurde z.B. vermutet, sie sei zu teuer. Nur ein Befragter wusste aufgrund seiner Funktion als Sicherheitsvertrauensperson über die Ablehnung der Transtexunterwäsche Bescheid. Nicht oder nur teilweise durchgeführte Maßnahmen müssen auf jeden Fall den Beschäftigten genau und nachvollziehbar begründet werden, da ansonsten die Transparenz des Projektes verloren geht und unrichtige Annahmen und Unzufriedenheit über die Nicht-Durchführung entstehen können.

Einige Befragte gaben an, dass sie auf umgesetzte Verbesserungsvorschläge durch die eigene Wahrnehmung aufmerksam wurden. Für eine erfolgreiche Projektdurchführung ist es jedoch notwendig, dass nicht nur die Verbesserungsvorschläge wahrgenommen werden, die denjenigen unmittelbar betreffen, sondern dass über alle erfolgreich umgesetzten Maßnahmen informiert wird und diese Information auch tatsächlich bei den Beschäftigten ankommt.

### **13.1.13. Kollegiale Kritik und gegenseitige Hilfeleistungen**

Die befragten Personen gaben durchwegs an, dass sie Kollegen auf gesundheitsgefährdendes Verhalten aufmerksam machen.

„...der wird natürlich gleich aufmerksam gemacht: ‚He, weißt eh, ohne Helm gibt es nichts.‘ Also das ist Gang und Gebe.“ (P181/445); „Meistens red ich sie darauf an, weil ich bin Vorarbeiter und ich bin verantwortlich für meine Leute.“ (M149/369); „In gewissen Situationen sag ich sicher was: Wenn die Leute ohne Brille schleifen ... oder irgendwas in der Gegend herumliegt.“ (E63/131); „...im Gegensatz zu früher passiert das sehr oft.“ (G88/202); „Wir sind ja verpflichtet, dass wir aufmerksam machen, ganz egal wer das ist.“ (K130/310)

Kollegiale Kritik wird geäußert, da die Arbeiter in ihren Funktionen, z.B. als Vorarbeiter für ihre Mitarbeiter verantwortlich sind und es auch verpflichtend ist, auf gesundheitsgefährdendes Verhalten und Missachten von Sicherheitsvorschriften aufmerksam zu machen. Aber auch generell dürfte sich hier ein Wandel in der Unternehmenskultur vollzogen haben, da die Befragten angaben, dass die kollegiale Kritik im Gegensatz zu früher nun selbstverständlich geworden ist. Kollegiale Kritik wird also nicht nur aufgrund einer Funktion, die eine Person inne hat, geübt, sondern auch allgemein unter den Beschäftigten. Sie wird grundsätzlich als wichtig erachtet und positiv aufgenommen, wenn sie auch mitunter als ‚lästig‘ empfunden wird. Weisen die Befragten ihre Kollegen auf gesundheitsgefährdendes Verhalten hin, so sind die Reaktionen oft unterschiedlich. Manche sind nach den Aussagen der Interviewten unbelehrbar und reagieren nicht darauf, andere hingegen sind offen für diese Hinweise.

Nicht nur kollegiale Kritik, sondern auch gegenseitige Hilfeleistungen sind scheinbar ein fester Bestandteil der Unternehmenskultur in den befragten Abteilungen.

„Ich mein, dass ist irgendwo so unter Kollegen: ‚Ich helfe dir geschwind.‘.“(C37/76); „...da hilft man dann zusammen.“ (H99/230); „...wenn mich irgendwer um was fragt und ich kann helfen, dann helfe ich ihm.“ (O172/425)



Diese gegenseitigen Hilfeleistungen werden auch positiv aufgenommen:

„...und es freut dich ja auch, wenn du dich plagst und ein 20jähriger kommt her und sagt: ‚Alter, soll ich dir helfen?‘.“ (A3/4)

Von Bestandteilen der Unternehmenskultur kann bei diesen Verhaltensweisen insofern gesprochen werden, da das individuelle Verhalten immer etwas über das Individuum als auch über die Gesellschaft bzw. über die Organisation aussagt (vgl. Faltermaier 1994, 180). So kann hier bei diesen individuellen Verhaltensweisen der kollegialen Kritik und der gegenseitigen Hilfeleistungen davon ausgegangen werden, dass diese in den Normen und Strukturen der Organisation verankert sind, da die Normen und Strukturen eines Unternehmens das individuelle Gesundheitshandeln beeinflussen (vgl. ebd.). Diese ‚Verankerung‘ von gesundheitlichen Normen und Strukturen in Organisationen ist ein längerfristiger Prozess, weshalb nicht davon ausgegangen werden kann, dass allein die Gruppengespräche die gegenseitige Unterstützung und kollegiale Kritik ausgelöst haben. Aber gerade solche Projekte wie ‚Herausforderung – Gesund am Arbeitsplatz‘ tragen dazu bei, dass die Unternehmenskultur immer mehr von salutogenen Merkmalen geprägt ist (s. S. 48), die dann wiederum zu den gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen führen.

Die oben angeführten Verhaltensweisen sind den sozialen Ressourcen einer Organisation zuzurechnen (s. S. 45) und wirken in der Weise, dass Belastungen durch soziale Unterstützungen vermieden oder verringert werden (s. S. 21). Es wird ersichtlich, dass die Arbeiter nicht nur eine Eigenverantwortung für die Gesundheit besitzen, sondern dass sie Verantwortungsbewusstsein für die Kollegen haben. Faltermaier (s. S. 20) ordnet diese soziale Unterstützung dem Gesundheitshandeln zu. Wie in Kapitel 13.1.2. ausgeführt, kann diese ‚Kultur der kollegialen Kritik‘ zudem einen externen Reiz für gesundheitsbewusstes Verhalten bieten.

#### **13.1.14. Gesundheitsgefährdendes Verhalten in Ausnahmesituationen und unter Zeitdruck**

Die Befragten gaben an, dass es nicht in allen Situationen möglich ist, sich gesundheitsbewusst zu verhalten. Insbesondere wenn Arbeiten unter Zeitdruck erledigt werden müssen oder es die Situation nicht zulässt, muss ein risikoreicheres Verhalten in Kauf genommen werden.

„Wenn es mal schnell gehen muss, dann steigt man vom Zug nicht wenn er im Schritttempo fährt, sondern wenn er schneller ist.“ (M145/357); „Wenn es schnell gehen muss, wenn es hitzig abläuft, da ist es im Endeffekt egal, ob du den Helm aufhast oder nicht.“ (C41/85); „Es gibt immer wieder Sachen, die nicht so gesund sind, aber darüber kommst du nicht hinweg würde ich sagen.“ (F75/178); „Es gibt einfach Situationen, da muss man etwas grausamer umgehen, weil es in dieser Situation nicht anders geht.“ (E63/130)

Gewisse Rahmenbedingungen lassen oftmals ein gesundheitsbewusstes Verhalten nicht zu. So wurde den Arbeitern z.B. gezeigt, wie sie sich für das Entladen von Waggons aufwärmen können, um Verletzungen vorzubeugen. Jedoch ist des öfteren nicht der genaue Zeitpunkt des Eintreffens des Zuges vorhersehbar. So müssen die Arbeiter entweder unaufgewärmt an die Arbeit gehen oder der Effekt des Aufwärmens ist durch die Verspätung des Zuges schon wieder verloren. Möglicherweise könnte durch eine genauere Betrachtung solcher Situationen doch eine Verbesserung oder sogar eine Lösung gefunden werden. Es wurde auch ausgesagt, dass aufgrund der entwickelten Identifikation mit dem Unternehmen und der Treue zum Unternehmen solche schwierigeren Arbeitsbedingungen in Kauf genommen werden.

„...da man eine gewisse Betriebstreue entwickelt, wo ich sag, das hab ich ‚draußen‘ nicht und da nimm ich halt mal einen Dreck, eine Hitze oder was halt dann auch ist, leicht in Kauf.“ (C42/86)

### **13.1.15. Thematisierung von Gesundheit nach den Gruppengesprächen; Gesundheitsbewusstsein**

Einige Befragte gaben an, dass sie nach den Gruppengesprächen wieder sensibler für das Thema Gesundheit wurden und sich bewusst gesundheitsförderlich verhalten haben.

„Die Leute sind aufmerksamer gemacht worden und arbeiten wieder gesundheitsbewusster.“ (J124/297); „Ich hab dann mehr gedacht dabei, was ich mir vorher sicher nicht gedacht habe.“ (O172/424); „Die Leute sind dann hellhöriger geworden und haben so auch über Gesundheit gesprochen.“ (N157/390)

Einige Befragte führten aus, dass sie sich bereits vor den Gruppengesprächen gesundheitsbewusst verhalten haben und sensibel für das Thema Gesundheit waren, sodass sich ihr Verhalten aufgrund der Gespräche auch nicht verändert hat.

Grundsätzlich kann man sagen, dass bereits vor den Gruppengesprächen bei den Arbeitern ein Gesundheitsbewusstsein vorhanden war und dieses nicht erst aufgrund des Projektes ‚Herausforderung – Gesund am Arbeitsplatz‘ entstanden ist. Dieses bereits vorhandene Gesundheitsbewusstsein könnte auf die grundsätzliche Präsenz des Themas Gesundheit in den untersuchten Abteilungen zurückzuführen sein. Genauer dazu im folgenden Kapitel.

### 13.1.16. Thematisierung von Gesundheit

Wie bereits erwähnt, wird in den untersuchten Abteilungen Gesundheit generell durch verschiedene Projekte und Maßnahmen thematisiert. So wurden von den Befragten die Unfall- und Beinahunfallmeldungen, die Sicherheitsviertelstunde und die Sicherheitsvertrauenspersonen genannt. Auch in anderen Projekten, wie z.B. ‚einfach besser‘ werden Gesundheitsthemen angesprochen und behandelt. Grundsätzlich gaben die interviewten Personen an, dass im Gegensatz zu früher, Gesundheit nun mehr thematisiert und auf gesundheitsgerechte Arbeitsbedingungen geachtet wird.

„Das hat sich gewaltig geändert: Früher hat es überall gestaubt, jetzt ist fast nichts mehr vorhanden.“ (J119/274); „Das ist jetzt das volle Thema da herinnen seit ein paar Jahren ... dass da jetzt allgemein relativ großer Wert darauf gelegt wird.“ (F69/155); „Vor 20 Jahren ist man nach 8 Stunden nach Hause gegangen und war fertig. Heute arbeitet man schon vernünftiger und mit Hirn.“ (K133/313)

Aber nicht nur Gesundheitsmaßnahmen, die sich auf die Arbeitssituation beziehen, werden wahrgenommen, sondern auch Angebote, die allgemein der Gesundheit dienlich sind, wie z.B. Erholungsfahrten, Ernährungsangebot, Fitnessstudio oder auch persönlichkeitsbildende Seminare sowie Nichtraucherseminare. Diese Angebote werden nicht nur registriert, sondern auch von den Befragten in Anspruch genommen.

„Ich hab jetzt einen Fitness-Check machen lassen.“ (P179/439); „Ich hab mich schon im Fitnesscenter angemeldet.“ (L139/337b); „Ich hab mich ein bisschen gewehrt vor diesen Seminaren (Anm.: Konfliktseminare), aber sobald ich eines machen kann, fahr ich wieder. Die sind wirklich gut.“ (K132/312)

Wie zu Beginn der Interpretation dargelegt, ist die ganzheitliche und umfassende Sichtweise der Beschäftigten von Gesundheit gewiss auch auf diese generelle Thematisierung von Gesundheit zurückzuführen. Gesundheitsprojekte und –angebote beschränken sich in den untersuchten Bereichen nicht auf einmalige Aktionen, sondern sind in das gesamte Betriebsgeschehen integriert. Gesundheitsförderung scheint ein Teil der Unternehmenskultur geworden zu sein und deshalb sind auch längerfristige und tiefgehende Veränderungen möglich. Durch diese Verankerung in der Unternehmensstruktur wird die betriebliche Gesundheitsförderung dauerhaft wahrgenommen und man kann hier, im Sinne von Münch et al. (s. S. 51), von einem betrieblichen Gesundheitsmanagement sprechen. Zudem sind durch die vielfältige und dauerhafte Thematisierung von Gesundheit Voraussetzungen für eine Verhaltensänderung

(s. S. 30) gegeben, die u.a. darin bestehen, dass ein Verhalten über einen längeren Zeitraum zum aktuellen Thema werden muss, um zum Bestandteil des alltäglichen (Arbeits-)lebens zu werden.

### **13.1.17. Rückkehr- und Integrationsgespräche**

Die Rückkehr- und Integrationsgespräche wurden im Rahmen des Projekts im Bereich B eingeführt. Im Interviewleitfaden war diese Thematik nicht vorgesehen, aber im Laufe des Interviews haben sich diese eingeführten Gespräche als bedeutende Themen herausgebildet. Bei den interviewten Personen schienen Unklarheiten über die Rückkehr- und Integrationsgespräche zu bestehen, die mit starken Vorbehalten einhergingen. Die Unklarheit bestand zum einen darin, ob und in welcher Form diese Gespräche existieren und zum anderen über die Intention derselben.

„Nach dem Krankenstand muss man zum Chef. Weiß nicht, ob das stimmt.“ (O176/435);  
„Für was die Gespräche sind, weiß ich nicht.“ (M143/379b); „Die sind für Leute, die anfällig sind für den Krankenstand.“ (P184/450)

Diese Unklarheiten führten zu großem Misstrauen gegenüber den Gesprächen. Diese wurden sogar als Bedrohung erlebt, obwohl die befragten Personen noch nie daran teilgenommen hatten oder wahrscheinlich gerade auch deswegen.

„Halte das nicht für sinnvoll, wenn das unter Druck geführt wird, weil ja das eigentlich keine Motivation ist.“ (P184/451); „Das ist ja kein Gespräch. Das ist ja eine Drohung, dass du nicht mehr in den Krankenstand gehst. Da wirst du hingestellt wie der größte Verbrecher. Ich finde das unfair.“ (M153/379a)

Diese Reaktionen der Beschäftigten ist nicht ungewöhnlich. Wie Piorr, Taubert & Kowalski (2000, 62ff) ausführen, haben Rückkehrgespräche viele Missverständnisse hervorgerufen, zumal die Angst der Beschäftigten vor diesen groß war, da diese als repressiv wahrgenommen wurden. Auch in einer Untersuchung von Meister (1999, 215ff) erlebten 80 % der befragten MitarbeiterInnen eines Unternehmens der Metallindustrie die Rückkehrgespräche als unangenehm. Offenbar benötigt die Einführung der Rückkehr- und Integrationsgespräche eine sehr gründliche Information der Beschäftigten. Ohne eine umfassende Information scheint eine Tendenz vorhanden zu sein, diese Gespräche nicht als Motivationsgespräche aufzufassen, die die Arbeitsaufnahme nach der Abwesenheit erleichtern sollen, sondern als ‚Strafgespräche‘. Diese Annahme beruht möglicherweise auf tiefverwurzelten Denk- und Verhaltensweisen der Beschäftigten, die auch mit einer veränderten Unternehmenskultur und verändertem Führungsverhalten nicht so ohne

weiteres geändert werden können, sondern geraume Zeit benötigen (s. Kapitel 13.1.6.). Darum ist eine eingehende Information notwendig, die Transparenz in Bezug auf die Ziele und Intentionen der Rückkehr- und Integrationsgespräche herstellt, um die Bedenken und Missverständnisse aus dem Weg zu räumen. Aber, wie im Kapitel 13.1.6. dargelegt, kann auch eine umfangreiche Information nicht alle Vorbehalte im vorhinein ausräumen. Deshalb werden aller Voraussicht nach diejenigen Beschäftigten, die bereits positive Erfahrungen mit den Rückkehrgesprächen gemacht haben, die besten und vermutlich auch die überzeugendsten Informanten für die anderen Mitarbeiter sein. Zu alledem ist natürlich für das Gelingen der Gespräche Voraussetzung, dass die Gesprächsführer über eine entsprechende kommunikative Kompetenz verfügen und eine positive Grundeinstellung zu den rückgekehrten Beschäftigten einnehmen.

## **13.2. Beantwortung der Fragestellungen**

Die vorangegangene Interpretation der Kategorien beinhaltet die Beantwortung der Fragestellungen dieser Untersuchung. In diesem Kapitel wird nun nochmals zusammenfassend auf die einzelnen Fragestellungen eingegangen.

- 1) Schafft das Projekt ‚Herausforderung – Gesund am Arbeitsplatz‘ ein Gesundheitsbewusstsein unter den Beschäftigten?

Wie im Kapitel 4.2.2. ausgeführt, besteht nach Faltermaier (1994) das Gesundheitsbewusstsein aus verschiedenen Komponenten. Diese einzelnen Komponenten sind bei den Interviews durchwegs zum Vorschein gekommen: Die Befragten besitzen differenzierte subjektive Konzepte über Gesundheit, nehmen den eigenen Körper und seine Beschwerden wahr, sind sich der Risiken des eigenen Verhaltens und der Arbeitsumgebung bewusst und nehmen gesundheitliche Ressourcen wahr (kollegiale Kritik, gegenseitige Hilfeleistungen, arbeitsplatzbezogene und andere Gesundheitsangebote). Das Projekt ‚Herausforderung – Gesund am Arbeitsplatz‘ kann allerdings m.E. nicht als ursächlich für das Entstehen eines Gesundheitsbewusstseins der Beschäftigten gesehen werden. Das Gesundheitsbewusstsein entsteht vielmehr aufgrund

der umfassend vorhandenen Gesundheitskultur im Unternehmen, die auch durch die breitgefächerte Thematisierung von Gesundheit (s. Kapitel 13.1.16.) sichtbar wird. Zu dieser Gesundheitskultur gehört auch das Projekt ‚Herausforderung – Gesund am Arbeitsplatz‘. Insofern mitbeeinflusst das Projekt das Entstehen eines Gesundheitsbewusstseins und der Gesundheitszirkel ist somit ein bedeutendes Instrument für den Entstehensprozess des Gesundheitsbewusstseins und zur Unterstützung dieses. Anders gesagt: Gerade so ein Projekt wie ‚Herausforderung – Gesund am Arbeitsplatz‘ mit seinen Besonderheiten in der Projektkonzeption (s. S. 160), trägt wesentlich dazu bei, eine umfassende, ganzheitliche Gesundheitskultur im Unternehmen entstehen zu lassen, die wiederum das Gesundheitsbewusstsein der Beschäftigten ausschlaggebend beeinflusst. So kann man sagen, dass das ‚Gesundheitsbewusstsein des Unternehmens‘ das Gesundheitsbewusstsein des einzelnen beeinflusst.

- 2) Entsteht aufgrund des Projektes eine Verhaltensänderung bei den Beschäftigten?  
Nehmen die Beschäftigten gesundheitsförderliche Verhaltensweisen an?

Grundsätzlich kann festgehalten werden, dass durchwegs ein Gesundheitsbewusstsein vorhanden ist und auch danach getrachtet wird, sich gesundheitsförderlich zu verhalten. Ein gesundheitsförderliches Verhalten kann jedoch nicht in allen Arbeitssituationen ausgeführt werden (s. Kapitel 13.1.14). Wie auch bei den Komponenten des Gesundheitsbewusstseins, sind auch die Komponenten des Gesundheitshandelns nach Faltermaier (s. S. 20) durchwegs vorhanden: bewusstes Handeln im Sinne der eigenen Gesundheit, gesundheitsbewusster Umgang mit dem eigenen Körper und mit Risiken und Belastungen aus dem Arbeitsumfeld, sowie soziales Handeln für die Gesundheit. Auch hier kann, wie bei der vorangegangenen Frage, gesagt werden, dass das Projekt ‚Herausforderung – Gesund am Arbeitsplatz‘ und die gesundheitlich geprägte Unternehmenskultur nicht von einander isoliert betrachtet werden können sondern sich gegenseitig bedingen. So kann das durchgeführte Projekt nicht allein ein gesundheitsförderliches Verhalten auslösen, aber durchaus ein externer Reizauslöser sein, der für das gesundheitsbewusste Verhalten notwendig ist (s. Kapitel 13.1.2.). Das Annehmen von gesundheitsbewusstem Verhalten wird durch die vorhandene Unternehmenskultur ermöglicht, in der gesundheitsfördernde Maßnahmen nicht isoliert

und abgehoben vom Unternehmensgeschehen durchgeführt, sondern darin integriert werden.

- 3) Geben sich die Beschäftigten gegenseitige Hilfeleistungen zur Erhaltung der Gesundheit? Machen sich die Beschäftigten gegenseitig auf gesundheitsgefährdendes Verhalten aufmerksam (kollegiale Kritik)?

Nicht zu übersehen ist, dass ein selbstverständlicher Bestandteil der Unternehmenskultur die gegenseitigen Hilfeleistungen und die kollegiale Kritik ist. Ausführlich dazu im Kapitel 13.1.13.

- 4) Übernehmen die Beschäftigten Eigenverantwortung für die Gesundheit?

Einen Teil der Verantwortung für die Gesundheit sehen die Beschäftigten bei den Führungskräften, aber genauso sehen sie die eigene Verantwortung für die Gesundheit (s. Kapitel 13.1.3.). Dieses wird sichtbar durch ein aktives Verhalten in Gesundheitsbelangen z.B. Verwendung von Schutzartikeln und Hebehilfen<sup>8</sup>, Annehmen der Gesundheitsangebote des Unternehmens oder Ansprechen der Vorgesetzten bei Problemen, das ausgelöst wird durch arbeitsbezogene und körperbezogene Beweggründe (s. Kapitel 13.1.2.). Aber nicht nur für sich selber wird die Verantwortung erkannt, sondern es wird auch für die Kollegen Verantwortung übernommen, was sich in kollegialer Kritik und gegenseitigen Hilfeleistungen äußert.

---

<sup>8</sup> 0166, N158, J123, H98, C37

5) Haben sich durch das Projekt ‚Herausforderung – Gesund am Arbeitsplatz‘ Arbeitsbedingungen verändert? Welche Veränderungen wurden subjektiv wahrgenommen?

Durch das Projekt ‚Herausforderung – Gesund am Arbeitsplatz‘ haben sich die Arbeitsbedingungen verändert und zwar nicht nur durch verhaltensorientierte Maßnahmen (z.B. Schulung über richtiges Heben), sondern vorwiegend auch durch verhältnisorientierte Maßnahmen (z.B. weniger Schichtverlegung durch Jobrotation) (Maßnahmen s. S. 86 und 89). Somit ist ein wesentliches Kriterium für erfolgreiche betriebliche Gesundheitsförderung erfüllt, das darin besteht, dass verhaltens- als auch verhältnisorientierte Interventionen und Maßnahmen durchgeführt werden. Den befragten Personen waren verschiedenartige und unterschiedlich viele Verbesserungsmaßnahmen in Erinnerung. Da jedoch zwischen Projektdurchführung und Interviews eine größere Zeitdistanz lag und die Abgrenzung zu anderen Projekten für die Beschäftigten des öfteren nicht eindeutig war, war es nicht möglich, die Unterschiede zwischen den wahrgenommenen und den tatsächlichen Verbesserungen herauszuarbeiten und einwandfrei zu interpretieren.

### **13.3. Resümee und Empfehlungen**

Grundsätzlich kann gesagt werden, dass die Unternehmenskultur von salutogenen Merkmalen geprägt ist. Die Einrichtung der Gesundheitszirkel durch das Projekt ‚Herausforderung – Gesund am Arbeitsplatz‘ spiegeln diese Unternehmenskultur wider. Die Unternehmenskultur mit ihren Werten, Normen und Traditionen beeinflusst wiederum das Gesundheitsbewusstsein und -verhalten der Beschäftigten. So kann schwerlich gesagt werden, dass ein Projekt oder eine Maßnahme gesundheitsbewusstes Verhalten bei den Beschäftigten ausgelöst hat, sondern, dass es die ‚Gesamtkomposition‘ aller gesundheitsförderlichen Maßnahmen war, die das ohne Zweifel vorhandene Gesundheitsbewusstsein und -verhalten der Beschäftigten beeinflusst hat. Es hat sich ein Wandel in der Unternehmenskultur und somit auch im Denken und Verhalten der Beschäftigten vollzogen. Aber auch Widerstand und Skepsis gehören zum Wandel einer Unternehmenskultur, da oft alte, lang eingefahrene Strukturen und Denk- und



Verhaltensmuster verändert werden sollen. Dieses wurde auch im Projekt ‚Herausforderung – Gesund am Arbeitsplatz‘ deutlich. Deshalb ist es wesentlich, dass die betriebliche Gesundheitsförderung ein Bestandteil der Unternehmenskultur wird, denn nur so können langfristige Veränderungen erreicht werden.

In der salutogenen Unternehmenskultur ist der betriebliche Gesundheitszirkel ein bedeutendes Instrument. Der Gesundheitszirkel ist zugleich Analyse- als auch Interventionsinstrument. Mithilfe dieses Instruments können Betroffene zu Beteiligten gemacht werden und gesundheitliche Ressourcen im Sinne des Kohärenzsinn und andere personale Ressourcen gefördert werden. Zudem ermöglicht dieses Instrument Problemlösungen zu finden, die für die Beschäftigten relevant sind und die verhaltens- sowie verhältnisbedingte Maßnahmen mit sich bringen.

Die Besonderheit des Gesundheitszirkels in der voestalpine liegt in der direkten Einbindung aller Beschäftigten. In diesem Projektdesign ist es gelungen, alle Beschäftigten in den Gesundheitszirkel mit den sogenannten Gruppengesprächen miteinzubeziehen. Im Gegensatz zu anderen Gesundheitszirkeln, die die Partizipation nur einiger weniger MitarbeiterInnen vorsehen, werden hier durch die Gruppengespräche alle Beschäftigten in die Problemdefinition und –analyse miteinbezogen. So haben nicht nur alle Beschäftigten die Möglichkeit, Probleme aus ihrer Sicht zu definieren, sondern es kann auch auf ein umfassenderes Erfahrungswissen zurückgegriffen werden.

Im Projekt ‚Herausforderung – Gesund am Arbeitsplatz‘ ist es gelungen, die Vorteile der homogenen und der heterogenen Gruppenzusammensetzung zu nutzen. In den homogen zusammengesetzten Gruppengesprächen können die Beschäftigten vorerst einmal durch die Abwesenheit der Vorgesetzten alle Probleme offen ansprechen. Der darauffolgende Gesundheitszirkel ist hierarchieübergreifend zusammengesetzt und bringt das Expertenwissen (BetriebsmedizinerIn etc.) und das Erfahrungswissen der Beschäftigten zusammen. Mit dieser hierarchieübergreifenden Zusammensetzung wird verhindert, was sonst bei der homogenen Zusammensetzung befürchtet wird (s. S. 74), nämlich, dass die Vorgesetzten sich ausgeschlossen fühlen könnten. Der Erfolg des Gesundheitszirkels hängt u.a. von der Akzeptanz und der Unterstützung der Vorgesetzten ab. Eine Anregung wäre dahin gehend, dass für die untere und mittlere Führungsebene, die auch nicht geringen Belastungen ausgesetzt sind, ebenso Gesundheitszirkeln durchgeführt werden könnten.

Die Transparenz, die durch eine umfassende Information hergestellt wird, ist eine der wesentlichsten Voraussetzungen für eine gelungene betriebliche Gesundheitsförderung. Wie in der Projektbeschreibung ersichtlich, wurden in den untersuchten Bereichen auch vielfältige Wege genutzt, um die Beschäftigten über das Projekt zu informieren. Eine vorwiegend schriftliche Information genügt aber nicht. Es muss vor allem mündlich informiert werden, um zu gewährleisten, dass die Information auch tatsächlich von den Beschäftigten wahrgenommen wird. So ist hier zu empfehlen, dass beim Projekt ‚Herausforderung – Gesund am Arbeitsplatz‘ verstärkt auf die mündliche Information geachtet wird. Diese soll durch die Führungskräfte aber auch durch die Delegierten, die hier verstärkt als Multiplikatoren eingesetzt werden können, geliefert werden. Zu Projektbeginn ist die mündliche Information notwendig, um Skepsis und Missverständnisse abzubauen und um Motivation für das Projekt zu erzeugen. Während des Projekts soll ausführlich über den Umsetzungsstand informiert werden, wobei hier vor allem die Delegierten einsetzbar sind. Am Projektende soll schließlich ein Abschlußbericht mit allen MitarbeiterInnen, Vorgesetzten und der Steuerungsgruppe stattfinden. Dadurch können die Ergebnisse des Projekts für alle deutlich wahrnehmbar kommuniziert werden, denn ein Aushang am ‚Schwarzen Brett‘ reicht für eine Ergebnispräsentation nicht aus. Verstärkt soll auch darauf geachtet werden, dass die Ablehnung von Verbesserungsvorschlägen oder nur teilweise durchgeführten Vorschlägen den Beschäftigten nachvollziehbar begründet wird und dass diese Information wiederum auch tatsächlich bei den Beschäftigten ankommt, wie es z.B. durch eine Abschlusspräsentation möglich wäre. Eine offizielle Abschlusspräsentation mit den Beschäftigten ist auch deshalb zu empfehlen, weil dadurch ein deutliches Zeichen des Projektendes gesetzt wird.

Eine weitere Besonderheit des Projekts ‚Herausforderung – Gesund am Arbeitsplatz‘ ist die Einrichtung der Delegiertenfunktion, die eine bedeutende Schnittstelle zwischen dem Gesundheitszirkel und den Beschäftigten ist und eine weitere Partizipationsmöglichkeit darstellt. Wie diese Untersuchung gezeigt hat, kann die grundsätzlich als positiv und wichtig zu bewertende Partizipationsmöglichkeit auch als Überforderung erlebt werden. Jene Personen, die sich durch die weitergehende Partizipation überfordert fühlen, können sich hier nun von den Delegierten vertreten lassen. Darüber hinaus wirken Beschäftigte auch in der Projektgruppe, die für die Planung und Steuerung verantwortlich ist, mit. Es stehen also, was durchaus sinnvoll ist, verschiedene Stufen der Partizipationsmöglichkeit

zur Verfügung. Die Delegierten haben eine bedeutende Funktion, da sie sich an einer Schnittstelle befinden und so auch Multiplikatoren sind. Um diese Funktion in ihrem ganzen möglichen Umfang zu nutzen, wäre eine Empfehlung dahingehend, verstärkt Augenmerk auf die Rolle der Delegierten zu legen. Das heißt, den Delegierten soll ihre Bedeutung bewusst sein und sie sollen auch dementsprechende Unterstützung in der Ausführung ihrer Aufgaben bekommen, insbesondere in ihrer Multiplikatorenfunktion. Dafür muss ihnen ein klarer Auftrag zur mündlichen Information gegeben werden, aber auch klare Anweisungen, wie sie diese am besten bewerkstelligen können.

Eine weitere Empfehlung wäre dahingehend, dass nach einem gewissen Zeitraum nach den Gesundheitszirkeln (etwa 2 bis 6 Monate) die Projektgruppe nochmals zu einer Sitzung zusammentrifft, um den Umsetzungsstand der Verbesserungsmaßnahmen zu evaluieren. Dabei kann geprüft werden, ob die durchgeführten Maßnahmen ihre beabsichtigte Wirkung erreicht haben oder ob dazu noch weitere Schritte notwendig sind. Gerade bei längerfristigen oder tiefergehenden Veränderungen ist es notwendig zu überprüfen, ob die gewünschten Wirkungen erzielt wurden und die Betroffenen mit der Lösung tatsächlich zufrieden sind.

Verbesserungen können beim Entwurf des Fragebogens vorgenommen werden. Im Fragebogen, der zur Ist-Analyse dient, werden Beschwerden nach Häufigkeit und subjektiv empfundenen Beeinträchtigungsgrad abgefragt. Eine nützliche Erweiterung des Fragebogens, der die Aussagekraft verstärken würde, wäre, die vorhandenen Belastungen abzufragen. Dabei können aufgabenbezogene, umgebungsbezogene, soziale sowie betriebliche und überbetriebliche Belastungen erfragt und gegebenenfalls, wenn diese gehäuft angegeben werden, durch eine Betriebsbegehung zusätzlich analysiert werden.

Die ganzheitliche Sichtweise von Gesundheit, die diesem Projekt zugrunde liegt, wird in verschiedenen Punkten ersichtlich. Die für die Gruppengespräche zur Bearbeitung vorgeschlagenen Themenbereiche beinhalten physische, psychische sowie soziale Aspekte. Der in den Gruppengesprächen erarbeitete Maßnahmenkatalog folgt auch einem ganzheitlichen Ansatz. Die Probleme werden nicht nur benannt, sondern auch in ihrem Zusammenhang, also auch von ihrer Ursache und von möglichen Lösungsvorschlägen her, betrachtet. Und schließlich werden nicht nur verhaltensbezogene sondern vor allem auch verhältnisbezogene Verbesserungsmaßnahmen durchgeführt.

In den untersuchten Bereichen ist die betriebliche Gesundheitsförderung ein Teil der Unternehmenskultur. Es wäre durchaus sinnvoll, auch den Gesundheitszirkel zu einem

Teil dieser Kultur zu machen. Der Gesundheitszirkel ist ein wirkungsvolles Instrument und hat in der Form, wie er in der voestalpine eingesetzt wird, besondere Vorteile, wie oben ausgeführt. Wird das Projekt ‚Herausforderung – Gesund am Arbeitsplatz‘ in gewissen Abständen wiederholt, wobei Ablauf, Dauer und Umfang des Projekts an die jeweiligen Bedürfnisse angepasst werden können, kann die Wirkungskraft des Zirkels erneut genutzt werden.

## 14. Kritische Betrachtung der Untersuchung

Die Methoden der qualitativen Forschung haben sich in der vorliegenden Untersuchung sehr gut bewährt. Es konnten zentrale Themen herausgearbeitet und durch die offene Herangehensweise auch unerwartete Aspekte miteinbezogen werden. Da die gewählte Auswertungsmethode auf die Reduktion des Materials angelegt war, hat sich das wiederholte Überprüfen am Ausgangsmaterial als unabdingbar herausgestellt, um eine schlüssige Interpretation der Daten sicherzustellen. Jedoch darf nicht vergessen werden, dass die Auswahl der Daten und die Darstellung und Interpretation der Ergebnisse, sowie verschiedene andere Schritte im qualitativen Forschungsprozess, von der subjektiven Auswahlstrategie der Forscherin/des Forschers bestimmt werden und so gewisse Verzerrungen durch die Person der Forscherin/des Forschers entstehen. Um hier die Qualität zu sichern, werden verschiedene Methoden der konsensuellen Validierung eingesetzt. Im Rahmen dieser Untersuchung war es jedoch nicht in dem wünschenswerten Ausmaß möglich, Validität herzustellen. Die Kategorienbildung und die Zuordnung der einzelnen Aussagen zu den Kategorien konnte ich unter Mitwirkung einer außenstehenden Person durchführen und somit eine kommunikative bzw. argumentative Validität erreichen. Wünschenswert wäre aber ebenso eine konsensuelle Validierung bei der Interpretation der Ergebnisse.

Um die gewonnenen Erkenntnisse zu vertiefen, wäre es durchaus interessant, einige Erweiterungen in Bezug auf die erhobenen Daten vorzunehmen. Die Untersuchung könnte beispielsweise durch eine Erforschung der Sichtweisen der Vorgesetzten oder aber auch durch quantitative Daten ergänzt und erweitert werden.

## 15. Literaturverzeichnis

- Altgeld, Thomas & Kolip, Petra: Konzepte und Strategien der Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann Klaus & Klotz, Theodor & Haisch, Jochen (Hg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Verlag Hans Huber, 2004, 41-51.
- Anton, Klaus: Praxis der Gruppendynamik. Übungen und Techniken. 8. überarb. und erg. Aufl. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe Verlag, 2000.
- Atzler, Beate & Kiesewetter, Elfriede & Kohlbacher, Michael: Arbeiten mit Gesundheitszirkeln. In: Österreichische Kontaktstelle für betriebliche Gesundheitsförderung (Hg.): Projektmanagement in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Linz: Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik, 1998, 63-75.
- Badura, Bernhard & Ritter, Wolfgang & Scherf, Michael (Hg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Ein Leitfaden für die Praxis. Berlin: Edition Sigma, 1999.
- Bamberg, Eva & Ducki, Antje & Metz, Anna-Marie: Handlungsbedingungen und Grundlagen der betrieblichen Gesundheitsförderung. In: Bamberg, Eva & Ducki, Antje & Metz, Anna-Marie (Hg.): Handbuch Betrieblicher Gesundheitsförderung. Arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, 1998, 17-36.
- Bamberg, Eva & Metz, Anna-Marie: Interventionen. In: Bamberg, Eva & Ducki, Antje & Metz, Anna-Marie (Hg.): Handbuch Betrieblicher Gesundheitsförderung. Arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte. Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie, 1998, 178-209.
- Becker, Peter: Die Bedeutung integrativer Modelle von Gesundheit und Krankheit für die Prävention und Gesundheitsförderung. Anforderungen an allgemeine Modelle von Gesundheit und Krankheit. In: Paulus, Peter (Hg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychosoziale Praxis. Köln: GwG-Verlag, 1992, 91-108.
- Betriebliche Gesundheitsförderung. Handbuch der österreichischen sozialen Krankenversicherungsträger. Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (Hg.), 1996.
- Blättner, Beate: Gesundheit lässt sich nicht lehren. Professionelles Handeln von KursleiterInnen in der Gesundheitsbildung aus systemisch-konstruktivistischer Sicht. Bad Heilbrunn: Klinkhardt, 1998.
- Bohner, Gerd: Einstellungen. In: Stroebe, Wolfgang & Jonas, Klaus & Hewstone, Miles (Hg.): Sozialpsychologie. Eine Einführung. 4. akt. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag, 2002, 265-315.

- Bortz, Jürgen & Döring, Nicola: Forschungsmethoden und Evaluation. 2. vollst. überarb. und akt. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag, 1995.
- Breucker, Gregor: Erfolgsfaktoren und Qualitätssicherung betrieblicher Gesundheitsförderung in Europa. In: Österreichische Kontaktstelle für betriebliche Gesundheitsförderung (Hg.): Qualitätssicherung in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Linz: Institut für Gesellschaft- und Sozialpolitik, 1999, 33-49.
- Demmer, Hildegard: Entwicklungsperspektiven der betrieblichen Gesundheitsförderung. In: Pelikan, Jürgen M. & Demmer, Hildegard & Hurrelmann, Klaus (Hg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Weinheim, München: Juventa Verlag, 1993, 74-84.
- Ducki, Antje: Allgemeine Prozessmerkmale betrieblicher Gesundheitsförderung. In: Bamberg, Eva & Ducki, Antje & Metz, Anna-Marie (Hg.): Handbuch Betrieblicher Gesundheitsförderung. Arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, 1998, 135-143.
- Ducki, Antje: Ressourcen, Belastungen und Gesundheit. In: Bamberg, Eva & Ducki, Antje & Metz, Anna-Marie (Hg.): Handbuch Betrieblicher Gesundheitsförderung. Arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, 1998, 145-153.
- Ducki, Antje: Analyse. In: Bamberg, Eva & Ducki, Antje & Metz, Anna-Marie (Hg.): Handbuch Betrieblicher Gesundheitsförderung. Arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, 1998, 155-175.
- Eberle, Gudrun: Betriebliche Gesundheitsförderung aus Sicht der AOK. In: Nieder, Peter & Susen, Britta (Hg.): Betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und Erfahrungen bei der Realisierung. Bern, Stuttgart, Wien: Haupt, 1997, 107-124.
- Faltermaier, Toni: Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln. Weinheim: Beltz, Psychologie-Verl.-Union, 1994.
- Faltermaier, Toni: Prävention und Gesundheitsförderung im Erwachsenenalter. In: Hurrelmann, Klaus & Klotz, Theodor & Haisch, Jochen (Hg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Verlag Hans Huber, 2004, 73-93.
- Faltermaier, Toni: Subjektive Theorien von Gesundheit. Stand der Forschung und Bedeutung für die Praxis. In: Flick, Uwe (Hg.): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. Subjektive Theorien und soziale Repräsentationen. Heidelberg: Asanger, 1991, 45-58.
- Flick, Uwe & Kardorff, Ernst & Steinke, Ines: Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In: Flick, Uwe & Kardorff, Ernst & Steinke, Ines (Hg.): Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 2000, 13-29.

- Flick, Uwe: Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 6. vollst. überarb. und erw. Aufl. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 2002.
- Franzkowiak, Peter: Gesundheit. In: Bundeszentrale für Gesundheit (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. 2. akt. Aufl. Schwabenheim a. d. Selz: Verlag Peter Sabo, 1999a, 24-27.
- Franzkowiak, Peter: Subjektive Gesundheit. Laienkonzepte von Gesundheit. In: Bundeszentrale für Gesundheit (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. 2. akt. Aufl. Schwabenheim a. d. Selz: Verlag Peter Sabo, 1999b, 112-113.
- Franzkowiak, Peter: Salutogenetische Perspektive. In: Bundeszentrale für Gesundheit (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. 2. akt. Aufl. Schwabenheim a. d. Selz: Verlag Peter Sabo, 1999c, 96-98.
- Franzkowiak, Peter: Risikofaktoren. In: Bundeszentrale für Gesundheit (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. 2. akt. Aufl. Schwabenheim a. d. Selz: Verlag Peter Sabo, 1999d, 94-96.
- Franzkowiak, Peter: Protektivfaktoren. In: Bundeszentrale für Gesundheit (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. 2. akt. Aufl. Schwabenheim a. d. Selz: Verlag Peter Sabo, 1999e, 89-91.
- Friczewski, Franz: Gesundheitszirkel als Organisations- und Personalentwicklung: Der ‚Berliner Ansatz‘. In: Westermayer, Gerhard & Bähr, Bernhard (Hg.): Betriebliche Gesundheitszirkel. Göttingen, Stuttgart: Verlag für Angewandte Psychologie, 1994, 14-24.
- Frieling, Ekkehart & Sonntag, Karlheinz: Lehrbuch Arbeitspsychologie. 2. vollst. überarb. und erw. Aufl. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Verlag Hans Huber, 1999.
- Glasl, Friedrich: Selbsthilfe in Konflikten. Konzepte, Übungen, Praktische Methoden. 2. Aufl. Stuttgart: Verlag Freies Geistesleben; Bern: Verlag Paul Haupt, 2000.
- Greiner, Birgit A.: Der Gesundheitsbegriff. In: Bamberg, Eva & Ducki, Antje & Metz, Anna-Marie (Hg.): Handbuch Betrieblicher Gesundheitsförderung. Arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, 1998, 39-55.
- Grossmann, Ralph & Scala, Klaus: Gesundheit durch Projekte fördern. Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement. 2. Aufl. Weinheim und München: Juventa Verlag, 1996.



- Gudjons, Herbert: Pädagogisches Grundwissen. 7. völlig neu bearb. und akt. Aufl. Bad Heilbrunn: Verlag Julius Klinkhardt, 2001.
- Heinze, Thomas: Qualitative Sozialforschung. Einführung, Methodologie und Forschungspraxis. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag, 2001.
- Hopf, Christel: Befragungsverfahren. In: Flick, Uwe & Kardorff, Ernst & Keupp, Heiner & Rosenstiel, Lutz & Wolff, Stephan (Hg.): Handbuch qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. 2. Aufl.. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1995, 177-182.
- Hurrelmann, Klaus & Klotz, Theodor & Haisch, Jochen: Einführung Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelmann, Klaus & Klotz, Theodor & Haisch, Jochen (Hg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Verlag Hans Huber, 2004, 11-20.
- Hurrelmann, Klaus: Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. 4. vollst. überarb. Aufl. Weinheim, München: Juventa Verlag, 2000.
- Janssen, Matthias: Zur Bedeutung einer persönlichkeitsfördernden Arbeitsgestaltung im Rahmen betrieblicher Gesundheitsförderung. In: Nieder, Peter & Susen, Britta (Hg.): Betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und Erfahrungen bei der Realisierung. Bern, Stuttgart, Wien: Haupt, 1997, 51-77.
- Jork, Klaus: Gesundheitsselbsthilfe. In: Illich, Ivan & Jork, Klaus (Hg.): Was macht den Menschen krank? 18 kritische Analysen. Basel, Boston, Berlin: Birkhäuser Verlag, 1991, 43-62.
- Karazman, Rudolf & Karazman-Morawetz, Inge: Sinnfindung und zwischen-menschliche Entwicklung als Kriterien betrieblicher Gesundheitsförderung. In: Pelikan, Jürgen M. & Lobnig, Hubert (Hg.): Gesundheitsförderung in Settings: Gemeinde, Betrieb, Schule und Krankenhaus. Eine österreichische Forschungsbilanz. Wien: Facultas Universitätsverlag, 1996, 87-100.
- Kardorff, Ernst: Qualitative Sozialforschung. Versuch einer Standortbestimmung. In: Flick, Uwe & Kardorff, Ernst & Keupp, Heiner & Rosenstiel, Lutz & Wolff, Stephan (Hg.): Handbuch qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. 2. Aufl. Weinheim: Beltz, Psychologie Verlags Union, 1995, 3-10.
- Kopp, Iona: Entwicklung und Erprobung von Gesundheitszirkeln im Programm Arbeit und Technik. In: Westermayer, Gerhard & Bähr, Bernhard (Hg.): Betriebliche Gesundheitszirkel. Göttingen, Stuttgart: Verlag für Angewandte Psychologie, 1994, 10-13.
- Laireiter, Anton-Rupert & Meister, Marlene: Betriebliche Gesundheitsförderung und Gesundheitszirkel. Modelle und Effekte. In: Röhrle, Bernd & Sommer, Gert (Hg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Band II. Tübingen: dgvt-Verlag, 2002, 327-371.

- Lamnek, Siegfried: Qualitative Sozialforschung. Band 1. Methodologie. 3. korr. Aufl. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1995a.
- Lamnek, Siegfried: Qualitative Sozialforschung. Band 2. Methoden und Techniken. 3. korr. Aufl. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1995b.
- Lenhardt, Uwe & Rosenbrock, Rolf: Prävention und Gesundheitsförderung in Betrieben und Behörden. In: Hurrelmann, Klaus & Klotz, Theodor & Haisch, Jochen (Hg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Verlag Hans Huber, 2004, 293-303.
- Leppin, Anja: Konzepte und Strategien der Krankheitsprävention. In: Hurrelmann, Klaus & Klotz, Theodor & Haisch, Jochen (Hg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Verlag Hans Huber, 2004, 31-40.
- Lieneke, Armin & Westermayer, Gerhard: Gesundheitscoaching. Betriebliche Gesundheitszirkel als Prozeß. Das Konzept des Instituts für Personal- und Organisationsentwicklung Lieneke Westermayer Zahn & Partner. In: Westermayer, Gerhard & Bähr, Bernhard (Hg.): Betriebliche Gesundheitszirkel. Göttingen, Stuttgart: Verlag für Angewandte Psychologie, 1994, 87-99.
- Lissmann, Urban: Inhaltsanalyse von Texten. Landau: Verlag Empirische Pädagogik, 1997.
- Lück, Patricia: Betriebliche Gesundheitsförderung. In: Klotter, Christoph (Hg.): Prävention im Gesundheitswesen. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, 1997, 281-294.
- Mayring, Philipp: Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken. 3. überarb. Aufl. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1996.
- Mayring, Philipp: Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 8. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag, 2003.
- Mayring, Philipp: Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick, Uwe & Kardorff, Ernst & Keupp, Heiner & Rosenstiel, Lutz & Wolff, Stephan (Hg.): Handbuch qualitative Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen. 2. Aufl. Weinheim: Beltz Verlag, Psychologie Verlags Union, 1995, 209-213.
- Meggeneder, Oskar: Zum Stande der betrieblichen Gesundheitsförderung in Österreich. In: Österreichische Kontaktstelle für betriebliche Gesundheitsförderung (Hg.): Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich. Linz: Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik, 1997, 35-84.
- Meister, Marlene: Gesundheitsförderung im Betrieb. Evaluation von Gesundheitszirkeln. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Naturwissenschaftliche Fakultät Salzburg, 1999.

- Merkens, Hans: Auswahlverfahren, Sampling, Fallkonstruktion. In: Flick, Uwe & Kardorff, Ernst & Steinke, Ines: Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 2000, 286-299.
- Mittag, Oskar: Gesundheitliche Schutzfaktoren. In: Amann, Gabriele & Wipplinger, Rudolf (Hg.): Gesundheitsförderung. Ein multidimensionales Tätigkeitsfeld. Tübingen: Dgvt-Verlag, 1998, 177-192.
- Münch, Eckhard & Walter, Uta & Badura, Bernhard: Führungsaufgabe Gesundheitsmanagement. Ein Modellprojekt im öffentlichen Sektor. Berlin: Edition Stigma, 2003.
- Naidoo, Jennie & Wills, Jane: Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Umfassend und anschaulich mit vielen Beispielen und Projekten aus der Praxis der Gesundheitsförderung. Gamburg: Verlag für Gesundheitsförderung, 2003.
- Nieder, Peter: Betriebliche Gesundheitsförderung. In: Nieder, Peter & Susen, Britta (Hg.): Betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und Erfahrungen bei der Realisierung. Bern, Stuttgart, Wien: Haupt, 1997, 15-27.
- Österreichisches Netzwerk Betrieblicher Gesundheitsförderung. Aufgerufen am 01.12.2004 im World Wide Web: [www.netwerk-bgf.at](http://www.netwerk-bgf.at).
- Peilowich-Pichler, Claudia: Rolle der Präventivdienste in der Gesundheitsförderung. In: Österreichische Kontaktstelle für betriebliche Gesundheitsförderung (Hg.): Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich. Linz: Institut für Gesellschafts- und Sozialpolitik, 1997, 165-180.
- Piorr, Rüdiger & Taubert, Rolf & Kowalski, Heinz: Das Integrationsgespräch in der Gesundheitsförderung. In: Personalführung. 2000, Heft 9, 62-67.
- Salzburger Flughafen GmbH: Betriebliche Gesundheitsförderung am Salzburg Airport W. A. Mozart. Salzburger Flughafen GmbH Personalwesen (Hg.), o. J.
- Schmidt, Christiane: Analyse von Leitfadeninterviews. In: Flick, Uwe & Kardorff, Ernst & Steinke, Ines: Qualitative Forschung. Ein Handbuch. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag, 2000, 447-456.
- Schneider, Volker: Gesundheitsförderung heute. Konzepte, Möglichkeiten und Grenzen. Freiburg im Breisgau: Lambertus Verlag, 1993.
- Schwartz, Friedrich-Wilhelm & Walter, Ulla: Prävention. In: Schwartz, Friedrich-Wilhelm & Badura, Bernhard & Leidl, Reiner & Raspe, Heiner & Siegrist, Johannes (Hg.) Das Public-Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg, 1998, 151-170.
- Schwarzer, Ralf: Psychologie des Gesundheitsverhaltens. 2. überarb. und erw. Aufl. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe Verlag, 1996.

- Seibt, Annette C.: Modell der Gesundheitsüberzeugung. Health Belief Model. In: Bundeszentrale für Gesundheit (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. 2. akt. Aufl. Schwabenheim a. d. Selz: Verlag Peter Sabo, 1999a, 73-75.
- Seibt, Annette C.: Theorie der Handlungsveranlassung. Theory of Reasoned Action bzw. Theory of Planned Behavior. In: Bundeszentrale für Gesundheit (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. 2. akt. Aufl. Schwabenheim a. d. Selz: Verlag Peter Sabo, 1999b, 113-115.
- Siegrist, Johannes: Machen wir uns selbst krank? In: Schwartz, Friedrich-Wilhelm & Badura, Bernhard & Leidl, Reiner & Raspe, Heiner & Siegrist, Johannes (Hg.): Das Public-Health-Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg, 1998, 110-123.
- Slesina, Wolfgang: Gesundheitszirkel. Der ‚Düsseldorfer Ansatz‘. In: Westermayer, Gerhard & Bähr, Bernhard (Hg.): Betriebliche Gesundheitszirkel. Göttingen, Stuttgart: Verlag für Angewandte Psychologie, 1994, 25-34.
- Stark, Wolfgang: Empowerment. In: Bundeszentrale für Gesundheit (Hg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden der Gesundheitsförderung. 2. akt. Aufl. Schwabenheim a. d. Selz: Verlag Peter Sabo, 1999, 17-18.
- Stöckl, Sigrid: Geschichte der Prävention und Gesundheitsförderung. In: Hurrelman, Klaus & Kotz, Theodor & Haisch, Jochen (Hg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Verlag Hans Huber, 2004, 21-30.
- Stroebe, Wolfgang & Jonas, Klaus: Gesundheitspsychologie. Eine sozialpsychologische Perspektive. In: Stroebe, Wolfgang & Jonas, Klaus & Hewstone, Miles (Hg.): Sozialpsychologie. Eine Einführung. 4. akt. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag, 2002, 579-622.
- Susen, Britta: Gesundheitsfördernde Personalarbeit. In: Nieder, Peter & Susen, Britta (Hg.): Betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und Erfahrungen bei der Realisierung. Bern, Stuttgart, Wien: Haupt, 1997, 175-195.
- Teichmann, Susanne: Salutogene und pathogene Wirkungen sozialer Beziehungen in der Arbeitswelt. In: Badura, Bernhard & Ritter, Wolfgang & Scherf, Michael (Hg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Ein Leitfaden für die Praxis. Berlin: Edition Sigma Rainer Bohn Verlag, 1999, 150-154.
- Ulich, Eberhard: Arbeitspsychologie. 5. vollst. überarb. und erw. Aufl. Zürich: vdf Hochschulverlag AG an der ETH Zürich; Stuttgart: Schäffer-Poeschel Verlag, 2001.
- Vogt-Akpetou, Ulla: Gesundheitszirkel. In: Badura, Bernhard & Ritter, Wolfgang & Scherf, Michael (Hg.): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Ein Leitfaden für die Praxis. Berlin: Edition Sigma, 1999, 159-167.

- Waller, Heiko: Gesundheitsförderung in der Praxis. In: Geiger, Andreas (Hg.): Handlungsfeld Gesundheitsförderung: 10 Jahre nach Ottawa. Werbach-Gamburg: G. Conrad Verlag für Gesundheitsförderung, 1997, 93-101.
- Waller, Heiko: Gesundheitswissenschaften. Eine Einführung in Grundlagen und Praxis von Public Health. 3. überarb. und erw. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer, 2002.
- Westermayer, Gerhard & Bähr, Bernhard (Hg.): Betriebliche Gesundheitszirkel. Göttingen, Stuttgart: Verlag für Angewandte Psychologie, 1994.
- Westermayer, Gerhard: Organisationsentwicklung und betriebliche Gesundheitsförderung. In: Bamberg, Eva & Ducki, Antje & Metz, Anna-Marie (Hg.): Handbuch Betrieblicher Gesundheitsförderung. Arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie, 1998, 119-132.
- Weyland, Sabine: Effekte eines betrieblichen Gesundheitsförderungsprogramms auf die muskuloskelettal bedingten Arbeitsausfälle und die Befindlichkeit von Mitarbeitern eines Großbetriebes. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Technische Universität München, 2002.
- WHO: Ottawa-Charta der WHO zur Gesundheitsförderung. Von der WHO autorisierte Übersetzung. Hildebrandt/Kickbusch. In: Amann, Gabriele & Wipplinger, Rudolf (Hg.): Gesundheitsförderung. Ein multidimensionales Tätigkeitsfeld. Tübingen: Dgvt-Verlag, 1998 (1986), 555-560.
- Wipplinger, Rudolf & Amann, Gabriele: Gesundheit und Gesundheitsförderung. Modelle, Ziele und Bereich. In: Amann, Gabriele & Wipplinger, Rudolf (Hg.): Gesundheitsförderung. Ein multidimensionales Tätigkeitsfeld. Tübingen: Dgvt-Verlag, 1998, 17-51.

# 16. Anhang

## Interviewleitfaden

Themenbereiche: Gesundheit – subjektive Sichtweisen  
Gruppengespräche/Gesundheitszirkel – Prozesserleben  
Arbeitssituation - verhaltens- und verhältnisbezogene Bedingungen

### Gesundheit

Wie definieren Sie Gesundheit?  
Wann fühlen Sie sich gesund?  
Beschäftigen Sie sich mit dem Thema Gesundheit?  
Ist Gesundheit für Sie auch in der Arbeit ein Thema?

Haben Sie das Gefühl, dass im Betrieb etwas getan wird für die Gesundheit?  
Wie macht sich das bemerkbar?  
Gibt es einen Unterschied zu früher?

### Gruppengespräch/Gesundheitszirkel

Wie sind die Gruppengespräche gelaufen?  
Wie haben Sie die Gruppengespräche erlebt?  
Wie war das Klima?  
Wie war es so in den Gruppen miteinander zu reden?  
Haben Sie was sagen können?  
Konnten Sie Themen einbringen, die Ihnen wichtig waren?  
Fühlten Sie sich ernst genommen?

Was ist gut gelaufen in den Gesprächen? Was haben Sie positiv erlebt?  
Was ist nicht so gut gelaufen? Was haben Sie negativ erlebt?

Hatten Sie vor den Gruppengesprächen Erwartungen?  
Welche?  
Sind diese Erwartungen erfüllt worden?  
Was hätte noch passieren sollen?

Haben Sie vor den Gruppengesprächen gewusst, um was es gehen soll?  
Wie wurden Sie informiert?  
Haben Sie gewusst, warum sie hingehen sollen?

## **Arbeitssituation**

Hat sich was verändert nach den Gruppengesprächen?

Läuft jetzt etwas besser?

Läuft jetzt was schlechter?

Was wurde von den Verbesserungsvorschlägen umgesetzt?

Was wurde nicht umgesetzt?

Was hätte noch umgesetzt werden sollen?

Machen Sie selber etwas anders? Was konkret?

Glauben Sie, dass Sie selber etwas bewirken können?

Von wem hängt das ab, dass sich etwas ändert?

Was würden Sie brauchen, um etwas verändern zu können?

Warum glauben Sie, dass es schwierig ist, etwas zu ändern?

Hat sich der Kontakt zu den Kollegen nach den Gruppengesprächen verändert?

Machen Sie Kollegen darauf aufmerksam, wenn er etwas riskantes, gesundheitsgefährdendes macht?

Werden auch Sie darauf aufmerksam gemacht?

Ist das eine Unterstützung? Ist das lästig?

Bekommen Sie Unterstützung von den Kollegen? Welche?

Wann helfen Sie Kollegen weiter?

Haben Sie das Gefühl, dass Ihre Meinung wichtig war/ist?

Haben Sie das Gefühl, dass sie mitbestimmen können, wenn es um Gesundheit geht?

Wo und Wie?

Wie ist der Kontakt zu den Vorgesetzten?

Können Sie mit Ihren Vorgesetzten über Probleme sprechen?

Können Sie das ansprechen, wenn Ihnen etwas nicht passt?

Gibt es einen Unterschied zu früher?

Ist Gesundheit auch nach dem Projekt ein Thema?

Haben Sie das Gefühl, dass Sie sagen können, was Sie brauchen?

Auch nach den Gruppengesprächen?

Können Sie sich auch jetzt noch einbringen mit Gesundheitsthemen?

Wo und wie?

## **Ausblick**

Wie soll es Ihrer Meinung nach mit dem Thema Gesundheit weitergehen?

Was würden Sie sich wünschen?