

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	3
1 Was sind kleine und mittlere Unternehmen	4
1.1 Begriffserklärung	4
1.2 Aufbau und Struktur der KMU	6
1.2.1 Der Handel	6
1.2.2 Automobil – und Zulieferindustrie und KFZ – Handel	6
1.2.3 Öffentliche Verwaltungen	7
1.2.4 Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen.....	7
1.2.5 Verkehrs – und Transportwesen.....	7
1.2 Krankenstand	8
1.3 Häufigste Erkrankungen.....	11
2 Aspekte für Gesundheitsförderung in KMU	14
2.1 Anforderungen an die Gestaltung der Betrieblichen Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen	14
2.2 Herausforderungen für die betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelunternehmen	15
2.3 Welches sind die wichtigsten Themenfelder in KMU.....	16
2.3.1 Arbeitszeitgestaltung	16
2.3.1.1 <i>Flexible Arbeitszeit</i>	17
2.3.1.2 <i>Wahlarbeitszeit</i>	18
2.3.1.4 <i>Fazit</i>	18
2.3.2 Aspekte der Ergonomie	19
2.3.2.1 <i>Verhaltens- versus Verhältnisprävention</i>	19
2.3.2.2 <i>Strategien der Arbeitsgestaltung</i>	20
2.4 Überblick unterschiedlicher Akteure.....	25
2.5 Probleme bei der Umsetzung.....	26
3 Leitsätze für eine qualitativ hochwertige BGF	26
3.1 BGF als Führungsaufgabe	27
3.2 Gesundheitsförderung als langfristiger Prozess.....	28
4 Forschungsstand „BGF in KMU“ – Vorstellung ausgewählter Studien und Projekte	30
4.1 Uwe Lenhardt – Effektivität betrieblicher Gesundheitsförderung	30
4.1.1 Vorgehen Lenhardts und verwendetes Material.....	31
4.1.2 Darstellung der Ergebnisse	31
4.2 Der GEK – Gesundheitsbaukasten	35
4.2.1 Inanspruchnahme von Leistungen bei unterschiedlichen Berufsgruppen. 36	
4.2.1.1 <i>Arbeitsunfähigkeit</i>	36
4.2.1.2 <i>Arbeits – und Wegunfälle</i>	37
4.2.1.3 <i>Krankengeld</i>	38
4.2.1.4 <i>Stationärer Aufenthalt</i>	39
4.2.2 Charakteristik von Gesundheitsmanagement in KMU	39
4.2.3 Struktur des Projekts	40
4.2.4 Ziele und Ergebnisse des Projekts	41

5. Branchenansätze.....	44
5.1 Finanzsektor – Banken	44
5.1.1 Belastungen	44
5.1.2 Praxisbeispiel und Lösungsansätze	45
5.1.2.1 Auftrag der Unternehmensführung	46
5.1.2.2 Lösungsansätze	47
5.1.2.3 Lösungsansätze und erste Vorgehensweise zur Implementierung des betrieblichen Gesundheitsmanagements in der Bank XY.....	47
5.2 Stationäre Altenpflege.....	51
5.2.1 Typische Belastungen in der Altenpflege	53
5.2.2 Lösungsansätze	54
6 Fazit.....	56
Literatur	57

Einleitung

Die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) entstand im Zuge der Ottawa – Charta 1986, die als Ziel die Schaffung gesunder Lebensumwelten formulierte. Dabei rückte immer mehr auch der Arbeitsplatz ins Zentrum der Diskussion. Die BGF der letzten Jahre stützte sich vor allem auf Initiativen von Krankenkassen oder Trägern der Unfallversicherung, wissenschaftliche Evaluationen gibt es dagegen erst wenige. Die Arbeit klärt zuerst den Begriff der KMU und beschreibt dann deren Struktur. Diese ist von Branche zu Branche sehr unterschiedlich, was bei der Entwicklung eines allgemeingültigen Konzeptes für kleine und mittlere Betriebe zu großen Schwierigkeiten führt. Im Anschluss werden die aktuellen Krankenstände und die dafür verantwortlichen Krankheitsarten dargestellt. Weiterhin wird konkret auf die Problemfelder innerhalb der Betriebe wie beispielsweise Ergonomie oder Arbeitszeitgestaltung eingegangen und Lösungsansätze bezüglich des Verhaltens und innerhalb der Arbeitsgestaltung, aber auch Probleme bei deren Umsetzung aufgezeigt.

BGF muss sich erst in den Führungsstrukturen festsetzen und kann dann in einem langfristigen Prozess in den Alltag des Unternehmens einfließen. Wie dies geschieht zeigt das nächste Kapitel, bevor der aktuelle Forschungsstand anhand von ausgewählten Studien und Projekten beschrieben wird.

Am Ende der Arbeit werden die Belastungen, denen die Mitarbeiter täglich ausgesetzt sind, innerhalb zweier Branchen vorgestellt und Lösungsansätze beschrieben. Da diese allerdings innerhalb des Seminars in Gruppenarbeit erarbeitet werden sollen, geschieht dies nur ansatzweise.

1 Was sind kleine und mittlere Unternehmen

1.1 Begriffserklärung

In Deutschland benutzt man, wenn von kleinen und mittleren Unternehmen gesprochen wird, oft den Begriff „Mittelstand“. Kleine und mittlere Unternehmen werden auch unter dem Begriff „KMU“ zusammengefasst. Ob ein Unternehmen zu den KMU gehört hängt von dessen Größe und Umsatz ab.

Tab.1: **Definition des Institut für Mittelstandsforschung IFM Bonn seit Einführung des Euro (01.01.2002)**

Unternehmensgröße	Zahl der Beschäftigten	Umsatz € / Jahr
Klein	Bis 9	bis unter 1 Million
Mittel	10 – 499	1 bis 50 Millionen
groß	500 und mehr	50 Millionen und mehr

Eine weitere Definition von kleinen und mittleren Unternehmen liefert die EU. Die ursprüngliche Definition von 1996 wurde 2005 an die Inflation und Produktivitätssteigerung angepasst.

Tab.2: **EU – Definition von KMU**

Unternehmensgröße	Zahl der Beschäftigten	Und	Umsatz € / Jahr	oder	Bilanzsumme€ / Jahr
kleinst	bis 9		bis 2 Mio. (1996 nicht definiert)		bis 2 Mio. (1996 nicht definiert)
klein	bis 49		bis 10 Mio. (1996 bis 7 Millionen)		bis 10 Mio. (1996 bis 5 Millionen)
mittel	bis 249		bis 50 Mio. (1996 bis 40 Mio.)		bis 43 Mio. (1996 bis 27 Millionen)

groß	250 und mehr		50 Mio. und mehr (1996 40 Mio. und mehr)		43 Mio. und mehr (1996 27 Millionen und mehr)
------	--------------	--	---	--	--

Ein Unternehmen darf laut EU – Definition nicht zu mehr als 25 % im Besitz eines anderen Unternehmens sein.

Laut dem Institut für Mittelstandsforschung IFM gab es 2004 3,3 Millionen Mittelständische Unternehmen mit insgesamt knapp 20 Millionen Beschäftigten. Damit machen die KMU 99,7 % aller umsatzsteuerpflichtigen Unternehmen aus.

Weitere Zahlen zum Mittelstand:

- der Mittelstand erwirtschaftet 40,8% aller steuerpflichtigen Umsätze
- beschäftigt 70,5 % aller Arbeitnehmer
- bildet rund 82,4 % der Lehrlinge aus
- tätigt 51,5 % der Bruttoinvestitionen der Unternehmen
- trägt mit 48,8 % zur Bruttowertschöpfung bei

Kleine und mittlere Unternehmen tragen erheblich zur Behebung der Arbeitslosigkeit bei. Europaweit betrachtet stellen KMU zwei Drittel der Arbeitsplätze. In Irland sind dies 49 %, in Großbritannien 55 %, in Finnland 59 % und in Spanien 80 %. Innerhalb Europas verläuft eine Trennlinie zwischen dem Süden und dem Norden. Im Süden sind deutlich mehr KMU anzutreffen, dies hängt damit zusammen, dass das Handwerk in südlichen Ländern traditionell viel mehr vertreten ist.

In Nordeuropa haben sich hingegen in den letzten Jahren viele Firmenkette entwickelt. Diese gibt es beispielsweise im Handel oder im Banken – und Versicherungswesen.

(vgl.: www.ifm-bonn.org)

1.2 Aufbau und Struktur der KMU

Die Betriebliche Gesundheitsförderung gestaltet sich unter anderem deshalb so schwierig, da es innerhalb der KMU keine einheitlichen Strukturen gibt. Zu kleinen und mittleren Unternehmen zählen Einrichtungen wie Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen, öffentliche Verwaltungen, Banken und Versicherungen, KFZ – Handel oder der Handel allgemein um nur einige zu nennen.

Die einzelnen Branchen unterscheiden sich erheblich bezüglich der Arbeitsorganisation, der Arbeitsabläufe oder der Arbeitsplatzgestaltung. Um dies zu verdeutlichen werden im Folgenden einzelne Branchen aufgeführt.

1.2.1 Der Handel

Mit rund 4 Millionen Beschäftigten ist der Handel einer der größten Branchen Deutschlands. Er lässt sich noch mal in die Bereiche Großhandel, Kraftfahrzeughandel und Einzelhandel aufteilen. Der Einzelhandel ist mit 2,1 Millionen Beschäftigten am stärksten vertreten.

Innerhalb des Handels gibt es viele verschiedene Berufsgruppen, beispielsweise Berufe des Gesundheitswesens wie Apotheker oder Augenoptiker, kaufmännische Berufe wie Bürofachkräfte, Groß – und Einzelhandelskaufleute, Verkäufer oder logistische Berufe wie Lager – und Transportarbeiter oder Kraftfahrzeugführer. Entsprechend unterschiedlich sind die Anforderungen und Belastungen an die Arbeitnehmer.

1.2.2 Automobil – und Zulieferindustrie und KFZ – Handel

Die Automobilindustrie hat in unserer Volkswirtschaft einen hohen Stellenwert. Man findet nicht nur Großunternehmen, vielmehr setzt sie sich aus Unternehmen mit unterschiedlichster Größe zusammen. Als typische Anforderungen und Belastungen gelten in dieser Branche unter anderem das Arbeiten in ungünstigen Körperhaltungen, der Umgang mit gesundheits - gefährdenden Stoffen wie Autolacken, Abgas – und Lärmemission, permanenter Zeitdruck sowie das Heben

und Tragen schwerer Lasten. (Quelle: jährlich erscheinende AOK – Broschüre „Produktionsfaktor Gesundheit“)

1.2.3 Öffentliche Verwaltungen

In der öffentlichen Verwaltung gibt es vielfältige Berufsgruppen mit völlig unterschiedlichen Arbeitsanforderungen. Dazu zählt der gewerbliche Bereich, beispielsweise Straßenreinigung, Müllentsorgung oder Hoch – und Tiefbau, ebenso wie Büroarbeitsplätze oder Tätigkeiten an Schulen und Hochschulen. Eine Auffälligkeit gibt es im Vergleich zu anderen Branchen bezüglich der Personalstruktur. Im öffentlichen Bereich ist das Durchschnittsalter der Beschäftigten erheblich höher und es gibt mehr Beschäftigte mit chronischen Erkrankungen. Dies hängt damit zusammen, dass weniger ausgesiebt wird als in der Privatindustrie. Ein weiteres Merkmal der öffentlichen Verwaltungen ist die Beschäftigung Schwerbehinderter. (AOK – Broschüre: „Produktionsfaktor Gesundheit“)

1.2.4 Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen

Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen umfassen sehr unterschiedliche Arbeitsfelder, es gibt technische Abteilungen, die Verwaltung, den Pflegebereich oder die Diagnostik. Typische Merkmale in der Pflege sind der Umgang mit kranken, pflegebedürftigen Menschen und den daraus resultierenden Belastungen. Dazu zählen körperliche Belastungen durch das Heben und Tragen von Patienten oder schweren Gegenständen, langes Stehen, ununterbrochenes Gehen, sowie Zwangshaltungen. Kennzeichen der Arbeit des Pflegepersonals ist außerdem die Konfrontation mit psychischen Belastungsfaktoren. (AOK – Broschüre: „Produktionsfaktor Gesundheit“)

1.2.5 Verkehrs – und Transportwesen

Im deutschen Verkehrs – und Transportwesen sind 1,52 Millionen Mitarbeiter beschäftigt. Es besteht aus den Einzelbranchen Nachrichtenübermittlung, Luftfahrt, Schifffahrt, Hilfs – und Nebentätigkeiten für den Verkehr und Verkehrsvermittlung sowie den Bereich Landverkehr und Transport in Rohrfernleitungen. Diese

Heterogenität spiegelt sich auch in den unterschiedlichen Berufsgruppen wieder, dazu gehören beispielsweise gewerbliche Berufe wie Kraftfahrzeugführer oder kaufmännische Berufe wie Bürofachkräfte. Je nach Berufsgruppe treten sehr unterschiedliche Krankenstände auf. (AOK – Broschüre: „Produktionsfaktor Gesundheit“)

1.2 Krankenstand

Der Krankenstand ist der Anteil der gesetzlich krankenversicherten Arbeitnehmer, die wegen Krankheit arbeitsunfähig sind. Die privat und freiwillig Versicherten werden nicht berücksichtigt. Der Krankenstand der Arbeitnehmer liefert ein Bild des Gesundheitszustandes der Bevölkerung eines Landes. In Deutschland sinken die Zahlen besonders stark seit Mitte der Neunziger Jahre. Während der Krankenstand im Jahre 1995 noch 5,1% betrug, sank er 2004 auf 3,4%. Die Bundeszentrale für politische Bildung nennt verschiedene Gründe, neben strukturellen Veränderungen wie dem Abbau der Schwerindustrie, verbesserten Arbeitsbedingungen und verkürzten Arbeitszeiten spiele die derzeitige Situation auf dem Arbeitsmarkt eine entscheidende Rolle. In Zeiten hoher Arbeitslosenzahlen ginge der Krankenstand zurück, bei wirtschaftlichem Aufschwung steige er wieder. Da Betriebe sich eher von weniger leistungsfähigeren Mitarbeitern trennen, würde auf eine Krankschreibung häufig verzichtet, aber auch der Missbrauch von Krankschreibungen ginge zurück.

■ Krankenstand der Arbeitnehmer

In Prozent der gesetzlich Krankenversicherten, Deutschland 1980 bis 2004



Quelle: Bundesministerium für Gesundheit
Stand: 12.2004

bpb © 2005 Bundeszentrale
für politische Bildung

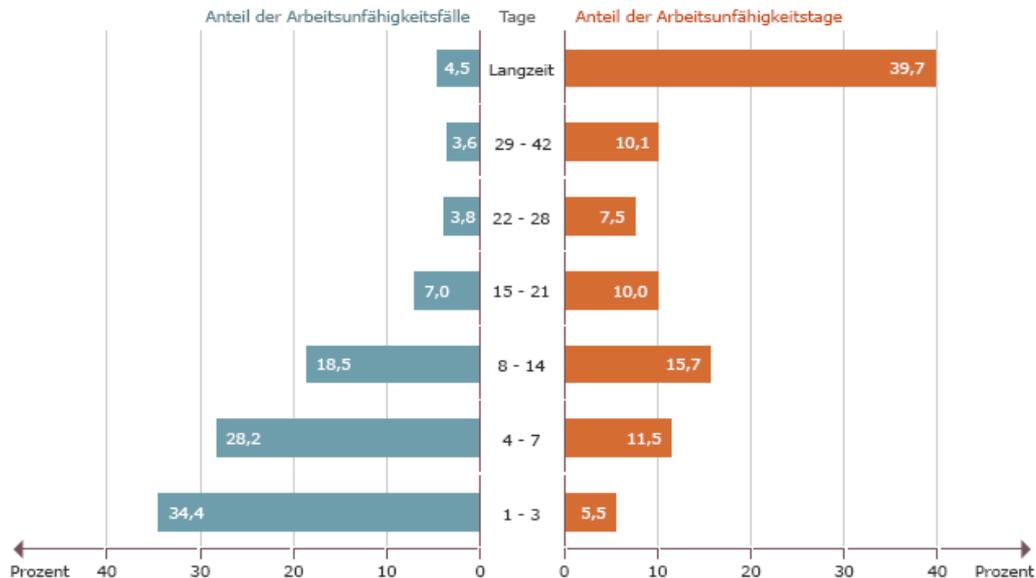
Abb.1: Rückgang des Krankenstandes von 1980 bis 2004 (www.bpb.de)

Auch das Wissenschaftliche Institut der AOK WIdO kommt im Fehlzeitenreport 2004 zu dem Ergebnis, dass sich der Trend zu niedrigen Krankenständen insgesamt weiter fortsetze, 2003 wurde der niedrigste Stand seit 10 Jahren erreicht. Der Krankenstand der AOK – Mitglieder lag bundesweit bei 4.9%, die Zahl der krankheitsbedingten Ausfalltage sank im Vergleich zum Vorjahr um 6,4%. Während AOK – Mitglieder 2003 im Durchschnitt 17,7 Tage krankgeschrieben waren, waren es im Vorjahr noch 19,0 Tage. Die stärksten Rückgänge waren im Baugewerbe und im verarbeitenden Gewerbe zu verzeichnen.

(vgl. WIdO_Pressemitteilung – Fehlzeitenreport – 2004)

■ ■ Arbeitsunfähigkeit nach Häufigkeit und Dauer

In Prozent der Arbeitsunfähigkeitsfälle und -tage insgesamt, Deutschland 2003



Quelle: Fehlzeitenreport 2003
Stand: 11.2004

bpb © 2005 Bundeszentrale
für politische Bildung

Abb.2: Zusammenhang zwischen Arbeitsunfähigkeitsfällen und – tagen (www.bpb.de)

Ein weiterer Parameter für die Gesundheit der Bevölkerung ist die Arbeitsunfähigkeit, sie ist die durch Krankheit verursachte Unfähigkeit zu arbeiten und somit die Voraussetzung für den Anspruch auf Krankengeld (vgl. www.bpb.de). Die obere Graphik verdeutlicht, dass der Großteil der Arbeitsunfähigkeitstage, nämlich fast 40 % auf nur wenige Fälle zurückzuführen ist. Diese sind Langzeiterkrankten, die mehr als sechs Wochen dauern und einen maßgeblichen Anteil der Fehlzeiten und somit der Kostenbelastung ausmachen. Es sei also lohnend sich dieser Fälle anzunehmen, gerade auch wenn man bedenkt dass das viel diskutierte „krank machen“ mit wenigen AU – Tagen nicht so stark ins Gewicht fällt.

Die Höhe der Arbeitsunfähigkeitszahlen ist von Branche zu Branche sehr unterschiedlich. Das Schaubild zeigt, dass es weniger und mehr gefährdete Berufsgruppen gibt. Der bundesweite Durchschnitt der Arbeitsunfähigkeitstage liegt bei 19 Tagen. Berufsgruppen aus dem gewerblichen Bereich, zum Beispiel der metallverarbeitenden Industrie haben ein weitaus größeres Risiko zu erkranken als Akademiker oder Selbstständige. Dies läge an physischen und psychischen Belastungen wie Schichtarbeit, körperliche Schwerarbeit oder monotones Arbeiten.

So weisen Nieter beispielsweise 32,7 Fehltage auf, während Naturwissenschaftler 2002 durchschnittlich 4,3 Tage krank waren.

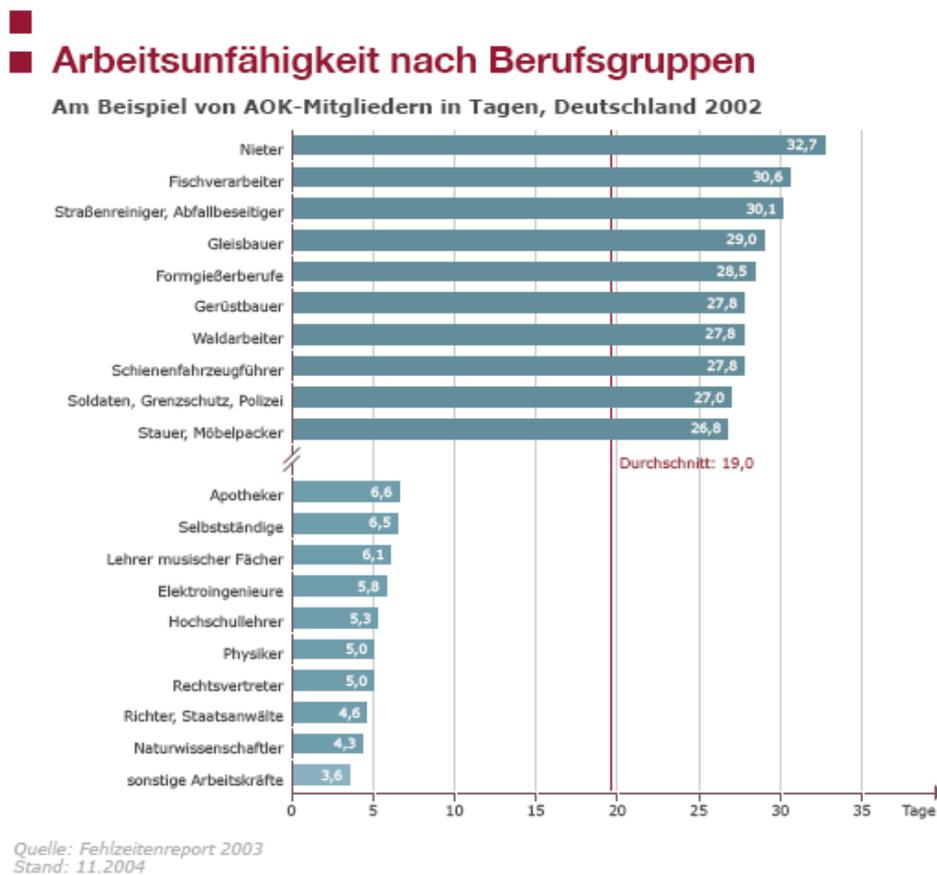


Abb.3: Arbeitsunfähigkeit nach Berufsgruppen (www.bpb.de)

1.3 Häufigste Erkrankungen

Die Erkrankungen die zu Arbeitsunfähigkeitstagen führen lassen sich in sechs Gruppen aufteilen.

- Muskel – und Skeletterkrankungen
- Verletzungen
- Herz – Kreislauferkrankungen
- Atemwegserkrankungen
- Psyche
- Erkrankung der Verdauungsorgane

Entsprechend der sinkenden Krankenstände sind auch die Fälle innerhalb der einzelnen Gruppen gesunken. Eine Ausnahme bilden die Erkrankungen der Psyche, die von 1994 bis 2002 um mehr als ein Drittel zugenommen hat. Ein Grund dafür sei

allerdings nicht unbedingt im vermehrten auftreten psychischer Erkrankungen sondern in der veränderten Diagnosestellung der Ärzte zu suchen.

(vgl. www.bpb.de)

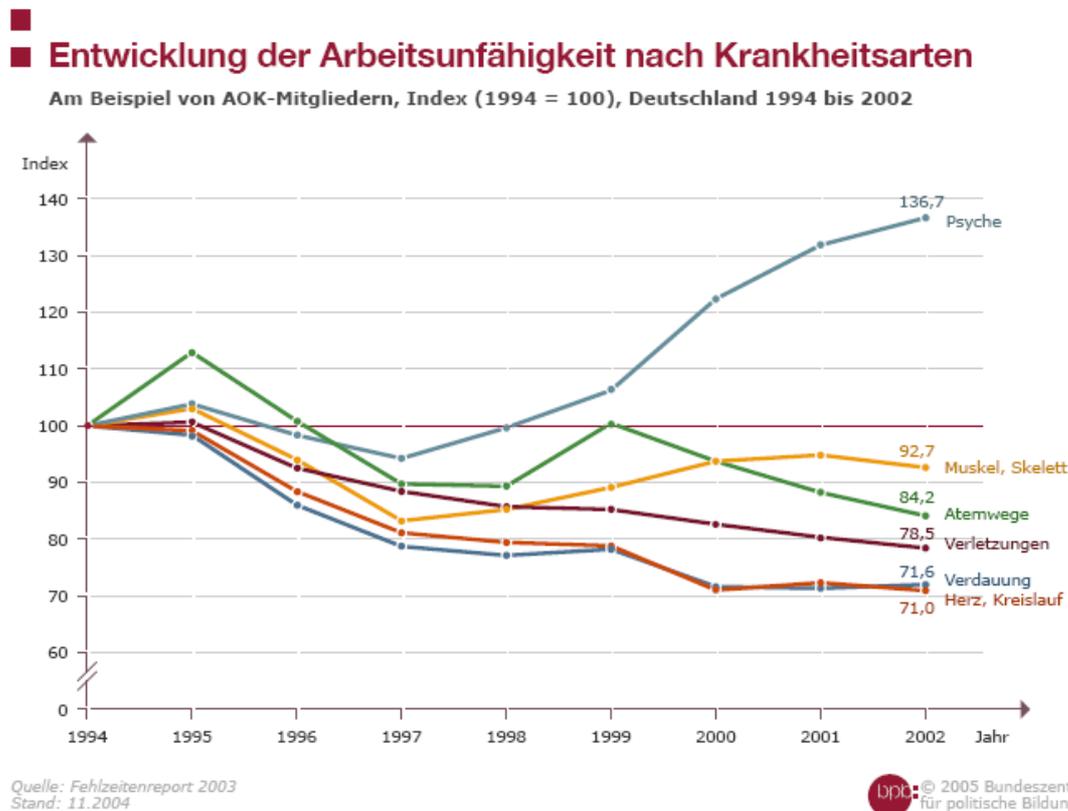


Abb.4: Entwicklung der Arbeitsunfähigkeit nach Krankheitsarten am Beispiel von AOK – Mitgliedern (ursprünglich aus Badura B., u.a., Fehlzeitenreport 2003)

Zahlen zu den Häufigkeiten von auftretenden Erkrankungen findet man auf den Internetseiten der Krankenkassen. Im Folgenden werden Untersuchungen der DAK vorgestellt. Die meisten Erkrankungen treten im Bereich des Muskel - und Skelettsystems auf. Mit 22,6% entfallen nahezu ein Viertel auf diesen Krankheitsbereich. Die Zweithäufigsten Erkrankungen bilden die Erkrankungen des Atmungssystems wie Grippale Infekte, Bronchitis und Nebenhöhlenentzündungen. Diese sind zwar meist von kurzer Dauer, gehören aber zu den häufigsten Erkrankungen. An dritter Stelle stehen die Verletzungen, die vor allem männliche Versicherte (18%)betreffen, während Frauen weniger betroffen sind(10%). Ursachen sind vor allem Verstauchungen und Zerrungen der Gelenke und des Fußes, die man sich bei Verletzungen in der Freizeit zuzieht. Arbeits – und Wegunfälle sind dagegen nur für ein Drittel der Fälle verantwortlich.



Abb.5: Auftreten der unterschiedlichen Krankheitsarten bei DAK – Mitgliedern im Jahr 2004

Die psychischen Erkrankungen bilden mit 9,8% die viertgrößte Krankheitsart, sie sind im Vergleich zum Vorjahr noch mal deutlich gestiegen (2003: 8,8%). Besonders jüngere Menschen zwischen 15 und 34 Jahren litten vermehrt unter psychischen Problemen. Am meisten treten dabei Depressionen und Angststörungen auf. Insbesondere das Gesundheitswesen und die öffentliche Verwaltung sind davon betroffen, aber auch Branchen die ansonsten Krankenstände aufweisen die unter dem bundesweiten Durchschnitt liegen, wie Kultur, Medien, Bildung und Banken und Versicherungen. Wenig betroffen dagegen sind Branchen in denen schwer körperlich gearbeitet werden muss, wie das Baugewerbe und die Land – und Forstwirtschaft.

Als letzte Gruppe der Erkrankungen gibt es mit 7,2 beziehungsweise 5,6% die Erkrankungen des Verdauungssystems und des Kreislaufsystems.

(vgl. www.presse.dak.de, Umfragen und Studien)

2 Aspekte für Gesundheitsförderung in KMU

Die Gesundheitsförderung ist unserer Meinung nach in Klein und Mittelbetrieben nicht mehr wegzudenken. Im folgenden Kapitel werden die Anforderungen an die betriebliche Gesundheitsförderung, die Herausforderungen sowie mögliche Themenfelder und Durchführungsmöglichkeiten in Klein und Mittelbetrieben genauer erläutert.

2.1 Anforderungen an die Gestaltung der Betrieblichen Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen

In Europa arbeiten über 50 % der Beschäftigten in Klein und Mittelbetrieben und die Zahl steigt weiter an (vgl. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2001). Im Cardiff –Memorandum, dieses Memorandum wurde von allen Mitgliedern des Europäischen Netzwerkes für betriebliche Gesundheitsförderung anlässlich ihres Treffens vom 24. – 25. April 1998 in Cardiff (Wales) verabschiedet, heißt es:

Betriebliche Gesundheitsförderung spielt eine wichtige Rolle für die Entwicklung „gesunder Unternehmen“: Wirtschaftlicher Erfolg wird laut des Netzwerkes für betriebliche Gesundheitsförderung (www.netzwerkbgf.at/artikel.php?id_artikel=25) zukünftig in besonderem Maße abhängig sein von hoch qualifizierten, motivierten und gesunden Arbeitnehmern. Bisher sind Aktivitäten zur betrieblichen Gesundheitsförderung vor allem auf große Betriebe ausgerichtet, denn diese verfügen in der Regel über dafür geeignete Infrastrukturen. Die Gesundheit der Beschäftigten in Klein- und Mittelbetrieben ist von besonders großer Bedeutung für die Arbeitnehmer und ihre Familien, für die Unternehmen, in denen sie arbeiten, die Gemeinden, in denen sie leben und schließlich auch für das wirtschaftliche Wohl der EU-Mitgliedsstaaten.

Klein- und Mittelunternehmen unterscheiden sich in vielerlei Hinsicht von großen Unternehmen. In Klein- und Mittelunternehmen

- ist das Ausmaß an Arbeitsteilung und Standardisierung von Arbeitsbedingungen geringer
- besteht engerer Kontakt zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern
- wird mehr Flexibilität vorausgesetzt

- bestehen weniger Möglichkeiten, Einrichtungen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes zu nutzen
- sind weniger Zeit und Ressourcen vorhanden, um Wohlbefinden und Gesundheit der Beschäftigten zu fördern

auch wirken sich Fehlzeiten in Klein- und Mittelbetrieben drastischer aus.

2.2 Herausforderungen für die betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelunternehmen

Angesichts geringerer Ressourcen ist es für Klein- und Mittelbetriebe besonders schwer, Gesundheitsförderungsmaßnahmen durchzuführen. Außerdem ist das Fachwissen, das aktuell zur betrieblichen Gesundheitsförderung vorhanden ist, überwiegend auf Erfahrungen größerer Unternehmen begründet. Alle vorhandenen Konzepte müssen deshalb erst dem besonderen Bedarf von Klein- und Mittelbetrieben angepasst werden (vgl. www.netzwerkbfg.at/artikel.php?id_artikel=25).

Dazu ist erforderlich, die Wahrnehmung betrieblicher Gesundheitsförderung und ihres Nutzens bei den Schlüsselpersonen in Klein- und Mittelbetrieben zu verbessern.

Die Mitglieder des Europäischen Netzwerkes betrachten Klein- und Mittelbetriebe als vordringliches Handlungsfeld in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Im Hinblick auf die zuvor beschriebenen Herausforderungen schlagen die Mitglieder des Netzwerkes folgende Initiativen zur Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelbetrieben vor:

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

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

(vgl. www.netzwerkbkgf.at/artikel.php?id_artikel=25)

2.3 Welches sind die wichtigsten Themenfelder in KMU

2.3.1 Arbeitszeitgestaltung

Die betriebliche Arbeitszeitgestaltung ist dann optimal, wenn die Verteilung der Arbeitszeit weitest möglich den Mitarbeitern selbst obliegt („Flexible Arbeitszeit“), jeder Mitarbeiter die Dauer seiner Vertragsarbeitszeit frei wählen kann („Wahlarbeitszeit“) und niemand gezwungen ist, durchschnittlich mehr Arbeitszeit zu leisten als vertraglich vereinbart („Einhaltung der Arbeitszeit-Vereinbarung“) (vgl. Hoff, 2004).

Schon aus dieser Zusammenstellung ergibt sich, dass die betrieblichen Verhältnisse und vor allem in Klein- und Mittelbetrieben in der Regel alles andere als günstig sind: Starre Anwesenheitszeiten reglementieren immer noch die meisten Mitarbeiter, viele Teilzeitwünsche können in Klein- und Mittelbetrieben gar nicht erst geäußert werden, weil man Konsequenzen für die eigene Karriere fürchtet, oder die Arbeit aufgrund der kleinen Mitarbeiterzahl von keinem anderen erledigt wird und somit liegen bleibt. Mehrarbeit ist in den meisten Betrieben gerade in höheren Positionen weit verbreitet. Welche Möglichkeiten es hier gibt, wird im weiteren Verlauf dargestellt.

2.3.1.1 Flexible Arbeitszeit

Das wichtigste Kennzeichen flexibler Arbeitszeitsysteme ist die Abwesenheit von Anwesenheitspflichten zu vorgegebenen Zeiten ohne konkreten Aufgabenbezug wie sie starre Arbeitszeitsysteme und Mischsysteme wie die herkömmliche Gleitzeit kennzeichnen, die sich hiervon noch nicht ganz gelöst haben. Hinzukommen kann auch eine Flexibilität des Arbeitsortes. Es gibt drei Typen selbstgesteuerter flexibler Arbeitszeitsysteme:

- *Konventionelle flexible Arbeitszeitsysteme* mit Zeitkonto und der dafür erforderlichen Zeiterfassung. Diese erfolgt heute noch meist auf Basis einer technischen Erfassung der Anwesenheitszeit, wobei jedoch in letzter Zeit die direkte Arbeitszeit-Selbsterfassung am PC zunimmt: Nur diese ermöglicht nämlich eine flexible Durchmischung von Arbeitszeit und Freizeit, wie sie moderne Arbeitsumgebungen kennzeichnet, in denen ebenso im Betrieb nicht gearbeitet werden darf wie Arbeitszeit außerhalb des Betriebes möglich ist.
- *Vertrauensarbeitszeit* ohne Zeitkonto und verpflichtende Zeiterfassung, bei der der Arbeitgeber darauf vertraut, dass die Mitarbeiter ihre Vertragsarbeitszeit auch ohne Zeitkontrolle erbringen. Vertrauensarbeitszeit tritt besonders bei Mitarbeitern mit großen zeitlichen Handlungsspielräumen zunehmend an die Stelle konventioneller flexibler Arbeitszeitsysteme, kann aber auch als individuelle Option innerhalb solcher Systeme vorgesehen werden („optionale Vertrauensarbeitszeit“).
- *„Arbeitszeit-Freiheit“*, bei der auf Dauer oder für eine bestimmte Zeitspanne – ein anderer Leistungsmaßstab an die Stelle der Arbeitszeit tritt. Im Arbeitsverhältnis kann die Arbeitszeit jedoch niemals auf Dauer suspendiert werden. Vielmehr bleibt die Vertragsarbeitszeitdauer bei der Bemessung des zu leistenden Pensums im Hintergrund wirksam.

Je geringer die zeitlichen Handlungsspielräume der Mitarbeiter (z.B. im Schichtbetrieb) sind, desto eher kommen konventionelle flexible Arbeitszeitsysteme zum Einsatz; je größer diese Spielräume sind, desto mehr liegt Arbeitszeit-Freiheit nahe. Ganz unabhängig von der im einzelnen Fall gewählten Form der flexiblen Arbeitszeit wird die fortlaufende Worklife Balance dadurch gefördert, dass alle auf die Verteilung ihrer Arbeitszeit gerichteten Wünsche der Mitarbeiter realisiert werden können, soweit sie mit Kundenbedarf („Arbeiten, wenn Arbeit da ist“) und Wirtschaftlichkeit („Nicht arbeiten, wenn keine Arbeit da ist“) vereinbar sind. Von

herausragender Bedeutung ist jedoch auch in diesem Zusammenhang, dass zur richtigen Zeit abwesende Mitarbeiter in gleicher Weise zum Erfolg des Betriebes beitragen wie zur richtigen Zeit Anwesende, Abwesenheit aber vor allem in Klein- und Mittelunternehmen sehr viel schwieriger ist (vgl. Hoff, 2004).

2.3.1.2 Wahlarbeitszeit

„Wahlarbeitszeit“ bedeutet in ihrer reinsten Form, dass der Mitarbeiter die Dauer seiner Vertragsarbeitszeit immer wieder neu frei bestimmen kann – natürlich im Rahmen der gesetzlichen und ggf. der tarifvertraglichen Bestimmungen. Wahlarbeitszeit ist mehr als Teilzeitarbeit. Mit ihr werden die Grenzen zur Vollzeitarbeit ganz bewusst durchlässig gestaltet. Dazu tragen auch neuartige langzyklische Teilzeit-Formen bei, bei denen der Mitarbeiter seine Vertragsarbeitszeit reduziert, aber mit der vormaligen Vertragsarbeitszeitdauer weiter arbeitet, wodurch sich auf einem Langzeitkonto ein entsprechender Anspruch auf bezahlte Freistellung aufbaut (Hoff, 2004).

2.3.1.4 Fazit

Bereits auf der Arbeitszeit-Regelungsebene kann sehr viel für die Worklife Balance der Mitarbeiter getan werden – durch eine jeweils größtmögliche Arbeitszeitflexibilisierung, kombiniert mit der Einführung von Wahlarbeitszeit und der institutionell abzusichernden Garantie, dass die jeweiligen Arbeitszeitvereinbarungen dann auch eingehalten werden. Dabei darf laut Hoff (2004) allerdings nicht übersehen werden, dass die eigentlichen Probleme bei der Verwirklichung der Worklife Balance weit überwiegend nicht auf der Arbeitszeit-Ebene, sondern in der betrieblichen Organisation und Kultur liegen: Das Arbeitszeitsystem kann noch so flexibel sein – wenn der einzelne Mitarbeiter nicht einmal abwesend sein kann, weil er in ausreichendem Maße von seinem Team –Kollegen vertreten wird und/ oder im tatsächlichen Notfall über Handy erreichbar ist, und dies auch „kulturell“ sein darf. Der Mitarbeiter muss schließlich in selbstgesteuerten flexiblen Arbeitszeitsystemen letzten Endes selber dafür sorgen und daher auch dafür sorgen können, dass seine persönliche Worklife Balance stimmt.

Es muss bei der unter Worklife Balance Aspekten unverzichtbaren Einführung eines flexiblen Arbeitszeitsystems darauf geachtet werden, dass Organisation und Kultur

entsprechend mitwachsen und der Mitarbeiter dadurch die erforderliche Unterstützung erhält (Hoff, 2004).

2.3.2 Aspekte der Ergonomie

Die Ergonomie ist ein wesentlicher Anteil der betrieblichen Gesundheitsförderung, und sie hat zum Ziel, die Arbeit den Menschen anzupassen und dabei sein Wohlbefinden und seine Effizienz zu steigern. Als wissenschaftliches Fachgebiet befasst sie sich mit den Zusammenhängen zwischen den Arbeitsbedingungen, der Gesundheit und Leistung der Erwerbstätigen (vgl. [http://www.kmu-vital.ch/doc-d/Ergonomie/Aspekte der Ergonomie KMU-vital.pdf](http://www.kmu-vital.ch/doc-d/Ergonomie/Aspekte%20der%20Ergonomie%20KMU-vital.pdf)).

Moderne Gesundheitsförderung im Betrieb umfasst zahlreiche Strategien, Konzepte und Programme (vgl. Badura, Ritter & Scherf, 1999; Bamberg, Ducki & Metz, 1998). Während in der Vergangenheit vor allem die Verhütung von Arbeitsunfällen und branchentypischen Berufserkrankungen im Mittelpunkt stand, hat sich das Bild in letzten Jahren grundlegend gewandelt. So zeigt das Krankheitspanorama in jüngeren Statistiken von Berufsgenossenschaften und Krankenkassen, dass traditionelle Risiken wie etwa Schädigungen durch Gefahrenstoffe oder Berufsunfälle rückläufig sind, wohingegen psychische Belastungen am Arbeitsplatz immer mehr um sich greifen (Deutsche Angestelltenkrankenkasse, 2002).

Wie die Gesundheit und das Wohlbefinden von Beschäftigten über eine gesundheitsgerechte und gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeitsbedingungen in Klein- und Mittelbetrieben erhalten und gefördert werden kann, wird in diesem Kapitel vorgestellt und diskutiert.

2.3.2.1 Verhaltens- versus Verhältnisprävention

Gesundheitspräventive Maßnahmen im Unternehmen können danach unterschieden werden, auf wen oder was sich die Maßnahmen beziehen. Verhaltensprävention geht davon aus, dass jeder Mensch mit Hilfe seines eigenen Verhaltensrepertoires Krankheiten und Stress vorbeugen kann (vgl. Klotter, 1999). Maßnahmen der Verhaltensprävention richten sich demnach mit einer Vermittlung geeigneter Präventionstechniken an den einzelnen Beschäftigten (z.B. Kurse wie Rückenfit, Cardio Fit, Ernährungsberatung). Mit Maßnahmen der Verhältnisprävention wird

hingegen versucht, die Ursachen von Krankheiten und Stress in der Arbeitssituation selbst zu beseitigen bzw. zu vermeiden. Verhältnisprävention im Betrieb ist also gekoppelt an Maßnahmen der Gestaltung von Arbeitsplätzen, Arbeitsaufgaben oder Arbeitsorganisation. In der Praxis wird jedoch die betriebliche Gesundheitsförderung mit Maßnahmen der Verhaltensprävention gleichgesetzt, ohne eine Verhältnisprävention weiter in Betracht zu ziehen. Das liegt daran, dass verhaltenspräventive Maßnahmen kostengünstiger erscheinen und in der Regel schneller umgesetzt werden können. Abgesehen davon, verbleibt dann die Verantwortung für Gesundheit und Wohlbefinden beim Beschäftigten und die möglichen Ursachen im betrieblichen Umfeld können ausgespart werden. Problematisch ist an einseitigen verhaltenspräventiven Maßnahmen jedoch, dass sie kompensatorisch ausgerichtet sind, wenn gesundheitsrelevante betriebliche Schwachstellen weiter bestehen. Verhältnisprävention in Form gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung, die an den Wurzeln gesundheitsrelevanter Probleme ansetzt, dürfte die wirksamere Form der Verbesserung sein, denn ihre Wirkungen sind struktureller Natur und bieten damit mehr Aussicht auf Nachhaltigkeit (Thiehoff, 1998).

2.3.2.2 Strategien der Arbeitsgestaltung

Die Arbeitspsychologie unterscheidet Strategien der Arbeitsgestaltung. Zu diesen Strategien zählen die korrektive, präventive, prospektive, differenzielle und dynamische Arbeitsgestaltung.

Die *korrektive Arbeitsgestaltung* bezieht sich auf das Beheben von erkannten Mängeln. Der häufigste Fall ist die Korrektur von Bedingungen, die aus der mangelnden Berücksichtigung von ergonomischen Anforderungen durch die Planer eines Arbeitsplatzes resultieren. Beispiele für korrektive Arbeitsplatzgestaltung wären etwa die Beschaffung von ergonomisch optimalen Bürostühlen, nachdem Rückenbeschwerden bei Mitarbeitern aufgetreten sind, oder die nachträgliche Verschalung von Maschinen zur Verminderung der Lärmbelastung im Bereich der Produktion (Meifert, Kesting, 2004).

Praxisbeispiel Korrektive Arbeitsgestaltung - Ergonomie im Umfeld Büro

Im Rahmen eines Ergonomie Projektes müssten alle Arbeitsplätze in Klein- und Mittelbetrieben analysiert und mit ergonomischen Produkten eingerichtet werden.

Ziel eines solchen Projektes sollte es unserer Meinung nach auch sein, alle Mitarbeiter für das Thema Ergonomie am Arbeitsplatz zu sensibilisieren, Wissen zu Vermitteln und zur Eigenverantwortung zu motivieren. In Klein- und Mittelbetrieben macht es Sinn, einen Mitarbeiter zum Arbeitsplatzgestalter auszubilden. Dieser könnte alle Arbeitsplätze mit dem Schwerpunkt auf Ergonomie analysieren und für die Umgestaltung der Arbeitsplätze verantwortlich sein. Als neues Beratungsinstrument steht dem Arbeitsplatzgestalter ein Ergonomie-Pass zur Verfügung, der Wissenswertes zum Thema Ergonomie und Entlastungsübungen enthält. In dem Pass werden persönlich ermittelte Arbeitsplatzhöhen von Stuhl und Tisch mit dem Ziel festgehalten, die Arbeitsmittel individuell jederzeit ohne größeren Aufwand einstellen zu können (vgl. Daimler Chrysler AG, Gesundheitsbericht, 2003).

Präventive Arbeitsgestaltung versucht hingegen schon bei der Einrichtung von Arbeitsplätzen mögliche körperliche und psychische Belastungen zu erkennen und so zu berücksichtigen, dass diese erst gar nicht auftreten. Ein Beispiel dafür wäre die Entwicklung und der Einsatz von Maschinen, die mittels technischer Dämpfung weniger Lärm verursachen. Die präventive Form der Arbeitsgestaltung verfügt über einen hohen Wirkungsgrad. In KMU ist leider das Budget für solche Maßnahmen oft nicht vorhanden und es besteht keine Möglichkeit, weder Experten aus der Praxis noch aus den Arbeitswissenschaften heranzuziehen (Meifert, Kesting, 2004).

Praxisbeispiel im Bereich der präventiven Arbeitsgestaltung

In Klein- und Mittelbetrieben wäre es von großer Bedeutung, die Berücksichtigung ergonomischer Erfordernisse bereits in einem frühen Stadium der Planung von Fertigungseinrichtungen zu integrieren. Bereits für die Konzept-Phase eines neuen Produktes könnte z.B. ein „Pflichtenheft“ mit ergonomisch kritischen Arbeitsplätzen erstellt werden. Mit der Dokumentation der als kritisch eingestuften Arbeitsplätze des IST - Zustandes und dem Aufzeigen konkreter Maßnahmen könnte somit ein kontinuierlicher Verbesserungsprozess eingeleitet werden. Weitere systematische Ergonomie-Analysen in der Prototyp Phase und vor Beginn des Serienanlaufs könnten sicherstellen, dass ergonomische Standards durchgängig im Produktions-Planungsprozess berücksichtigt werden (vgl. Daimler Chrysler AG, Gesundheitsbericht, 2003).

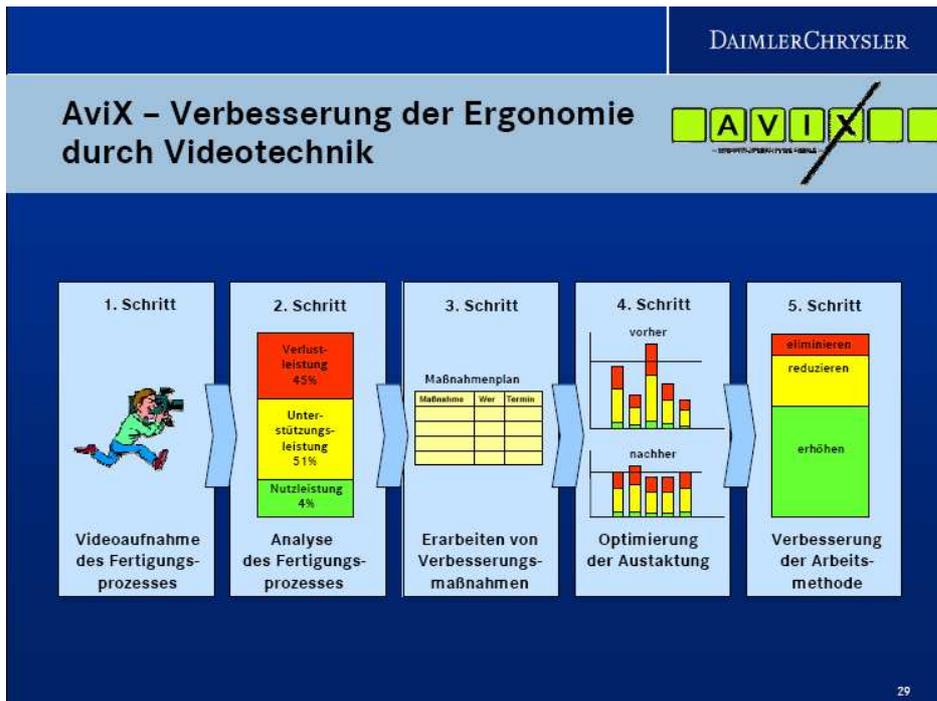


Abb.6: Verbesserung der Ergonomie – bei Daimler Chrysler

Quelle: Daimler Chrysler AG, Foliensammlung Forum Health & Safety 2005, Stuttgart



Abb.7: Beispiel einer ergonomischen Verbesserung

Quelle: Daimler Chrysler AG, Foliensammlung Forum Health & Safety 2005, Stuttgart

DAIMLERCHRYSLER

AviX – Verbesserung der Ergonomie durch Videotechnik

Smarter Arbeiten

Arbeitsabläufe werden gefilmt, ausgewertet und verbessert

Bei der SK-Vertriebskonzepte (SK = Schwere Klasse) in Kazan wurde die neue Videoschnittstelle AviX in Arbeit eingesetzt. Dabei werden die Mitarbeiter bei ihren Arbeitsabläufen gefilmt. Beim gemeinsamen Betrachten der Aufzeichnungen analysieren sie ihre Arbeit selbstständig und bewerten vermeintliche ergonomische Belastungen und Aufwendungen. Anschließend wird überlegt, wie in Zukunft besser gemacht und umgesetzt werden kann.

„Die Mitarbeiter haben sehr schnell erkannt, dass es ein Ziel war, dass ihre Arbeitsabläufe und ihre ergonomische Belastung auf einfache Art und Weise dargestellt“, erklärt Projektleiter Holger Hornum. Weiter: „Das neue Mittelteil wurde mit großer Begeisterung angenommen, da die Mitarbeiter gemerkt haben, dass sie selbst etwas verändern können. Im gemeinsamen Gespräch bei der Betrachtung der Aufzeichnungen geht es um Ergonomie, Anatomie und eventuelle Veränderungen des Leistungsausbaus.“

„Bewusstes Augenmerk legt die Werkkette immer auf die Ergonomie. Überall dort, wo Ergonomie verbessert werden kann,

Manfred Thill und Sascha Wörf (v.l.) haben mit AviX ihre Arbeitsabläufe erleichtert

Der Betriebsrat hebt hervor, dass bei allen Verbesserungen nicht vergessen werden darf, dass auch zu Veränderungen des Leistungsausbaus führen kann. Vor dem Mitarbeiter wird jedoch eine Erhöhung der Anforderungen akzeptiert, wenn damit auch eine Arbeitsbelastung verringert wird.

Weitere Informationen bei Herbert Henning (Tel. 0201 802 2292 / E-Mail: herbert.henning@daimlerchrysler.com)
Christina Klieweck

- **Manfred Thill, Monteur: „Es ist klasse, dass wir Werker Verbesserungen selbst gestalten können. Wir sind ja auch die, die damit arbeiten müssen“.**
- **Dr. Hartleb, WD: „Auch bei Arbeitsplätzen, die schon lange bestehen, hat die Anwendung von AviX zu deutlichen Verbesserungen der Ergonomie geführt. Es wurden Möglichkeiten zur ergonomischen Arbeitsplatzgestaltung gefunden, die offenbar zuvor nicht gesehen wurden“.**

31

Abb.8: Verbesserung der Ergonomie

Quelle: Daimler Chrysler AG, Foliensammlung Forum Health & Safety 2005, Stuttgart

Eine *prospektive Arbeitsgestaltung* richtet sich darüber hinaus auf die Schaffung oder Neugestaltung von Arbeitssystemen oder Arbeitsaufgaben mit gesundheitsfördernden Bedingungen für die Beschäftigten, die auch persönlichkeitsförderliche Aspekte einschließen. Im Mittelpunkt steht nicht mehr allein die Vermeidung von gesundheitsschädlichen Belastungen, sondern die Gestaltung von Arbeitsbedingungen, die zur persönlichen Entwicklung der Beschäftigten beitragen. Dies lässt sich insbesondere durch Maßnahmen des Job - Enrichment erreichen, mit denen Arbeitstätigkeiten zu anforderungshaltigeren, zumeist komplexeren Tätigkeiten restrukturiert werden. Beispiele sind die Einführung von teilautonomen Arbeitsgruppen in der Fertigung oder von teilautonomen Teams im Banken- und Versicherungssektor. Mitglieder solcher teilautonomen Gruppen oder Teams haben in der Regel nicht nur ein breiteres Spektrum, sondern auch anspruchsvollere planerische, dispositive und kontrollierende Aufgaben zu bewältigen. Auf diesem Weg erhalten die Beschäftigten mehr Möglichkeiten, ihre Qualifikationen und Kompetenzen in die Arbeit einzubringen und diese im Arbeitsprozess weiterzuentwickeln (Meifert, Kesting, 2004).

Kompetenzen, Erwartungen und Bedürfnisse von Beschäftigten können sich stark voneinander unterscheiden. Daher ist es wichtig, auch individuelle Unterschiede bei Arbeitsgestaltungsmaßnahmen mit zu berücksichtigen. Man spricht hier von differenzieller Arbeitsgestaltung. Dahinter steht die Überlegung, dass es nicht einen einzigen allgemein gültigen Weg gibt, eine Arbeitsaufgabe gut zu bewältigen. Vielmehr sollten Aufgaben, Abläufe und technische Mittel optimal auf die individuellen Voraussetzungen der vorhandenen Personen abgestimmt werden und durch die Betroffenen im Vollzug ihrer Arbeitstätigkeit jederzeit und nach Möglichkeit selbständig auf neue Umstände und Voraussetzungen angepasst werden können. Dies erfordert flexible Arbeitsformen, Freiheitsgrade zur Gestaltung von Arbeitsabläufen oder individuell anpassbare Arbeitsmittel. Diese Möglichkeiten sollten nach Aussagen von Büssing, Glaser, Höge (2004) nicht nur bei der Aufnahme, sondern auch im weiteren Verlauf der Arbeit bestehen, da sich individuelle Voraussetzungen auch verändern können.

Das Angebot alternativer Arbeitsstrukturen nimmt Abschied vom tayloristischen Gedanke des „one best way“, berücksichtigt aber noch nicht Prozesse der persönlichen Entwicklung von Arbeitnehmern, also die intraindividuelle Differenz über die Zeit. Daher bedarf es in Ergänzung zur differenziellen Gestaltung auch einer dynamischen Arbeitsgestaltung. Mit anderen Worten: Das Angebot individuell anpassbarer Arbeitsformen, Arbeitsmittel und Arbeitsinhalte sollte nicht nur einmalig, sondern kontinuierlich arbeitsbegleitend gegeben sein. Es geht bei der dynamischen Arbeitsgestaltung um die Berücksichtigung von Lernfortschritten der Mitarbeiter ebenso wie um Veränderungen in persönlichen Lebensbedingungen, in Leistungsvoraussetzungen und von individuellen Werten und Einstellungen.

Für alle genannten Strategien der Arbeitsgestaltung gilt, dass sie den Beschäftigten nicht „übergestülpt“ werden sollten, sondern dass die Mitarbeiter bei der Entwicklung der Maßnahmen einzubeziehen und ihre Expertise, Erfahrung und Interessen zu berücksichtigen (partizipative Arbeitsgestaltung) (Büssing, Glaser, Höge, 2004).

2.4 Überblick unterschiedlicher Akteure

Betriebliche Gesundheitsförderung und vor allem in Klein- und Mittelbetrieben besteht aus unterschiedlichen Akteuren mit einem abgestimmten Handlungskonzept. Entsprechend ihrer unterschiedlichen Qualifikationen, Befähigungen und ihren gesetzlichen Bestimmungen können sie spezifische Aufgaben im betrieblichen Gesundheitsmanagement übernehmen. Eine Vernetzung von allen Verantwortlichen und Teamarbeit im Unternehmen selbst ist von großer Bedeutung, um ein ganzheitliches Vorgehen gewährleisten zu können. Deshalb müssen sowohl die betrieblichen Verantwortlichen, die Führungskräfte, ein eventueller Koordinator der betrieblichen Gesundheitsförderung, die Mitarbeiter selbst, der externe Werkarzt, die Vertreter der Personalabteilung, als auch die externen Experten der gesetzlichen Krankenversicherung, den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung, der niedergelassenen Ärzteschaft, den anliegenden Krankenhäusern aktiv mitwirken (Matschke, 2000, S 7ff).

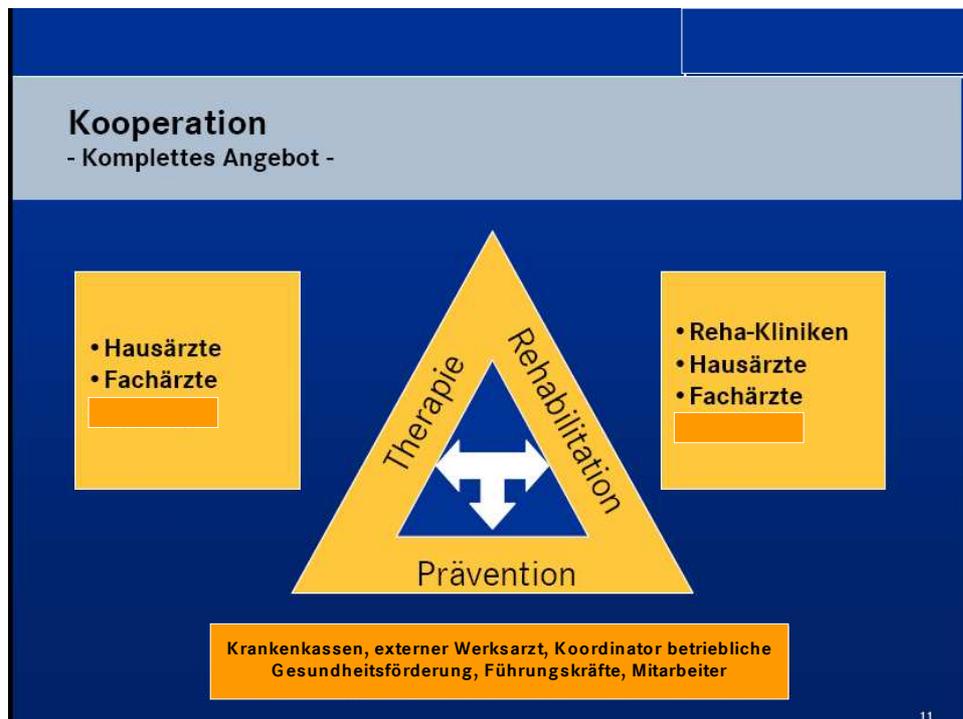


Abb.9. Überblick unterschiedlicher Akteure

Quelle: eigene Darstellung

Die Hauptaufgabe dieses Personenkreises ist es nun den Zyklus aus Diagnostik, Intervention und Evaluation einzuleiten, zu begleiten, zu kontrollieren, zu optimieren und voranzutreiben. Hierfür wird der Sachverstand aller, Mitarbeiter sowie Experten, benötigt. Ebenso ist die Kombination und Zusammenarbeit und Zusammenarbeit von internem und externen wissenschaftlichem Wissen gefragt.

2.5 Probleme bei der Umsetzung

Ein Problem bei der Umsetzung der Maßnahmen ist die Eigenverantwortung der Mitarbeiter. Sie ist eine sehr wichtige Komponente um einen Erfolg in der betrieblichen Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelbetrieben messen zu können. Es können unserer Meinung nach noch so viele intensive Maßnahmen zur Verbesserung der Leistungsfähigkeit und zur Prävention z.B. von Muskel- und Skeletterkrankungen durchgeführt werden. Zum Erfolg dieser Maßnahmen ist es unabdingbar, dass jeder Mitarbeiter seine Eigenverantwortung zur Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung wahrnimmt. Alle Mitarbeiter müssen daher ihre Eigenverantwortung zur Gesundheitsförderung wahrnehmen, um ihre Leistungsfähigkeit und Leistungsbereitschaft zu erhalten und zu fördern.

3 Leitsätze für eine qualitativ hochwertige BGF

Der Erfolg eines Unternehmens ist laut Meifert und Kesting (2004) nur durch leistungsfähige und leistungswillige Mitarbeiter erreichbar. Doch wie bekomme ich auf Dauer leistungsfähige und leistungswillige Mitarbeiter?

Betriebliche Gesundheitsförderung ist ein langfristiger Prozess, bei dem alle Akteure ob intern oder extern „zusammenspielen“ müssen, damit sich auf Dauer ein Erfolg im Unternehmen abzeichnen lässt. Im weiteren Verlauf wird die Notwendigkeit der Unterstützung der Führungskräfte bei der Implementierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagementkonzeptes erläutert sowie die Tatsache, dass sich die betriebliche Gesundheitsförderung nicht von „heute auf morgen“ einführen lässt, sondern sich ein langfristiger Prozess widerspiegeln wird.

3.1 BGF als Führungsaufgabe

Führungskräfte sind vor allen in Klein- und Mittelbetrieben durch ihr Verhalten Vorbild.

Gesundheit ist ein Bestandteil der unternehmerischen Gesamtverantwortung; den Führungskräften kommt hierbei eine Schlüsselrolle zu. Es gilt hier eine Bewusstseinsveränderung zu erreichen: Produktion ist auch abhängig von Gesundheit. Denn hohe Krankenstände sind immer ein Kostenfaktor, der erheblich auf die Wettbewerbsfähigkeit eines Unternehmens drückt. Dabei kommt es nicht nur auf eine gesundheitsgerechte Ausgestaltung des Arbeitsplatzes an, es geht auch um die mentale Gesundheit und ein gesundes Umfeld für den Mitarbeiter. Sind die Vorgänge in Klein- und Mittelbetrieben transparent, sind die Aufgaben so organisiert, Werkzeuge so gestaltet, Wissen so vorhanden, dass die Aufgaben zu bewältigen sind, dann können Mitarbeiter auch ein Gefühl des Vertrauens in die Machbarkeit ihrer Aufgaben entwickeln. Die Bewusstseinsbildung für betriebliche Gesundheitsförderung bei allen Führungskräften ist eine notwendige Aufgabe in die Zukunft. In einer Befragung von 850 Führungskräften der Daimler Chrysler AG gaben 598 an, dass ihnen das Thema Arbeits- und Gesundheitsschutz wichtig ist. Weiterhin stellten sie fest, dass nur ein zu einem geringem Anteil (etwa bei 10 % ihrer Regelkommunikationsrunden) Themen zum Arbeits- und Gesundheitsschutz mit den Mitarbeitern behandelt werden. (Daimler Chrysler AG, Gesundheitsbereich, 2004).

Wie sieht dann die Realität in Klein- und Mittelbetrieben aus? Die zum Großteil noch nicht einmal begonnen haben in die betriebliche Gesundheitsförderung Zeit und Geld zu investieren. Die zwar ihre Krankenfehltag erfassen, aber längst noch keine Arbeitsunfähigkeitsstatistiken führen?

Die Qualifizierung der Führungskräfte und die Weitergabe von Informationen über relevante Entwicklungen im Arbeits- und Gesundheitsschutz wird eine wichtige Aufgabe im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung für Klein- und Mittelbetriebe sein. Es ist Aufgabe jeder Führungskraft, den Dialog mit den Mitarbeitern zu führen, denn dies ist wesentlicher Faktor für Gesundheit, Zufriedenheit und Motivation der Mitarbeiter (Daimler Chrysler AG, Gesundheitsbereich, 2004).

Ein Ziel der Führungskräfte muss es auch unserer Ansicht nach sein, auf Dauer gesunde und zufriedene Mitarbeiter zu führen.

3.2 Gesundheitsförderung als langfristiger Prozess

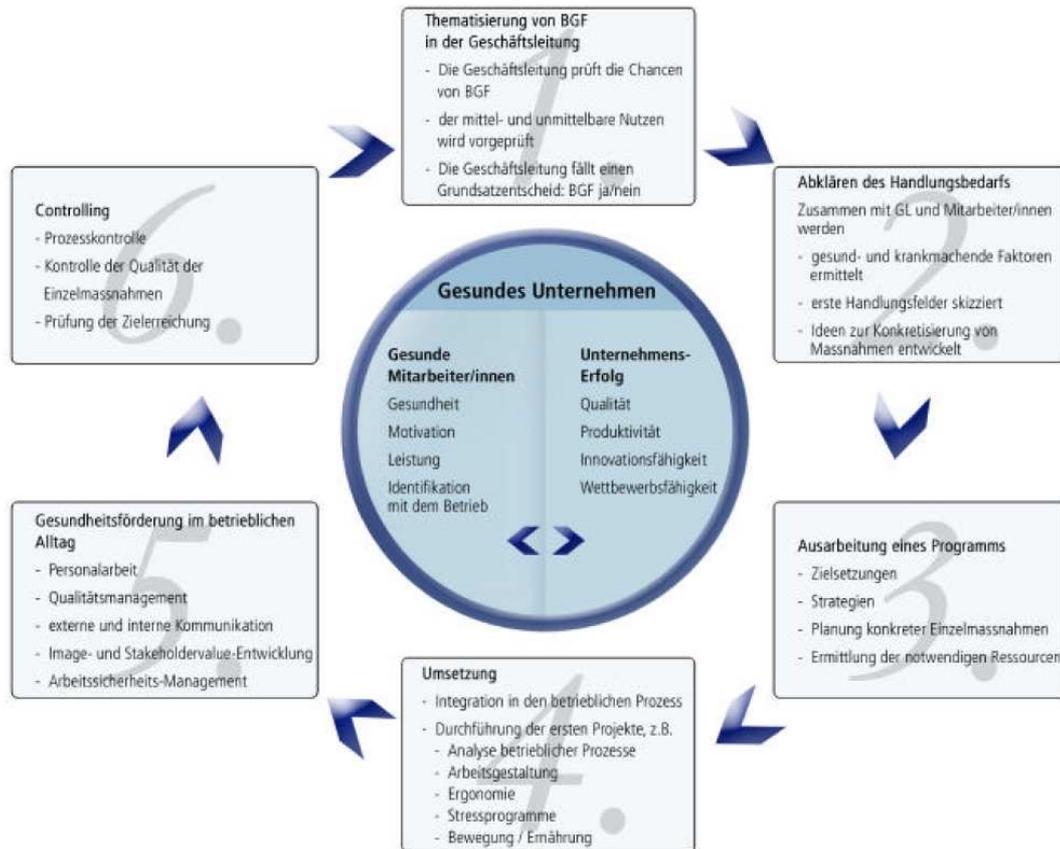
Ein Gesundheitsmanagement im Unternehmen kann nicht ausschließlich von einem zentralen Verantwortungsbereich bzw. einer Abteilung im Unternehmen betrieben werden. Um den Anspruch einer „gesunden Organisation“ näher zu kommen ist es erforderlich, Gesundheitsmanagement als Gemeinschaftsaufgabe im Unternehmen zu begreifen. Dies bedeutet wiederum dass Gesundheit im Unternehmen auf oberster Ebene verankert und auf allen Ebenen gelebt werden muss. Die Implementierung eines werksärztlichen Dienstes in einem Unternehmen beinhaltet nicht automatisch die Senkung des Krankenstandes, wenn die Geschäftsleitung nicht hinter solch einer Institution steht und Maßnahmen unterstützt und z.B. als Vorbild an den Maßnahmen teilnimmt.

Häufig hat das Gesundheitsmanagement in den Unternehmen allerdings mit erheblichen Umsetzungsproblemen zu kämpfen. Das konzeptionslose Vorgehen, welches meist in einer wenig bedarfsorientierten eher intuitiven Streuung von Interventionsmaßnahmen besteht, kann wohl eher als Regel denn als Ausnahme bezeichnet werden. So wird z.B. aus einem schnellen Handlungsbedarf heraus ein Gesundheitszirkel oder ein Arbeitskreis ins Leben gerufen, der dann aber häufig mit Prioritätenverschiebungen und damit einhergehenden Kapazitätsproblemen zu kämpfen hat. Sollte es im Rahmen dieses Spontanauftritts gelungen sein, Handlungsfelder zu identifizieren und entsprechende Maßnahmen zu generieren findet sich niemand, der im Sinne einer Umsetzungsbetreuung die als notwendigen erachteten Maßnahmen realisiert. Daher erfolgt die Notwendigkeit, dass ein Gesundheitsmanagement im Unternehmen von der Geschäftsführung gewollt, gefördert und mit eigener Überzeugung getrieben werden muss. In der Praxis ist es jedoch sehr häufig, dass zahlreiche Maßnahmen implementiert werden, die jedoch vollkommen wirkungslos verpuffen und einen Nachgeschmack der „Erfolglosigkeit“ hinter sich lassen (Meifert & Kersting, 2004).

Die Implementierung eines Gesundheitsmanagements im Unternehmen ist wie die folgende Abbildung zeigt ein komplexer Prozess. Die Inhalte der betrieblichen Gesundheitsförderung mit ihren Maßnahmen müssen eingehalten werden und von einem Expertenteam vorangetrieben werden, damit sich letztendlich dauerhafte Erfolge widerspiegeln.

BGF-Prozess

Die folgende Grafik skizziert den typischen Ablauf und mögliche Inhalte von BGF:



© Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich, 2004

Quelle: <https://www.zurich.com/NR/rdonlyres/F1965E5D-77FB-4057-B38B-B8BFDA69D2D4/0/20060123BGFhatZukunft.pdf>

Abb.10: Beispiel eines Prozesses der betrieblichen Gesundheitsförderung

4 Forschungsstand „BGF in KMU“ – Vorstellung ausgewählter Studien und Projekte

4.1 Uwe Lenhardt – Effektivität betrieblicher Gesundheitsförderung

Uwe Lenhardt ist bei der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin für den Bereich „Strategie und Grundsatzfragen“ tätig. Er arbeitet als Experte auf dem Gebiet des Arbeitsschutzes und der betrieblichen Gesundheitsförderung. Lenhardt bewertet den derzeitigen Forschungsstand kritisch, im Moment gäbe es nur wenige Evaluationen zu diesem Thema und selbst diese würden lediglich die Zufriedenheit von Beschäftigten und Arbeitgebern, die Inanspruchnahme von Maßnahmen oder die Entwicklung des Krankenstandes wider geben. Es gibt aber keine Untersuchungen über tatsächliche Verbesserungen von Arbeitsplatzstrukturen oder Arbeitsabläufen. Ebenso wenig gäbe es Vorher – Nachher – Analysen von Gesundheits – bzw. Belastungsparametern.

Lenhardts Studie hat zum Ziel die Beeinflussung von Maßnahmen in der BGF auf vorliegende Rückenbeschwerden der Angestellten zu untersuchen. Dabei gälte es zu beachten, dass ein Rückenschulkurs oder ein Kurs zur Stressbewältigung noch keine BGF darstelle. Viel mehr seien dies (eine BGF) Interventionen in ein komplexes, dynamisch sich entwickelndes Sozialsystem, die auf eine zumindest teilweise Veränderung von bestehenden Strukturen, Organisationsroutinen, Handlungsmuster und Sichtweisen abzielen.

Ein Problem sieht Lenhardt auch in der Übertragbarkeit von Ergebnissen, aufgrund der unterschiedlichen Strukturen der KMU.

Innerhalb der BGF – Forschung gibt es noch keine festen Studiendesigns, Lenhardt beschreibt aber folgende Kernanforderungen an eine BGF – Evaluation unter Alltagsbedingungen.

Zuerst sollten fördernde und hemmende Aspekte innerhalb eines Betriebes herausgearbeitet werden, weiterhin sollten Problemfelder identifiziert und Ziele bestimmt werden. Interventionen, gerade solche die sich auf mehreren Ebenen auswirken, wie beispielsweise Organisationsentwicklung sollten fortlaufend evaluiert werden. Wie bereits oben erwähnt sollten sich die Ergebnisse nicht nur auf AU - Daten stützen, es sollte eine vorher – nachher Untersuchung geben, auch wenn dies im Alltag schwierig zu bewerkstelligen ist. Da eine „Vorher – Nachher“ – Messung im eigentlichen Sinn aufgrund von Alltagsbedingungen nicht möglich ist, sollte es

wenigstens subjektive Aussagen mit Parametern wie beispielsweise Maße für Arbeitszufriedenheit oder Betriebsklimaindikatoren geben. Auch die Bildung von Kontrollgruppen ist aufgrund von Mitarbeiterfluktuation kaum möglich, dies kann aber durch das Heranziehen von größeren Populationen wie beispielsweise alle Versicherten von ähnlich strukturierten Betrieben behoben werden. Ein weiterer wichtiger Aspekt sei die Dokumentation von „Störgrößen“ zum Beispiel einschneidenden betrieblichen Veränderungen wie Umstrukturierung, Rationalisierung/Personalabbau oder wirtschaftliche Schwierigkeiten.

4.1.1 Vorgehen Lenhardts und verwendetes Material

Die vorliegende Studie entstand in Zusammenarbeit mit den Krankenversicherungsträgern:

- BKK – Bundesverband
- AOK – Rheinland
- AOK – Niedersachsen
- IKK – Bundesverband

Der Autor erhielt Evaluationsberichte über Maßnahmen in einzelnen Betrieben. Konkret waren dies 11 Einzelbetriebe, eine Handwerksinnung und eine Population von 2000 Mitarbeitern aus 16 Betrieben.

Es handelt sich allerdings nicht um wissenschaftliche Daten, vielmehr entspringen sie dem täglichen Organisationsgeschäft der Kassen.

Eine weitere Problematik bestand darin, das Rückenleiden in den Dokumenten meist nicht konkret aufgeführt waren, sondern dem übergeordneten Krankheitsbild des Muskel – und Skelett – Systems zugeordnet war.

Der Autor stufte die Aussagekraft der Dokumente nach Kriterien wie Größe der untersuchten Population, Vorher – Nachher – Messung, Beobachtungszeitraum oder Wirkungsindikatoren wie Arbeitsunfähigkeit oder Beschwerden ab.

4.1.2 Darstellung der Ergebnisse

Lenhardt merkt an, dass die benutzten Dokumente nur schlecht beschreiben welche Interventionen tatsächlich durchgeführt wurden. Jedoch kann man von einem fortgeschrittenen Niveau der BGF zu diesem Zeitpunkt, Mitte der 90er, ausgehen.

Die Effekte der Interventionen wurden meist durch AU – Daten vor und nach der Durchführung dargestellt, diese beziehen sich aber bis auf zwei Fälle auf das übergeordnete Krankheitsbild der Muskel - und Skeletterkrankungen. Eine weitere Einschränkung bei der Verwendung der Daten besteht darin, dass die Zahlen nicht alters – und geschlechtsspezifisch sind. Leider werden in den wenigsten Fällen direkte Auswirkungen von verbesserten Arbeitsbedingungen auf eine Senkung der Beschwerden dargestellt. Der Autor legte aber selbst Kriterien fest nach denen er entschied welche Dokumente zur Analyse weiterverwendet werden können. Es wurden nur solche Dokumente weiterverwendet in denen die positive Wirksamkeit der Maßnahmen als signifikant beschrieben war.

Bezüglich der AU – Fälle konnte ein Rückgang von 22 – 36 % innerhalb von 3 – 5 Jahren verzeichnet werden, die AU – Tage reduzierten sich sogar um 43 – 78 %. Verdeutlicht wird dies am Beispiel eines Großbetriebes der Metallindustrie dort werden innerhalb eines Projektes zur Installierung von betrieblichem Gesundheitsmanagement ein funktionsübergreifender Arbeitskreis Gesundheit eingeführt. Neben regelmäßigen Mitarbeiterbefragungen wurden Gesundheitsbeauftragte in allen Arbeitsbereichen ernannt. Es gab Vorgesetztenschulungen in gesundheitsgerechter Mitarbeiterführung, ergonomische Verbesserungen und verhaltenspräventive Maßnahmen wie beispielsweise Hebe – Trage – Trainings.

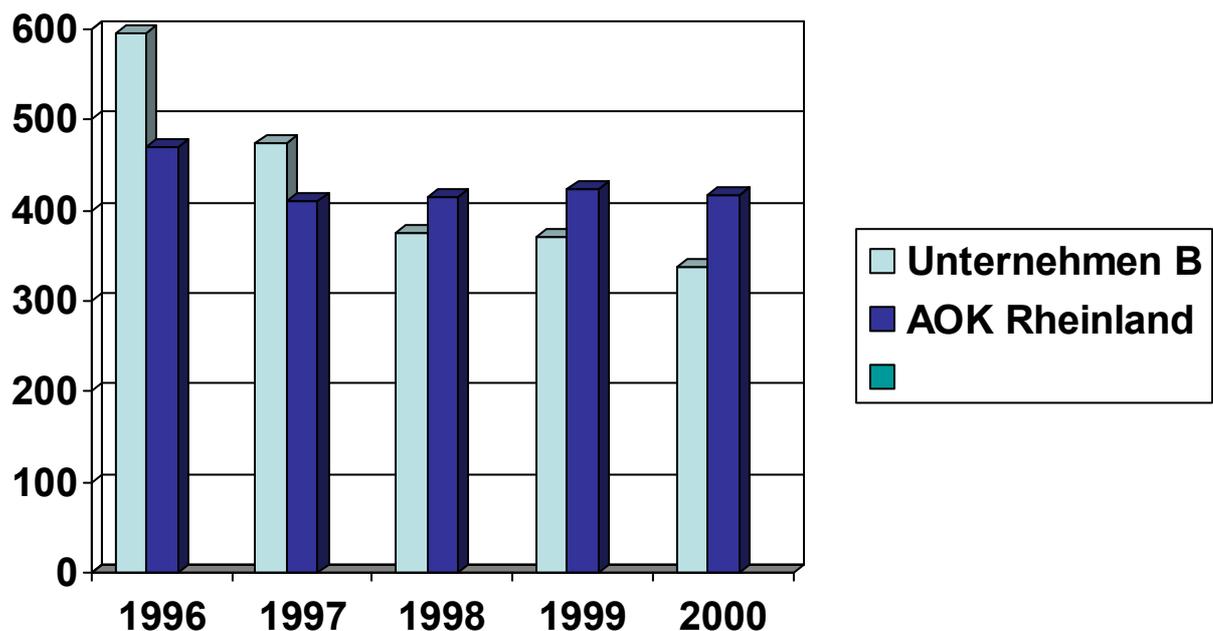


Abb.11: Durch Rückenleiden verursachte Au – Tage des betreffenden Unternehmens im Verhältnis zu den übrigen AOK – Versicherten

Wie das obere Schaubild verdeutlicht reduzierten sich die durch Rückenerkrankungen bedingten AU – Tage um 43%. Die AOK – Vergleichsdaten der übrigen Versicherten sanken eine nur anfängliche Absenkung, danach blieben sie weitestgehend gleich. Das Krankenstands niveau des Betriebes rutschte hingegen auf 20 % unter das der Kasse.

Die zweite Studie umfasste einen Gesundheitszirkel in einer Krankenhausküche, die im Vergleich zu den übrigen Krankenhausbereichen einen besonders hohen Krankenstand aufwies. Es wurden nicht nur ergonomische Gestaltungsmängel behoben sondern auch organisatorische Fragen wie die Zusammenarbeit in der Gruppe, die Beziehung zu Vorgesetzten, Verhinderung von Verschwendung oder Schnittstellenprobleme mit anderen Abteilungen bearbeitet. Der Vergleich der AU – Daten des Interventionsbereiches mit den Daten der anderen Bereiche zeigte eine Absenkung auf weniger als ein Drittel des ursprünglichen AU - Niveaus. Wohingegen die Krankenstände der anderen Bereiche weitestgehend gleich blieben. Effekte von BGF speziell auf die Rückenbeschwerden zeigt ein längerfristiges Projekt der AOK – Niedersachsen zur Etablierung eines integrierten betrieblichen Gesundheitsmanagements. Dort wurden regelmäßige Mitarbeiterbefragungen hauptsächlich zu Beschwerden im Muskel – und Skelettsystem durchgeführt. Festgehalten wurde die Veränderung der mittleren Beschwerdehäufigkeit zwischen erster und zweiter Befragung im Abstand von zwei Jahren. Es wurden Betriebe mit laut AOK – Institut beispielhaftem Vorgehen bezüglich BGF ausgewählt.



Abb.12: Veränderung der Schmerzhäufigkeit innerhalb von 2 Jahren bei teilnehmenden Betrieben an einem AOK – Bonusprojekt

Wie die Graphik zeigt, wurde bei drei Beispielbetrieben ein deutlicher Rückgang der Beschwerden verzeichnet.

Eine weitere Studie wurde vom BKK Bundesverband durchgeführt. Dort zielten Mitarbeiterbefragungen auf die konkrete Auswirkung einer veränderten Arbeitssituation und Arbeitsbelastung auf Rückenschmerzen der Mitarbeiter. Lenhardt bemängelt dass es sich allerdings um keine Vorher – Nachher – Befragung handelt und dass es keine Vergleichsgruppen ohne Präventionsmaßnahmen gibt. Allerdings können in der Studie Gestaltungsmaßnahmen der BGF statistisch signifikant mit abnehmenden Beschwerdeniveaus verknüpft werden.

Ein weiteres Projekt zur Verminderung von Rückenbelastungen wurde vom BGF – Institut der AOK Rheinland durchgeführt. Es wurden 22 Kommissioniere eines Lagerdienstleisters untersucht. Interventionen waren Arbeitsplatzanalysen, Gesprächsrunden mit Beschäftigten und Vorgesetzten zur Ermittlung von belastenden Arbeitsplatzbedingungen. Maßnahmen wurden festgelegt und umgesetzt, beispielsweise die Durchführung eines achtwöchigen Rückenschulprogramms. Die Messung fand per Fragebogen statt, außerdem gab es hier eine Kontrollgruppe von 20 Kommissionierern einer anderen Filiale. Am Ende des Programms konnten signifikante Rückgänge der Rückenschmerzen von 43% und der individuellen Schmerzhäufigkeit von 21 % verzeichnet werden, in der Kontrollgruppe gab es hingegen keine Effekte. Die Studie sei laut Lenhardt aber deshalb mit vorsichtig zu bewerten, da nur ein Effekt kurz nach der Durchführung verzeichnet wurde und es sich nur um eine sehr kleine Studienpopulation handle.

Abschließend sollte noch mal betont werden dass es erst wenige Studien zur betrieblichen Gesundheitsförderung gibt, dies dürfte speziell in KMU der Fall sein da sich die bisherige BGF eher auf Großbetriebe beschränkten. Die vorhandenen Studien zeigen dass aber auf jeden Fall ein positiver Effekt von BGF zu erwarten ist. Erwähnen sollte man unserer Meinung nach auch noch, dass die bisherigen Studien sich eher auf Geschäftsdaten von Krankenkassen stützen. Hier wäre zu überlegen ob das Thema nicht auch wissenschaftlich evaluiert werden könnte.

(vgl. Meggeneder O.; Pelster K. ; Sochert R. ,2005)

4.2 Der GEK – Gesundheitsbaukasten

Die Studie der GEK wird in .Meggeneder O.; Pelster K. ; Sochert R. ;Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen, erschienen 2005 im Verlag Hans Huber Bern vorgestellt. Das Institut für Arbeitswissenschaft und Technologiemanagement (IAT) der Universität Stuttgart und die Gmünder Ersatzkassen haben zusammen ein Konzept für Gesundheitsmanagement in Klein – und Mittelbetrieben entwickelt. Das Ergebnis des Projektes wurde in Form einer Arbeitsunterlage festgehalten. „Der Gesundheitsbaukasten – Werkzeuge, Pläne und Materialien zur Förderung der Mitarbeitergesundheit in Klein – und Mittelbetrieben“. Der Baukasten bietet Hintergrundwissen und Werkzeuge zur individuellen Umsetzung von Gesundheitsmanagement im eigenen Betrieb.

Das IAT beschäftigt sich schon Jahrzehnte mit der Gestaltung von Arbeitsplätzen, Arbeitsmitteln und Arbeitsstätten nach menschlichen Fähigkeiten und Anforderungen. Ziele der Untersuchungen sind nicht nur die Verbesserung der Wirtschaftlichkeit, sondern die Optimierung der Belastungen und Beanspruchungen der Beschäftigten und die Verbesserung der Akzeptanz von verhaltens – und verhältnispräventiven Maßnahmen.

Die GEK wurde 1878 gegründet und entwickelte sich zu einer Krankenversicherung für die Elektro – und Metallbranche. Inzwischen steht die GEK auch anderen Personen offen und ist fünftgrößte Krankenkasse Deutschlands. Die GEK arbeitet mit 120 000 Unternehmen, die Mehrzahl davon Kleinbetriebe, zusammen und wurde schon mehrmals zur kundenfreundlichsten Kasse gewählt. Neben dem Routinebetrieb hat es sich die Kasse zur Aufgabe gemacht durch Analyse der bei einer Gesetzlichen Krankenkasse anfallenden Gesundheitsdaten eine Gesundheitsberichterstattung zu entwickeln.

Die Gesundheitsanalyse der GEK setzt sich aus folgenden Maßnahmen zusammen:

- Der GEK – Gesundheitsreport (für die Gesamtbevölkerung): jährliche Darstellung der Gesundheitssituation in der Bevölkerung, besondere Berücksichtigung einzelner Berufsgruppen, wechselnde Schwerpunktthemen (zB: Sterblichkeit, Erkrankungen des Rückens);
- Gesundheitsberichte für einzelne Berufsgruppen: Ergebnisse von Beschäftigtenbefragungen, Analyse von AU – Daten und Literaturrecherche zu Zusammenhängen von Arbeitswelt und Erkrankungen;

- Gesundheitsbericht für einzelne Betriebe: individuell für die Unternehmen erstellt, die damit geschaffene Flexibilität garantiert „Antworten auf Unternehmensfragen“.

Ein Ziel des Gesundheitsberichtes ist es herauszufinden welche Zusammenhänge es zwischen Berufsgruppe und Inanspruchnahme von bestimmten Leistungen gibt. Dabei konzentriert man sich auf die Bereiche Arbeitsunfähigkeit (AU), Arbeits – und Wegunfälle, Krankengeld und stationäre Aufenthalte. 2002 kam man zu folgenden Ergebnissen:

4.2.1 Inanspruchnahme von Leistungen bei unterschiedlichen Berufsgruppen

4.2.1.1 Arbeitsunfähigkeit

Wie die Abbildung zeigt weisen Berufsgruppen mit geringer körperlicher Belastung verhältnismäßig wenig AU – Tage auf, dazu gehören Zahntechniker, Optiker, Ingenieure, Techniker, Waren – und Dienstleistungsberufe oder

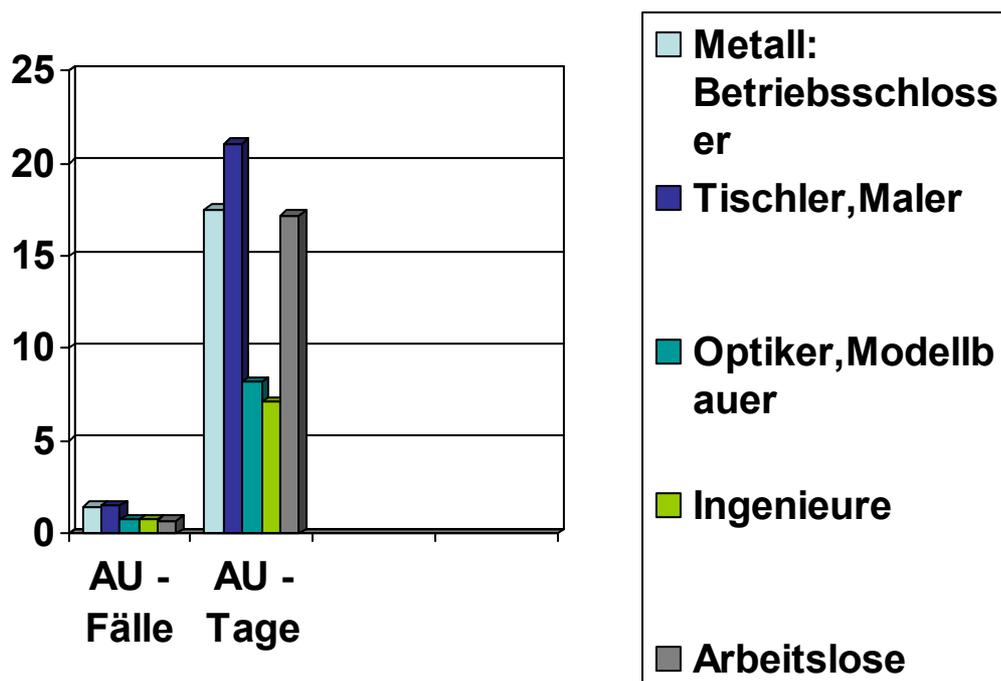


Abb.13: Das Verhältnis der Arbeitsunfähigkeitstage und Fälle in verschiedenen Berufsgruppen (bei den folgenden Schaubildern wurden Berufsgruppen mit auffallend hohen oder niedrigen Werten ausgewählt.)

Verwaltungsberufe. Lange AU – Zeiten findet man hingegen in einigen metallverarbeitenden Berufen, bei Malern und Tischlern, bei Hilfsarbeitern und bei Beschäftigten in Verkehrsberufen.

Die Arbeitslosen bilden hier eine Ausnahme, trotz weniger AU – Fälle treten überdurchschnittlich lange AU – Zeiten auf. Allerdings kann man davon ausgehen, dass kurze Erkrankungszeiten bei Arbeitslosen gar nicht gemeldet werden und somit der Eindruck entsteht Arbeitslose wären generell länger krank.

4.2.1.2 Arbeits – und Wegunfälle

Die Folgen von Arbeits – und Wegunfällen liegen im deutschen Sozialversicherungssystem üblicherweise in der Zuständigkeit der Berufsgenossenschaften, in den GEK – Daten wurden sie deshalb lediglich erfasst, wenn sie zu mindestens einer Arbeitsunfähigkeit führen. Die Häufigkeit von Arbeits – und Wegunfällen zeigt eine starke Abhängigkeit vom ausgeübten

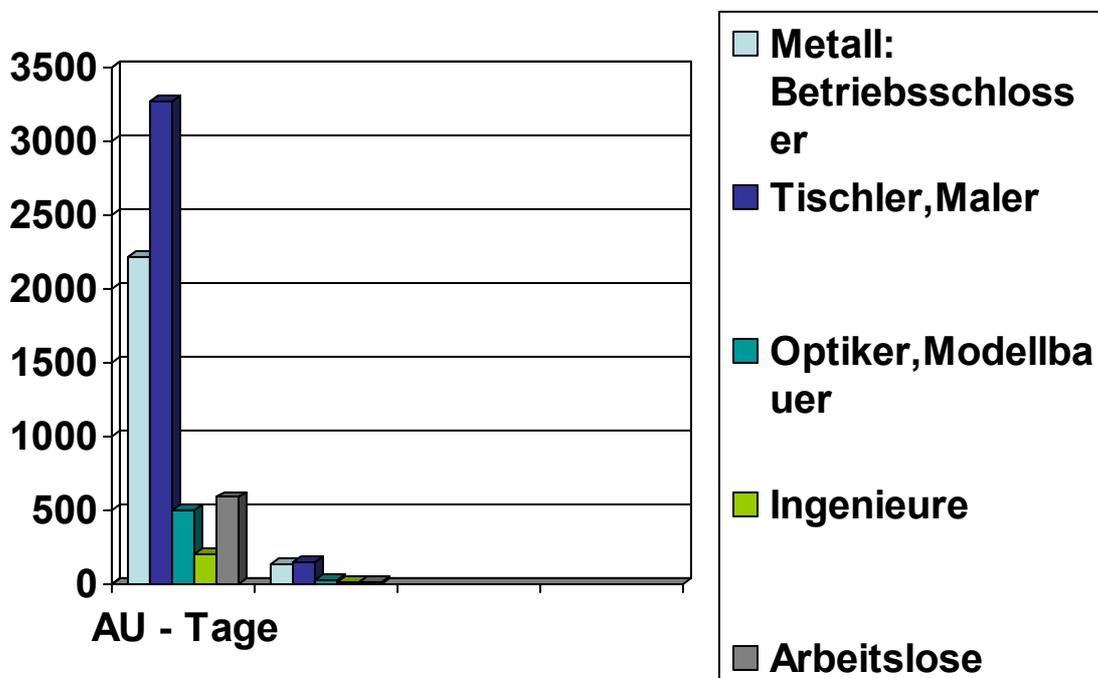


Abb. 14: Arbeits – und Wegunfälle und dazugehörige AU – Tage in unterschiedlichen Berufsgruppen

Beruf. 2002 gab es bei Zahntechnikern, Optikern, Modellbauern und Ingenieuren sowie im Verwaltungsbereich niedrige Häufigkeiten. Vergleichsweise viele Arbeits – und Wegunfälle gab es dagegen bei einigen metallverarbeitenden Berufen, z. B. Betriebsschlosser, sowie bei Tischlern und Malern. Diese übertreffen die Rate der sicheren Berufe etwa um den Faktor Fünf bis Zehn.

4.2.1.3 Krankengeld

Im Sozialversicherungssystem der Bundesrepublik gehören Krankengeldzahlungen bei sozialversicherungspflichtigen Beschäftigten zu den Pflichtleistungen einer gesetzlichen Krankenversicherung. In der GEK entfallen etwa 9% aller Leistungsausgaben auf Krankengeldzahlungen. Innerhalb der ersten sechs Wochen einer Krankmeldung erhält der Arbeitnehmer eine Lohnfortzahlung vom Arbeitgeber, danach beginnt ein Anspruch auf Krankengeld

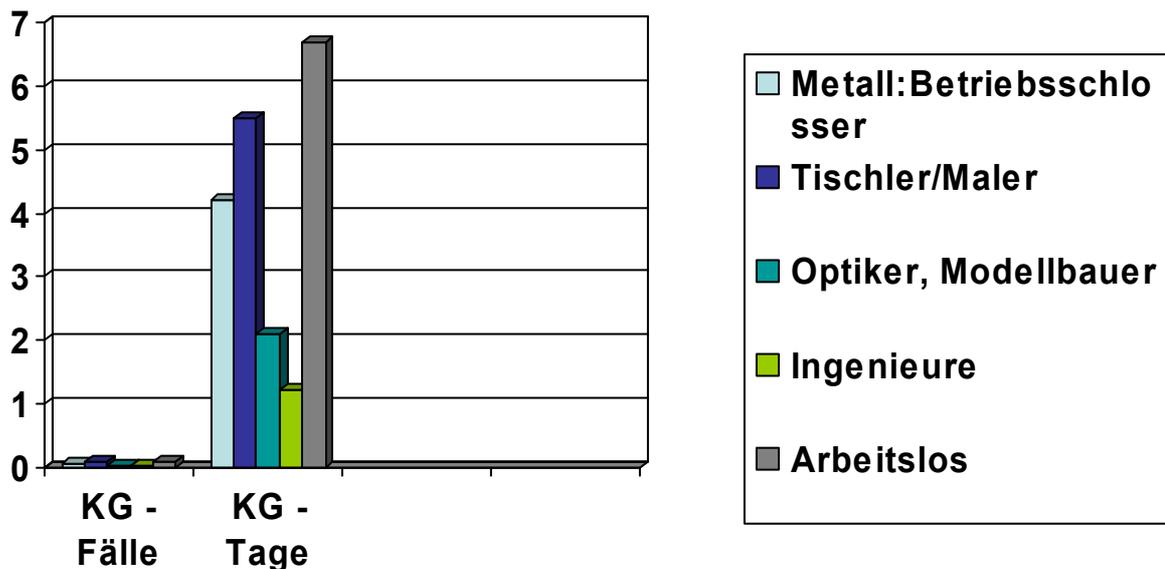


Abb.15: Krankengeldfälle und – tage in unterschiedlichen Berufsgruppen

bei der Krankenkasse. Auch hier gibt es wieder erhebliche Unterschiede zwischen den einzelnen Berufsgruppen. Die Zahl der Krankengeldtage schwankt von 1,2 Tagen bei Ingenieuren bis zu 5,5 Tagen bei Malern. Die größte Häufigkeit gibt es allerdings bei Arbeitslosen mit 6,7 Krankengeldtagen.

4.2.1.4 Stationärer Aufenthalt

Die Dauer des stationären Aufenthaltes liegt bei risikoreicheren Berufsgruppen wie Maler, Schlosser oder auch Hilfsarbeiter um mehr als 50 Prozent über derer

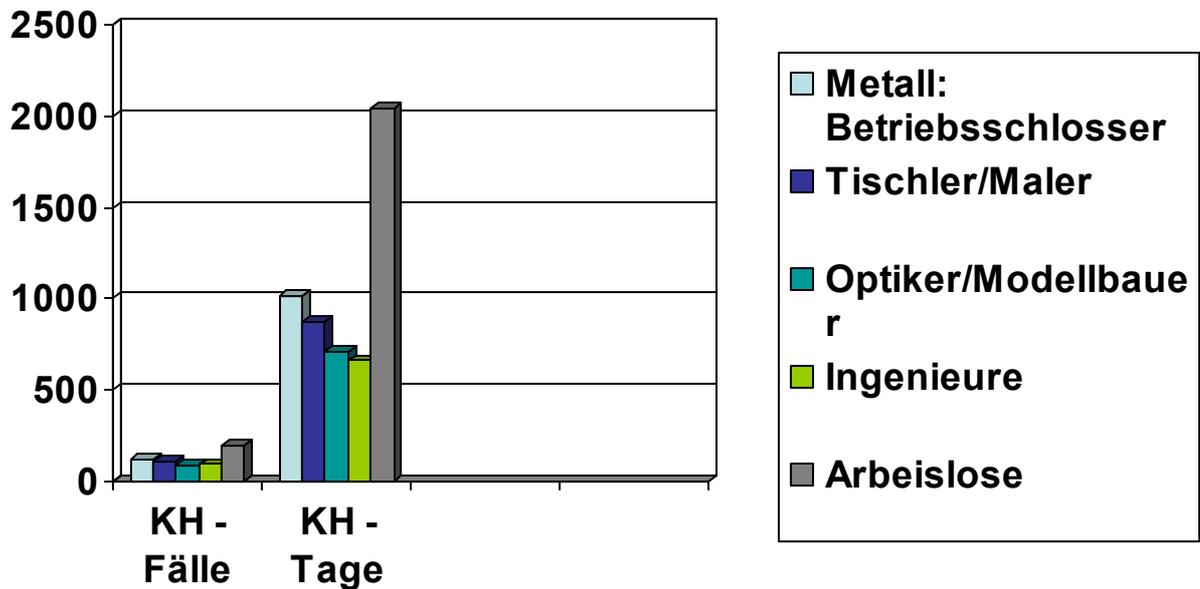


Abb. 16: Krankenhausfälle und – tage in unterschiedlichen Berufsgruppen

von risikoärmeren Berufsgruppen. Die kürzesten stationären Aufenthalte haben Ingenieure mit 658 Tagen je 1000 Berufstätigkeitsjahren, gefolgt von Optikern mit 709 Tagen. Auch hier gibt es deutliche Unterschiede zu risikoreicheren Berufsgruppen, so haben beispielsweise Betriebsschlosser Krankenhausaufenthalte von 1019 Tagen je 1000 Berufstätigkeitsjahren. Am auffälligsten sind hier jedoch Arbeitslose mit 2042 Tagen, sie verbringen also mehr als doppelt so viele Tage im Krankenhaus wie erwerbstätige Personen.

4.2.2 Charakteristik von Gesundheitsmanagement in KMU

Aufgrund der unterschiedlichen Strukturen von Klein – und Mittelunternehmen und der spezifischen Chancen und Risiken kann man die schon bestehenden Programmen von Großunternehmen nur schwer übertragen. Unter dem Begriff „Gesundheitsmanagement“ versteht man die systematische Zusammenfassung der Aktivitäten zur Verbesserung der Arbeitssicherheit, Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung im Betrieb.

Das Gesundheitsmanagement in KMU schließt folgende Maßnahmen ein:

- Analyse der Belastungs – und Gefährdungssituation;

- Qualifizierung der Beschäftigten zu sicheren und gesundheitsgerechten Arbeitsweisen;
- Verankerung des Themas Gesundheit in den betrieblichen Führungsstrukturen;
- Maßnahmen zur Gestaltung von Arbeitssystemen unter Berücksichtigung von Aspekten der Ergonomie (menschengerechte Arbeitsgestaltung)

4.2.3 Struktur des Projekts

Im hier beschriebenen Projekt waren außer der GEK und dem IAT auch die relevanten Berufsgenossenschaften, Innungen und Verbände beteiligt. Am Projekt beteiligte Berufsgenossenschaften waren die Süddeutsche Metall – BG, die BG der Feinmechanik und Elektrotechnik sowie die Edel – und Unedelmetall BG. Berufsgenossenschaften sind Träger der gesetzlichen Unfallversicherung und haben somit Interesse daran arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu verhüten. Weiterhin waren beteiligt der Deutsche Zahntechniker – Verband e.V., die Zahntechniker – Innung Württemberg sowie der Zentralverband der Augenoptiker. Die Aufgabe der Verbände ist es Interessen von Arbeitnehmern und Arbeitgebern zu vertreten, wobei auch der Arbeitsschutz eine Rolle spielt. Außerdem konnten verschiedene Hersteller von Arbeitsplatzkomponenten gewonnen werden, die ihre Produkte zur Verfügung stellten, so dass sie direkt von den Mitarbeitern der beteiligten Betriebe getestet werden konnten.

Die 14 beteiligten Modellbetriebe stammten aus den Branchen Zahntechnik und Augenoptik, sowie Feinwerk und Elektrotechnik, da diese Berufsgruppen besonders als Versicherte der GEK vertreten sind. Die Betriebsgröße variierte von 3 – 20 Personen wobei sich ein Unternehmen der Feinwerk – und Elektrotechnikbranche mit 1800 Mitarbeitern abhob, dort wurden allerdings besonders zwei Abteilungen mit etwa 120 Mitarbeitern betrachtet.

Die Betriebe brachten jeweils schon großes Interesse an der Umsetzung von betrieblicher Gesundheitsförderung mit. Innerhalb jedes Betriebes wurde neben dem Unternehmer ein Gesundheitskoordinator bestimmt, der die Aufgabe hatte an Projektsitzungen teilzunehmen und die Ergebnisse an die anderen Mitarbeiter weiter zu geben. Sie galten außerdem als „Sprachrohr“ für die Probleme und die Anregungen der Mitarbeiter und waren Ansprechpartner für die Projektarbeiter.

Das Projekt lief über vier Jahre (von 1996 bis 1999) und war zuerst am Zentrum für Arbeit und Gesundheit ZAG in Stuttgart angesiedelt, bevor es an das IAT übertragen wurde.

Um den Mitarbeitern lange Wege zu ersparen und somit die Hemmschwelle zu verringern fand ein Großteil der Aktivitäten vor Ort statt, dazu gehörten Gefährdungsanalysen oder Einrichtung von Musterarbeitsplätzen, Workshops und betriebsspezifische Veranstaltungen. Im Projekt wurde die sogenannte „top – down“ und „bottom – up“ Vorgehensweise gewählt, was bedeutet, dass Mitarbeiter und Unternehmer in gleicher Weise zu Wort kamen. Zu Beginn des Projektes wurde eine Befragung der Mitarbeiter durch Verteilung von Fragebögen unternommen, darüber hinaus wurden Arbeitsplatzbegehungen und Experteninterviews durchgeführt. Ein Schwerpunkt war die Analyse der Defizite in der Arbeitsplatzgestaltung und die Umsetzung der Gefahrstoffverordnung .

Um psychische Belastungen herauszufinden führte man in Betrieben mit mittlerer Größe Interviews mit direktem Kontakt zu den Mitarbeitern durch. Dabei wurden Mängel und gleichzeitig Verbesserungsvorschläge erfasst.

Als Ergebnis der Befragungen ließen sich folgende Belastungsschwerpunkte identifizieren:

- Lärm;
- Staub und Schmutz;
- Umgang mit Gefahrstoffen;
- Unangenehme Körperhaltungen (vorwiegend Sitzen);
- Umgang mit schwierigen Kunden;
- Starke Konzentration;
- Hohes Arbeitstempo, zuviel Arbeit.

4.2.4 Ziele und Ergebnisse des Projekts

Die folgenden Projektziele wurden vorher festgelegt:

- Verankerung des Themas „Gesundheit“ in betrieblichen Strukturen;
- Vermittlung von Wissen zu Sicherheit und Gesundheitsschutz;
- Verbesserung der Arbeitsplatzsituation und Förderung des Wohlbefindens am Arbeitsplatz;
- Unterstützung bei der Umsetzung von Vorschriften (Arbeitsschutzgesetz, Gefahrstoffverordnung, Unfallverhütung etc.)

- Beratung bei der Beschaffung von Arbeitsmitteln;
- Rückmeldung an Hersteller von Arbeitsplatzkomponenten;
- Gesundheit „erlebbar“ machen (Musterarbeitsplätze, Sitzen am Arbeitsplatz, Stressvermeidung);
- Erkenntnisgewinn für zukünftige Präventionsdienstleistungen.

Zur Beurteilung des Projekterfolges wurde eine erneute Mitarbeiterbefragung durchgeführt. Darin sollten die MitarbeiterInnen Veränderungen innerhalb des Betriebes und bezüglich ihrer persönlichen Einstellungen und ihres Verhaltens benennen. Eine statistische Auswertung war aufgrund von Mitarbeiterfluktuationen nicht möglich. Die überwiegende Zahl der Mitarbeiter gab jedoch an, dass die Erfahrung mit Musterarbeitsplätzen zusammen mit Informationen sehr nützlich war. Die Mitarbeiter wurden durch betriebsinterne Diskussion über gesundheitsrelevante Themen und die Wahrnehmung von Gesundheitsgefahren am Arbeitsplatz sensibilisiert. Zusammenhänge von Arbeit und Gesundheit wurden deutlich, innerhalb der Betriebe achtet man nun bei der Beschaffung von Arbeitsmitteln auf Gesundheitsaspekte.

Positiv zu bewerten ist die Durchführung einer Arbeitsplatzanalyse, bei der schon einfache Maßnahmen wie die Markierung gefährlicher Stoßkanten, bewusster Umgang mit Gefahrstoffen und die Nachfrage nach Informationen durchgeführt werden konnte.

In einigen Betrieben seien Aktivitäten wie beispielsweise Bewegungspausen jedoch wieder eingeschlafen. Auch die Bereitschaft zur Bearbeitung psychischer Probleme war eher gering. Eine Nachhaltigkeit wird allerdings auf Seiten der Einrichtung von Musterarbeitsplätzen erwartet.

Als problematisch zu bewerten ist die Bindung der gesamten Informationen an eine Person, den Gesundheitskoordinator, da dieser wenn er den Betrieb verlässt auch das gesamte Fachwissen mitnimmt. Eine Hoffnung besteht aber darin das die Informationen wieder in einem anderen Betrieb verwendet werden können.

Eine spezielle Problematik ergibt sich aus der betrieblichen Realität von KMU, aufgrund der unterschiedlichen Strukturen müssen eher individuelle Lösungen statt allgemeine Konzepte gefunden werden.

Merkmale eines Projektes für betriebliche Gesundheitsförderung in KMU sollten nach Meinung von Lenhardt also sein:

- Ganzheitlicher Ansatz (körperliche, seelische und soziale Faktoren);
- Kooperation unterschiedlicher Partner (Krankenkasse, BG, Forschungsinstitute, Verbände, Innungen);
- Installation von Strukturen (Gesundheitskoordinatoren, Arbeitskreise);
- Breites Maßnahmenspektrum (ergonomische Arbeitsplatzgestaltung, GefStoffV, Gesundheitszirkel, Schulungsangebote,);
- Exemplarische Berücksichtigung unterschiedlicher Branchen;
- Top – down und bottom – up Vorgehen (Vorgesetzte und Mitarbeiter kommen zu Wort)
- Konkrete Aktivitäten „vor – Ort“ (Gefährdungsanalysen, Musterarbeitsplätze, Workshops).

Die Projektergebnisse wurden in der Arbeitsunterlage „Der Gesundheitsbaukasten“ zusammengefasst, so dass sie auch in andere Betriebe transferierbar geworden sind. Den Gesundheitsbaukasten kann man bei der GEK anfordern.

(vgl. Meggeneder O.; Pelster K. ; Sochert R. , 2005)

5. Branchenansätze

5.1 Finanzsektor – Banken

Historische Entwicklung des Banksektors

In den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts prägen patriarchale Strukturen das Verhältnis zwischen den Bankarbeitgebern und ihren beschäftigten Bankbeamten. Mit der stark zunehmenden Arbeitsteilung und Rationalisierung in den zwanziger und dreißiger Jahren entwickelt sich der Bankberuf zu einem Massenberuf mit geringer Qualifikation, schlechter Bezahlung und geringen Aufstiegschancen.

Die Bankbranche ist in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts – wie kaum ein anderer Wirtschaftszweig- gekennzeichnet durch eine kontinuierliche wirtschaftliche Aufwärtsentwicklung. Der beruf des Bankkaufmanns entwickelt sich zu einem der attraktivsten Angestelltenberufe mit guten Verdienst- und Karrieremöglichkeiten. Daher verwundert es kaum, dass die Finanzdienstleistungsbranche die geringsten krankheitsbedingten Fehlzeiten – Quoten aufweist und sich auch in Bezug auf die Statistiken der Arbeitsunfälle in den hintersten Reihen einordnet.

Dies ist ein Erklärungsansatz dafür, warum eine proaktive betriebliche Gesundheitsförderung in der Bankenbranche noch in den „Kinderschuhen“ steckt. Denn ein wesentlicher Ansatzpunkt für Maßnahmen der Gesundheitsförderung war und ist meist ein hoher Krankenstand. Da aber gerade hier die Banken mit die niedrigsten Krankenstandsquoten aufweisen und nur eine sehr geringe Anzahl an Arbeitsunfällen sowie anerkannten Berufskrankheitsfällen verzeichnen, entsteht hier schnell der Eindruck, dass einen konkreten Bedarf an gesundheits- - fördernden Maßnahmen nicht gibt. Es wird zwar einerseits im Bankgewerbe den arbeits-sicherheitstechnischen Anforderungen in ausreichendem Maße Rechnung getragen. An betrieblichen Gesundheitsförderungsmaßnahmen, die über die rechtlichen Rahmenbedingungen hinausgehen, fehlt es jedoch (vgl. Enz, 2004).

5.1.1 Belastungen

Für eine kaum andere Branche haben sich die Rahmenbedingungen in den zurückliegenden Jahren so gravierend geändert wie für die Finanzwirtschaft. Zum

einen wird dies erkenntlich durch die Globalisierung der Finanzmärkte, die Fortschritte in der Informations- und Kommunikationstechnologie und einen an Schärfe immer stärker zunehmenden Verdrängungswettbewerb. In diesem Umfeld nehmen die Anforderungen und Belastungen an die Mitarbeiter deutlich erkennbar zu. Eine kontinuierlich steigende Komplexität des Arbeitsumfeldes, steigende Anforderung an die Flexibilität sowie die Lern- und Veränderungsbereitschaft der Mitarbeiter, Arbeitsverdichtung, steigende Mobilitätsanforderungen und Informationsüberflutung zählen zu den neuen Belastungsfaktoren einer von zunehmender Veränderungsdynamik bestimmten Zeit. Die in der Bankbranche Beschäftigten hatten das große Privileg, in einem Wirtschaftssektor zu arbeiten, der über lange Zeit hinweg von Sicherheit und Kontinuität gekennzeichnet war. Massive strukturelle Probleme der Banken erfordern laut Enz (2004) nun einen Kurs, in dessen Rahmen es zu zahlreichen Filialschließungen und einem erheblichen Personalabbau kommt. Den damit verbundenen Verlust an Stabilität und Sicherheit und die daraus resultierenden Unsicherheiten und Ängste sind als neue psychische Belastungsfaktoren sowohl in der betriebsärztlichen Praxis als auch im Rahmen der operativen Personalarbeit immer deutlicher zu erkennen.

5.1.2 Praxisbeispiel und Lösungsansätze

Das im weiteren Verlauf erwähnte Praxisbeispiel wird Teil unserer Gruppenarbeit sein (Präsentationstermin 10.05.06). Anhand des Bankensektors wird beispielweise die Implementierung eines Konzeptes der betrieblichen Gesundheitsförderung durchgespielt und in einem Unternehmen XY eingeführt. Im Rahmen des Präsentationstermins erfolgt die Vorstellung des Konzeptes. Die genaue Ausarbeitung der Maßnahmenebene wird Aufgabe der Seminarteilnehmer werden.

Vorstellung des Unternehmens

Bank XY

Die Bank XY wurde im Jahre 1984 gegründet und zählt zu einer der ertragreichsten Banken in Mitteleuropa. Neben dem Hauptsitz in XY und zwei weiteren Filialen in XY und XY gründete die Bank XY AG in Zusammenarbeit mit der Raiffaisenlandesbank XY im Jahre 1998 eine Tochtergesellschaft im Fürstentum Lichtenstein.

Neben den klassischen Bankgeschäften und branchenspezifischen Finanzierungslösungen beschäftigt sich die Bank XY hauptsächlich mit Private Banking. Private Banking hat zum Ziel, den Kunden individuellen Anlage- und Finanzierungsmöglichkeiten zu bieten (RaibaKWT, 2002).

In den Geschäftsberichten, dem Leitbild des Unternehmens und auch aus den Angaben der Homepage wird deutlich, dass die Bank XY nicht nur die Zufriedenstellung ihrer Kunden ein wichtiges Ziel ist, sondern, dass auch die Mitarbeiter von enormer Bedeutung für die Bank sind. Die Bank XY ist der Meinung, dass die Mitarbeiter die Grundlage des Erfolges sind und dementsprechend wird versucht, den Mitarbeitern ein optimales Arbeitsumfeld zu bieten.

5.1.2.1 Auftrag der Unternehmensführung

Entwicklung eines ganzheitlichen Konzeptes der betrieblichen Gesundheitsförderung für die Bank XY. Ein Ziel soll es sein, den Mitarbeitern die Möglichkeit zu bieten, den Einklang zwischen Körper, Geist und Seele herzustellen und die Ausgeglichenheit zwischen Berufs- und Privatleben zu verbessern und den bereits erwähnten Belastungen standzuhalten.

Auftrag

RAIFFEISENBANK
KLEINWALSERTAL AG

PRIVATE BANKING

Entwicklung eines ganzheitlichen Konzeptes der betrieblichen Gesundheitsförderung für die Bank XY

Auftraggeber: Bank XY

Konzept: Leitfaden zur Implementierung eines ganzheitlichen betrieblichen Gesundheitsmanagements

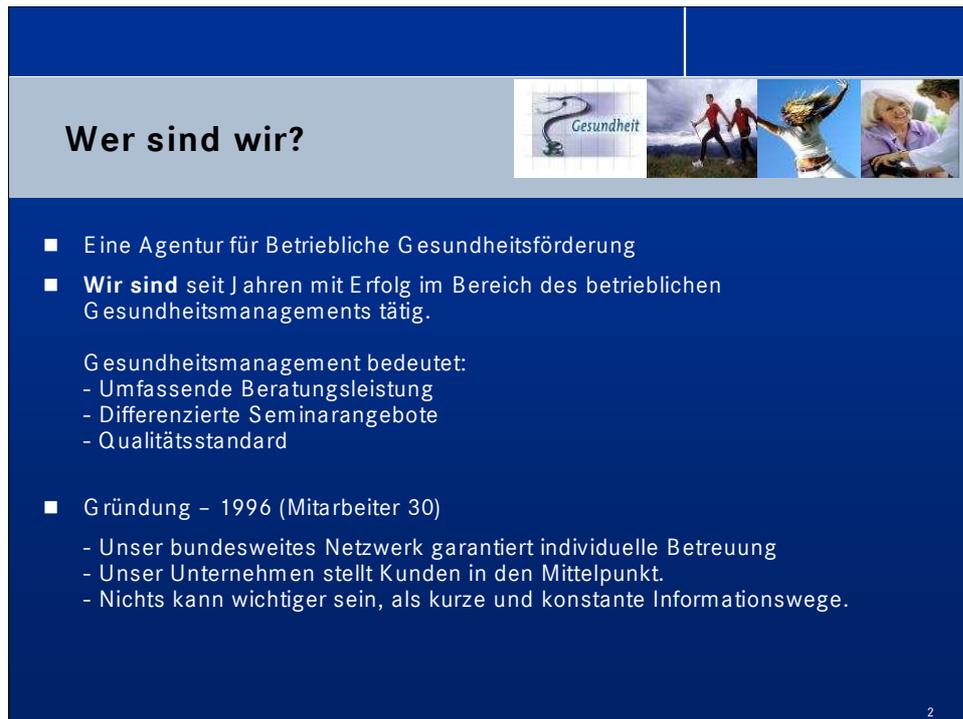
4

Abb.17: Auftrag der Unternehmensführung

Quelle: eigene Darstellung

5.1.2.2 Lösungsansätze

Die Bank XY übergibt den Auftrag an ein kleines mittelständisches Unternehmen mit 30 Mitarbeitern in Karlsruhe, die alle Experten in der Implementierung der betrieblichen Gesundheitsförderung für Klein- und Mittelbetriebe sind.



Wer sind wir?

- Eine Agentur für Betriebliche Gesundheitsförderung
- **Wir sind** seit Jahren mit Erfolg im Bereich des betrieblichen Gesundheitsmanagements tätig.

Gesundheitsmanagement bedeutet:
 - Umfassende Beratungsleistung
 - Differenzierte Seminarangebote
 - Qualitätsstandard
- Gründung - 1996 (Mitarbeiter 30)
 - Unser bundesweites Netzwerk garantiert individuelle Betreuung
 - Unser Unternehmen stellt Kunden in den Mittelpunkt.
 - Nichts kann wichtiger sein, als kurze und konstante Informationswege.

2

Quelle: eigene Darstellung

Abb.18: Firmenprofil- Agentur für betriebliche Gesundheitsförderung

5.1.2.3 Lösungsansätze und erste Vorgehensweise zur Implementierung des betrieblichen Gesundheitsmanagements in der Bank XY

Ein internes Team in Zusammenarbeit mit unserer Agentur beschäftigt sich mit der Vision, ein ganzheitliches Programm, welches auf den Säulen Bewegung, Ernährung und Entspannung aufbaut zu entwickeln und im Unternehmen umzusetzen.

Der zentrale Baustein des Programms besteht darin, dass bis auf wenige externe Partner alle Kurse und Angebote ausschließlich von Mitarbeitern angeboten werden, um Kosten zu sparen. So bietet z.B. ein engagierter Hobbyläufer, der von unseren Experten geschult wird einen wöchentlichen Lauftreffpunkt an, oder ein anderer Mitarbeiter unterrichtet seine Kollegen in Italienisch.

Im Folgenden wird Inhalt des Programms kurz vorgestellt. Die Abbildung soll jedoch nur das Drei - Säulenkonzept vorstellen, die Ausarbeitung der einzelnen Maßnahmen kann im Rahmen dieser Arbeit nicht stattfinden und wird im Rahmen der Projektarbeit bearbeitet.

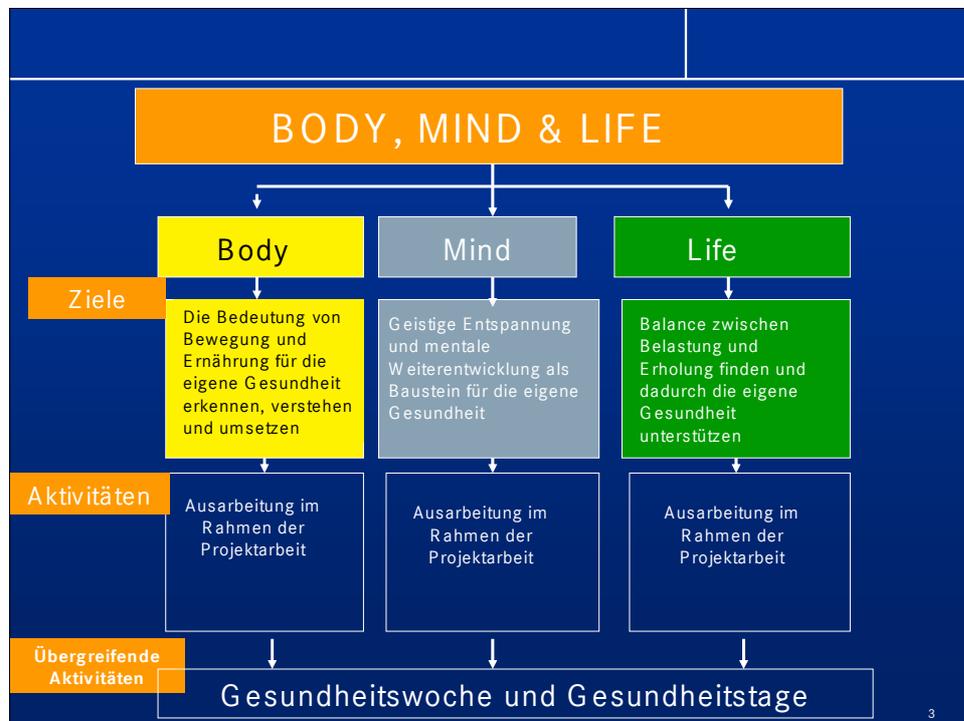


Abb.19: Konzept Body, Mind & Life

Quelle: eigene Darstellung

Säule 1: Body

Bei der Säule „Body“ geht es darum die Bedeutung von Bewegung und Ernährung für die eigene Gesundheit zu erkennen, zu verstehen und umzusetzen. Welche Maßnahmen könnten im Rahmen dieser Säule für die Mitarbeiter angeboten werden?

Folgende Lösungsansätze könnten im Rahmen der Säule 1 erarbeitet werden:

- Ausgleichsgymnastik am Arbeitsplatz
- Gesundheitstagebuch
- Bewegungsangebote für Personen mit Übergewicht
- Gewinn mit deiner Gesundheit

- Entwicklung eines fahrbaren Sprinters der mit einem Rückenextensionsgerät + einem Rückenflexionsgerät ausgestattet ist

Erarbeitet werden muss auch die Frage: Wer ist nach der Implementierung des Konzeptes Verantwortlich für die Säule „Body“.

Säule 2 : Mind

Geistige Entspannung und mentale Weiterentwicklung als Baustein für die eigene Gesundheit. Der Bereich der Entspannung spielt bei den Programmen der betrieblichen Gesundheitsförderung eine sehr wichtige Rolle. Entspannungsprogramme werden sehr unterschiedlich umgesetzt. Neben den klassischen Entspannungsmethoden wie z.B Yoga, Tai Chi gibt es auch noch weitere Ansätze wie z.B.:

- Power Napping/ Ruheraum
- Grundsätze für E-Mails
- Massagen am Arbeitsplatz

Säule 3: Life

Mit der Säule „Life“ sollen die Mitarbeiter bei der Suche nach der optimalen Balance zwischen Belastung und Erholung unterstützt werden. Dabei geht es vor allem darum, den Einklang zwischen Berufs- und Privatleben zu erleichtern und gleichzeitig den Mitarbeiter zu ermutigen, offen zu sein für neue Dinge.

Maßnahmen könnten sein:

Horizontenerweiterung (Outdoor- Training)

No meeting Day

Kurzurlaub für Betreuungsaufgaben

Seminare für kritische Lebensbereiche

5.1.2.4 Übergreifende Aktivitäten

Als übergreifende Aktivitäten zwischen den drei Säulen bieten sich Gesundheitswochen oder Gesundheitstage besonders an. Dabei sollen die Mitarbeiter über Themen der Gesundheit informiert werden und eine neue Sensibilität zur eigenen Gesundheit erhalten. Um diese Sensibilität zu verbessern, können die Mitarbeiter beispielsweise aufgefordert werden, ganz bewusst über folgende Fragen nachzudenken (vgl. Swarovski, 2002)

Wie steht es um mich?

Wie fühle ich mich?

Was kann zu meiner Gesundheit beitragen?

Welche Risikofaktoren liegen vor?

Wie kann ich diese beeinflussen?

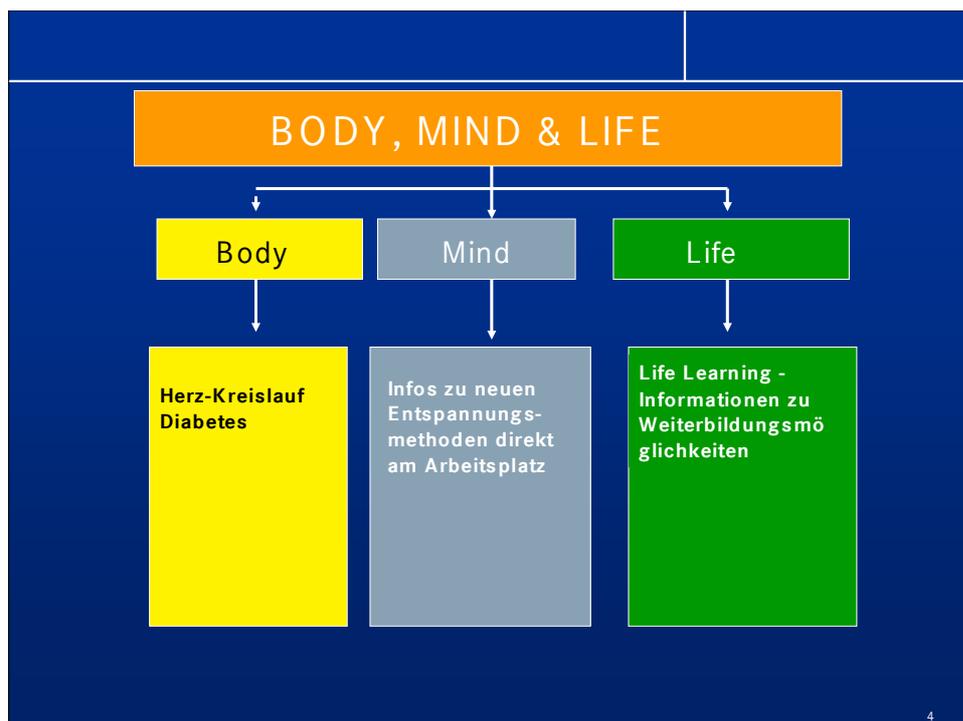


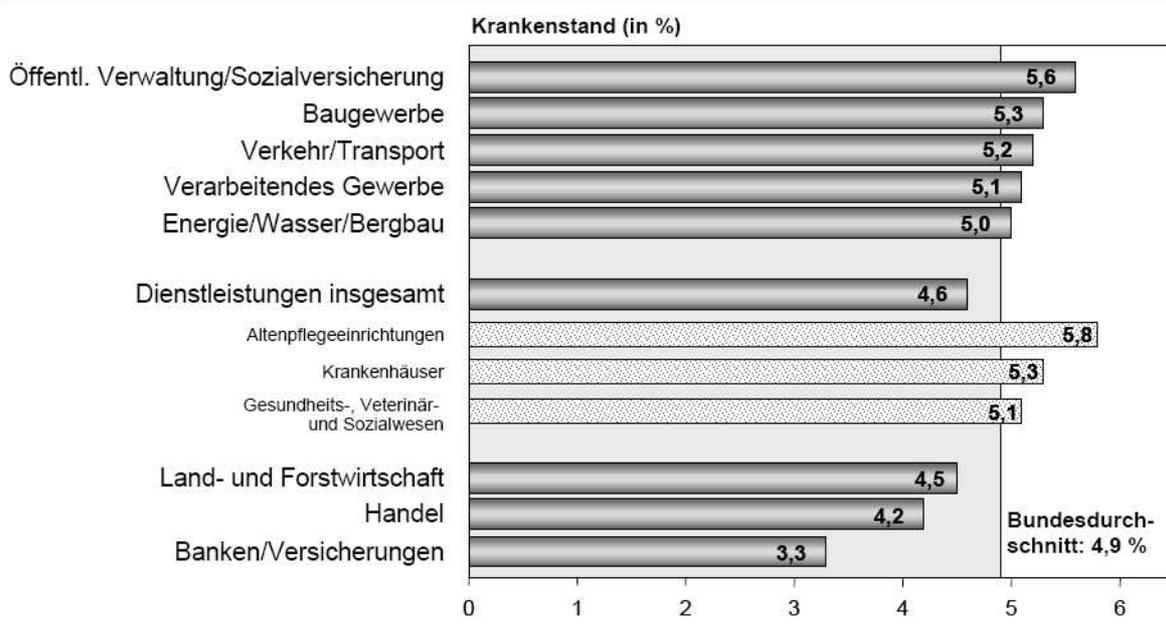
Abb.20: Mögliche Aktionstage in der Bank XY

Quelle: eigene Darstellung

5.2 Stationäre Altenpflege

Einen Überblick über die aktuellen Krankenstände gibt es im jährlich beim Wissenschaftsverlag Springer erscheinenden Fehlzeitenreport der Universität Bielefeld. Darin werden Ergebnisse bundesweiter Untersuchungen des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO) zusammengefasst. Der Fehlzeitenreport entsteht in Kooperation mit der Universität Bielefeld und enthält neben einem jährlich wechselnden Schwerpunktthema auch umfangreiche Daten und Analysen zu Krankenstandsentwicklungen in allen bundesdeutschen Wirtschaftszweigen.

Krankenstand in Altenpflegeeinrichtungen und Krankenhäusern im Vergleich zu anderen Branchen, AOK-Mitglieder 2003



Quelle: WIdO, Fehlzeiten-Report 2004

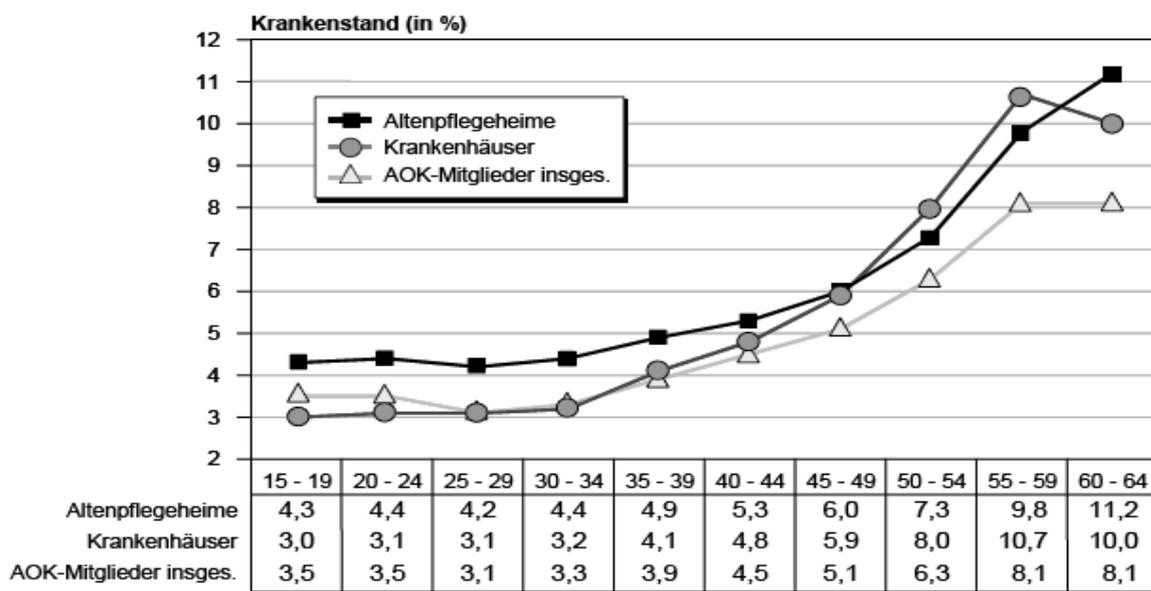
Abb.21 : Krankenstände verschiedener Branchen, aus dem Fehlzeitenreport 2004 mit dem Schwerpunktthema „Altenpflegeeinrichtungen und Krankenhäuser“

Im Fehlzeitenreport 2004 lag der Schwerpunkt bei Krankenhäusern und Pflegeeinrichtungen. Mit 5,8% lag der Krankenstand in Altenpflegeeinrichtungen deutlich über dem Branchendurchschnitt von 4,9%, in Krankenhäusern lag der Krankenstand bei 5,3%. Laut WIdO führten in Altenpflegeeinrichtungen vor allem psychische Erkrankungen und Muskel – und Skeletterkrankungen zu Krankschreibungen. Fehlzeiten können auch in Kalendertagen ausgedrückt werden, 2003 waren in der Altenpflege Beschäftigte im Durchschnitt 21,3 Tage

krankgeschrieben, in Krankenhäusern waren die Beschäftigten im Mittel 19, 2 Tage krank. Im Vergleich dazu lagen die Fehlzeiten im Branchendurchschnitt bei 17,7 Kalendertagen. Grund dafür sei vor allem die schlechte Arbeitsorganisation, eine Lösung zu deren Verbesserung sei vor allem in einem professionellen Gesundheitsmanagement zu sehen.

(vgl. WIdO_Pressemitteilung – Fehlzeitenreport – 2004)

Krankenstand in Altenpflegeeinrichtungen und Krankenhäusern nach Altersgruppen, AOK-Mitglieder (Frauen), 2003



Quelle: WIdO, Fehlzeiten-Report 2004

.Abb.22: Die Abbildung zeigt dass ältere Mitarbeiter (hier Frauen) besonders häufig von Krankheit betroffen sind

Wie bereits oben schon erwähnt herrschen in KMU ganz unterschiedliche Strukturen, je nach dem welche Branche man betrachtet. Im folgenden werden die für die Altenpflege typischen Belastungen aufgeführt.

5.2.1 Typische Belastungen in der Altenpflege

In der Altenpflege wirken vielfältige Belastungen auf den Mitarbeiter ein die im folgenden aufgezählt werden, als Quelle diente das Buch „Gesundheit richtig managen“ von Thomas Behr. Die Pflege eines alten Menschen beginnt meist zu einem Zeitpunkt, an dem die Angehörigen nicht mehr dazu in der Lage sind. Körperliche und geistige Abbauprozesse sind meist schon weit fortgeschritten und am Ende der Betreuung steht immer der Tod des zu pflegenden Menschen. Dies kann problematisch werden wenn sich im Laufe der Zeit eine positive Beziehung zwischen dem Pfleger und dem zu Betreuenden entwickelt hat.

Weiterhin kann das Sterben an sich zum belastenden Faktor werden. Der eine stirbt schnell und friedlich, während der andere einen langen und qualvollen Prozess durchlebt. Das Sterben kann sich lange Zeit ankündigen oder ganz plötzlich kommen.

Der Sterbeprozess bringt für die Betroffenen oft das aufbrechen alter unverarbeiteter Themen mit sich, die dann individuell verarbeitet werden müssen.

Diese Konfrontation kann sich laut Behr für das Pflegepersonal belastend auswirken. Erfahrene Mitarbeiter sind allerdings fähig das Sterben als ganz natürlichen Bestandteil der Arbeit betrachten zu könne. Als wichtig für die Bewältigung des Themas wird die Kommunikation innerhalb des Teams betrachtet, dies kann gegebenenfalls auch durch die Einbeziehung von Seelsorgern geschehen.

Behr weist auf eine veränderte Situation innerhalb der Altenpflege hin. In den letzten Jahren gibt es die Tendenz dass immer weniger rüstige Ältere in ein Pflegeheim kommen. Die Mehrheit der zu Betreuenden wird von sehr alten, pflegebedürftigen und dementen Menschen gebildet.

Eine Pflegekraft ist dadurch täglich mit den Abbauprozessen auf körperlicher und geistiger Ebene konfrontiert. Ausschlaggebend für die Belastung ist dabei nicht nur die eigene Fähigkeit zur Bewältigung, sondern auch und vor allem der Umgang der Betroffenen mit der eigenen Situation.

Krank machend sind laut Behr vor allem die Häufung der täglichen Erfahrung und die fehlende Möglichkeit des Austausches.

Seit der zweiten Stufe der Pflegeversicherung nach SGB 11 legt die jeweilige Pflegestufe des Patienten einen Zeitwert fest, der ihm dann für die Betreuung

zusteht. Aus diesem Zeitrichtwert entsteht auch in Anbetracht der steigenden Pflegebedürftigkeit und Demenz der alten Menschen ein erheblicher Zeitdruck für die Pfleger.

Die Bewohner eines Altenpflegeheims müssen 7 Tage in der Woche und 365 Tage im Jahr betreut werden. Deshalb findet die Arbeit im Schichtbetrieb statt. Aus der Vollzeitpflege ergeben sich Früh -, Spät – und Nachtschicht, darüber hinaus haben Vollzeitkräfte zweimal im Monat Wochenenddienst.

Schichtarbeit stellt eine Belastung für den Organismus dar, zusätzliche Wochenenddienste lassen keine Möglichkeit zur Regeneration. Außerdem stellt unregelmäßiges Arbeiten, insbesondere auch am Wochenende eine Belastung der sozialen Beziehungen der Mitarbeiter dar.

Eine körperliche Belastung der Pflegekräfte entsteht bei der Grundpflege im Bett, beim Lagern von Bettlägerigen, bei Transfers, beim Baden von Bewohnern etc. Laut Behr treten trotz der Anwendung richtiger Hebe - und Tragetechniken häufig Schädigungen im Bereich des oberen und unteren Rückens auf. Dies geschähe nicht zuletzt durch die hohe Dichte der körperlichen Beanspruchungen. Meiner Meinung nach wird diese Situation durch eine Personalpolitik die immer weniger Pflegekräfte beschäftigen will nicht gerade verbessert.

(vgl. Thomas Behr – Gesundheit richtig managen)

5.2.2 Lösungsansätze

Wie bereits erwähnt treten die meisten Erkrankungen im Bereich der Psyche und des Muskel – und Skelettsystems auf. Wahrscheinlich sind die Ursachen dafür sehr komplex, die oben genannten Belastungen können aber dennoch zu konkreten Lösungsansätzen führen.

Wie bereits erwähnt können psychische Belastungen durch Kommunikation, also durch den Austausch mit Arbeitskollegen verringert werden. Dazu ist aber ein gutes Verhältnis innerhalb des Teams notwendig. Sollte dies nicht vorhanden sein sollte man nach den Gründen forschen. Möglicherweise könnten Gesprächskreise das Verhältnis zwischen den Kollegen verbessern. Für besonders schwierige Fälle oder bei Hemmungen den Kollegen gegenüber könnte ein Seelsorger Abhilfe schaffen.

Körperliche Beschwerden treten vor allem in Form von Rückenschmerzen auf, die durch tägliches Heben und Tragen bei der Pflege der Patienten entstehen. Lösungen können Kurse sein die richtiges Heben und Tragen vermitteln, dabei können auch erfahrene Mitarbeiter ihren Beitrag leisten. Weiterhin kann versucht werden Hebe – und Tragehilfen wie Lifter, Rutschbrett, Drehscheibe oder Aufziehhilfe (Strickleiter) in den täglichen Berufsalltag zu integrieren. Eine weitere Idee wäre, dass sich die Pfleger bei besonders belastenden Arbeiten gegenseitig unterstützen oder dass man sich abwechselt um die Belastungsdichte zu verringern. Die Lösung bestünde hier also darin innerhalb des Teams mehr zusammenzuarbeiten.

Im Fehlzeitenreport 2004 kommt man zu dem Schluss dass viele Belastungen nicht aus Pflegeaufgaben resultieren würden sondern auf eine fehlende Arbeitsorganisation zurückzuführen ist (vgl. WIdO_Pressemitteilung – Fehlzeitenreport – 2004). Beispielsweise würde der Zeitdruck durch fachfremde Tätigkeiten wie Dokumentationsaufgaben, Patiententransporte, Essensausgabe, Warenbestellung und Verwaltung entstehen. Laut Badura könnten Dokumentationsassistenten eine Lösung darstellen, vor allem aber sollten Organisationsstrukturen und Abläufe neu überarbeitet werden.

6 Fazit

„Exzellente Produkte erfordern exzellente Leistungen, und diese können langfristig nur mit gesunden – und damit leistungsfähigen und bereiten Mitarbeitern erzielt werden“ (Daimler Chrysler AG, 2005, Dokumentation, International Forum, Arbeit und Gesundheit)

Das Vermögen eines Unternehmens ist das, was seine Mitarbeiter auch in Klein- und Mittelunternehmen zu leisten vermögen. Dieses Vermögen ist eben mehr als Maschinen und Finanzen, es umfasst auch die Menschen. Gesundheitsförderung findet zwar wie auch in dieser Arbeit beschrieben wurde statt, es mangelt dabei aber noch an Effizienz und Anerkennung.

„Es ist nicht einfach, die richtigen Dinge zu tun und die Dinge richtig zu tun. Auch spielen neue Aspekte eine Rolle. Leistung ist heute zu tage mehr als der Quotient aus Arbeit und Zeit. Worte wie „Leistungs- und Anforderungsgerechtigkeit“ sind wichtiger geworden, immer auch in Bezug auf die Mitarbeitergesundheit. Früher galt „Je besser die wirtschaftliche Lage, desto gesünder die Leute.“ Heute ist Gesundheit Voraussetzung für wirtschaftlichen Erfolg und eben auch in Klein- und Mittelbetrieben. Es hat ein Paradigmenwechsel stattgefunden. Neue Belastungen für die Mitarbeiter kommen von einer Entgrenzung, die sich in einer Zunahme der Handlungsspielräume und Selbstorganisation äußert: Arbeitsort- und zeit verlangen mehr Flexibilität, die Globalisierung macht es schwieriger Märkte zu beherrschen. Außerdem steigen die Unternehmensansprüche an die Mitarbeiter. Kennzahlen wie Krankenfehltag und geleistete Arbeitsstunden werden künftig noch mehr Einfluss auf Unternehmenserfolg haben und gerade eben auch auf den Erfolg von Klein- und Mittelbetrieben (Daimler Chrysler AG, 2005, Dokumentation, International Forum, Arbeit und Gesundheit).

Literatur

AOK – Bundesverband (2006). Broschüren: Produktionsfaktor Gesundheit, Der Handel, Automobil – und Zulieferindustrie und KFZ – Handel, Öffentliche Verwaltungen, Krankenhäuser und Pflegeeinrichtungen, Verkehrs – und Transportwesen. Bonn.

Badura, B.; Ritter, W. & Scherf, W. (1999). Betriebliches Gesundheitsmanagement. Ein Leitfaden für die Praxis. Berlin: edition sigma.

Bamberg, E., Ducki, A., Metz, A.-M. (Hrsg.) (1998). Handbuch betriebliche Gesundheitsförderung. Göttingen. Verlag für angewandte Psychologie.

Behr T. (2005). Gesundheit richtig managen. Economica, Verlagsgruppe Hüthig Jehle Rehm GmbH. Heidelberg München Landsberg Berlin.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2001), Gesunde Mitarbeiterinnen in gesunden Unternehmen: Das Europäische Netzwerk Betriebliche Gesundheitsförderung. Hattingen.

Bundeszentrale für politische Bildung (2006). Zugriff im April 2006 unter: www.bpb.de.

Büssing, A. ; Glaser, J.; Höge, T. (2004). Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung. In Meifert, M.; Kesting, M. (2004) : Gesundheitsmanagement im Unternehmen. Springer Verlag. Berlin Heidelberg

Daimler Chrysler AG, 2005, Foliensammlung International Forum, Arbeit und Gesundheit, 29.-30. September, Stuttgart, unveröffentlichtes Skript

Daimler Chrysler AG, Gesundheitsbereich 2003. Daimler Chrysler AG Deutschland mit Beiträgen der Chrysler Group und MBUSI. Nicht veröffentlichtes Skript.

Daimler Chrysler AG, 2005, Dokumentation, International Forum, Arbeit und Gesundheit, 29.-30. September, Stuttgart, unveröffentlichtes Skript

DAK - Pressestelle (2006). Zugriff im April 2006 unter: www.presse.dak.de.

Deutsche Angestelltenkrankenkasse (2002). Gesundheitsreport 2002. Hamburg, DAK.

Enz, K. (2004). Fallstudie zum Gesundheitsmanagement aus dem Bankgewerbe – Die Commerzbank AG. In: Gesundheitsmanagement im Unternehmen (2004). Meifert, M & Kesting, M.. Springer Verlag. Berlin Heidelberg.

Hoff, A. (2004). Wie betriebliche Arbeitszeitgestaltung zum betrieblichen Gesundheitsmanagement beitragen kann. In Meifert, M.; Kesting, M. (2004) : Gesundheitsmanagement im Unternehmen. Springer Verlag. Berlin Heidelberg

IFM – Bonn (2006). Zugriff im April 2006 unter: www.ifm-bonn.org.

Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität Zürich. Zugriff am 20.04.06 unter: <https://www.zurich.com/NR/rdonlyres/F1965E5D-77FB-4057-B38B-B8BFDA69D2D4/0/20060123BGFhatZukunft.pdf>

Klotter, C. (1999). Historische und aktuelle Entwicklungen der Prävention und Gesundheitsförderung – Warum Verhaltensprävention nicht ausreicht. In R. Oesterreich & W.

KMU Vital (2006). Zugriff am 19.04.2006 unter: http://www.kmu-vital.ch/doc-d/Ergonomie/Aspekte_der_Ergonomie_KMU-vital.pdf

Matschke, B. (2000). Gesundheitsmanagement- ein integriertes Programm der betrieblichen Gesundheitsförderung von Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz. In: Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie, Bundesministerium für Wirtschaft und Technologie, Bundesministerium für Gesundheit, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (Hrsg.): Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 12-26, Wirtschaftsverlag NW. Bremerhaven.

Meggeneder O.; Pelster K. ; Sochert R. (2005). Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen. Verlag Hans Huber. Bern.

Meifert, M.; Kesting, M. (2004). Strategien zur Implementierung des Gesundheitsmanagements im Unternehmen. In: Gesundheitsmanagement im Unternehmen. Springer Verlag. Berlin Heidelberg

Netzwerk BGF. Zugriff am 19.04.06 unter: http://www.netzwerk-bgf.at/artikel.php?id_artikel=25

RaibaKWT (2002). Leitbild der Raiffeisenbank Kleinwalsertal AG. Broschüre der Raiffeisenbank Kleinwalsertal AG.

Swarovski (2002). Gesundheitstag 2002. Unveröffentlichte Informationsbroschüre zum Gesundheitstag 2002.

Thiehoff, R. (1998). Betriebswirtschaftliche Evaluation. In e.Bamberg, A.Ducki & A.-M. Metz (Hrsg). Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung (s.211-222). Göttingen.

Volpert (Hrsg). Psychologie gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen. Konzepte, Ergebnisse und Werkzeuge der Arbeitsgestaltung m(s.23-69). Bern.

WIdO – Wissenschaftliches Institut der AOK (2006). WIdO_Pressemitteilung – Fehlzeitenreport – 2004.