



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Hochschule Neubrandenburg
Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management
Studiengang Gesundheitswissenschaften

**EVALUATION IN DER BETRIEBLICHEN
GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN KLEIN- UND
MITTELSTÄNDISCHEN UNTERNEHMEN
„ B ä c k e r e i “**

B a c h e l o r a r b e i t

zur

Erlangung des akademischen Grades

Bachelor of Science (B.Sc.)

Vorgelegt von: Sylvia Bahrke

Betreuer: Prof. Dr. Gabriele Claßen

Zweitkorrektor: Prof. Dr. Willi Neumann

Tag der Einreichung: 25.07.2008

urn:nbn:de:gbv:519-thesis2008-0178-4

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
Abbildungsverzeichnis	3
Abkürzungsverzeichnis	4
1 Einleitung	5
2 Theoretischer Hintergrund – Betriebliche Gesundheitsförderung	5
2.1 Zielsetzung	6
2.2 Historischer Hintergrund	6
2.3 Gesetzliche Grundlagen	11
2.4 Besonderheiten von Klein- und Mittelständischen Unternehmen	15
3 Evaluation - Instrumente	17
3.1 Interview	17
3.1.1 Formen des Interviews	18
3.1.2 Aufbau eines Interviews	19
3.2 Befragung	20
3.2.1 Mitarbeiterbefragungen	20
3.2.2 Mündliche Befragung	21
3.2.3 Schriftliche Befragung	21
4 Betriebliche Gesundheitsförderung in dem Betrieb „Bäckerei“	22
4.1 Analysephase	22
4.1.1 Betriebliche Rahmendaten	22
4.1.2 Interventionsvorschläge aus der Analysephase	22
4.2 Darstellung der Ergebnisse aus der Evaluationsphase	23
4.2.1 Interview mit dem Geschäftsführer	23
4.2.2 Auswertung der Fragebögen	24
4.2.3 Zusammenfassung	46
5 Fazit	48
Literaturverzeichnis	49
Anhang	51
Eidesstattliche Erklärung	64

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 4-1: Rücklaufquote.....	25
Abbildung 4-2: Umgang mit Gesundheit und Krankheit.....	26
Abbildung 4-3: Umgang mit Gesundheit und Krankheit.....	26
Abbildung 4-4: Umgang mit Gesundheit und Krankheit.....	27
Abbildung 4-5: Betriebsklima	28
Abbildung 4-6: Betriebsklima	29
Abbildung 4-7: Betriebsklima	30
Abbildung 4-8: Betriebsklima	31
Abbildung 4-9: Betriebsklima	32
Abbildung 4-10: Betriebsklima	33
Abbildung 4-11: Betriebsklima	34
Abbildung 4-12: Gesundheitliche Beschwerden	35
Abbildung 4-13: Gesundheitliche Beschwerden	35
Abbildung 4-14: Gesundheitliche Beschwerden	36
Abbildung 4-15: Gesundheitliche Beschwerden	37
Abbildung 4-16: Rückenschule	38
Abbildung 4-17: Rückenschule	38
Abbildung 4-18: Rückenschule	39
Abbildung 4-19: Rückenschule	40
Abbildung 4-20: Rückenschule	41
Abbildung 4-21: Entspannungstraining.....	42
Abbildung 4-22: Entspannungstraining.....	43
Abbildung 4-23: Entspannungstraining.....	44
Abbildung 4-24: Entspannungstraining.....	45
Abbildung 4-25: Entspannungstraining.....	45

Abkürzungsverzeichnis

Abs.	-	Absatz
IKK	-	Innungskrankenkasse
MA	-	Mitarbeiter
S.	-	Seite
SGB	-	Sozialgesetzbuch
Vgl.	-	vergleiche
WHO	-	World Health Organization

1 Einleitung

Da Arbeitnehmer einen großen Teil ihrer Lebenszeit an ihrem Arbeitsplatz verbringen, ist ein solcher, der die Gesundheit fördert und der Entstehung von Krankheiten vorbeugt oder deren Verschlechterung entgegenwirkt, besonders wichtig.

Aus diesem Grund hat es sich die Betriebliche Gesundheitsförderung zum Ziel gemacht, die Belastungen der Mitarbeiter am Arbeitsplatz zu senken und durch die Vorbeugung von Krankheiten die Gesundheit der Erwerbstätigen zu stärken sowie deren Wohlbefinden zu fördern.

Nachdem Ende 2003/Anfang 2004 sowohl die Analyse- als auch die Umsetzungsphasen stattgefunden haben, war es nun an der Zeit, die Evaluationsphase durchzuführen. Das Ziel besteht darin, den Erfolg der Betrieblichen Gesundheitsförderung nachhaltig zu ermöglichen. Aus diesem Grund ist es wichtig, die Maßnahmen der Umsetzungsphase zu bewerten und auf deren Wirksamkeit zu überprüfen.

Mit diesem Bericht möchte ich einerseits einen theoretischen Einblick in die Betriebliche Gesundheitsförderung geben. Andererseits werde ich die Ergebnisse der Evaluation der „Bäckerei“ vorstellen und aufzeigen, inwieweit sich die umgesetzten Maßnahmen auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Mitarbeiter ausgewirkt haben.

2 Theoretischer Hintergrund – Betriebliche Gesundheitsförderung

Laut der Luxemburger Deklaration in der Europäischen Union (November 1997) umfasst die Betriebliche Gesundheitsförderung „alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz.“ Dies kann durch eine Verknüpfung der Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen, der Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung und der Stärkung persönlicher Kompetenzen erreicht werden.

Warum die Betriebliche Gesundheitsförderung für Fachleute, Geschäftsführer und Interessenvertreter in Unternehmen und Gesundheitsinstitutionen bedeutungsvoll ist, wird im Folgenden dargestellt.

2.1 Zielsetzung

In den Ausführungen von Kerkau (1997, S. 59f) wird dargestellt, dass sich aufgrund des Wandels der Grundannahmen von Gesundheit und Krankheit auch die Zielsetzung der Gesundheitsförderung gegenüber traditionellen Präventionsansätzen grundlegend verändert hat. Das Hauptaugenmerk ist nicht mehr allein auf Krankheiten und deren Vorbeugung gerichtet. Vielmehr ist es so, dass die Gesundheit im Mittelpunkt des Konzepts steht. Sie geht über die Abwesenheit von Krankheit hinaus und umfasst neben dem physischen Bereich auch psychische und soziale Aspekte und wird somit als eine eigenständige Kategorie verstanden. Infolgedessen besteht das Ziel der Gesundheitsförderung darin, den Menschen die Möglichkeit zu schaffen, Widerstandsressourcen zu entwickeln, um ihre Gesundheit zu erhalten und zu fördern. Auf diese Weise sollen die Menschen mehr Einflussmöglichkeiten zur Selbstbestimmung ihrer Gesundheit erhalten. Weiterhin geht Kerkau darauf ein, dass sich zwei konkrete Ansatzebenen für die Gesundheitsförderung auf der Grundlage eines sozial-ökologischen Verständnisses von Gesundheit und Krankheit ergeben. Zum einen zielt die Betriebliche Gesundheitsförderung auf die Entwicklung gesundheitsfördernder Lebensweisen und zum anderen auf die Gestaltung gesundheitsfördernder Lebensbedingungen, welche in einem engen Zusammenhang stehen und sich gegenseitig ergänzen, ab. Als Voraussetzung für eine gesundheitsfördernde Lebensweise gelten die Lebensbedingungen, da sie „den Menschen die Wahl der gesünderen Alternative erst ermöglichen oder weiter erleichtern“.

2.2 Historischer Hintergrund

Seit den 70er und 80er Jahren hat sich in der Gesundheitspolitik ein grundlegender Wandel ereignet, da aufgrund der wachsenden Probleme die bestehenden Gesundheitsversorgungssysteme der Industrieländer zunehmend kritisiert wurden. Somit ist aus der geführten Diskussion über eine Reform der Gesundheitssysteme in den Industrieländern das Konzept der Gesundheitsförderung entstanden. Der Entstehungsprozess, in dem die Idee und die wesentlichen Inhalte des Konzepts herausgestellt wurden, kann mit Hilfe verschiedener internationaler Dokumente nachvollzogen werden. Dabei können drei Entwicklungsschritte unterschieden werden, die im Folgenden kurz dargestellt werden.

1. Ursprung und Grundlagen der Gesundheitsförderung

Das Konzept der „Primary Health Care“, das 1978 auf der Alma-Ata-Konferenz verabschiedet wurde, gilt als erster wesentlicher Ansatzpunkt der Gesundheitsförderung. Hierbei werden wesentliche Anforderungen an eine Grundbetreuung formuliert und somit eine Verschiebung der gesundheitspolitischen Schwerpunkte in den präventiven Bereich gefordert. Die „Primary Health Care“ weist folgende Grundelemente auf (vgl. Kerkau, 1997, S. 45ff):

- „die Sicherstellung notwendiger Gesundheitsbetreuung und –pflege
- umfassende Sicherung von Ressourcen in den medizinischen und außermedizinischen Rahmenbedingungen
- breit gefächerte Gesundheitserziehung
- eine intersektorale und ressortübergreifende Ausrichtung aller beteiligten Dienste und Einrichtungen
- bedürfnisorientierte, alltagsnahe Angebote der Gesundheitspflege und –sicherung
- partizipativer Einbezug der Adressaten, Klienten und Patienten gesundheitsbezogener Dienstleistungen.“ (Kerkau, 1997, S. 46)

Somit wird die Deklaration von Alma-Ata als ein erster wichtiger Schritt zur Gesundheitsförderung angesehen, insbesondere da „eine erste vorsichtige Lösung vom medizinischen Erklärungs- und Behandlungsmonopol in der Prävention angedeutet wird“. Dementsprechend soll die Verantwortung für die Gesundheit nicht mehr allein bei dem medizinischen Versorgungssystem und den Ärzten liegen, sondern auch die Gemeinde als Lebensraum soll einen Teil dieser Funktion übernehmen. Allerdings beruht das Konzept weiterhin auf den Vorstellungen der Biomedizin, d.h. die Behandlung und Vorbeugung von Krankheiten stehen im Vordergrund und physiologische Aspekte überwiegen. Durch diese ausschließlich biomedizinische Ausrichtung wurden die Ursachen chronischer Krankheiten nicht komplett erfasst und somit wurde das Ziel, die Bekämpfung dieser Krankheiten, nicht erreicht.

Durch das europäische Regionalbüro der WHO in Kopenhagen erfolgte zu Beginn der 80er Jahre ein zweiter Anstoß zur Gesundheitsförderung, wo wichtige Vorarbeiten für die Gesundheitsförderung geleistet wurden. Das

Dokument „Regionalprogramm Gesundheit für alle in Europa bis zum Jahr 2000“, das sich weiter vom biomedizinischen Verständnis gelöst hat, spiegelte diese Entwicklung wider. Dieses Programm enthält bereits wesentliche Elemente des Gesundheitsförderungskonzepts und besteht aus 38 Einzelzielen, welche die Idee für eine neue Gesundheitspolitik in praxisnahen Teilzielen verdeutlichen und damit den Verpflichtungen zur Prävention aus dem „Primary Health Care“ Konzept einen konzeptionellen Unterbau geben sollen. (vgl. Kerkau, 1997, S. 46f)

2. Ottawa – Charta zur Gesundheitsförderung

Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung wurde am 21. November 1986 im kanadischen Ottawa zum Abschluss der Ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung von der WHO verabschiedet. Sie fasst die bisherige Entwicklung zur Gesundheitsförderung zusammen. Da erstmals neben dem biomedizinischen Vorgehen eine neue, eigenständige Betrachtungsweise zum Umgang mit Gesundheit und Krankheit entsteht, werden die Ergebnisse als Wendepunkt in der Gesundheitspolitik angesehen. Die Ottawa-Charta bildet heute das zentrale Leitdokument der Gesundheitsförderung und hat eine große Verbreitung und Akzeptanz gefunden. Wie bereits erwähnt, bildet die Definition von Gesundheitsförderung einen bedeutenden Bestandteil der Ottawa-Charta, wobei die wesentlichen Bestimmungsmerkmale des Konzepts in der Betonung der Bedeutung individueller und sozialer Ressourcen für die Gesundheit liegen. Folglich wird den Verhältnissen, in denen die Menschen leben, eine wesentliche Bedeutung beigemessen. Aus diesem Gesundheitsförderungsverständnis leiten sich vier grundlegende Handlungsprinzipien ab:

- **Voraussetzungen für Gesundheit:** Grundlegende Bedingungen, die als wichtig erachtet werden, um den Gesundheitszustand der Menschen zu verbessern, sind zum Beispiel Frieden, angemessene Wohnbedingungen und ein stabiles Ökosystem.
- **Interessen vertreten:** Durch die Verhältnisse, in denen die Menschen leben (beispielsweise politische und ökonomische Bedingungen), wird der Gesundheitszustand bestimmt.
- **Befähigen und ermöglichen:** Eine eigenständige Einflussnahme der Menschen auf die Faktoren, die ihre Gesundheit bestimmen, wird ebenfalls als wesentlich angesehen. Einen wesentlichen Bestandteil stellt die Vermittlung eigener Handlungskompetenz der

Menschen in Bezug auf ihre Gesundheit dar, wodurch die Möglichkeit zur eigenständigen Entscheidung, bezogen auf ihre Gesundheit, gegeben wird.

- **Vermitteln und vernetzen:** Aufgrund der Tatsache, dass der Gesundheitssektor dieser Aufgabe allein nicht gewachsen ist, verlangt die Gesundheitsförderung ein koordiniertes Zusammenwirken aller gesellschaftlichen Bereiche. Die Vermittlung zwischen den verschiedenen Gruppen und ihrer Vernetzung stellt somit ein wichtiges Ziel dar.

An den konkreten Maßnahmen zur Gesundheitsförderung sollen die folgenden fünf Handlungsbereiche ansetzen (vgl. Kerkau, 1997, S. 47ff):

- „Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik
- gesundheitsförderliche Lebenswelten schaffen
- gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen
- persönliche Kompetenz entwickeln
- die Gesundheitsdienste neu orientieren.“ (Kerkau, 1997, S. 49)

Laut Kerkau (1997, S. 49) ist die Ottawa-Charta kein eindeutiges in sich widerspruchsfreies Handlungsmodell, da die Inhalte vielmehr als ein normatives, politisches Konzept zu verstehen sind, welches zu Veränderungen auffordert und die Grundideen der Gesundheitsförderung formuliert.

3. Weiterentwicklung und Konkretisierung

In den folgenden Jahren wurden die verschiedenen Handlungsfelder der Gesundheitsförderung konkretisiert und weiterentwickelt. Die zweite internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung fand bereits im April 1988 in Adelaide statt, in der es um die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik ging. Das Hauptaugenmerk bestand darin, dass die Gesundheitsförderung als eine soziale Aufgabe verstanden werden soll und sich wieder zu einem Bestandteil der Politik und der administrativen Verantwortung entwickelt. Dabei soll die Gesundheit zu einem Entscheidungskriterium in den verschiedenen Politikfeldern gemacht werden. Des Weiteren sollen gesundheitsfördernde Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen durch die Einbeziehung der Gesundheit

in die Entscheidungen der verschiedenen gesellschaftlichen Bereiche entstehen. Ein zentrales Merkmal des Konzepts bildet die Bedeutung gesundheitsförderlicher Verhältnisse, die neben dem individuellen Verhalten betont werden.

In Sundsvall setzte sich die dritte internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung 1991 mit dem zweiten Handlungsfeld, der Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, auseinander. Gesundheitsförderliche Lebenswelten „beinhalten die Rahmenbedingungen, die den Zugang zu Ressourcen des Lebens und zu Möglichkeiten der Stärkung persönlicher Kompetenzen bestimmen“. Zahlreiche Beispiele zur Entstehung gesundheitsförderlicher Lebenswelten wurden auf dieser Konferenz aufgezeigt und auf dessen Grundlage vier Schlüsselstrategien zur Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten auf lokaler Ebene entwickelt, die im Folgenden dargestellt sind (vgl. Kerkau, 1997, S. 49f):

- „Interessenvertretung für Gesundheit durch gemeinschaftliches lokales Handeln stärken, insbesondere durch von Frauen organisierte Gruppen.
- Gruppen und einzelne Menschen durch Bildungsmaßnahmen und Stärkung ihrer Kompetenz befähigen, Kontrolle über ihre Gesundheit und Umwelt ausüben zu können.
- Bedürfnisse für Gesundheit und gesundheitsförderliche Lebenswelten schließen, um das Zusammenwirken gesundheits- und umweltorientierter Kampagnen und Strategien zu verbessern.
- Vermittlung zwischen gegensätzlichen Interessen in der Gesellschaft zur Sicherung der gerechten Teilhabe an gesundheitsförderlichen Lebenswelten.“ (Kerkau, 1997, S. 50)

Auch im deutschsprachigen Raum hat die auf internationaler Ebene entstandene Diskussion zu einer Neuorientierung geführt, aus der verschiedene Ansätze zur Gesundheitsförderung entstanden sind. Das 1989 in Deutschland in Kraft getretene Gesundheitsreformgesetz, in welchem der Begriff Gesundheitsförderung gesetzlich verankert wurde, veranschaulicht die Bedeutung des Themas. Den Krankenkassen wird im SGB V §20 der gesetzliche Handlungsauftrag erteilt (vgl. Kerkau, 1997, S. 51):

-
- „über Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung aufzuklären und zu beraten (§ 20 Abs.1, Abs. 2 Satz 1)
 - allgemeine Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und zur Krankheitsverhütung durchzuführen (§ 20 Abs. 4)
 - mit Einzelleistungen zur Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung für die Versicherten, zur Förderung der Gesundheit und der Vorbeugung von Krankheit beizutragen (§ 20 Abs. 3 und 3a)“ (Kerkau, 1997, S. 51)

1993 erarbeitete die schweizerische Stiftung für Gesundheitsförderung eine landesweite Strategie für die Gesundheitsförderung. Dabei wurden Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz, Jugendliche als Zielpublikum der Gesundheitsförderung und Gesundheitsförderung für Krebserkrankungen in einem ersten fünfjährigen Planungszeitraum festgelegt. (vgl. Kerkau, 1997, S. 51)

2.3 Gesetzliche Grundlagen

1996 erfolgte die Gründung des Europäischen Netzwerkes zur Betrieblichen Gesundheitsförderung (ENWHP). Zu den Mitgliedern gehören Institutionen des Arbeitsschutzes und des öffentlichen Gesundheitswesens aus allen EU-Mitgliedsstaaten, den Staaten des Europäischen Wirtschaftsraumes sowie aus den osteuropäischen Kandidatenländern. Das Ziel des Netzwerkes besteht darin, die Betriebliche Gesundheitsförderung als ganzheitlichen Ansatz europaweit bekannt zu machen. Aus den ständigen Erfahrungsaustauschen und der Zusammenarbeit zwischen den Ländern werden Leitlinien für eine effektive Betriebliche Gesundheitsförderung entwickelt. Bisher ist es dem Netzwerk gelungen, zum ersten Mal eine kooperative, europaweite Einsicht von Betrieblicher Gesundheitsförderung zu entwickeln, das in der Luxemburger Deklaration festgehalten ist. Folglich hat das Netzwerk Qualitätskriterien definiert und vorbildliche europäische Praxisbeispiele dokumentiert. Außerdem hat es sich um die Ausarbeitung gemeinsamer politischer Empfehlungen für die Gestaltung von Betrieblicher Gesundheitsförderung gekümmert und anschließend veröffentlicht sowie verbreitet. Somit trieb es den Aufbau von Infrastrukturen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in einzelnen Ländern Europas voran. Des Weiteren betrachtet das Europäische Netzwerk die Sicherstellung des Engagements der Mitgliedstaaten für die Einleitung entsprechender

politischer Schritte sowie die Berücksichtigung besonderer Anforderungen in der Zusammenarbeit mit Klein- und Mittelständischen Unternehmen als Prioritäten. Letztendlich ist es als das Forum für europaweiten Austausch über Betriebliche Gesundheitsförderung etabliert worden.

Ausschlaggebend für das Netzwerk ist, dass es sich mit allen gesundheitsrelevanten Faktoren befasst, die sowohl am als auch durch den Arbeitsplatz beeinflusst werden können. (vgl. URL: www.bkk.de, Stand: 01.05.2008)

Während eines Treffens des Europäischen Netzwerkes kam es 1997 zur Entstehung der Luxemburger Deklaration, welche zum einen die Herausforderungen für die Arbeitswelt im 21. Jahrhundert thematisiert. Diesbezüglich befindet sich die Arbeitswelt in einer Phase tief greifenden Wandels. Wichtige Rahmenbedingungen sind unter anderem Globalisierung, Arbeitslosigkeit, älter werdende Belegschaften, Personalabbau (Downsizing) sowie Kundenorientierung und Qualitätsmanagement. Die Betriebliche Gesundheitsförderung spielt eine entscheidende Rolle, Mitarbeiter und Unternehmen auf den zukünftigen Unternehmenserfolg vorzubereiten, da dieser von gut qualifizierten, motivierten und gesunden Mitarbeitern abhängt.

Zum anderen thematisiert die Luxemburger Deklaration die Betriebliche Gesundheitsförderung als eine Investition in die Zukunft. Zur Verringerung von Arbeitsunfällen und Prävention von Berufskrankheiten hat der traditionelle Arbeitsschutz zur Verbesserung der Gesundheit am Arbeitsplatz beigetragen. Jedoch reichen seine Mittel nicht aus, um dem weiten Spektrum der genannten Probleme entgegen zu wirken. Das Ergebnis einer gesünderen Belegschaft mit höherer Motivation, besserer Arbeitsmoral und besserem Arbeitsklima ist die Förderung der Gesundheit am Arbeitsplatz durch die Unternehmen, die auf diese Weise die krankheitsbedingten Kosten senken und die Produktivität des Unternehmens steigern. Betriebliche Gesundheitsförderung als eine Investition in die Zukunft zielt darauf ab, Krankheiten am Arbeitsplatz vorzubeugen, Gesundheitspotentiale zu stärken und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu verbessern.

Weiterhin wird die Betriebliche Gesundheitsförderung als moderne Unternehmensstrategie für gesunde Mitarbeiter in gesunden Unternehmen begründet. Der Arbeitsplatz beeinflusst auf verschiedene Art und Weise Gesundheit und Krankheit. Diesbezüglich kann Arbeit krank machen, aber

auch die berufliche und persönliche Entwicklung fördern. Diejenigen Faktoren, welche die Gesundheit der Beschäftigten verbessern, will die Betriebliche Gesundheitsförderung dementsprechend beeinflussen. Dazu gehören (vgl. Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union, November 1997, S. 3):

- „Unternehmensgrundsätze und –leitlinien, die in den Beschäftigten einen wichtigen Erfolgsfaktor sehen und nicht nur einen Kostenfaktor
- eine Unternehmenskultur und entsprechende Führungsgrundsätze, in denen Mitarbeiterbeteiligung verankert ist, um so die Beschäftigten zur Übernahme von Verantwortung zu ermutigen
- eine Arbeitsorganisation, die den Beschäftigten ein ausgewogenes Verhältnis bietet zwischen Arbeitsanforderungen einerseits und andererseits eigenen Fähigkeiten, Einflußmöglichkeiten auf die eigene Arbeit und soziale Unterstützung
- eine Personalpolitik, die aktiv Gesundheitsförderungsziele verfolgt
- ein integrierter Arbeits- und Gesundheitsschutz.“ (Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union, November 1997, S. 3)

Das Ziel „gesunde Mitarbeiter in gesunden Unternehmen“ kann nur von Erfolg gekrönt sein, wenn alle Schlüsselpersonen dazu beitragen und sich an den Leitlinien der Partizipation, Integration, Projektmanagement und Ganzheitlichkeit orientieren.

Zum Thema Gesundheitsförderung wurden von einigen Krankenkassen, seit der Entwicklung und Verabschiedung der Ottawa-Charta, wegweisende Kongresse veranstaltet. (vgl. Kaba-Schönstein, 1999, S. 48)

Die gesetzlichen Krankenkassen haben sich schnell zu wichtigen Handlungsträgern in diesem Bereich entwickelt. Dadurch erhielt die Betriebliche Gesundheitsförderung in Deutschland ihre eigentliche Schubkraft.

1989 kam es mit der Einführung des § 20 im Sozialgesetzbuch zum Durchbruch. Dann erhielt die gesetzliche Krankenversicherung einen eigenen Handlungsauftrag auf dem Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Dementsprechend sollen die Krankenkassen Leistungen

zur primären Prävention erbringen und den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen. Dadurch soll es zu einer Zusammenarbeit bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren zwischen den Krankenkassen und den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung kommen. Jedoch verlief diese festgeschriebene Zusammenarbeit nur sporadisch und eher schleppend. Aufgrund einer teilweisen Abstoßung der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung gegenüber den Änderungen der Arbeitsschutzgesetzgebung, entwickelte sich die Betriebliche Gesundheitsförderung zwischen 1989 und 1997 weitgehend ohne Beteiligung der Unfallversicherung. Aber auch die Entwicklung der Betrieblichen Gesundheitsförderung der Krankenkassen verlief nicht ohne Komplikationen. Mit der im Jahr 1993 eingeführten freien Kassenwahl, dehnte sich der Wettbewerb um die Versicherten auf die Felder im Krankenversicherungswesen aus. Diese waren keinem Budget unterworfen, wozu auch die Prävention zählt. 1997 fiel die Prävention dem Beitragsentlastungsgesetz zum Opfer. Zwar konnten die Krankenversicherungen noch Analysen im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung anbieten, aber die Umsetzung von Maßnahmen war ihnen untersagt. Erst mit der Neufassung des GKV-Gesundheitsreformgesetzes am 01.01.2000 konnten die Krankenversicherungen wieder Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung umsetzen. Die Verpflichtung zur Kooperation von Unfallversicherungsträgern und Krankenkassen bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren blieb unverändert bestehen. (vgl. Pelster/Sochert, 2005, S. 20f) Laut § 20 Abs. 1 SGB V sollen die Leistungen der Primärprävention den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen leisten. Nach § 20 Abs. 2 SGB V können die Krankenkassen den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen. Die im § 20 Abs. 3 SGB V vorgesehene Budgetierung der Ausgaben für Primärprävention und Betriebliche Gesundheitsförderung verlangt effiziente Gesundheitsförderungsstrategien von den Krankenkassen. (vgl. SGB - Sozialgesetzbuch, 2004, S. 437)

Damit die Krankenkassen diesem Auftrag gerecht werden können, haben die Spitzenverbände der Krankenkassen ein Konzept zu gemeinsamen und einheitlichen Handlungsfeldern und Kriterien zur Umsetzung von § 20 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V entwickelt. Dieses enthält unter anderem eine Definition der Handlungsfelder wie auch der Qualitätskriterien.

Diesen Vorgaben haben sich die Krankenkassen verpflichtet und somit dürfen sie nur Projekte und Programme finanzieren, die sich an diesen Vorgaben orientieren. (vgl. Pelster/Sochert, 2005, S. 21)

2.4 Besonderheiten von Klein- und Mittelständischen Unternehmen

Das Europäische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung begründet mit dem Cardiff Memorandum eine neue Initiative zur Schaffung geeigneter Infrastrukturen für Betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelständischen Unternehmen, da Aktivitäten zur Betrieblichen Gesundheitsförderung bisher vor allem auf große Betriebe ausgerichtet sind. Jedoch arbeiten über 50% der Beschäftigten in Europa in Klein- und Mittelständischen Unternehmen (KMU). Gegenwärtig ist die Tendenz steigend. (vgl. URL: www.sozialnetz-hessen.de, Stand: 01.05.2008) Dabei zählen sich Unternehmen mit einer Mitarbeiterzahl von 10 bis 49 zu den Kleinunternehmen und 50 bis 249 zu den Mittelständischen Unternehmen. (vgl. European Network for SME Research, 2000)

Neben einer geringen Mitarbeiterzahl unterscheiden sich Klein- und Mittelständische Unternehmen in vielerlei Hinsicht von Großunternehmen.

1. Strukturen

Kleinere Organisationseinheiten führen zu stärkerer Bezogenheit und Abhängigkeit mit der Folge, dass die Mitarbeiter stärker aufeinander angewiesen sind, Abstimmungsprozesse ein höheres Gewicht haben und die soziale Verpflichtung untereinander stärker ausgeprägt ist. Eigene Handlungen bzw. deren Konsequenzen bekommen ein ungleich höheres Gewicht als dies in größeren Betriebseinheiten der Fall ist. Fehlzeiten in kleinen Betrieben können so schlechter kompensiert werden und unmittelbar auf die termingerechte Auftragsabfertigung durchschlagen. Durch zusätzliche Anstrengungen der Beschäftigten sollen die Drucksituationen in kleineren Unternehmen ausgeglichen werden.

2. Wahrnehmung und Vertretung der Beschäftigteninteressen

Institutionalisierte Interessenvertretungen wie Betriebsräte und Fachkräfte für Arbeitsschutz sind selten vertreten. Interessen und Ansprüche müssen von den Beschäftigten gegenüber der Betriebsleitung eingefordert und durchgesetzt werden. Daraus können soziale Spannungen sowie unangenehme Konsequenzen resultieren, die von den Beschäftigten

getragen bzw. abgefangen werden müssen. Eine institutionalisierte Interessenvertretung lehnt der Geschäftsführer ab, da sie dem fürsorglichen Selbstverständnis nicht entspricht.

3. Ertragslage

Da der Ertrag in Klein- und Mittelständischen Unternehmen Schwankungen der Wirtschaft unterworfen ist, werden Investitionen eher in konjunkturell starken Zeiten getätigt. In konjunkturell schwachen Zeiten hingegen genügen die Mittel oft nicht zur Sicherung des Betriebserhalts und deswegen werden langfristige Bindungen vermieden. Da Investitionen im Arbeits- und Gesundheitsschutz als nachrangig angesehen werden, werden sie oft auf konjunkturell starke Zeiten verschoben.

Für die Betriebsinhaber erscheinen die punktuellen Gesundheitsaktionen, die kalkulierbar und zeitlich befristet sind, attraktiver als erforderliche kontinuierliche Maßnahmen zur Gesundheitsförderung und Prävention. Diese erscheinen dem Unternehmer als ein unkalkulierbares Risiko.

4. Soziale Rolle

Mit einer abnehmenden Betriebsgröße steigt die Verbindung zwischen den unterschiedlichen Betriebsgliedern und dementsprechend kommt es zu einem vermehrten Auftreten von Überlappungen betrieblicher und außerbetrieblicher Lebensbereiche. In Klein- und Mittelständischen Unternehmen treten gemeinsame außerbetriebliche Aktivitäten häufiger auf und betriebliche Arbeitsmittel können teilweise auch privat genutzt werden. Durch die Kenntnis erweiterter Rollen aus anderen Lebenszusammenhängen kann sich der betriebliche Status verändern. Die außerbetrieblichen Erlebnisse verbessern auch die betriebliche Kommunikation und Kooperation zwischen den Arbeitnehmern. Des Weiteren sind Konfliktpotentiale und Reibungsflächen reichhaltiger und können zu Rollen- und Statuskonflikten führen.

5. Flexibilität und Formalisierung

Kleinere Unternehmen fördern Kreativität und Innovation. Sie können schneller auf veränderte Anforderungen reagieren und besitzen weniger Routinetätigkeiten und standardisierte Abläufe. Aufgaben, Anweisungen, Verfahren und Regeln sind nur teilweise festgehalten. In Klein- und Mittelständischen Unternehmen treten immer wieder neue Anforderungen,

für die es keine Routine gibt, auf. Diese verlangen vom Betrieb ein höheres Maß an verantwortungsvollem Denken und Handeln.

6. Die Rolle des Betriebsinhabers

Da sich Klein- und Mittelbetriebe intensiver auf die einzelnen Personen und die Prägung durch den Geschäftsführer zentrieren, werden die Mitarbeiter oft mit widerstreitenden Ansprüchen konfrontiert. So kann zum Beispiel die Fürsorglichkeit neben der Verausgabung für das Unternehmen stehen. Dadurch kommt es zu einer Erschwerung eines gleichberechtigten Interessenaustausches zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer.

Diese Besonderheiten von Klein- und Mittelständischen Unternehmen werden bisher in der Praxis Betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention allerdings zu wenig berücksichtigt. (vgl. Gusy, 1998, S. 31ff)

3 Evaluation - Instrumente

Nach der Analyse- und Umsetzungsphase ist die Evaluation (auch Erfolgs- oder Wirksamkeitskontrolle genannt) die letzte Phase, die bei der Betrieblichen Gesundheitsförderung durchlaufen wird. Dort wird ermittelt, inwiefern die erarbeiteten Maßnahmen den gewünschten Erfolg erlangt haben. Dieses ist ein unentbehrliches Instrument, welches der längerfristigen Überprüfung der durchgeführten gesundheitsfördernden Maßnahmen dient. (vgl. Flyer Betriebliche Gesundheitsförderung der IKK-Nord und Hochschule Neubrandenburg)

Im Folgenden werde ich näher auf die Instrumente der Evaluation eingehen.

3.1 Interview

Ein Interview ist eine mündliche Befragung. Scheuch beschreibt das Interview als „ein planmäßiges Vorgehen mit wissenschaftlicher Zielsetzung, bei dem die Versuchsperson durch eine Reihe gezielter Fragen oder mitgeteilter Stimuli zu verbalen Informationen veranlaßt werden soll.“ (Scheuch, 1967, S. 70)

3.1.1 Formen des Interviews

Inzwischen gibt es eine ganze Reihe qualitativer Interviewtechniken. (vgl. Mayring, 2002, S. 66) Die Besonderheiten unterschiedlicher Interviewformen liegen zum Teil in der Person der Befragten, im Thema oder der Technik des Fragens. Daher eignen sie sich unterschiedlich gut, bestimmte Aspekte subjektiven Erlebens zu erfassen. (vgl. Bortz/Döring, 2006, S. 313f)

Fokussiertes Interview

Beim fokussierten Interview handelt es sich um eine Kombination aus Beobachtung und qualitativem Interview. Dabei haben die Interviewten vorab eine spezifisch ungestellte Situation erlebt, bei der sie vom Interviewer beobachtet wurden. Das Ziel dieses Interviews liegt in der Erfassung der subjektiven Erfahrung der befragten Personen in einer früher erlebten Situation, um die auf der Grundlage der Beobachtung formulierten Hypothesen anzunehmen oder zu verwerfen. Auf der Basis der Hypothesen wird dann ein Interviewleitfaden erstellt, dessen Aspekte im Gesprächsverlauf angesprochen werden. (vgl. Reinders, 2005, S. 109ff)

Narratives Interview

Das narrative Interview ist eine offene Gesprächsführung. Ziel ist es, den Befragten zu einer ausführlichen und eigenständigen Erzählung zu bewegen, die er spontan oder frei assoziativ entwickelt. Dementsprechend kommt diese Form des Interviews mit nur sehr wenigen Fragen von Seiten des Interviewers aus und der Befragte nimmt dadurch eine dominante Rolle während des Interviews ein. Beim Interview sollte nicht das Gefühl aufkommen, dass der Befragte als eine Auskunftsperson dient und deshalb ist es wichtig, dass der Interviewer Interesse an dem Erzählten des Interviewten zeigt.

Narrative Interviews werden somit als kaum strukturierte Verfahren angesehen, da nur begrenzt festgelegte Fragen vorgegeben sind. (vgl. Reinders, 2005, S. 104)

Problemzentriertes Interview

Bei dieser Form des Interviews handelt es sich um eine Kombination aus qualitativem Interview, Gruppendiskussion und Inhaltsanalyse. Das

problemzentrierte Interview ist einem Leitfadeninterview zuzuordnen. Der Leitfaden ist dabei das strukturierende Element der Befragung und besteht aus einer Kombination von offenen, erzählgenerierenden Fragen und strukturierendem Nachfragen. Deshalb kann diese Methode auch als teilstandardisierte Methode bezeichnet werden. Dadurch wird es dem Befragten erleichtert, dass er nicht durchgängig selbststrukturiert erzählen muss. Ausgangspunkt für die Durchführung ist die Orientierung an einer gesellschaftlich relevanten Problemstellung. Ein solches Problem wird zum Gegenstand der Forschung gemacht, wobei der Forschende vorab dessen Grundstruktur analysiert. Diesbezüglich eignet er sich Vorwissen durch Vorstudien oder Literaturrecherche an. Dies wird dann zur Generierung der Fragestellungen genutzt. Ein Vorteil dieser Methode besteht in dem klar abgegrenzten Themenbereich, wodurch die Befragten ihre Gedanken auf wenige Aspekte lenken können. (vgl. Reinders, 2005, S. 116ff)

3.1.2 Aufbau eines Interviews

Mit einer genauen Festlegung des zu erfragenden Themenbereiches und mit dessen Ausdifferenzierung, unter Berücksichtigung einschlägiger Literatur, beginnen die theoretischen Vorarbeiten zu einem Interview. Die Abfolge der einzelnen thematischen Teilbereiche wird von der Makroplanung festgelegt, bei der der Befragte weder über- noch unterfordert wird. Somit wird die Struktur des Interviews von der Makroplanung bestimmt. Die folgende Mikroplanung spezifiziert die Themeninhalte und präzisiert die Fragenformulierungen in Abhängigkeit von der angestrebten Standardisierung. Aus bereits bekannten Informationen lassen sich in dieser Phase häufig Antwortalternativen für Mehrfachwahlaufgaben konstruieren. Ein weiterer wichtiger Aspekt der Planung eines Interviews sind befragungstechnische Überlegungen, welche die Motivation bzw. die Aufmerksamkeit des Befragten betreffen. Besonders wichtig ist hierbei die Gestaltung der Intervieweröffnung, die beim Befragten die allgemeine Gesprächsbereitschaft und das Interesse am Interview anregen, sowie anfängliche Hemmungen abbauen soll. Eventuell erforderliche Themenwechsel werden, durch in den Gesprächsablauf eingebaute Übergangs- und Vorbereitungsfragen, erleichtert. Die gesamte Gesprächsführung kann durch „Filterfragen“, von deren Beantwortung es abhängt, welche weiteren Fragen zu stellen sind, gesteuert werden. (vgl. Bortz/Döring, 2006, S. 244)

3.2 Befragung

3.2.1 Mitarbeiterbefragungen

Die Mitarbeiterbefragung ist ein Verfahren, mit dem Informationen über Einstellungen, Wertungen, Erwartungen und Bedürfnisse der Mitarbeiter dem Unternehmen als Ganzem sowie seinen wesentlichen Teilbereichen gegenüber, zum Beispiel Arbeitsbedingungen oder Betriebsklima, systematisch erhoben werden. Die Weiterentwicklung der Unternehmensstrukturen, der Arbeitsabläufe im Unternehmen sowie der Unternehmenskultur, Verbesserung des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes oder die Kombination beider Möglichkeiten stellen die Ziele der Mitarbeiterbefragung dar. Die Mitarbeiterbefragung ermöglicht es, Informationen über die subjektive Wahrnehmung der Beschäftigten bezüglich ihres Befindens am Arbeitsplatz zu erhalten. Somit können „Zusammenhänge zwischen psychosozialen, psychomentalen sowie physikalischen und muskuloskelettalen Belastungsfaktoren“ und ihren gesundheitlichen Beeinträchtigungen bis hin zu Erkrankungen aufgezeigt werden. Dementsprechend dient sie als Diagnose- und Steuerungsinstrument zur Vorbereitung von Entscheidungen über Schwerpunkte, Zielgruppen oder Akzeptanz von Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Darüber hinaus ermöglicht die Mitarbeiterbefragung eine Erfolgskontrolle eingeleiteter Maßnahmen und Organisationsentwicklungsprozesse und gibt somit wertvolle Hinweise über die Effektivität bzw. für Korrekturen der gewählten Strategie. Es kann gesagt werden, dass die Mitarbeiterbefragung eine soziale Intervention darstellt, die zu einer intensiven und offeneren Kommunikation über Stärken und Schwächen des Unternehmens in der Belegschaft und damit auch zum Aufbau einer bestimmten Erwartungshaltung in Bezug auf Veränderungsprozesse führt. (vgl. Sochert, 1999, S. 505f)

Man unterscheidet hauptsächlich zwei Formen von Mitarbeiterbefragungen. Zum einen die mündliche und zum anderen die schriftliche Befragung. Der wesentliche Unterschied liegt in der Erhebungssituation. (vgl. Bortz/Döring, 2006, S. 236)

3.2.2 Mündliche Befragung

Bei der mündlichen Befragung können die Fragen und der Ablauf von „völlig offen“ bis „vollständig standardisiert“ variieren. Mündliche Befragungen können unterschieden werden:

- „nach dem Ausmaß der Standardisierung (strukturiert – halb strukturiert – unstrukturiert),
- nach dem Autoritätsanspruch des Interviewers (weich – neutral – hart),
- nach der Art des Kontaktes (direkt – telefonisch – schriftlich),
- nach der Anzahl der befragten Personen (Einzelinterview – Gruppeninterview – Survey),
- nach der Anzahl der Interviewer (ein Interviewer – Tandem – Hearing) oder
- nach der Funktion (z.B. ermittelnd – vermittelnd).“ (Bortz/Döring, 2006, S. 237f)

3.2.3 Schriftliche Befragung

Von einer schriftlichen Befragung wird gesprochen, wenn die Teilnehmer der Befragung schriftlich vorgelegte Fragen (Fragebögen) selbstständig beantworten. Die Befragten erleben die schriftliche Befragung als anonym, was sich günstig auf die Bereitschaft zu ehrlichen Angaben und gründlicher Auseinandersetzung mit der befragten Problematik auswirken kann. Hinsichtlich des Befragungsinstrumentes sind schriftliche Befragungen in höchstem Maße standardisiert. Die Gestaltung der Befragungssituation und die Begleitumstände beim Beantworten eines Fragebogens liegen allerdings in der Hand des Befragten. Ein entscheidender Nachteil dieser Befragungsform ist die unkontrollierte Erhebungssituation. (vgl. Bortz/Döring, 2006, S. 252)

4 Betriebliche Gesundheitsförderung in dem Betrieb „Bäckerei“

4.1 Analysephase

4.1.1 Betriebliche Rahmendaten

Die Bäckerei wurde am 02.02.1982 gegründet. Derzeit sind dort 20 Mitarbeiter beschäftigt, von denen 2 eine Ausbildung absolvieren.

In der Produktion, wo 10 Mitarbeiter beschäftigt sind, wird in 2 Schichten gearbeitet. Die restlichen Mitarbeiter arbeiten in den Verkaufsstellen in Tessin und dem nahe gelegenen Rostock.

Für die Arbeitssicherheit im Unternehmen ist der Geschäftsführer selbst zuständig. Des Weiteren werden regelmäßig Hygieneschulungen durch eine Fachkraft der Bäcker-Innung durchgeführt.

Der Geschäftsführer hat ein sehr gutes Verhältnis zu seinen Mitarbeitern. Dies kann damit begründet werden, dass ein Großteil der Mitarbeiter schon viele Jahre in der Bäckerei beschäftigt sind. Nicht selten wenden sie sich auch bei privaten Schwierigkeiten (z.B. Eheproblemen) an ihn und erhoffen sich einen guten Rat von ihm.

Vor dem Projekt der Betrieblichen Gesundheitsförderung wurden keine gesundheitsfördernden Maßnahmen im Unternehmen durchgeführt.

4.1.2 Interventionsvorschläge aus der Analysephase

Unter den Gesichtspunkten `gesundheitliche Belastungen`, `Risikoverhalten` und Betriebsklima` erstellte Frau Bombosch in der Analysephase folgende Interventionsmöglichkeiten:

- Da es in der „Bäckerei“ relativ häufig zu Beschwerden im Rückenbereich kam, empfahl Frau Bombosch ein Bewegungsprogramm / Rückenschule für die Mitarbeiter.
- Aufgrund der verstärkt auftretenden Belastung durch „Müdigkeit, Mattigkeit und Niedergeschlagenheit“ sowie dem verstärkten Wunsch nach einer „Veränderung des Schlafverhaltens“, sprach sich Frau Bombosch für ein Entspannungstraining aus.

-
- Aufgrund der Tatsache, dass „Lob“ in der „Bäckerei“ nicht an der Tagesordnung zu sein schien, schlug Frau Bombosch vor, dem Lob bei guter Arbeit eine höhere Bedeutung im Unternehmen beizumessen.
 - Da die Mitarbeiter in der Analysephase angeben, selten ihre Meinung frei äußern zu können, empfahl Frau Bombosch die stärkere Einbeziehung der Mitarbeiter in Entscheidungsprozesse. (Bombosch, 2004, S. 100)

4.2 Darstellung der Ergebnisse aus der Evaluationsphase

4.2.1 Interview mit dem Geschäftsführer

Nachdem ich am 13.05. mit dem Geschäftsführer telefoniert hatte, fuhr ich am 15.05.08 nach Tessin zur Bäckerei, um ein Interview mit ihm durchzuführen.

Um halb 11 betrat ich die Bäckerei, wo ich eine Verkäuferin antraf. Da der Geschäftsführer gerade mit Auslieferungen beschäftigt war, entschloss ich, zu warten und nutzte diese Gelegenheit gleich, um mich mit der Verkäuferin zu unterhalten.

Da die Analyse- und Umsetzungsphasen schon eine längere Zeit zurücklagen, erklärte ich der Verkäuferin, worin meine Aufgabe jetzt in der Evaluationsphase besteht.

Dann fragte ich sie, ob sie an den angebotenen Interventionsmaßnahmen Rückenschule und Entspannungstraining teilgenommen hat. Dies bejahte sie und fügte gleich hinzu, dass ihr die Rückenschule besser gefallen hat, weil man da wenigstens was mit raus genommen hat. Beim Entspannungstraining war es vielmehr so, dass sie bei den Übungen oft eingeschlafen ist, was sie im Nachhinein nicht gut fand.

Von der Rückenschule war sie hingegen sehr begeistert. Dort hatte sie sehr viele nützliche Dinge gelernt, welche zur Verbesserung ihrer Rückenbeschwerden beitrugen.

Nach ca. 10 Minuten betrat dann der Geschäftsführer die Bäckerei durch den Hintereingang und begrüßte mich. Er bat mich in die 1. Etage, wo sich sein Büro befand. Wir setzten uns an einen Tisch und ich erzählte auch

ihm nochmal kurz, was es mit meinem Besuch und der Evaluationsphase auf sich hat. Anschließend stellte ich dann meine vorbereiteten Fragen.

Die aktuelle Mitarbeiterzahl liegt bei 20. In den letzten Jahren hat sich die Zahl um 4 verringert, weil einer der Läden geschlossen werden musste. 2 der Mitarbeiter sind Auszubildende.

Laut Aussage des Geschäftsführers sind 16 seiner Mitarbeiter bei der IKK versichert.

Auf die Frage ob und inwieweit sich der Krankenstand durch das Projekt verändert hat, antwortete er, dass es weniger Krankschreibungen wegen Rückenbeschwerden gibt.

Die Interventionsmaßnahmen Rückenschule und Entspannungstraining fanden in einer nahe gelegenen Physiotherapiepraxis statt. An der Rückenschule nahmen 12 und am Entspannungstraining nahmen 7 Mitarbeiter teil. Er selbst hat aber nicht an den Maßnahmen teilgenommen. Außerdem äußerte er sich dahin gehend, dass er von vielen Mitarbeitern gehört habe, dass sie bei dem Entspannungstraining eingeschlafen sind.

Da die Maßnahmen in der Physiotherapiepraxis in 2 Schichten stattfanden, konnte es allen Mitarbeitern ermöglicht werden, daran teilzunehmen.

Aufgrund der Tatsache, dass sich die Mitarbeiter sehr positiv geäußert haben, würde er sich freuen, wenn ein Auffrischkurs der Rückenschule für die Mitarbeiter angeboten wird.

Am Ende des Gespräches sagte er, dass seine Erwartungen an das Projekt erfüllt wurden, weil die Rückenbeschwerden der Mitarbeiter deutlich zurückgegangen sind.

Da er wieder an die Arbeit musste, beendeten wir das anschließend das Gespräch und ich verabschiedete mich von ihm und der Verkäuferin im Laden.

4.2.2 Auswertung der Fragebögen

Mittels eines standardisierten Fragebogens wurde erneut eine Mitarbeiterbefragung durchgeführt. Ich werde nun im folgenden Verlauf die Ergebnisse der aktuellen Befragung mit den Ergebnissen aus der

Analysephase vergleichen. Dabei bin ich unter Anderem auf Fragen aus den Bereichen des Gesundheitsbewusstseins, dem Betriebsklima und gesundheitlicher Beschwerden eingegangen. Außerdem möchte ich die Beurteilung der durchgeführten Interventionen darstellen. Dabei werde ich mich auf die Kursbeurteilungsfragebögen beziehen, welche von den Mitarbeitern, die an den Maßnahmen teilgenommen haben, direkt nach der Beendigung des jeweiligen Kurses ausgefüllt wurden. Aufgrund der Tatsache, dass die Fragebögen anonymisiert sind, ist ein Vergleich von 2 identischen Stichproben nicht möglich. Stattdessen handelt es sich hierbei um einen Vergleich von Kohorten, da nicht nachgeprüft werden kann, welcher der Mitarbeiter an der ersten und welcher an der zweiten Befragung teilgenommen hat.

Im Rahmen der erneuten Mitarbeiterbefragung im Mai/Juni 2008 habe ich 20 Fragebögen ausgeteilt. 11 der Fragebögen habe ich ausgefüllt zurück erhalten. Dies entspricht einer Rücklaufquote von 55 %.

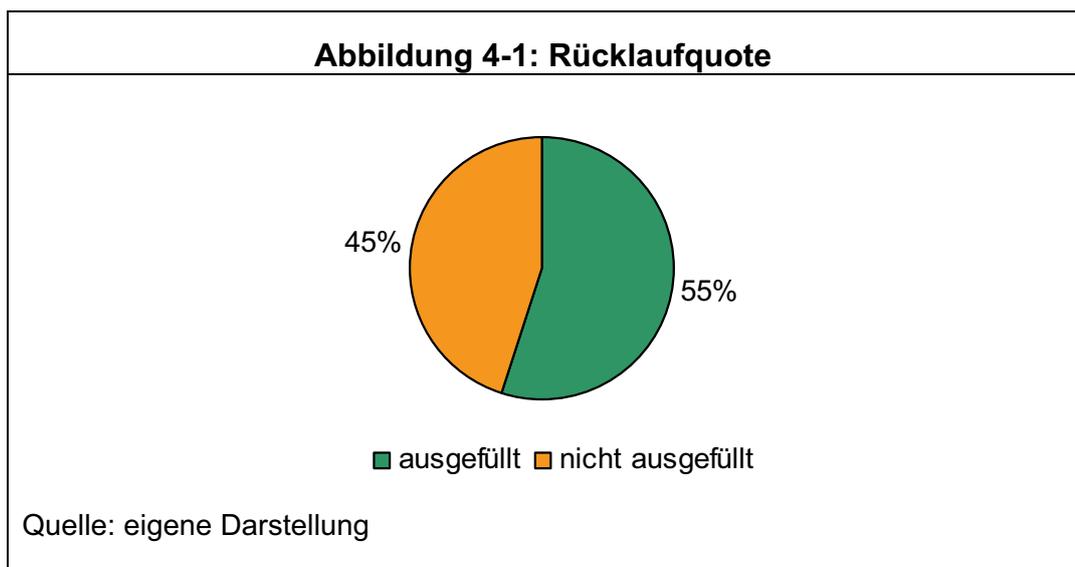
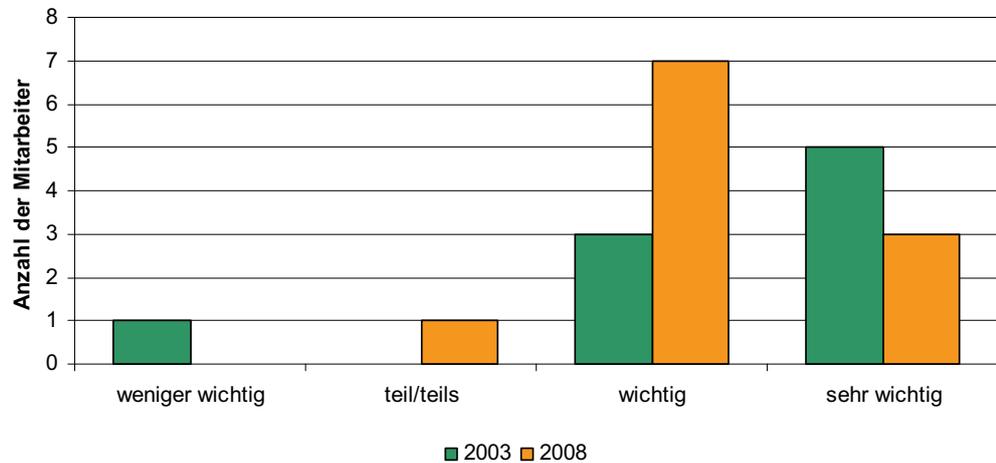


Abbildung 4-2: Umgang mit Gesundheit und Krankheit

Wie wichtig ist Ihnen ihre Gesundheit?

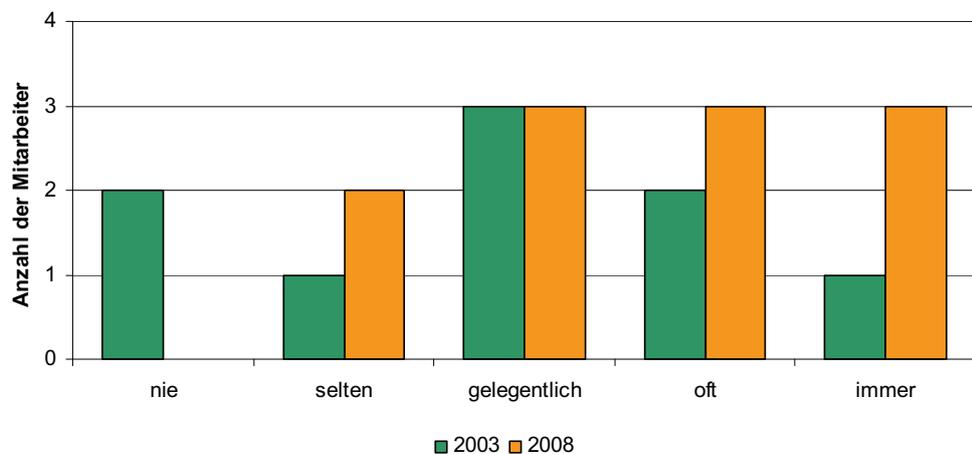


Quelle: eigene Darstellung

Aus dieser Abbildung geht hervor, dass die Gesundheit bei den Mitarbeitern nach der ersten Befragung an Bedeutung gewonnen hat. Zwar geben nur noch 3 Mitarbeiter an, dass ihnen ihre Gesundheit „sehr wichtig“ ist (2003: 5 MA), allerdings geben jetzt 7 Mitarbeiter an, dass ihnen ihre Gesundheit „wichtig“ ist (2003: 3 MA).

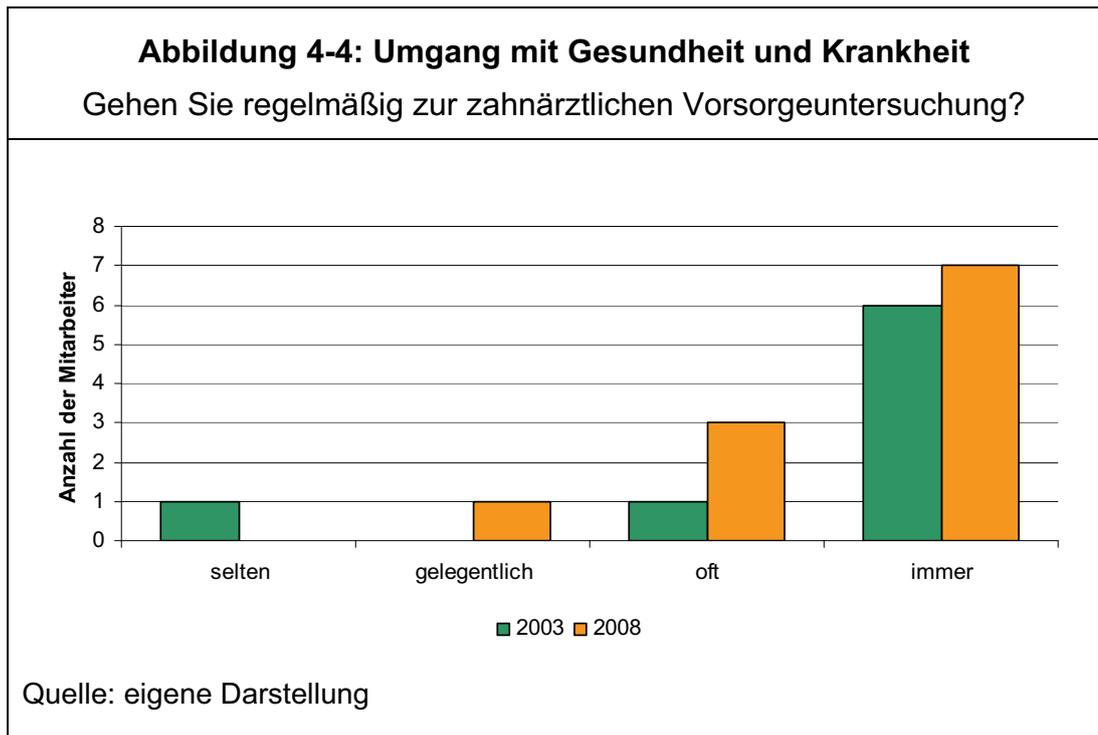
Abbildung 4-3: Umgang mit Gesundheit und Krankheit

Gehen Sie regelmäßig zur ärztlichen Vorsorgeuntersuchung?



Quelle: eigene Darstellung

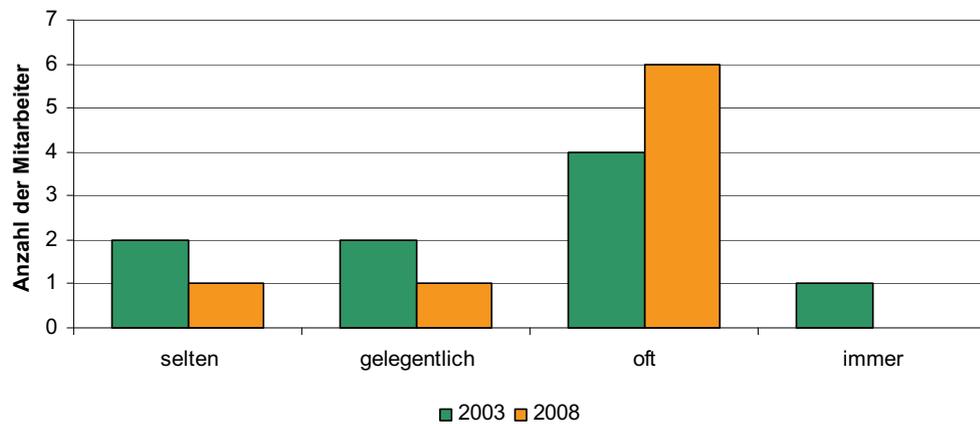
Aus dieser Grafik ist zu entnehmen, dass die Mitarbeiter regelmäßiger zu den ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen gehen als noch im Jahr 2003. 3 Mitarbeiter gehen „immer“ (2003: 1 MA), 3 gehen „oft“ (2003: 2 MA), ebenfalls 3 gehen „gelegentlich“ (2003: 3 MA) und 2 Mitarbeiter gehen „selten“ (2003: 1 MA) zu den ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen. Bei der aktuellen Befragung gab niemand an, „nie“ zu den Vorsorgeuntersuchungen zu gehen. 2003 waren es noch 2 Mitarbeiter.



Hier ist zu sehen, dass die Mitarbeiter auch häufiger zu den zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen gehen. 7 Mitarbeiter geben an, das „immer“ zu tun (2003: 6 MA), 3 Mitarbeiter gehen „oft“ (2003: 1 MA) und 1 Mitarbeiter geht „gelegentlich“ zu den zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen. Niemand gab an, „selten“ oder „nie“ zu gehen. Im Jahr 2003 gab noch 1 Mitarbeiter an, „selten“ zur Vorsorge zu gehen. Da weder 2003 noch 2008 jemand mit „nie“ antwortete, wurde diese Ausprägung nicht in die Grafik integriert.

Abbildung 4-5: Betriebsklima

Ich bin mit dem Betriebsklima zufrieden.

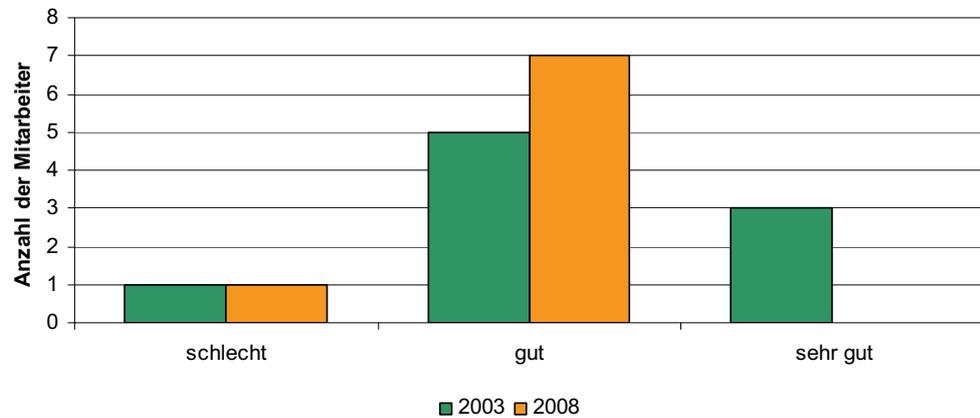


Quelle: eigene Darstellung

Nachdem 2003 noch eine Person angab, „immer“ mit dem Betriebsklima zufrieden zu sein, äußerte sich bei der Befragung 2008 niemand dahingehend. Jedoch gaben 6 Personen an, „oft“ zufrieden zu sein (2003: 4 MA) und jeweils eine Person gab an „gelegentlich“ bzw. „selten“ mit dem Betriebsklima zufrieden zu sein (2003: je 2 MA). Weder 2003 noch 2008 war jemand „nie“ zufrieden.

Abbildung 4-6: Betriebsklima

Wie beurteilen Sie ihr Arbeitsverhältnis zum Chef?

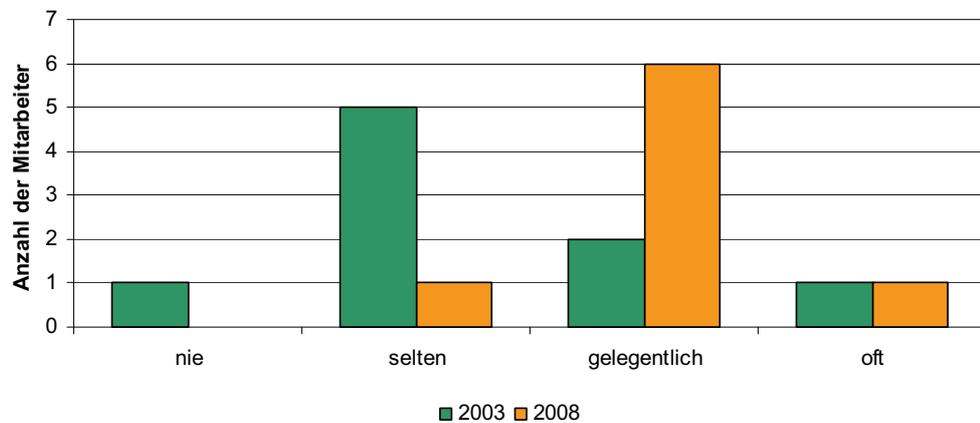


Quelle: eigene Darstellung

Was die Beziehung zum Chef angeht, gaben 2003 noch 3 Mitarbeiter an, ein sehr gutes Arbeitsverhältnis zu haben. Der Meinung war 2008 niemand. Allerdings sind in der aktuellen Befragung 7 Personen der Ansicht, dass das Arbeitsverhältnis zum Chef „gut“ ist (2003: 5 MA). Jeweils eine Person gab 2003 und 2008 an, dass das Arbeitsverhältnis zum Chef „schlecht“ ist. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass das Arbeitsverhältnis zum Chef im Jahr 2003 etwas besser war.

Abbildung 4-7: Betriebsklima

Das Betriebsklima wird von einigen Arbeitskollegen ziemlich gestört.

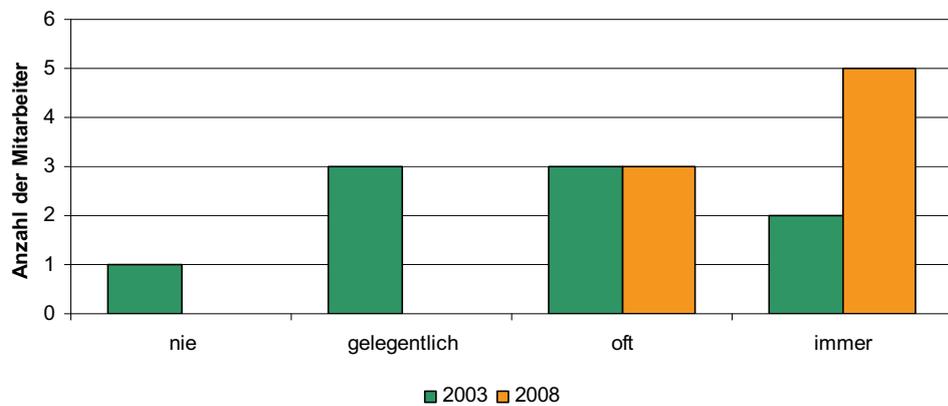


Quelle: eigene Darstellung

Dieser Abbildung ist zu entnehmen, dass das Betriebsklima aktuell öfter von Kollegen gestört wird, als noch 2003. Zu erkennen ist das daran, dass 2008 6 Personen abgeben, dass das Betriebsklima „gelegentlich“ gestört wird (2003: 2 MA). Im Jahr 2008 fühlte sich lediglich eine Person selten gestört (2003: 5 MA). Und ebenfalls gab 2003 noch eine Person an, dass das Betriebsklima „nie“ gestört wird. 2008 war niemand dieser Ansicht. Mit „immer“ wurde weder 2003 noch 2008 geantwortet.

Abbildung 4-8: Betriebsklima

Bei Problemen kann ich Vorgesetzte fragen.

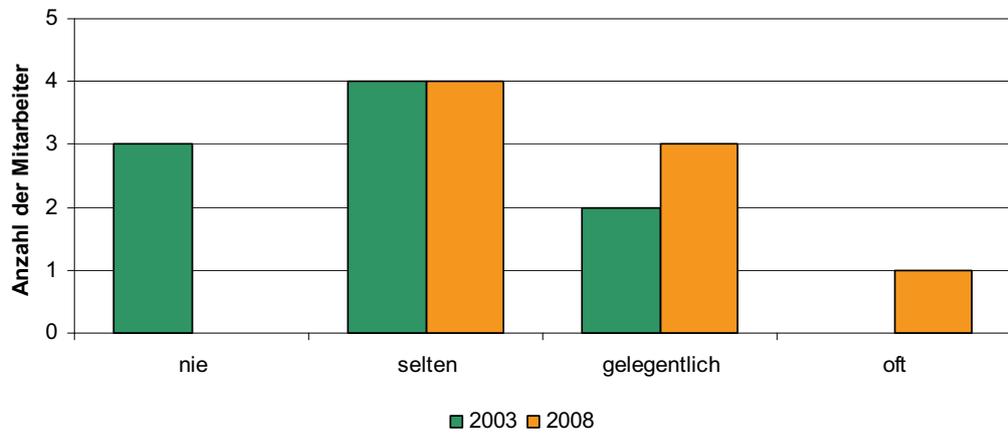


Quelle: eigene Darstellung

Aktuell sieht es so aus, dass wesentlich mehr Mitarbeiter der Ansicht sind, ihren Vorgesetzten bei Problemen fragen zu können als noch vor 5 Jahren. 5 Mitarbeiter geben an, bei Problemen immer ihren Chef aufsuchen zu können (2003: 2 MA) und 3 Mitarbeiter geben an, dies „oft“ tun zu können (2003: 3 MA). Niemand war in der aktuellen Befragung der Ansicht „gelegentlich“ oder „nie“ zum Chef gehen zu können. 2003 waren es noch 3 („gelegentlich“) bzw. 1 Mitarbeiter („nie“). Keiner der Befragten kreuzte in beiden Befragungen „selten“ an.

Abbildung 4-9: Betriebsklima

Ich erhalte bei guter Arbeit Anerkennung/Lob vom Vorgesetzten.

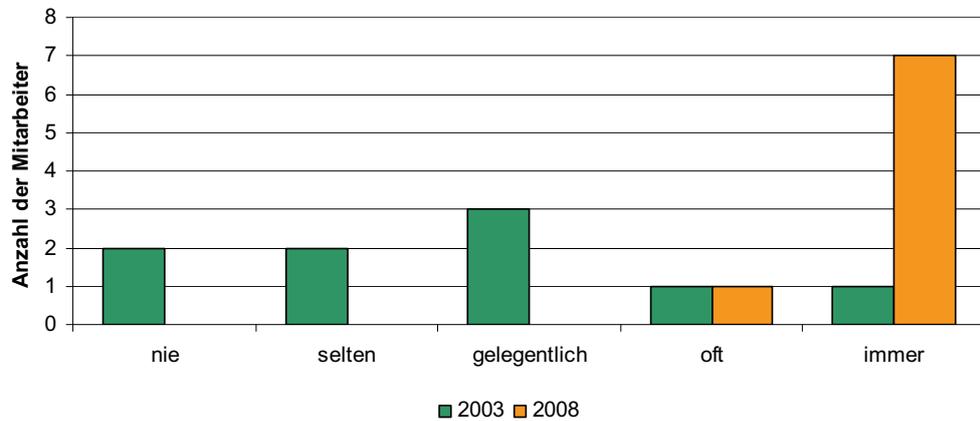


Quelle: eigene Darstellung

In Hinblick auf Anerkennung und Lob durch den Vorgesetzten scheint sich in den letzten Jahren Einiges getan zu haben. Heute gibt eine Person an, „oft“ Lob zu erhalten (2003: niemand). 3 Personen werden „gelegentlich“ gelobt (2003: 2 MA). 4 Personen sagen aus, dass sie „selten“ Lob erhalten (2003: 4 MA). Und 2003 waren noch 3 Mitarbeiter der Ansicht, „nie“ gelobt zu werden, was 2008 niemand angab.

Abbildung 4-10: Betriebsklima

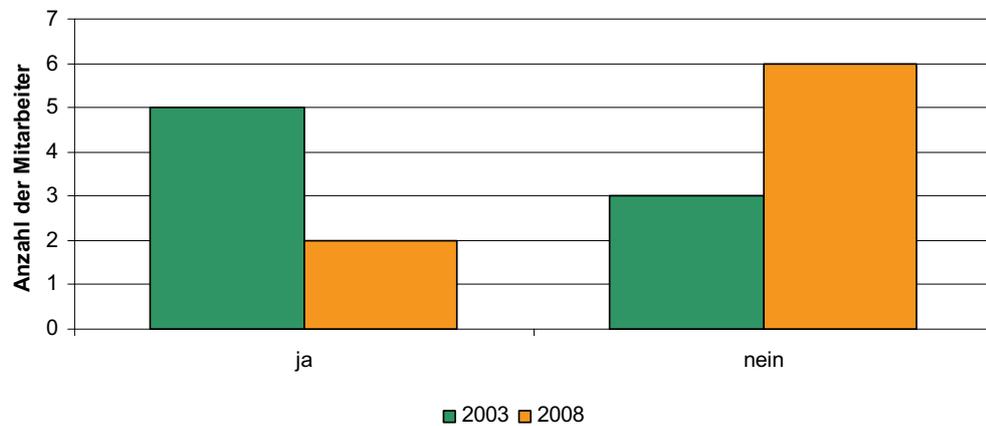
Ich kann offen meine Meinung äußern.



Quelle: eigene Darstellung

An dieser Abbildung ist sehr gut zu erkennen, dass aktuell bedeutend mehr Mitarbeiter der Meinung sind, ihre Meinung offen äußern zu können. 7 Personen geben an, dies „immer“ tun zu können (2003: 1 MA). Jeweils 1 Person gibt heute, wie auch 2003, an, „oft“ seine Meinung offen sagen zu können. Außerdem gibt niemand in der aktuellen Befragung an, seine Meinung „gelegentlich“, „selten“ oder „nie“ offen sagen zu können. 2003 waren es noch 3 Personen („gelegentlich“) und jeweils 2 Personen („selten“ bzw. „nie“).

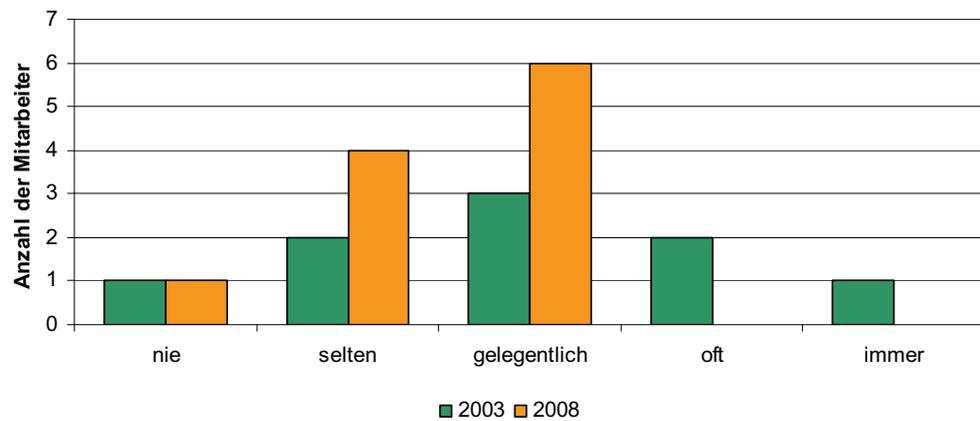
Abbildung 4-11: Betriebsklima
Haben Sie Angst um Ihren Arbeitsplatz?



Quelle: eigene Darstellung

Momentan sieht es so aus, dass weniger Mitarbeiter der Bäckerei Angst um ihren Arbeitsplatz haben. 6 Personen geben an, dass sie keine Angst davor haben, ihren Job zu verlieren (2003: 3 MA). Und 2 Mitarbeiter geben an, dass sie Angst um ihren Arbeitsplatz haben (2003: 5 MA).

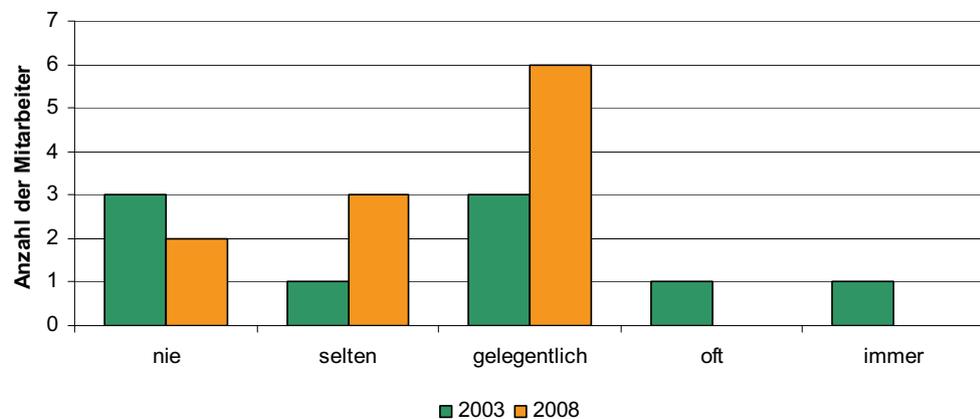
Abbildung 4-12: Gesundheitliche Beschwerden
Rückenschmerzen/Rückenprobleme



Quelle: eigene Darstellung

An dieser Darstellung ist gut zu erkennen, dass die Rückenschule Wirkung bei den Mitarbeitern gezeigt hat. Im Jahr 2003 hatten 1 Person noch „immer“ und 2 Personen „oft“ Probleme mit Rückenbeschwerden. Aktuell beklagt sich niemand „immer“ oder „oft“ darüber. Aktuell haben 6 Personen „gelegentlich“ (2003: 3 MA), 4 Personen „selten“ (2003: 2 MA) und 1 Person „nie“ (2003: 1 MA) Rückenschmerzen.

Abbildung 4-13: Gesundheitliche Beschwerden
Einseitig/verkrampfte Haltung

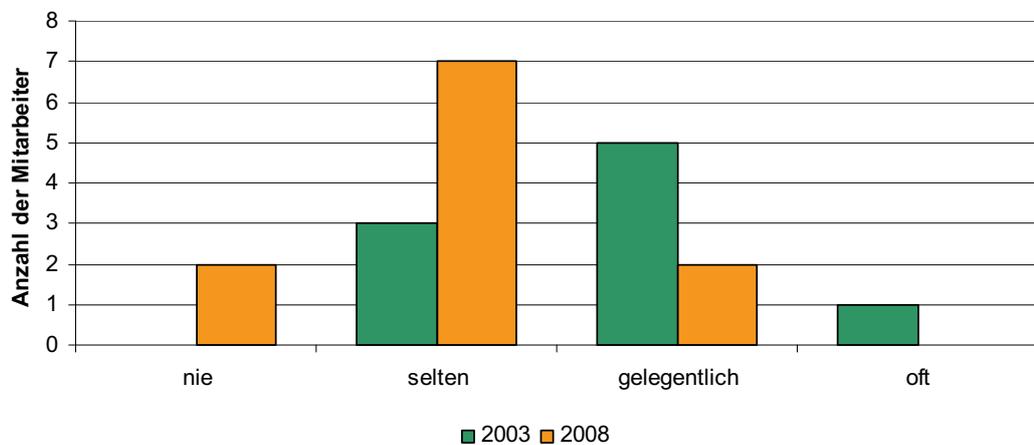


Quelle: eigene Darstellung

Auch über eine einseitig/verkrampfte Haltung beklagen sich aktuell weniger Mitarbeiter als noch 2003. Damals gab jeweils 1 Person an, „immer“ bzw. „oft“ Probleme zu haben. Aktuell ist es so, dass ein Großteil der Mitarbeiter nur noch „gelegentlich“ Probleme diesbezüglich hat (2003: 3 MA). 3 Personen geben an „selten“ Probleme mit der Körperhaltung zu haben (2003: 1 MA) und 2 Personen macht es „nie“ zu schaffen (2003: 3 MA).

Abbildung 4-14: Gesundheitliche Beschwerden

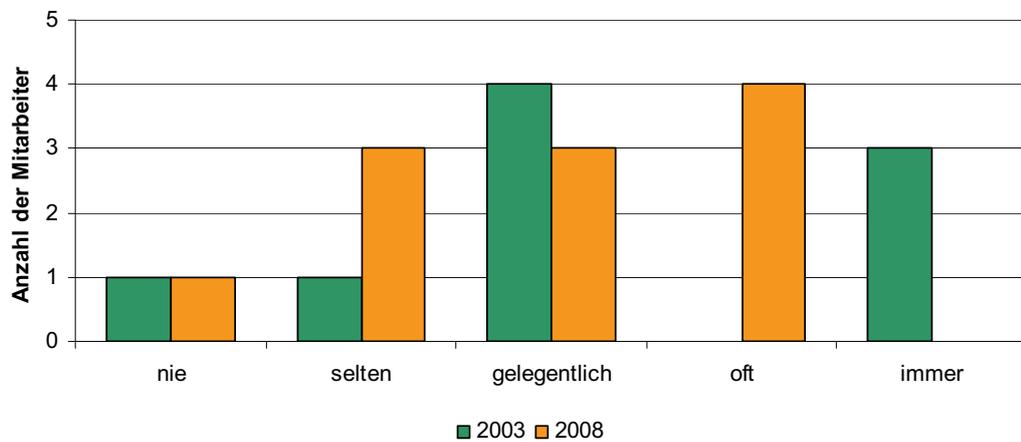
Schweres Heben/Tragen/Ziehen/Schieben



Quelle: eigene Darstellung

Auch schweres Heben und Tragen scheint den Mitarbeitern nicht mehr so große Probleme zu bereiten. Das ist dadurch zu erklären, dass in der Rückenschule auch die Vermittlung des richtigen Hebens von Lasten Gegenstand ist. 2003 hatte eine Person noch „oft“ Schwierigkeiten. Aktuell geben lediglich 2 Mitarbeiter an „gelegentlich“ Probleme mit schwerem Heben und Tragen zu haben (2003: 5 MA). 7 Personen macht es nur noch „selten“ Probleme (2003: 3 MA). Und 2 Mitarbeiter geben sogar an, nie Schwierigkeiten damit zu haben. Dieser Ansicht war bei der ersten Befragung 2003 noch niemand.

Abbildung 4-15: Gesundheitliche Beschwerden
Müdigkeit, Mattigkeit, Niedergeschlagenheit



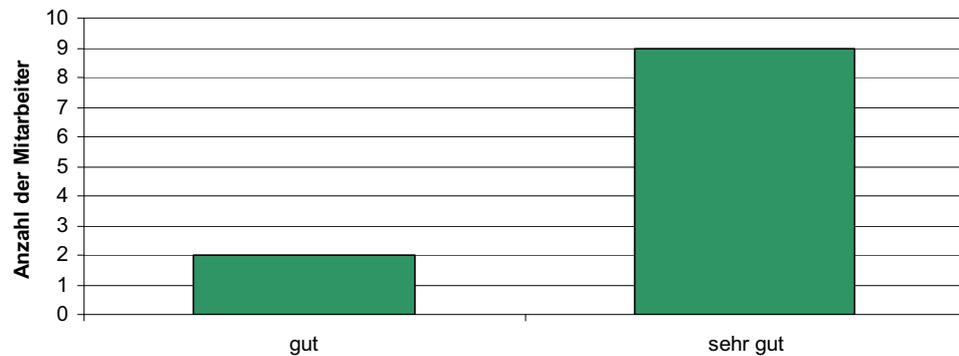
Quelle: eigene Darstellung

An dieser Darstellung ist zu erkennen, dass auch das Entspannungstraining nicht ohne Wirkung blieb. 2003 haben sich noch 3 Personen „immer“ über Müdigkeit, Mattigkeit und Niedergeschlagenheit beklagt. Heute sieht es so aus, dass sich 4 Personen lediglich „oft“ darüber beklagen. 3 Personen geben an, dass es ihnen „gelegentlich“ zu schaffen macht (2003: 4 MA). Ebenfalls 3 Personen sagen aus, dass es „selten“ der Fall ist (2003: 1 MA). Und bei beiden Befragungen war jeweils eine Person der Ansicht, dass er oder sie nie Probleme mit Müdigkeit, Mattigkeit oder Niedergeschlagenheit hat.

Auswertung der Kursbeurteilungsfragebögen

Abbildung 4-16: Rückenschule

Wie fanden Sie den Kurs insgesamt?

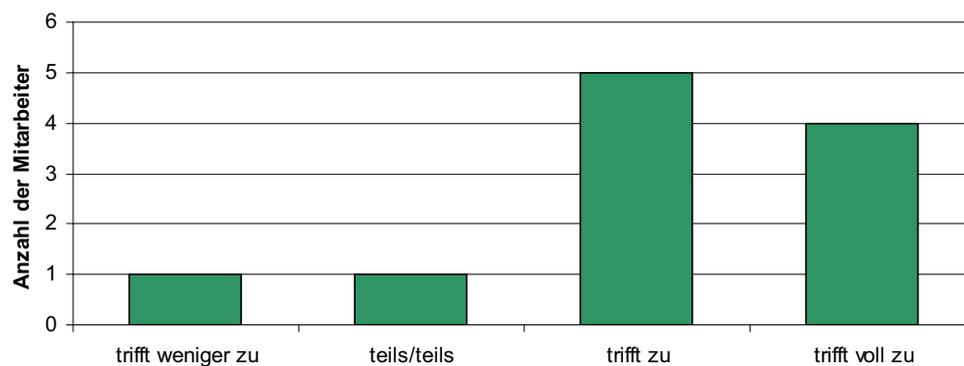


Quelle: eigene Darstellung

Aus dieser Abbildung geht hervor, dass die Mitarbeiter die Rückenschule „sehr gut“ (9 MA) bis „gut“ (2 MA) fanden, was ein sehr positives Ergebnis ist.

Abbildung 4-17: Rückenschule

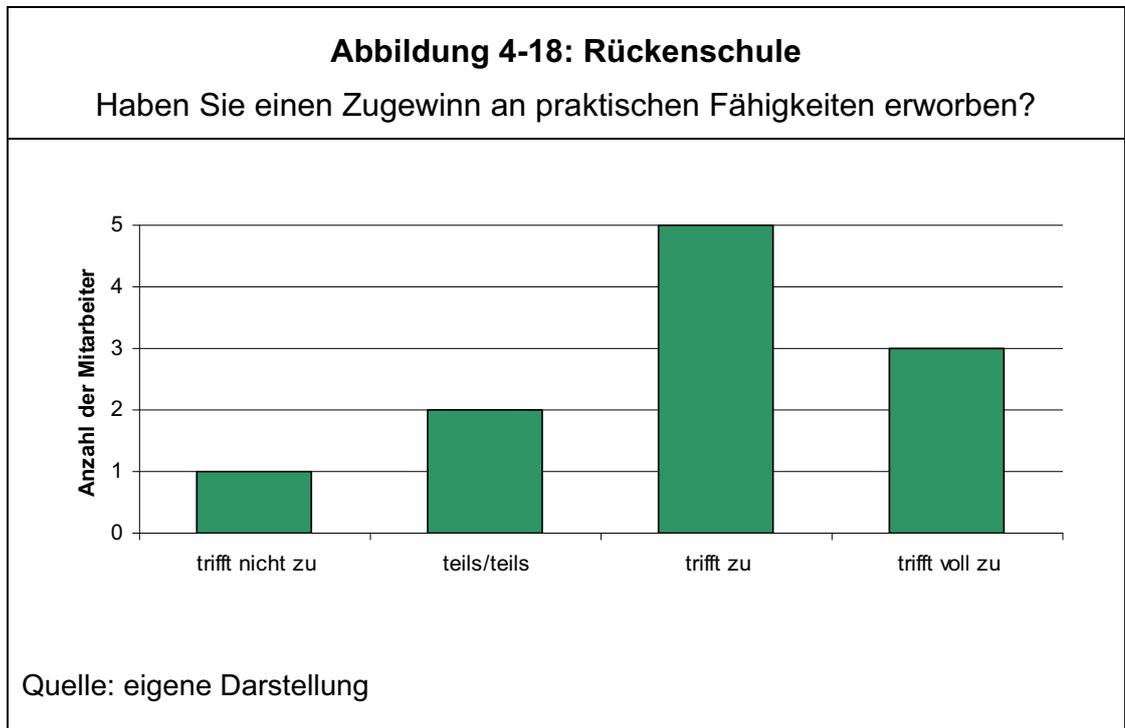
Hat der Kurs Ihren persönlichen Erwartungen entsprochen?



Quelle: eigene Darstellung

Auf die Frage, ob der Kurs den Erwartungen der Mitarbeiter entsprochen hat, geben 4 Personen an, dass dies voll zutrifft und 5 geben an, dass es

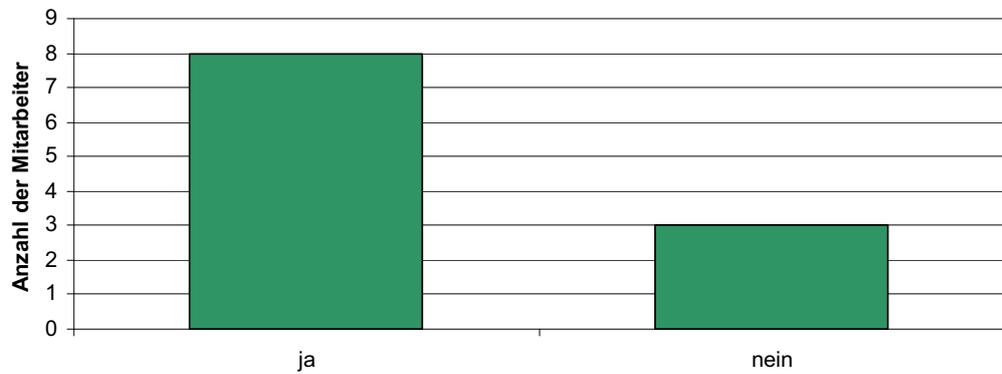
zutreffend ist. Jeweils 1 Person gibt an, dass es teils/teils bzw. weniger zutrifft.



Diese Grafik zeigt, dass 3 Mitarbeiter auf die Frage, ob sie einen Zugewinn an praktischen Fähigkeiten erworben haben, antworteten, dass dies voll zutreffend ist. 5 geben an, dass dies zutrifft. 2 sind der Meinung dass es teils/teils zutreffend ist und lediglich eine Person sagt aus, dass das nicht der Fall ist.

Abbildung 4-19: Rückenschule

Haben Sie die neu erworbenen Fähigkeiten bereits in Ihren Arbeitsalltag eingebunden?

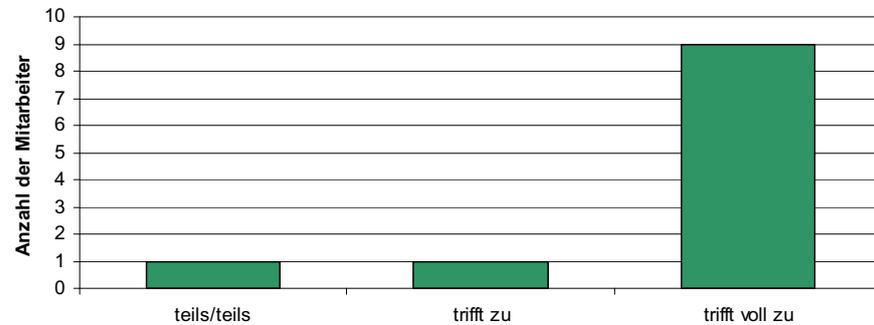


Quelle: eigene Darstellung

Aus dieser Abbildung geht hervor, dass 8 Mitarbeiter die neu erworbenen Fähigkeiten bereits in ihren Arbeitsalltag eingebunden haben. 3 Mitarbeiter geben an, dass sie die erlernten Fähigkeiten noch nicht in den Arbeitsalltag integriert haben.

Abbildung 4-20: Rückenschule

Würden Sie den Kurs jederzeit weiterempfehlen?

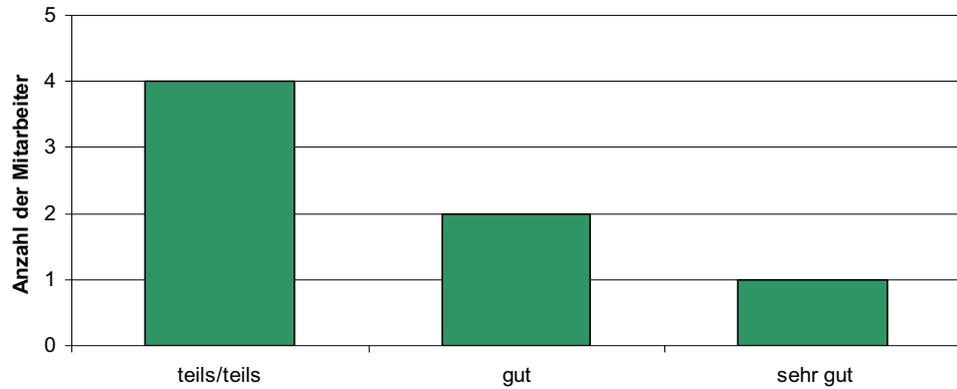


Quelle: eigene Darstellung

Die Zufriedenheit mit der Rückenschule zeigt sich auch darin, dass insgesamt 10 Mitarbeiter mit „trifft voll zu“ und „trifft zu“ auf die Frage, ob sie den Kurs weiterempfehlen würden, antworteten. 1 Person kreuzte „teils/teils“ an.

Abbildung 4-21: Entspannungstraining

Wie fanden Sie den Kurs insgesamt?

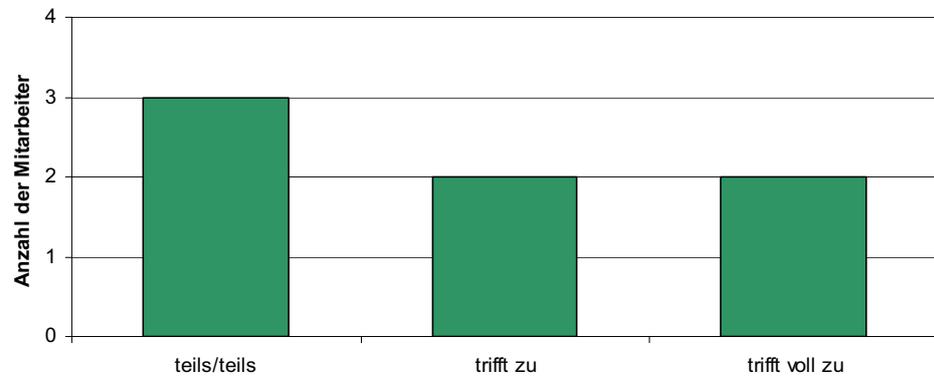


Quelle: eigene Darstellung

Die Mitarbeiter der Bäckerei schätzen das Entspannungstraining so ein, dass 1 Mitarbeiter es „sehr gut“ fand, 2 Mitarbeiter „gut“ und 4 Mitarbeiter kreuzten „teils/teils“ an.

Abbildung 4-22: Entspannungstraining

Hat der Kurs Ihren persönlichen Erwartungen entsprochen?

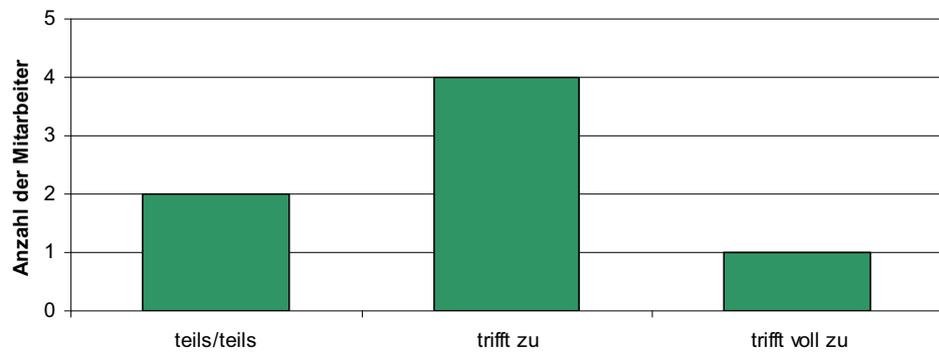


Quelle: eigene Darstellung

Auf die Frage, ob das Entspannungstraining den Erwartungen der Mitarbeiter entsprochen hat, kreuzten je 2 Personen „trifft voll zu“ und „trifft zu“ an und 3 Personen sagen aus, dass der Kurs „teils/teils“ den Erwartungen entsprochen hat.

Abbildung 4-23: Entspannungstraining

Haben Sie einen Zugewinn an praktischen Fähigkeiten erworben?

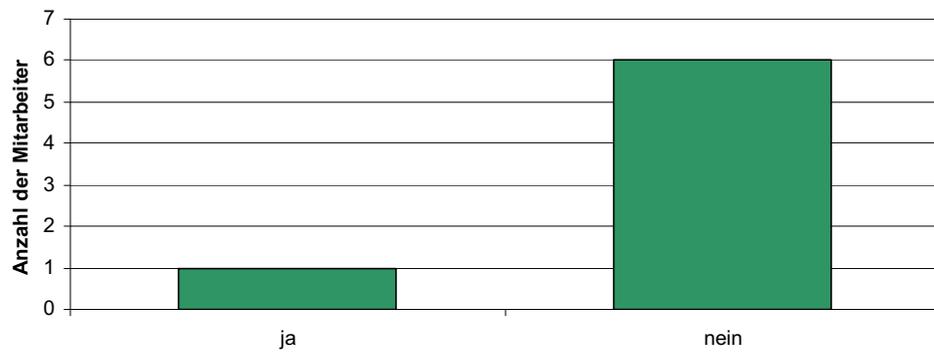


Quelle: eigene Darstellung

1 Person kreuzte bei der Frage, ob die Mitarbeiter einen Zugewinn an praktischen Fähigkeiten erworben haben, „trifft voll zu“ und 4 Personen kreuzten „trifft zu“ an. 2 Personen waren der Ansicht, dass dies „teils/teils“.

Abbildung 4-24: Entspannungstraining

Haben Sie die neu erworbenen Fähigkeiten bereits in ihren Arbeitsalltag eingebunden?



Quelle: eigene Darstellung

Lediglich 1 Person hat die bei dem Entspannungstraining erworbenen Fähigkeiten in den Arbeitsalltag eingebunden. Die übrigen 6 Personen haben das Gelernte noch nicht in den Arbeitsalltag integriert.

Abbildung 4-25: Entspannungstraining

Würden Sie den Kurs jederzeit weiterempfehlen?



Quelle: eigene Darstellung

Die Frage, ob die Mitarbeiter den Kurs weiterempfehlen würden, antworteten je 2 Personen mit „trifft voll zu“ und „trifft zu“. 3 weitere Mitarbeiter der Bäckerei entschieden sich für „teils/teils“.

4.2.3 Zusammenfassung

Bezugnehmend auf die Interventionsvorschläge, welche Frau Bombosch in ihrem Bericht vom 27.02.2004 unterbreitet hat, können nun, nach der erneuten Befragung der Mitarbeiter und den durchgeführten Maßnahmen, folgende Aussagen getroffen werden:

- Die durchgeführte Rückenschule war insofern erfolgreich, als dass die Mitarbeiter bei der aktuellen Befragung angegeben haben, dass sie seltener unter Rückenschmerzen leiden. Niemand sagte aus, oft oder immer damit zu tun zu haben, wo sich 2003 noch 3 Mitarbeiter dahingehend geäußert haben. Dennoch geben noch immer 6 Mitarbeiter an, gelegentlich Rückenprobleme zu haben. Da einige Mitarbeiter aussagten, gern noch einen Rückenschulkurs durchführen zu wollen und noch Potential zur Verbesserung der Beschwerden besteht, würde ich einen Auffrischkurs für die Mitarbeiter empfehlen.
- Das Entspannungstraining, die zweite durchgeführte Maßnahme, hat sich positiv auf den Punkt der „Müdigkeit, Mattigkeit und Niedergeschlagenheit“ der Mitarbeiter ausgewirkt. Die Mitarbeiter, welche 2003 noch ständig Probleme damit hatten, äußern sich jetzt oft in diese Richtung. Insgesamt hielt sich die Begeisterung der Mitarbeiter bezüglich des Entspannungstrainings aber in Grenzen. Aus diesem Grund würde ich an dieser Stelle keinen Auffrischkurs vorschlagen.
- Der Vorschlag von Frau Bombosch an den Geschäftsführer, die Mitarbeiter bei guter Arbeit öfter zu loben, scheint gefruchtet zu haben. Zwar gibt es noch immer 4 Mitarbeiter, die angeben, selten gelobt zu werden, allerdings hat bei der aktuellen Befragung kein Mitarbeiter ausgesagt, nie Lob zu erhalten, was positiv zu deuten ist. Ich denke allerdings, dass es noch Luft nach oben gibt und er sich auch weiterhin bemühen sollte, gute Arbeit anzuerkennen und dies auch auszusprechen.
- Sehr positiv ist anzumerken, dass der Geschäftsführer dem Vorschlag, seine Mitarbeiter in Entscheidungsprozesse stärker

einzu beziehen, nachgekommen zu sein scheint. Alle Mitarbeiter, die diese Frage bearbeitet haben, geben an, oft bzw. immer offen ihre Meinung äußern zu können. 2003 sah das noch ganz anders aus. Dort gaben viele Mitarbeiter an, nie, selten oder nur gelegentlich ihre Meinung sagen zu können.

5 Fazit

Gegenstand der Evaluationsphase des Projektes „Betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelständischen Handwerksbetrieben“ war, neben einem Interview mit dem Geschäftsführer, eine erneute Mitarbeiterbefragung. Das Ziel war es, die Gesundheitssituation innerhalb des Betriebes nach Durchlaufen des Projektes zu ermitteln.

Im Großen und Ganzen zeigte sich der Geschäftsführer sehr zufrieden mit den durchgeführten Maßnahmen. Besonders erfreut war er über die Wirkung der Rückenschule. Im Anschluss daran gab es weniger Krankschreibungen wegen Rückenbeschwerden. Da ein Teil der Mitarbeiter weiterhin angibt, manchmal mit Rückenschmerzen zu kämpfen zu haben, wäre der Geschäftsführer sehr an einem Auffrischkurs für seine Angestellten interessiert.

Alles in Allem hat es mir viel Spaß gemacht, nach der Durchführung der Analyse- und Umsetzungsphasen, auch mal eine Evaluationsphase direkt miterleben zu können und zum Abschluss des Projektes bei der Bäckerei einen Beitrag geleistet zu haben. Es war sehr interessant, anhand der erneuten Befragung, die Entwicklung der Gesundheit und des Wohlbefindens der Mitarbeiter nach den durchgeführten Interventionsmaßnahmen sehen zu können.

Insgesamt hat es sich für diese Bäckerei sehr gelohnt und ich hoffe, dass die Mitarbeiter auch langfristig ihre erworbenen Kenntnisse in den Arbeitsalltag integrieren werden. Denn nur so ist die Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens auch über lange Zeit realisierbar.

Literaturverzeichnis

Anonymus: Cariff Memorandum, Online im Internet: <http://www.sozialnetz-hessen.de/ca/um/pid/>, ohne Jahreszahl, Stand: 01.05.2008

Bamberg et al. (1998): Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung, Verlag für Angewandte Psychologie, Göttingen

BKK Bundesverband: Das Europäische Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (ENWHP), Online im Internet: <http://www.bkk.de/bkk/powerslave,id,341,nodeid,.html>, ohne Jahresangabe, Stand: 01.05.2008

Bombosch, Claudia (2004): Praxisbericht. „Bäckerei“. Fachhochschule Neubrandenburg

Bortz, J./Döring, N. (2006): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler, Springer Medizin Verlag, Heidelberg

Flyer „Betriebliche Gesundheitsförderung in Handwerksbetrieben“, IKK Nord

Gusy, B. (1998): Prävention – (k)ein Thema für Klein- und Mittelbetriebe; In: Betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelbetrieben, Hrsg.: Busch, R., Freie Universität Berlin 1998, S. 23ff

Kaba-Schönstein, L. (1999): Gesundheitsförderung IV: Die Entwicklung in Deutschland (ab Mitte der 80er Jahre); In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung, Hrsg.: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Verlag Peter Sabo, Schwabenheim a. d. Selz 1999, S. 48ff

Kerkau, K. (1997): Betriebliche Gesundheitsförderung, Verlag für Gesundheitsförderung, Zürich

Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union (1997)

Mayring, Ph. (2002): Einführung in die qualitative Sozialforschung, Beltz Verlag, Weinheim und Basel

Pelster, K./Sochert, R. (2005): Die Entwicklung der Betrieblichen Gesundheitsförderung in Deutschland; In: Betriebliche Gesundheitsförderung in

kleinen und mittleren Unternehmen, Hrsg.: Meggeneder, O. et al., Verlag Hans Huber, Bern 2005, S. 20f

Priester, K. (1998): Betriebliche Gesundheitsförderung: Voraussetzungen - Konzepte – Erfahrungen, Mabuse – Verlag, Frankfurt am Main

Reinders, H. (2005): Qualitative Interviews mit Jugendlichen führen, R. Oldenbourg Verlag, München Wien

Scheuch, E. K. (1967): Das Interview in der Sozialforschung, S. 70; In: Lamnek, Qualitative Sozialforschung, Beltz Vrelag, Weinheim, Basel 2005

Sochert R. (1998): Gesundheitsbericht und Gesundheitszirkel, Wirtschaftsverlag NW, Essen

Anhang

Betriebsspezifischer Fragebogen „Bäckerei“

1. Geschlecht

Männlich

Weiblich

2. Alter

15-20 Jahre

31-40 Jahre

51-60 Jahre

21-30 Jahre

41-50 Jahre

61 Jahre und älter

3. Wie lange arbeiten Sie schon bei der Bäckerei ?

weniger als 2 Jahre

6-10 Jahre

21 Jahre und länger

2-5 Jahre

11-20 Jahre

4. Wie wichtig ist Ihnen Ihre Gesundheit?

Unwichtig

Weniger wichtig

Teils/teils

Wichtig

Sehr wichtig

5. Ergreifen Sie regelmäßig Maßnahmen, um sich vor Krankheiten zu schützen ?

Nie

Selten

Gelegentlich

Oft

Immer

6. Gehen Sie regelmäßig zu zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen?

Nie

Selten

Gelegentlich

Oft

Immer

7. Gehen Sie regelmäßig zu ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen?

Nie

Selten

Gelegentlich

Oft

Immer

8. Gehen Sie bei gesundheitlichen Problemen sofort zum Arzt?

Nie

Selten

Gelegentlich

Oft

Immer

9. Woran liegt es, dass Sie bei gesundheitlichen Problemen nicht gleich zum Arzt gehen?

10. Wenn ich Stress habe, beeinflusst das meine Gesundheit.

Nie

Selten

Gelegentlich

Oft

Immer

11. Wie viele Zigaretten rauchen Sie am Tag ?

Ich rauche nicht

Weniger als 10

11-20

21-30

mehr als 31 Zigaretten

12. Seit wie vielen Jahren rauchen Sie ?

Ich rauche nicht

5 Jahre

10 Jahre

15 Jahre

20 Jahre

länger als 20 Jahre

13. Haben Sie Veränderungsbedarf bei Ihren Rauchgewohnheiten?

Ja

Nein

14. Wie beurteilen Sie Ihr Arbeitsverhältnis zum Chef?

Sehr schlecht

Schlecht

Mäßig

Gut

Sehr gut

15. Ich bin mit dem Betriebsklima zufrieden.

Nie

Selten

Gelegentlich

Oft

Immer

16. Auf meine Arbeitskollegen kann ich mich in jeder Beziehung voll verlassen.

Nie

Selten

Gelegentlich

Oft

Immer

17. Zwischen mir und meinen Kollegen gibt es Meinungsverschiedenheiten.

Nie

Selten

Gelegentlich

Oft

Immer

18. Das Betriebsklima wird von einigen Kollegen ziemlich gestört.

Nie

Selten

Gelegentlich

Oft

Immer

19. Ich erhalte bei guter Arbeit Anerkennung/Lob vom Vorgesetzten.

Nie	Selten	Gelegentlich
Oft	Immer	

20. Ich unterliege der starken Kontrolle durch Vorgesetzte.

Nie	Selten	Gelegentlich
Oft	Immer	

21. Bei Problemen kann ich Vorgesetzte fragen

Nie	Selten	Gelegentlich
Oft	Immer	

22. Ich erhalte bei guter Arbeit Anerkennung/Lob von Kollegen.

Nie	Selten	Gelegentlich
Oft	Immer	

23. Ich kann offen meine Meinung sagen.

Nie	Selten	Gelegentlich
Oft	Immer	

24. Haben Sie Angst um Ihren Arbeitsplatz?

Ja	Nein
----	------

25. Wie häufig treten folgende gesundheitliche Beschwerden bei Ihnen während oder unmittelbar nach der Arbeit auf?

Nie Selten Gelegentlich Oft Immer

Geschwollene/Schmerzende Gelenke

Rückenschmerzen/Rückenprobleme

Gliederschmerzen

Kopfschmerzen

Hörverschlechterungen/Ohrgeräusche

Müdigkeit

Frieren

Schwitzen

Atemnot

Husten

Reizungen der Haut

Reizungen der Schleimhäute (Augen, Nase...)

26. Durch welche der folgenden Arbeitsbedingungen fühlen Sie sich belastet?

Nie Selten Gelegentlich Oft Immer

Einseitig/verkrampfte Haltung

Vorwiegend Stehen/Sitzen/Knien

Schweres Heben/Tragen

Lärm

Gase

Hitze

Kälte

Staub

Schlechte Lüftung

Ungünstige Beleuchtung

Ungünstige Arbeitszeiten/Nacht- o. Schichtarbeit

27. Meine Arbeit lässt mir genügend Zeit für Familie/Partner/Freunde.

Nie

Selten

Gelegentlich

Oft

Immer

28. Meine Arbeit lässt mir genügend Raum für meine Freizeitaktivitäten.

Nie

Selten

Gelegentlich

Oft

Immer

29. Haben Sie an den angebotenen Kursen teilgenommen?

Rückenschule:

Ja

Nein

Entspannungstraining:

Ja

Nein

30. An wie vielen Kursstunden haben Sie teilgenommen?

Rückenschule: _____ Stunden

Entspannungstraining: _____ Stunden

31. Haben Sie in den Kursen für sich wichtige Informationen erhalten

trifft nicht zu trifft weniger zu teils/teils trifft zu trifft voll zu

Rückenschule

Entspannungstraining

32. Haben Sie die neu erworbenen Fähigkeiten in Ihren Arbeitsalltag eingebunden?

Rückenschule	Ja	Nein
--------------	----	------

Entspannungstraining	Ja	Nein
----------------------	----	------

33. Hat der/die Kursleiter/in, Ihrer Meinung nach, die Kursinhalte anregend vorgetragen?

trifft nicht zu trifft weniger zu teils/teils trifft zu trifft voll zu

Rückenschule

Entspannungstraining

34. Wie fanden Sie die allgemeine Organisation des Kurses?

Sehr schlecht Schlecht Mäßig Gut Sehr gut

Rückenschule

Entspannungstraining

35. Wie zufrieden waren Sie mit den räumlichen Bedingungen, in denen der Kurs stattgefunden hat?

nicht zufrieden eher weniger Teils/teils zufrieden sehr zufrieden

Rückenschule

Entspannungstraining

36. Wie empfanden Sie die Gruppenatmosphäre?

Sehr schlecht Schlecht Mäßig Gut Sehr gut

Rückenschule

Entspannungstraining

37. Ich glaube, dass ich durch das im Kurs Gelernte meine (künftige) Gesundheit positiv beeinflussen kann.

Rückenschule: trifft nicht zu trifft weniger zu Teils/teils
 trifft zu trifft voll zu

Entspannungstraining: trifft nicht zu trifft weniger zu Teils/teils
 trifft zu trifft voll zu

38. Ich bin zuversichtlich, dass mir das, was ich im Kurs gelernt habe, auch im Alltag helfen kann.

Rückenschule: trifft nicht zu trifft weniger zu Teils/teils
 trifft zu trifft voll zu

Entspannungstraining: trifft nicht zu trifft weniger zu Teils/teils

trifft zu	trifft voll zu
-----------	----------------

39. Meine Rückenschmerzen haben sich gebessert.

stimmt gar nicht	stimmt eher nicht	Teils/teils
stimmt	stimmt genau	

40. Mein Gesamtbefinden hat sich gebessert.

stimmt gar nicht	stimmt eher nicht	Teils/teils
stimmt	stimmt genau	

41. Wie fanden Sie die Kurse insgesamt?

	Sehr schlecht	Schlecht	Mäßig	Gut	Sehr gut
Rückenschule					
Entspannungstraining					

42. Sind Sie an einem Auffrischkurs interessiert?

Rückenschule:	Ja	Nein
Entspannungstraining:	Ja	Nein

43. Wenn Sie die erlernten Übungen nicht in dem Umfang durchgeführt haben, wie Sie sich das erhofft haben, aus welchen der nachfolgenden Gründen haben Sie das nicht getan:

(Mehrfachantworten möglich)

Ich konnte meinen inneren „Schweinehund“ nicht überwinden

ich habe keine Zeit

in einer Gruppe lässt es sich einfacher üben

die erlernten Übungen haben mir nicht gefallen

sonstige Gründe:

44. Falls Sie die erlernten Übungen nicht mehr durchführen, zu welchem Zeitpunkt haben Sie aufgehört?

nach Kursende

nach 3 Monaten

nach 6 Monaten

nach einem Monat

nach 4 Monaten

nach 2 Monaten

nach 5 Monaten

45. Haben Sie zum Schluss noch Anmerkungen, die Sie uns mitteilen möchten?

Sozialgesetzbuch Fünftes Buch Gesetzliche Krankenversicherung

In der Fassung des Gesetzes zur Sicherung der nachhaltigen Finanzierungsgrundlagen der gesetzlichen Rentenversicherung (RV-Nachhaltigkeitsgesetz) vom 21. Juli 2004 (BGBl. I S. 1791)

§ 20 Prävention und Selbsthilfe

(1) Die Krankenkasse soll in der Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen, die die in den Sätzen 2 und 3 genannten Anforderungen erfüllen. Leistungen zur Primärprävention sollen den allgemeinen Gesundheitszustand verbessern und insbesondere einen Beitrag zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen erbringen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich unter Einbeziehung unabhängigen Sachverständes prioritäre Handlungsfelder und Kriterien für Leistungen nach Satz 1, insbesondere hinsichtlich Bedarf, Zielgruppen, Zugangswegen, Inhalten und Methodik.

(2) Die Krankenkassen können den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen; Absatz 1 Satz 3 gilt entsprechend. Die Krankenkassen arbeiten bei der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren mit den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung zusammen und unterrichten diese über die Erkenntnisse, die sie über Zusammenhänge zwischen Erkrankungen und Arbeitsbedingungen gewonnen haben. Ist anzunehmen, dass bei einem Versicherten eine berufsbedingte gesundheitliche Gefährdung oder eine Berufskrankheit vorliegt, hat die Krankenkasse dies unverzüglich den für den Arbeitsschutz zuständigen Stellen und dem Unfallversicherungsträger mitzuteilen.

(3) Die Ausgaben der Krankenkasse für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach den Absätzen 1 und 2 sollen insgesamt im Jahr 2000 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 2,56 Euro umfassen; sie sind in den Folgejahren entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen.

(4) Die Krankenkasse soll Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen fördern, die sich die Prävention oder die Rehabilitation von Versicherten bei einer der im Verzeichnis nach Satz 2 aufgeführten Krankheiten zum Ziel gesetzt haben. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich ein Verzeichnis der Krankheitsbilder, bei deren Prävention oder Rehabilitation eine Förderung zulässig ist; sie haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und Vertreter der für die Wahrnehmung der

Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen zu beteiligen. Die Spitzenverbände der Krankenkassen beschließen gemeinsam und einheitlich Grundsätze zu den Inhalten der Förderung der Selbsthilfe; eine über die Projektförderung hinausgehende Förderung der gesundheitsbezogenen Arbeit von Selbsthilfegruppen, -organisationen und -kontaktstellen durch Zuschüsse ist möglich. Die in Satz 2 genannten Vertreter der Selbsthilfe sind zu beteiligen. Die Ausgaben der Krankenkasse für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben nach Satz 1 sollen insgesamt im Jahr 2000 für jeden ihrer Versicherten einen Betrag von 0,51 Euro umfassen; sie sind in den Folgejahren

entsprechend der prozentualen Veränderung der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 Abs. 1 des Vierten Buches anzupassen.

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre an Eides Statt, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken habe ich als solche kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Sylvia Bahrke