



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Fachbereich Gesundheit und Pflege
Studiengang Gesundheitswissenschaften

EVALUATION
IN DER BETRIEBLICHEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN
KLEIN- UND MITTELSTÄNDISCHEN BETRIEBEN
- AUTOHAUS -

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: Jessika Jachmann

Erstkorrektur: Prof. Dr. Gabriele Claßen

Zweitkorrektur: Prof. Dr. Willi Neumann

Tag der Einreichung: 06.08.2008

urn:nbn:de:gbv:519-thesis2008-0220-7

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	I
Abbildungsverzeichnis.....	III
1 Einleitung	1
2 Theoretischer Hintergrund.....	2
2.1 Begriffsbestimmung Gesundheitsförderung.....	2
2.2 Betriebliche Gesundheitsförderung.....	2
2.2.1 Zielsetzung	3
2.2.2 Historischer Hintergrund.....	4
2.2.3 Gesetzliche Grundlagen	7
2.2.4 Besonderheiten von klein- und mittelständischen Unternehmen.....	9
3 Ablauf des Projektes „Betriebliche Gesundheitsförderung in klein- und mittelständischen Betrieben	13
3.1 Phasen der Betrieblichen Gesundheitsförderung.....	13
3.2 Evaluation.....	14
3.2.1 Instrumente der Evaluation	14
3.2.2 Vorgehensweise der Evaluation.....	15
4 Betriebliche Gesundheitsförderung im Autohaus	17
4.1 Betriebliche Rahmendaten.....	17
4.2 Ergebnisse und Interventionsvorschläge der Analysephase.....	17
4.3 Ergebnisse der Evaluationsphase	19
4.3.1 Zusammenfassung des Interviews mit dem Geschäftsführer.....	19
4.3.2 Auswertung der Mitarbeiterbefragung.....	21
4.3.2.1 Beschreibung der Stichprobe	21
4.3.2.2 Gesundheitsbewusstsein der Mitarbeiter	22
4.3.2.3 Betriebsklima	24
4.3.2.4 Psychische Belastungen	27
4.3.2.5 Gesundheitliche Beschwerden	28
4.3.2.6 Belastende Arbeitsbedingungen.....	29
4.3.2.7 Gesundheitsangebote	31

4.3.3 Evaluation der Rückenschule.....	32
5 Fazit	36
Literaturverzeichnis.....	37
Anhang	39
Eidesstattliche Erklärung	

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Altersverteilung	22
Abbildung 2: Wie wichtig ist Ihnen Ihre Gesundheit?	23
Abbildung 3: Geben Sie seit dem durchgeführten Projekt der "Betrieblichen Gesundheitsförderung" in Ihrem Betrieb mehr Acht auf Ihre Gesundheit?	23
Abbildung 4: Betriebsklima.....	24
Abbildung 5: Verhältnis zum Geschäftsführer/Vorgesetzten.....	25
Abbildung 6: Verhältnis zu Kollegen	26
Abbildung 7: Psychische Belastungen.....	27
Abbildung 8: Gesundheitliche Beschwerden.....	28
Abbildung 9: Belastende Arbeitsbedingungen I.....	29
Abbildung 10: Belastende Arbeitsbedingungen II.....	30
Abbildung 11: Welche Gesundheitsangebote würden Sie aus heutiger Sicht in Anspruch nehmen?	31
Abbildung 12: Gründe für Nichtteilnahme	32
Abbildung 13: Wie viele Kursstunden haben Sie besucht?	33
Abbildung 14: Haben die Übungen der Rückenschule ihr Wohlbefinden verbessert? .	33
Abbildung 15: Anwendung und Einbindung der erlernten Übungen im Arbeitsalltag .	34
Abbildung 16: Wann haben Sie die Übungen zuletzt durchgeführt?	34
Abbildung 17: Beurteilung der durchgeführten Rückenschule	35

1 Einleitung

„Die wichtigsten Krankheitsursachen liegen [...] in den Lebens-, Arbeits- und Umweltverhältnissen und der Art und Weise, wie Menschen auf diese reagieren. Konsequenterweise müssen hier auch die Potentiale für eine wirksame Prävention gesucht werden.“ (Lenhardt, 1999, S. 7)

Das Kooperationsprojekt „Betriebliche Gesundheitsförderung in klein- und mittelständischen Betrieben“ der Innungskrankenkasse (IKK) Nord und der Hochschule Neubrandenburg hat es sich zum Ziel gesetzt, die Belastungen am Arbeitsplatz zu verringern, den daraus resultierenden Erkrankungen vorzubeugen und infolgedessen die Gesundheit der Erwerbstätigen zu stärken und deren Wohlbefinden zu fördern.

Das Autohaus nahm im Jahr 2004 an diesem Kooperationsprojekt teil und durchlief seitdem die drei Phasen des Konzeptes. Die ersten beiden Phasen, die Analyse- und Maßnahme- bzw. Umsetzungsphase, wurden bereits abgeschlossen. Innerhalb der Analysephase arbeitete ein Student der Hochschule Neubrandenburg belastende Arbeitsbedingungen sowie daraus resultierende gesundheitliche Belastungen der Mitarbeiter heraus. In der Maßnahme- bzw. Umsetzungsphase wurden von dem Studenten auf Basis der ermittelten Ergebnisse Lösungsvorschläge entwickelt, um den unterschiedlichen Problemen bzw. Belastungen im Unternehmen entgegenzuwirken. Diese wurden später in gesundheitsfördernde Maßnahmen umgesetzt.

Im Rahmen dieser Bachelorarbeit wird die dritte Phase, die so genannte Erfolgs- bzw. Wirksamkeitskontrolle, durchgeführt. Es soll unter anderem gezeigt werden, inwieweit die angewandten Maßnahmen den gewünschten Erfolg erlangt haben und sich der Gesundheitszustand bzw. das Gesundheitsbewusstsein der Beschäftigten verändert hat. Zunächst werden theoretische Hintergründe der Betrieblichen Gesundheitsförderung erläutert. Als wichtige Grundlage werden anschließend die Ergebnisse und Interventionsvorschläge der Analysephase aus den Jahren 2004 und 2005 vorgestellt. Das Hauptaugenmerk der Arbeit liegt im Vergleich der Ergebnisse aus der Evaluationsphase mit denen der Analysephase. Um Rückschlüsse auf einen bestimmten Betrieb zu vermeiden, wurde eine Anonymisierung vorgenommen.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Begriffsbestimmung Gesundheitsförderung

Die Gesundheitspolitik hat in den 70er und 80er Jahren einen fundamentalen Wandel vollzogen. Neben den herkömmlichen Präventionsansätzen, der Gesundheitserziehung und der Sozialhygiene entstand das Konzept der Gesundheitsförderung. Mit der Entwicklung des Konzepts der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Gesundheitsförderung erfolgte eine begriffliche Differenzierung. Infolgedessen wurde die Gesundheitsförderung von den bisherigen Ansätzen abgegrenzt und hat sich zu einem eigenständigen Begriff entwickelt. (vgl. Kerkau, 1997, S.44f)

Am 21. November 1986 wurde auf der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung die Ottawa-Charta verabschiedet, in der zum aktiven Handeln für das Vorhaben „*Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000 und darüber hinaus*“ (Priester, 1998, S. 369) aufgerufen wird. Die internationale Konferenz verstand sich in erster Linie als eine Antwort auf die wachsenden Erwartungen an eine neue öffentliche Gesundheitsbewegung und befasste sich vorrangig mit den Erfordernissen in den Industrieländern. (vgl. Priester, 1998, S. 369)

Im Sinne der Ottawa-Charta der WHO zielt die Gesundheitsförderung auf einen Vorgang, „*allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.*“ (Priester, 1998, S. 369) Diesbezüglich erläutern Bamberg et al. (1998, S. 18f) in ihren Ausführungen, dass die Gesundheitsförderung über die Prävention hinausgeht und somit ein positives Gestaltungsprinzip ist. Verdeutlicht wird, dass sich Gesundheit nicht ausschließlich auf physische Dimensionen beschränkt, sondern auch psychische und soziale Aspekte aufzeigt. Gesundheit wird hier als ein andauernder Entwicklungsprozess verstanden, welcher sich nicht nur auf das subjektive Wohlbefinden sondern auch auf Aspekte der individuellen Handlungsfähigkeit bezieht.

2.2 Betriebliche Gesundheitsförderung

Im Jahr 1997 wurde die Luxemburger Deklaration von allen Mitgliedern des Europäischen Netzwerkes für Betriebliche Gesundheitsförderung verabschiedet. Laut dieser

umfasst die Betriebliche Gesundheitsförderung „*alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz.*“ (Url: www.infoline-gesundheitsfoerderung.de, Stand: 01.04.2008)

Durch eine Kombination aus der Verbesserung der Arbeitsbedingungen und der Arbeitsorganisation, der Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung und der Stärkung persönlicher Kompetenzen kann dies erreicht werden (vgl. Url: www.infoline-gesundheitsfoerderung.de, Stand: 01.04.2008).

Im Folgenden wird die Bedeutung der Betrieblichen Gesundheitsförderung für Fachleute, Geschäftsführer und Interessenvertreter in Unternehmen und Gesundheitsinstitutionen aufgezeigt.

2.2.1 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 steht die Gesundheit im Mittelpunkt des Konzepts. 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 ist das Ziel der Gesundheitsförderung, den Menschen die Möglichkeit zu verschaffen, Widerstandsressourcen zu entwickeln, um ihre Gesundheit zu erhalten und zu fördern. Auf diese Weise sollen sie mehr Einflussmöglichkeiten zur Selbstbestimmung ihrer Gesundheit erhalten. Weiterhin geht die Autorin darauf ein, dass sich zwei konkrete Ansatzebenen für die Gesundheitsförderung, auf 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. Als Voraussetzung für eine gesundheitsfördernde Lebensweise gelten die Lebensbedingungen, da sie „*den Menschen die Wahl der gesünderen Alternative erst ermöglichen oder weiter erleichtern.*“ (Kerkau, 1997, S. 59)

2.2.2 Historischer Hintergrund

Seit den 70er und 80er Jahren hat die Gesundheitspolitik einen grundlegenden Wandel erfahren. Die bestehenden Gesundheitsversorgungssysteme der Industrieländer wurden aufgrund wachsender Probleme zunehmend kritisiert. Aus der Diskussion über eine Reform ist das Konzept zur Gesundheitsförderung entstanden, dessen Idee und die wesentlichen Inhalte können mit Hilfe verschiedener internationaler Dokumente nachvollzogen werden. (vgl. Kerkau, 1997, S. 44) Diesbezüglich sind drei Entwicklungsschritte bedeutend:

a) Ursprung und Grundlagen der Gesundheitsförderung

Das Konzept der „Primary Health Care“, welches im Jahr 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 Deklaration von Alma-Ata wird als ein erster bedeutsamer Schritt zur Gesundheitsförderung angesehen, da „eine erste vorsichtige Lösung vom medizinischen Erklärungs- und Behandlungsmonopol in der Prävention angedeutet wird“ (Franzkowiak/Sabo, 1993, S. 22). 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 dominieren. Durch diese ausschließlich biomedizinische Ausrichtung wurden die Ursachen chronischer Krankheiten nicht komplett erfasst und somit das Ziel, die Bekämpfung dieser Krankheiten, nicht erreicht. (vgl. Kerkau, 1997, S. 46f)

Anfang der 80er Jahre erfolgte ein zweiter Vorstoß zur Gesundheitsförderung durch das europäische Regionalbüro der WHO in Kopenhagen. Das Dokument "Regionalprogramm Gesundheit für alle in Europa bis zum Jahr 2000“, mit dem man 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. 47)

b) Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung

Am 21. November 1986 wurde von der WHO im kanadischen Ottawa, zum Abschluss der Ersten Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung, die Ottawa-Charta verabschiedet. In ihr wird die bisherige Entwicklung zur Gesundheitsförderung zusammengefasst. 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 aufgrund ihrer großen Verbreitung und Akzeptanz das zentrale Leitdokument der Gesundheitsförderung. 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 Lebensverhältnissen der Menschen eine wesentliche Bedeutung beigemessen. (vgl. Kerkau, 1997, S. 47f)

Aus diesem Gesundheitsförderungsverständnis leiten sich vier fundamentale Handlungsprinzipien ab (vgl. Kerkau, 1997, S. 48f):

▪ Voraussetzungen für Gesundheit

Um den Gesundheitszustand der Menschen zu verbessern, werden Grundbedingungen formuliert. Ein stabiles Ökosystem, angemessene Wohnbedingungen und Frieden sind Beispiele dafür.

▪ Interessen vertreten

Der Gesundheitszustand der Menschen wird von den Lebensverhältnissen, wie beispielsweise politische und ökonomische Bedingungen, grundlegend bestimmt. Die Aufgabe der Gesundheitsförderung besteht darin, sich für die gesundheitsförderliche Gestaltung dieser Gegebenheiten zu engagieren.

- **Befähigen und ermöglichen**

Eine autonome Einflussnahme der Menschen auf die Faktoren, die ihre Gesundheit bestimmen, wird ebenfalls als bedeutend angesehen. Daher ist es zum einen wichtig, den Menschen in Bezug auf ihre Gesundheit Handlungskompetenzen zu vermitteln. Zum anderen soll ihnen die Möglichkeit gegeben werden, eigenständige Entscheidungen bezogen auf ihre Gesundheit zu treffen.

- **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 folglich ein wichtiges Ziel dar.

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

c) 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, auf der es um die Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik ging. Die Gesundheitsförderung soll sich wieder zu einem Bestandteil der Politik und der administrativen Verantwortung entwickeln und ferner als eine soziale Aufgabe verstanden werden. (vgl. Kickbusch, 1992, S.29) Des Weiteren sollen durch die Einbeziehung der Gesundheit in die Entscheidungen der verschiedenen gesellschaftlichen Bereiche gesundheitsfördernde Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen entstehen. Ein zentrales Merkmal des Konzepts bildet somit die Bedeutung gesundheitsförderlicher Maßnahmen, die neben dem individuellen Verhalten betont wird. (vgl. Kerkau, 1997, S. 50)

In Sundsvall setzte sich die dritte internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung mit dem zweiten Handlungsfeld, der Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten, auseinander. Demnach beinhalten gesundheitsfördernde Lebenswelten Rahmenbedin-

gungen, „die den Zugang zu Ressourcen des Lebens und zu Möglichkeiten der Stärkung persönlicher Kompetenzen bestimmen“ (Kerkau, 1997, S. 50). Zur Entstehung gesundheitsförderlicher Lebenswelten wurden zahlreiche Beispiele aufgezeigt. Des Weiteren wurden vier Schlüsselstrategien zur Schaffung gesundheitsförderlicher Lebenswelten auf lokaler Ebene entwickelt. (vgl. Kerkau, 1997, S. 49 f)

Im Hinblick auf die Gesundheitsförderung führte die auf internationaler Ebene entstandene Diskussion auch im deutschsprachigen Raum zu einer Neuorientierung, aus der verschiedene Ansätze resultierten (vgl. Kerkau, 1997, S. 51).

2.2.3 Gesetzliche Grundlagen

Im Jahr 1996 kam es zur Gründung des Europäischen Netzwerkes zur Betrieblichen Gesundheitsförderung (ENWHP). Zu den Mitgliedern gehören Institutionen des Arbeitsschutzes und des öffentlichen Gesundheitswesens aus allen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU), 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 dem ständigen Erfahrungsaustausch 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 und europaweite Einsicht von Betrieblicher Gesundheitsförderung zu entwickeln, die in der Luxemburger Deklaration festgehalten ist. Das Netzwerk hat Qualitätskriterien definiert und vorbildliche europäische Praxisbeispiele dokumentiert. Außerdem hat es gemeinsame politische Empfehlungen für die Gestaltung von Betrieblicher Gesundheitsförderung ausgearbeitet und veröffentlicht. Somit trieb es den Aufbau von Infrastrukturen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in den einzelnen Ländern Europas voran. Des Weiteren betrachtet das Europäische Netzwerk die Sicherstellung des Engagements der Mitgliedsstaaten 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 den 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: 01.04.2008)

Während eines Treffens des Europäischen Netzwerkes kam es im Jahr 1997 zur Entstehung der Luxemburger Deklaration, welche die Herausforderungen für die Arbeitswelt im 21. Jahrhundert thematisiert, da sich die Arbeitswelt in einer Phase tief greifenden Wandels befindet. Wichtige Rahmenbedingungen sind beispielsweise Globalisierung, Arbeitslosigkeit, älter werdende Belegschaften, Personalabbau sowie Kundenorientierung und Qualitätsmanagement. Da der zukünftige Unternehmenserfolg von gesunden, motivierten und qualifizierten Mitarbeitern abhängt, nimmt die Betriebliche Gesundheitsförderung eine bedeutende Rolle ein, den Unternehmen und deren Angestellten auf diese zukünftigen Herausforderungen vorzubereiten. (vgl. Url: www.infoline-gesundheitsfoerderung.de, Stand: 01.04.2008)

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. Im Jahr 1989 kam es mit der Einführung des § 20 im Sozialgesetzbuch (SGB) V zum Durchbruch. Die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) erhielt einen eigenen Handlungsauftrag für den Bereich der Gesundheitsförderung und Prävention. Dementsprechend sollten die Krankenkassen Leistungen zur primären Prävention erbringen und den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen. Dadurch sollte 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 den Jahren 1988 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. Im Jahr 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 durchführen. 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 von den Krankenkassen effiziente Gesundheitsförderungsstrategien. (vgl. Sozialgesetzbuch)

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. Zur Einhaltung dieser 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)

2.2.4 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 die 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. Gegenwärtig ist die Tendenz steigend. Als Klein- und Mittelunternehmen (KMU) werden Betriebe mit weniger als 250 Mitarbeitern bezeich-

net. Mittelunternehmen beschäftigen 50 bis 250 Arbeitnehmer, Kleinunternehmen 10 bis 49 Beschäftigte und Mikro (Kleinst-)unternehmen weniger als 10 Angestellte. (vgl. Url: www.infoline-gesundheitsfoerderung.de, Stand: 01.04.2008) Neben einer geringen Mitarbeiterzahl unterscheiden sich klein- und mittelständische Unternehmen in vielerlei Hinsicht von Großunternehmen:

a) 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 Auftrags erledigung durchschlagen. Mittels zusätzlicher Anstrengungen der Beschäftigten sollen die Drucksituationen in kleineren Unternehmen ausgeglichen werden. (vgl. Gusy, 1998, S. 31)

b) Wahrnehmung und Vertretung der Beschäftigteninteressen

Institutionalisierte Interessenvertretungen wie Betriebsräte und Fachkräfte für Arbeitsschutz sind selten vorhanden. 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. (vgl. Gusy, 1998, S. 31)

c) 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. Langfristige Bindungen werden deswegen vermieden. Investitionen im Arbeits- und Gesundheitsschutz werden als nachrangig angesehen und 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. (vgl. Gusy, 1998, S. 31)

d) Soziale Rolle

Mit einer abnehmenden Betriebsgröße steigt die Bindung zwischen den unterschiedlichen Betriebsmitgliedern 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. (vgl. Gusy, 1998, S. 31f)

e) 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 auf, für die es keine Routine gibt. Diese verlangen vom Betrieb ein höheres Maß an verantwortungsvollem Denken und Handeln. (vgl. Gusy, 1998, S. 31f)

f) Die Rolle des Betriebsinhabers

Da sich klein- und mittelständische Betriebe intensiver auf die einzelnen Personen und die Prägung durch den Geschäftsführer zentrieren, werden die Mitarbeiter oft mit gegensätzlichen 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 -nehmer. (vgl. Gusy, 1998, S. 31ff)

Ein positives Beispiel für die Berücksichtigung der genannten Besonderheiten von klein- und mittelständischen Unternehmen stellt das Kooperationsprojekt „Betriebliche Gesundheitsförderung in klein- und mittelständischen Betrieben“ der IKK-Nord und der Hochschule Neubrandenburg dar.

3 Ablauf des Projektes „Betriebliche Gesundheitsförderung in klein- und mittelständischen Betrieben

Das Projekt „Betriebliche Gesundheitsförderung in klein- und mittelständischen Betrieben“ wurde im Jahr 2002 als Gemeinschaftsprojekt der Hochschule Neubrandenburg und der IKK-Nord ins Leben gerufen. Ziel dieses Projektes ist die Entwicklung und Durchsetzung betriebsspezifischer Maßnahmen, um die bestehenden Belastungen am Arbeitsplatz zu verringern, den daraus resultierenden Erkrankungen vorzubeugen und infolgedessen die Gesundheit der Erwerbstätigen zu stärken und deren Wohlbefinden zu fördern.

3.1 Phasen der Betrieblichen Gesundheitsförderung

Das Kooperationsprojekt „Betriebliche Gesundheitsförderung in klein- und mittelständischen Betrieben“ der IKK-Nord und der Hochschule Neubrandenburg durchläuft drei Phasen.

In der ersten Phase des Projektes (Analysephase) sammeln Studenten der Hochschule Neubrandenburg im Betrieb Informationen zur Erfassung des Gesundheitszustandes der Belegschaft. Dies erfolgt mittels unterschiedlicher Analyseinstrumente wie beispielsweise Mitarbeiterbefragungen.

Auf Grundlage der Erkenntnisse der ersten Phase entwickeln Studenten mit Hilfe der Geschäftsführung und der Mitarbeiter Interventionsvorschläge. Diese werden später in Maßnahmen zur Verhaltens- und Verhältnisprävention umgesetzt und zielen darauf ab, den Angestellten Bewältigungsmöglichkeiten im Umgang mit Belastungen zu vermitteln und im Unternehmen Bedingungen zu schaffen, welche die Gesundheit der Beschäftigten fördern. Dies wird als Maßnahme- und Umsetzungsphase bezeichnet.

Die dritte Phase ist die Erfolgs- bzw. Wirksamkeitskontrolle. Unter erneuter Bezugnahme der bereits verwendeten Analyseinstrumente ermitteln Studenten inwiefern die angewandten Maßnahmen die gewünschten Ziele erreicht haben.

Da die Erfolgs- bzw. Wirksamkeitskontrolle Gegenstand dieser Bachelorarbeit ist, wird im Folgenden auf die Evaluation, die angewandten Instrumente und Vorgehensweise näher eingegangen.

3.2 Evaluation

Evaluation wird von Pfaff (2001, S. 27) „*als die systematische, datengestützte Bewertung von Interventionen in sozialen Systemen und Systemzuständen*“ definiert.

Eine endgültige Bewertung einer Sache erfolgt nach Beendigung der Intervention und untersucht, ob die Maßnahme erfolgreich war. Sie wird als summative Evaluation bezeichnet und durchgeführt, um die Entscheidung treffen zu können, ob eine Maßnahme weitergeführt werden kann. Bei der formativen Evaluation wird fortlaufend die Durchführung und Wirkung einer Intervention kontrolliert, indem regelmäßig Zwischenergebnisse mit dem Ziel erstellt werden, laufende Interventionen zu modifizieren bzw. zu verbessern. Im Gegensatz zur summativen Evaluation ist die formative Evaluation komplexer, erlaubt aber keine definitiven Aussagen über die Wirksamkeit einer Intervention. (vgl. Pfaff, 2001, S. 30)

3.2.1 Instrumente der Evaluation

Zur Durchführung der Erfolgs- bzw. Wirksamkeitskontrolle der angewandten Maßnahmen werden in der betrieblichen Gesundheitsförderung Instrumente verwendet, die der Erhebungsmethode Befragung zugeordnet werden. Hierzu wird zwischen mündlicher und schriftlicher Befragung unterschieden, deren wesentlicher Unterschied in der Erhebungssituation liegt (vgl. Bortz/Döring, 2006, S. 253).

Von einer schriftlichen Befragung wird gesprochen, wenn die Teilnehmer der Befragung schriftlich vorgelegte Fragen (Fragebögen) selbstständig beantworten. Die Befragten erleben die schriftliche Befragung als anonymer, was sich günstig auf die Bereitschaft zu ehrlichen Angaben und gründlicher Auseinandersetzung mit der befragten Problematik auswirkt. Hinsichtlich des Befragungsinstrumentes sind schriftliche Befragungen in höchstem Maße standardisiert. Diese kostengünstige Untersuchungsmethode

eignet sich besonders für die Befragung homogener Gruppen und erfordert hohe Strukturierbarkeit der Befragungsinhalte. Die Gestaltung der Befragungssituation und die Begleitumstände beim Beantworten eines Fragebogens liegen allerdings in der Hand des Befragten. Bei der Befragung können offene und geschlossene Fragen verwendet werden, wobei geschlossene Fragen die Auswertung erleichtern. Bei der Mitarbeiterbefragung mittels eines Fragebogens sind die Auswahl und die Formulierung der Fragen sowie der Aufbau eines Fragebogens von entscheidender Bedeutung. Es empfiehlt sich zu prüfen, ob bereits entwickelte Fragebögen bezüglich der Thematik existieren. (Bortz/Döring, 2006, S. 253)

Da in der Analysephase des Projektes Daten mit Hilfe eines standardisierten und eines spezifisch für das jeweilige Unternehmen erstellten Fragebogens erhoben werden, bietet es sich an, relevante Fragen aus diesen Fragebögen erneut aufzugreifen.

Das Interview stellt eine Form der mündlichen Befragung dar, welches standardisiert oder unstrukturiert sein kann. Bei einem nichtstandardisierten Interview ist lediglich ein thematischer Rahmen vorgegeben und es bleibt der Fähigkeit des Interviewers überlassen, das Gespräch in Gang zu bringen. Die Äußerungen des Befragten werden mitprotokolliert oder mit Einverständnis des Befragten mit einem Tonbandgerät aufgezeichnet (vgl. Bortz/Döring, 2006, S. 238).

Zur Durchführung der Erfolgs- bzw. Wirksamkeitskontrolle der angewandten Maßnahmen wird in der betrieblichen Gesundheitsförderung ein Experteninterview mit der Geschäftsführung des jeweiligen Betriebes durchgeführt. Das Experteninterview „*zielt auf den Wissensvorsprung, der aus der privilegierten Position des Experten in einem Funktionskontext resultiert*“ (Meuser/Nagel, 2003, S. 93). Vielfach wird ein offenes leitfadengestütztes Interview angewandt. Der Gesprächsleitfaden wird flexibel und nicht im Sinne eines standardisierten Ablaufschemas gebraucht. (Meuser/Nagel, 2003, S. 93)

3.2.2 Vorgehensweise der Evaluation

Zur Durchführung der Erfolgs- bzw. Wirksamkeitskontrolle des Projektes „Betriebliche Gesundheitsförderung“ in dem jeweiligen Betrieb wird folgende Vorgehensweise angewandt:

1. Durchführung eines Interviews mit dem Geschäftsführer als Experte seines Betriebes. Hintergrund ist die Ermittlung, inwieweit die vorgeschlagenen Maßnahmen zur Verhaltens- und Verhältnisprävention umgesetzt wurden und zur möglichen Veränderung des Gesundheitszustandes beigetragen haben.
2. Auf Grundlage der schriftlichen Befragung der Mitarbeiter des jeweiligen Betriebes mittels des standardisierten und des spezifischen Fragebogens, welche in der Analysephase Anwendung fanden, werden die tatsächlich erreichten Ergebnisse der Evaluationsphase mit den versprochenen Ergebnissen der Analysephase verglichen.
3. Die Maßnahmen zur Verhaltensprävention werden auf ihre Effektivität, Praktikabilität sowie der Mitarbeiterbeteiligung überprüft.
4. Erneute Formulierung von Interventionen.

Im Jahr 2004 nahm das Autohaus an dem Kooperationsprojekt „Betriebliche Gesundheitsförderung in klein- und mittelständischen Betrieben“ teil. Die Vorgehensweise der Erfolgs- und Wirksamkeitskontrolle in diesem Betrieb wird im Folgenden dargestellt.

4 Betriebliche Gesundheitsförderung im Autohaus

4.1 Betriebliche Rahmendaten

Das Autohaus besteht seit dem Jahr 1990. Als Stammbesellschaft sind in dem Unternehmen 25 Mitarbeiter beschäftigt. Davon sind zwei Mitarbeiter als PKW-Meister und ein Mitarbeiter als Nutzfahrzeugmeister angestellt. Des Weiteren sind zwei Fachkräfte für betriebswirtschaftliche Bürotätigkeiten, eine Sachbearbeiterin am Kundenempfang sowie eine Reinigungskraft in Teilzeitstellung im Unternehmen tätig. Die übrigen Angestellten sind im PKW- und LKW-Reparaturbereich als Kfz-Mechaniker beschäftigt. Im Durchschnitt werden vier Lehrlinge ausgebildet. Das Durchschnittsalter der Belegschaft liegt bei ca. 35 Jahren. Bei der IKK sind acht Mitarbeiter/innen versichert.

Zu den Serviceleistungen des Autohauses gehören Kfz-Reparaturarbeiten (PKW bzw. LKW) und ein Abschlepp-/Pannenservice. Eine eigenständige Firma im gleichen Gebäude übernimmt den Verkauf von Autos.

Die Mitarbeiter des Autohauses arbeiten von 7.00 bis 15.30 Uhr und von 15.00 bis 22.00 Uhr im Zwei-Schichtsystem. Auch das Arbeiten am Samstag von 7.00 bis 14.00 Uhr gehört zum regulären Arbeitspensum der Beschäftigten. Ein Betriebsrat ist in dem Unternehmen nicht vorhanden.

Für die Arbeitssicherheit im Betrieb ist der Deutscher Kraftfahrzeug-Überwachungsverein (DEKRA) zuständig. Im Unternehmen treten nur selten Arbeitsunfälle auf und der Krankenstand des Autohauses ist gering.

4.2 Ergebnisse und Interventionsvorschläge der Analysephase

Im Jahr 2004 wurde das Projekt der „Betrieblichen Gesundheitsförderung“ in dem Autohaus begonnen. Im Rahmen der Analysephase wurden Beobachtungen der einzelnen Teilbereiche des Unternehmens und Gespräche mit Beschäftigten und dem Geschäftsführer durch einen Studenten der Hochschule Neubrandenburg durchgeführt. Mit Hilfe der gewonnenen Erkenntnisse und durch eine Mitarbeiterbefragung mittels eines standardisierten sowie eines spezifisch für den Betrieb erstellten Fragebogens ergaben sich folgende Resultate (vgl. Lenk, 2005, S. 68ff):

-
- Die allgemeine Zufriedenheit bezüglich des Betriebsklimas war mittelmäßig. Das Arbeitsverhältnis zum Geschäftsführer und den Kollegen sowie deren Hilfestellung bei Problemen wurde als gut beurteilt. Lob bzw. Anerkennung erhielten die Beschäftigten vom Geschäftsführer und den Kollegen hingegen nur selten.
 - Als hauptsächliche psychische Belastung wurde ein hoher Verantwortungsdruck benannt. Auch die Erfüllung von Kundenwünschen unter starkem Zeitdruck wurde als belastend empfunden.
 - Häufige gesundheitliche Beschwerden waren Rückenschmerzen/-probleme, Gliederschmerzen/Taubheit in den Gliedern, Müdigkeit/Mattigkeit sowie Kopfschmerzen.
 - Schichtarbeit, lange Arbeitszeiten und unklare Anweisungen von Vorgesetzten/Kollegen wurden als Belastungsquellen hervorgehoben. Ungünstige Lichtverhältnisse, Lärm und Gase galten besonders im Werkstattbereich als belastend. Weiterhin fühlten sich die Mitarbeiter durch langes Stehen, Sitzen und Knien wie auch durch eine einseitige und verkrampfte Körperhaltung beeinträchtigt.
 - Arbeitsschutzbestimmungen wurden häufig nicht in die Praxis umgesetzt. Dazu gehörte hauptsächlich das Tragen von Schutzbrillen und Sicherheitsschuhen.

Um den Mitarbeitern Bewältigungsmöglichkeiten im Umgang mit Belastungen zu vermitteln und im Unternehmen Bedingungen zu schaffen, welche die Gesundheit der Beschäftigten fördern, wurden folgende Interventionsvorschläge erarbeitet (vgl. Lenk, 2005, S. 108f):

- *Maßnahmen zur Verhaltensprävention*
 1. Arbeitsplatzbezogene Rückenschulung zur Linderung von Rückenschmerzen wie auch zur Stärkung bestimmter Muskelgruppen, speziell im Nacken- und Rückenbereich.
 2. Kontrolle der Einhaltung von Arbeitsschutzbestimmungen durch Vorgesetzte.
- *Maßnahmen zur Verhältnisprävention*
 1. Eine ungenügende Absicherung bei Reparatureinsätzen auf Straßen erfordert die Anschaffung besserer Warnsysteme.

2. Die im Werkstattbereich befindlichen Montagegruben weisen eine unzureichende Tiefe auf. Da hierdurch Rückenprobleme verursacht werden können, bedarf es baulicher Veränderungen.
3. Installation normgerechter Abgasabsauganlagen zur Verminderung der starken Abgaskonzentrationen im Werkstattbereich.

Im Rahmen einer Präsentation wurden die ermittelten Erkenntnisse und die daraus entwickelten Interventionsvorschläge dem Geschäftsführer, IKK-Vertretern sowie der betreuenden Professorin vorgestellt und diskutiert. Ob und inwieweit die Interventionsvorschläge umgesetzt wurden und eventuell zur Verbesserung der Gesundheit der Mitarbeiter beigetragen haben, wurde im Rahmen der Evaluationsphase ermittelt. Hierzu erfolgten ein Experteninterview mit dem Geschäftsführer sowie eine erneute Mitarbeiterbefragung. Die ermittelten Erkenntnisse werden in den folgenden Abschnitten dargelegt.

4.3 Ergebnisse der Evaluationsphase

4.3.1 Zusammenfassung des Interviews mit dem Geschäftsführer

Das unstrukturierte Interview fand am 15.05.2008 um 14.00 Uhr im Büroraum des Autohauses statt. Zu Beginn erfolgte die persönliche Vorstellung der Interviewerin wie auch die Intention der Durchführung. Im Anschluss daran wurde die Analyse- und Durchführungsphase reflektiert. Auf die Frage nach der Realisierung der vorgeschlagenen Maßnahmen zur Verhaltens- und Verhältnisprävention stellte sich heraus, dass alle Interventionen umgesetzt wurden.

Die angebotene Rückenschulung wurde von den Mitarbeitern unterschiedlich angenommen, was auf die Individualität der einzelnen Beschäftigten zurückgeführt wurde. Insgesamt haben sich zehn Mitarbeiter an dem Rückenschulkurs beteiligt. Der Geschäftsführer nahm nicht teil. Es wurde versucht, jedem Angestellten die Teilnahme zu ermöglichen, jedoch lag die Schwierigkeit in der Abstimmung mit den Schichtplänen.

Um die Arbeitsbedingungen im Unternehmen zu optimieren, wurden im Werkstattbereich bauliche Veränderungen an einer Montagegrube vorgenommen. Zur Senkung der Abgaskonzentrationen in diesem Bereich erfolgte die Anschaffung einer Abgasabsaug-

anlage. Zur Absicherung der Beschäftigten bei Reparaturarbeiten auf Straßen wurden neue Blitzlampen erworben. Da die Einhaltung von Arbeitsschutzbestimmungen bemängelt wurde, finden stärkere Kontrollen durch den Meister statt.

Mit der Umsetzung der vorgeschlagenen Interventionen hat sich das Gesundheitsverhalten wie auch der Gesundheitszustand der Mitarbeiter im Allgemeinen verbessert. Die Teilnehmer der Rückenschule versuchten die erworbenen Fähigkeiten in ihrem Arbeitsalltag anzuwenden und zwei der Beschäftigten haben das Rauchen aufgegeben. Zusätzlich hat sich das Betriebsklima verbessert.

Auf die Fragen, ob seine Erwartungen an das Projekt erfüllt wurden und was man hätte besser machen können, kritisierte der Geschäftsführer lediglich die Langatmigkeit des Projektes. Durch den positiven Einfluss auf die Gesundheit seiner Angestellten haben sich die Hoffnungen des Geschäftsführers an das Projekt erfüllt.

4.3.2 Auswertung der Mitarbeiterbefragung

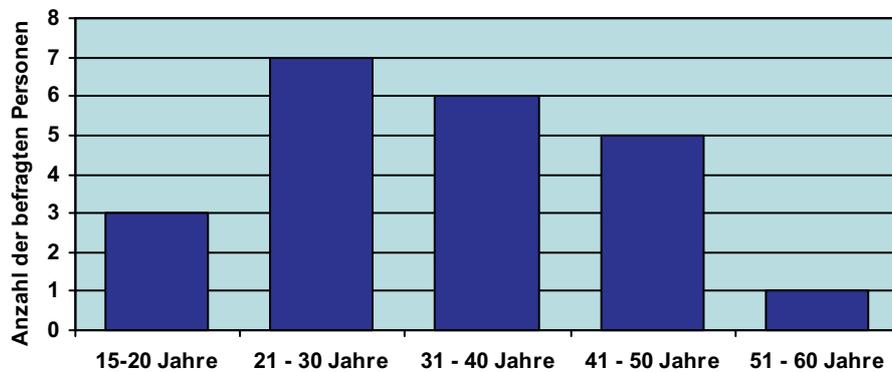
Die im Mai 2008 durchgeführte Befragung der Mitarbeiter des Autohauses erfolgte auf Grundlage des standardisierten und des spezifischen Fragebogens, welche in der Analysephase 2004/2005 Anwendung fanden. Um die Mitarbeiter zur Teilnahme an der erneuten Befragung zu motivieren, wurden nur solche Fragen ausgewählt, deren Beantwortung in der Analysephase auffällige Ergebnisse aufwies.

Im Rahmen der erneuten Befragung wurden 25 Fragebögen an die Mitarbeiter ausgeteilt. Von 22 Beschäftigten des Autohauses (zwei Frauen und 20 Männer) wurden die Fragebögen beantwortet. Die Rücklaufquote beträgt somit 88 %.

Zum besseren Vergleich der Befragungsergebnisse der Evaluationsphase 2008 mit denen der Analysephase 2004/2005 werden im Folgenden ausgewählte Fragen in den Kategorien Beschreibung der Stichprobe, Gesundheitsbewusstsein der Mitarbeiter, Betriebsklima, psychische Belastungen, gesundheitliche Beschwerden, belastende Arbeitsbedingungen und Gesundheitsangebote zusammengefasst.

4.3.2.1 Beschreibung der Stichprobe

Aufgrund der Anonymität der durchgeführten Mitarbeiterbefragungen in der Analyse- und Evaluationsphase war eine Zuordnung der einzelnen Fragebögen zu den jeweiligen Befragten nicht möglich. Infolgedessen konnte nicht nachgeprüft werden, welcher Mitarbeiter an der ersten und bzw. oder zweiten Befragung teilgenommen hat. In Anbetracht dessen kann nicht von einer Messwiederholung gesprochen werden. Demzufolge handelt es sich beim Vergleich der beiden Befragungsergebnisse nicht um zwei identische Stichproben, sondern um den Vergleich von Kohorten.

Abbildung 1: Altersverteilung

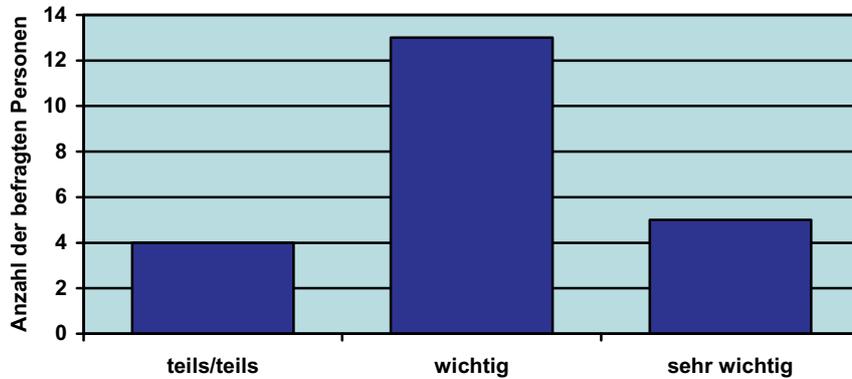
(Quelle: eigene Darstellung)

In der Abbildung 1 ist die Altersstruktur der Befragten dargestellt. Drei Personen in der Altersgruppe von 15 bis 20 Jahren, sechs Beschäftigte zwischen 31 bis 40 Jahren, fünf Angestellte zwischen 41 bis 50 Jahren sowie eine Person zwischen 51 und 60 Jahren sind mit einer guten Beteiligung vertreten. Den größten Anteil bei der Befragung machte die Altersgruppe der 21 bis 30 Jährigen mit einer Beteiligung von sieben Mitarbeitern aus.

4.3.2.2 Gesundheitsbewusstsein der Mitarbeiter

Die Ermittlung des Gesundheitsbewusstseins der Mitarbeiter stellte einen wichtigen Bestandteil der Befragung dar. Es galt herauszufinden, welchen Stellenwert die Gesundheit im Leben der Beschäftigten einnimmt und inwiefern sich dieser nach der Durchführung der Analyse- und Umsetzungsphase im Vergleich zur Evaluationsphase verändert hat.

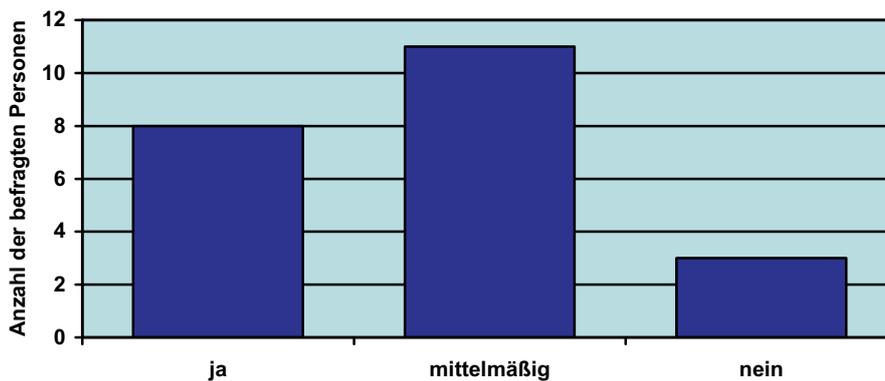
Abbildung 2: Wie wichtig ist Ihnen Ihre Gesundheit?



(Quelle: eigene Darstellung)

Die Befragung ergab, dass die Gesundheit von 13 Mitarbeitern (59,1 %) als wichtig und von fünf Beschäftigten (22,7 %) als sehr wichtig empfunden wird. Jedoch ist für vier Personen, mit einer Beteiligung von 18,2 %, die Gesundheit nur teils/teils wichtig. Folglich nimmt deren Gesundheit nur einen mittelmäßigen Stellenwert in ihrem Leben ein.

Abbildung 3: Geben Sie seit dem durchgeführten Projekt der "Betrieblichen Gesundheitsförderung" in Ihrem Betrieb mehr Acht auf Ihre Gesundheit?



(Quelle: eigene Darstellung)

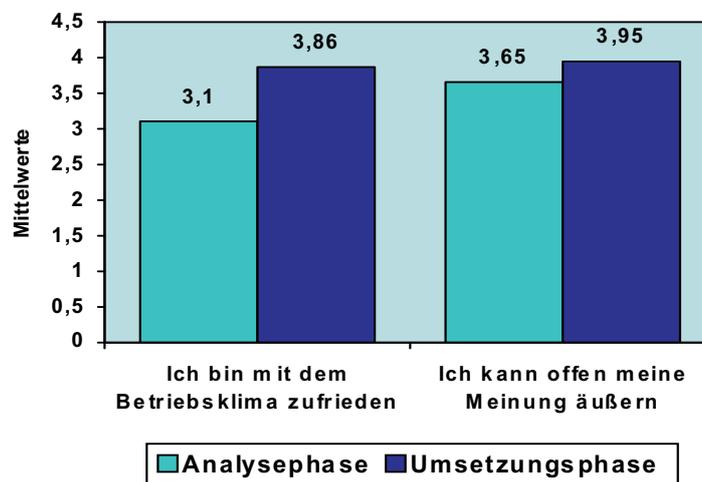
Anhand der Abbildung 3 ist zu erkennen, dass acht Mitarbeiter (36,4 %) nach der Durchführung der Analyse- und Umsetzungsphase mehr als zuvor auf ihre Gesundheit

achten. Bei der Hälfte der Befragten (50 %) ist dies jedoch nur teilweise der Fall. Des Weiteren gaben drei Personen (13,6 %) an, dass das Projekt überhaupt keine positive Beeinflussung auf deren Gesundheitsbewusstsein hatte und sie dementsprechend nicht mehr als zuvor auf ihre Gesundheit achten. Eventuell könnte es sich dabei um die Befragten handeln, welche vorab angaben, dass deren Gesundheit nur einen mittelmäßigen Stellenwert in ihrem Leben einnimmt und es ihnen demzufolge nicht von Wichtigkeit erscheint auf ihre Gesundheit Acht zu geben.

4.3.2.3 Betriebsklima

Der Arbeitsplatz und der Umgang mit allen Betriebsangehörigen können einen wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit der Mitarbeiter haben. Daher wurden die Beschäftigten des Autohauses erneut nach wesentlichen Aspekten des Betriebsklimas befragt. Die Ergebnisse der Evaluationsphase im Vergleich mit denen der Analysephase sollen zeigen, ob und inwiefern sich das Betriebsklima in dem Autohaus verändert hat.

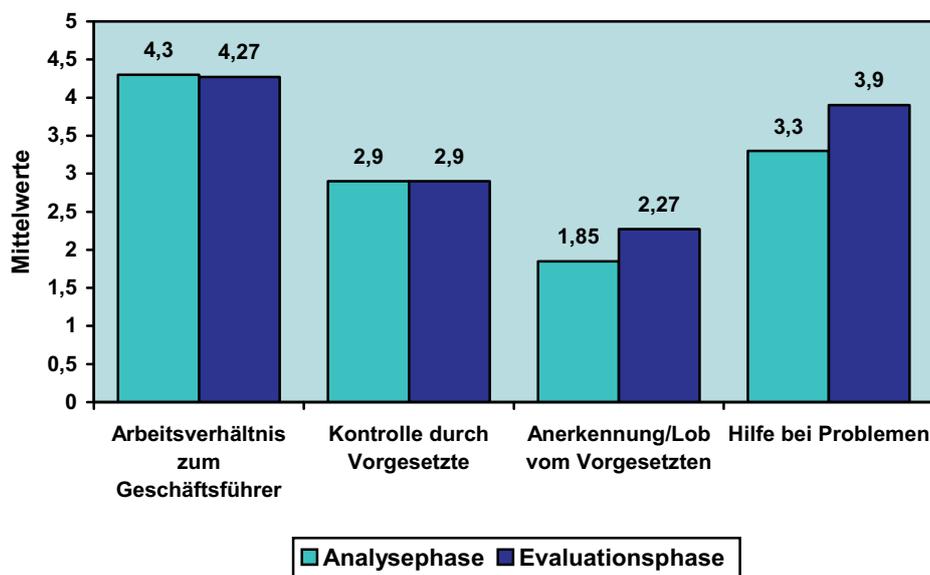
Abbildung 4: Betriebsklima



(Quelle: eigene Darstellung)

Aus der Abbildung 4 ist ersichtlich, dass sich das Betriebsklima und die Möglichkeit der offenen Meinungsäußerung im Vergleich zur Analysephase aus Sicht der Mitarbeiter in dem Unternehmen verbessert haben. Dargestellt sind die Mittelwerte 3,1 und 3,86 bzw. 3,65 und 3,95 (nie = 1, selten = 2, gelegentlich = 3, oft = 4 und immer = 5).

Abbildung 5: Verhältnis zum Geschäftsführer/Vorgesetzten

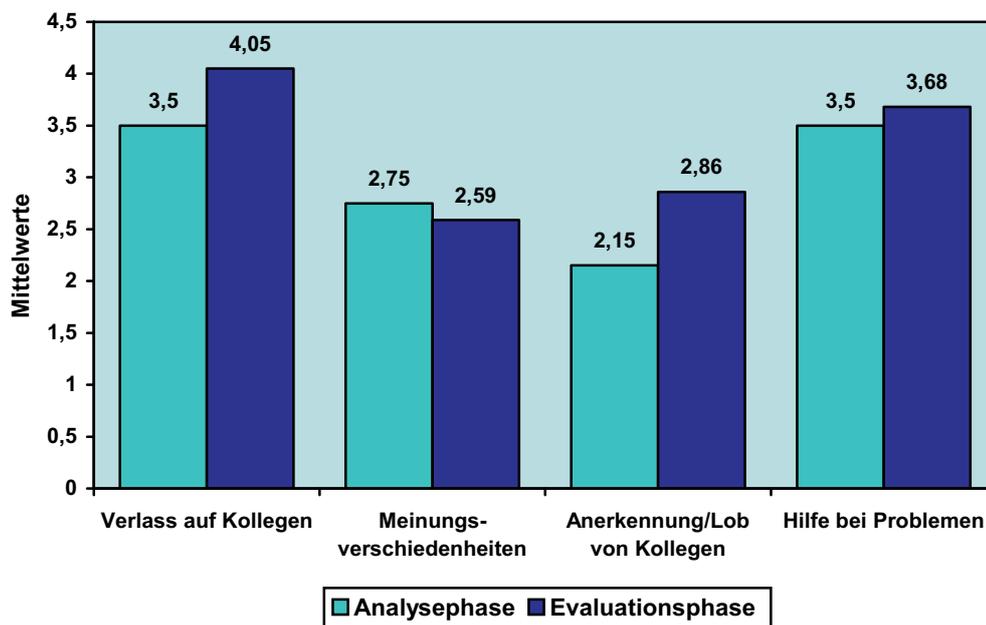


(Quelle: eigene Darstellung)

Aus der grafischen Darstellung geht hervor, dass die Mitarbeiter ihr Arbeitsverhältnis zum Geschäftsführer als anhaltend gut empfinden. Dargestellt sind die Mittelwerte 4,3 und 4,27 (sehr schlecht = 1, schlecht = 2, mäßig = 3, gut = 4 und sehr gut = 5). Des Weiteren fühlen sich die Beschäftigten mit einem konstanten Mittelwert von 2,9 (nie = 1, selten = 2, gelegentlich = 3, oft = 4 und immer = 5) gelegentlich durch ihren Vorgesetzten kontrolliert. Weiterhin wurde die Frage nach Lob und Anerkennung seitens des Vorgesetzten betrachtet. Bereits bei der Befragung während der Analysephase wurde ersichtlich, dass die Angestellten nicht genügend Lob bzw. Anerkennung bei guter Arbeit erhalten. Dieser Sachverhalt wurde im Rahmen der zweiten Befragung erneut bestätigt. Es wurden nur Mittelwerte von 1,85 und 2,27 (nie = 1, selten = 2, gelegentlich = 3, oft = 4 und immer = 5) erreicht. Im Vergleich zur Analysephase war eine leichte Verbesserung zu erkennen, welche dennoch einen unzureichenden Zustand darstellt.

Ein weiterer Aspekt der Erhebung war die Frage nach der Unterstützung des Vorgesetzten bezüglich vorhandener Probleme seiner Mitarbeiter. Im Vergleich zur Analysephase hatten die Angestellten vermehrt die Möglichkeit, ihren Vorgesetzten bei Problemen hinzuzuziehen. Diesbezüglich ergaben sich Mittelwerte von 3,3 und 3,9 (nie = 1, selten = 2, gelegentlich = 3, oft = 4 und immer = 5).

Abbildung 6: Verhältnis zu Kollegen



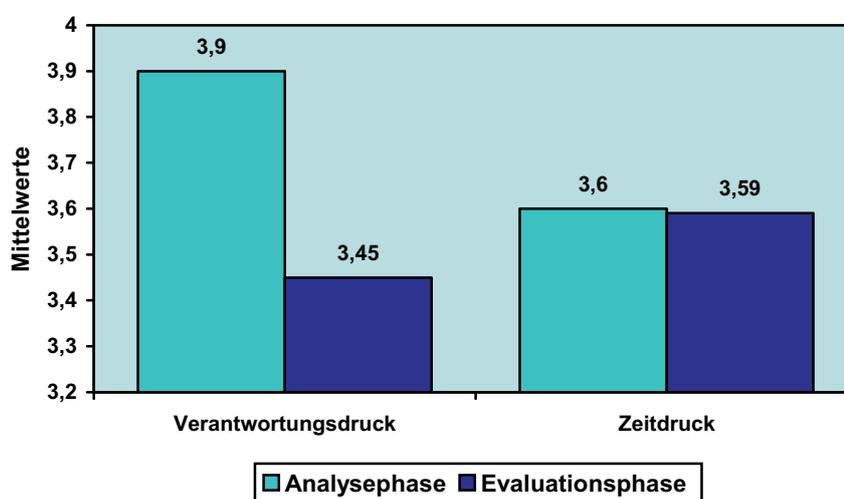
(Quelle: eigene Darstellung)

Anhand der Abbildung 6 ist ersichtlich, dass sich die Mitarbeiter im Vergleich zur Analysephase öfter auf ihre Kollegen verlassen können. Des Weiteren haben die Meinungsverschiedenheiten zwischen den Beschäftigten geringfügig abgenommen. Dargestellt sind die Mittelwerte 3,5 und 4,05 bzw. 2,75 und 2,59 (nie = 1, selten = 2, gelegentlich = 3, oft = 4 und immer = 5). Weiterhin wurde die Frage nach Lob und Anerkennung von Kollegen betrachtet. Bereits die Befragung während der Analysephase brachte zum Ausdruck, dass die Mitarbeiter bei guter Arbeit nicht genügend Lob bzw. Anerkennung von ihren Kollegen erhalten. Dieser Sachverhalt wurde im Rahmen der zweiten Befragung erneut bestätigt. Es wurden nur Mittelwerte von 2,15 und 2,86 (nie = 1, selten = 2, gelegentlich = 3, oft = 4 und immer = 5) erreicht. Im Vergleich zur Analysephase war eine leichte Verbesserung zu erkennen, welche dennoch eine unzureichende Situation für die Mitarbeiter darstellt. Aus den Angaben der Befragten ging des Weiteren hervor, dass die Beschäftigten öfter mit ihren Kollegen über Probleme sprechen können. In Bezug darauf ergaben sich Mittelwerte von 3,5 und 3,68 (nie = 1, selten = 2, gelegentlich = 3, oft = 4 und immer = 5).

4.3.2.4 Psychische Belastungen

Psychische Belastungen im Zusammenhang mit der Erwerbstätigkeit sind für die psychische und körperliche Gesundheit von großer Bedeutung. In Anbetracht dessen wurden die Mitarbeiter des Autohauses erneut nach speziellen Aspekten vorhandener psychischer Belastungen befragt. Es galt herauszufinden, ob und inwiefern sich diese nach der Durchführung der Analyse- und Umsetzungsphase im Vergleich zur Evaluationsphase verändert haben.

Abbildung 7: Psychische Belastungen



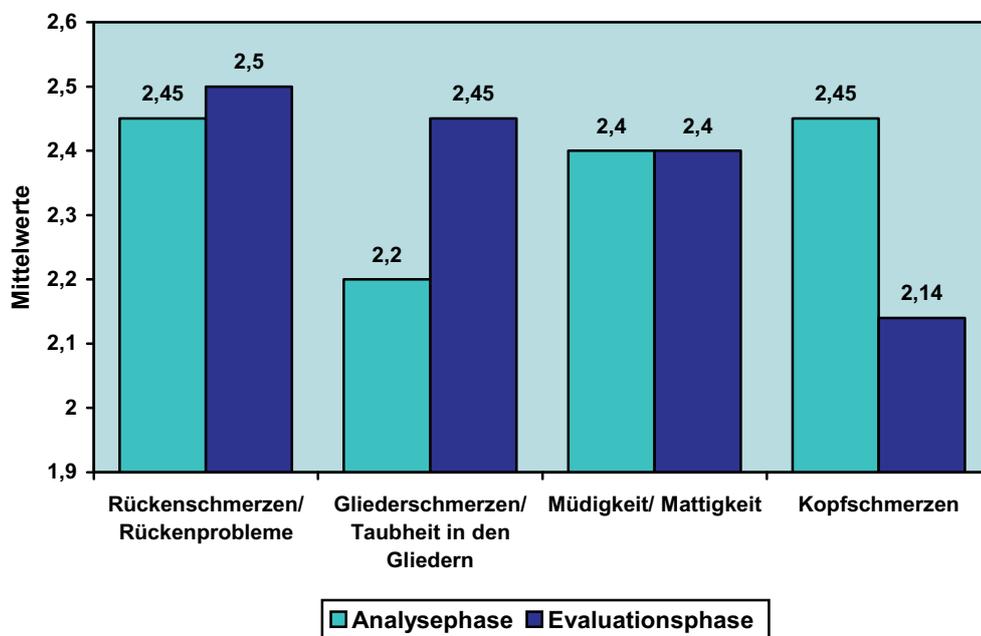
(Quelle: eigene Darstellung)

Anhand der Abbildung 7 ist erkennbar, dass der Verantwortungsdruck für die Mitarbeiter abgenommen hat. Obgleich eine Verbesserung ersichtlich ist, stellt der hohe Verantwortungsdruck dennoch eine ungenügende Situation für die Beschäftigten dar. Diesbezüglich ergaben sich Mittelwerte von 3,9 und 3,45 (nie = 1, selten = 2, gelegentlich = 3, oft = 4 und immer = 5). Weiterhin ergab die Befragung, dass die Angestellten mit fast gleich bleibenden Mittelwerten von 3,6 und 3,59 (nie = 1, selten = 2, gelegentlich = 3, oft = 4 und immer = 5) gelegentlich bis oft unter starkem Zeitdruck arbeiten. Folgernd kann gesagt werden, dass der starke Zeitdruck wie auch der hohe Verantwortungsdruck einen mangelhaften Zustand für die Mitarbeiter des Autohauses darstellen, weil psychische Belastungen auf Dauer den Organismus schädigen.

4.3.2.5 Gesundheitliche Beschwerden

Die Befragungsergebnisse der Analysephase zeigten einige gesundheitliche Beschwerden auf. Dabei handelte es sich vorwiegend um Rückenschmerzen. Auch Kopfschmerzen, Müdigkeit/Mattigkeit und Gliederschmerzen/Taubheit in den Gliedern wurden als häufige Beschwerden angegeben. Mittels des Evaluationsfragebogens wurden die Beschäftigten diesbezüglich erneut befragt. Die Gegenüberstellung der Befragungsergebnisse der Evaluationsphase 2008 mit denen der Analysephase 2004/2005 sollen mögliche Veränderungen sichtbar machen.

Abbildung 8: Gesundheitliche Beschwerden



(Quelle: eigene Darstellung)

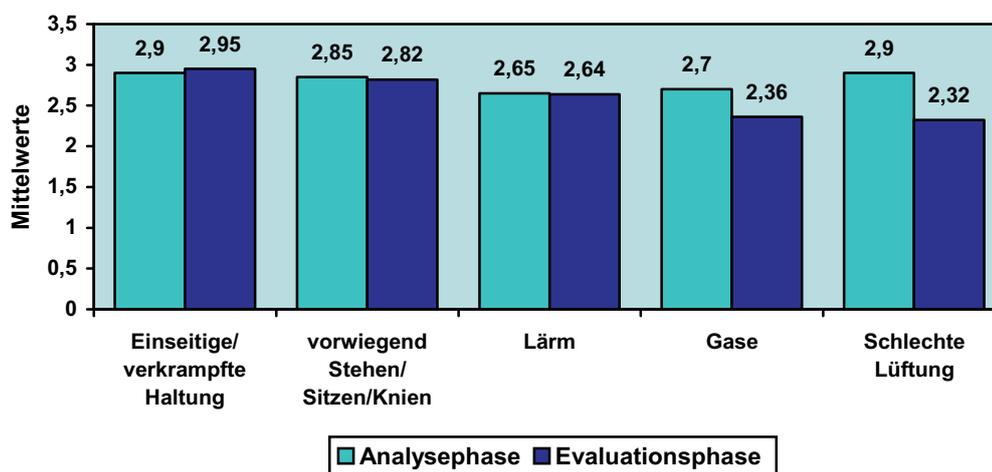
Aus der Abbildung 8 geht hervor, dass das Auftreten der gesundheitlichen Beschwerden Rückenschmerzen und Gliederschmerzen bzw. Taubheit in den Gliedern bei den Mitarbeitern während bzw. unmittelbar nach der Arbeit minimal gestiegen ist. Dargestellt sind die Mittelwerte 2,45 und 2,5 bzw. 2,2 und 2,45 (nie = 1, selten = 2, gelegentlich = 3, oft = 4 und immer = 5). Des Weiteren sind die Beschäftigten mit einem konstanten Mittelwert von 2,4 (nie = 1, selten = 2, gelegentlich = 3, oft = 4 und immer = 5) selten bis gelegentlich von Müdigkeit und Mattigkeit am Arbeitsplatz betroffen. Ferner ergab der Vergleich der Befragungsergebnisse mit Mittelwerten von 2,45 und 2,14 (nie = 1,

selten = 2, gelegentlich = 3, oft = 4 und immer = 5) einen leichten Rückgang beim Auftreten der gesundheitlichen Beschwerde Kopfschmerzen.

4.3.2.6 Belastende Arbeitsbedingungen

In Rahmen der Analysephase 2004/2005 wurden einige von den Angestellten als belastend empfundene Arbeitsbedingungen im Autohaus sichtbar. Mittels des Evaluationsfragebogens wurden die Mitarbeiter diesbezüglich erneut befragt. Es galt herauszufinden, ob die als besonders belastend empfundenen Arbeitsbedingungen im Vergleich zur Analysephase beständig sind.

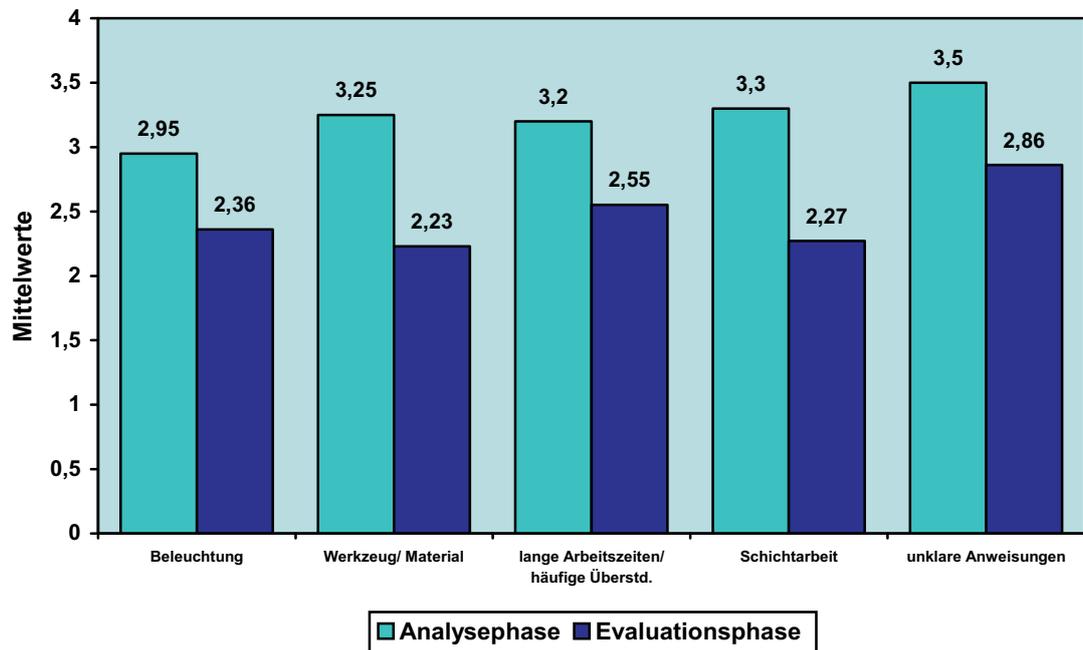
Abbildung 9: Belastende Arbeitsbedingungen I



(Quelle: eigene Darstellung)

Anhand der Abbildung 9 ist zu erkennen, dass die Arbeitsbedingungen einseitige/verkrampfte Haltung, vorwiegend Stehen/Sitzen/Knien sowie Lärm von den Mitarbeitern des Autohauses als anhaltend belastend empfunden werden. Beim Vergleich der Mittelwerte (nie = 1, selten = 2, gelegentlich = 3, oft = 4 und immer = 5) ergaben sich demzufolge kaum sichtbare Unterschiede zwischen der Befragung in der Analyse- und der Evaluationsphase. Weiterhin wurde eine leichte Reduktion der Belastung durch Gase sichtbar. Dieses Ergebnis kann durch den Einsatz einer Abgasabsauganlage erklärt werden. In Bezug darauf ergaben sich Mittelwerte von 2,7 und 2,36 bzw. 2,9 und 2,32 (nie = 1, selten = 2, gelegentlich = 3, oft = 4 und immer = 5).

Abbildung 10: Belastende Arbeitsbedingungen II

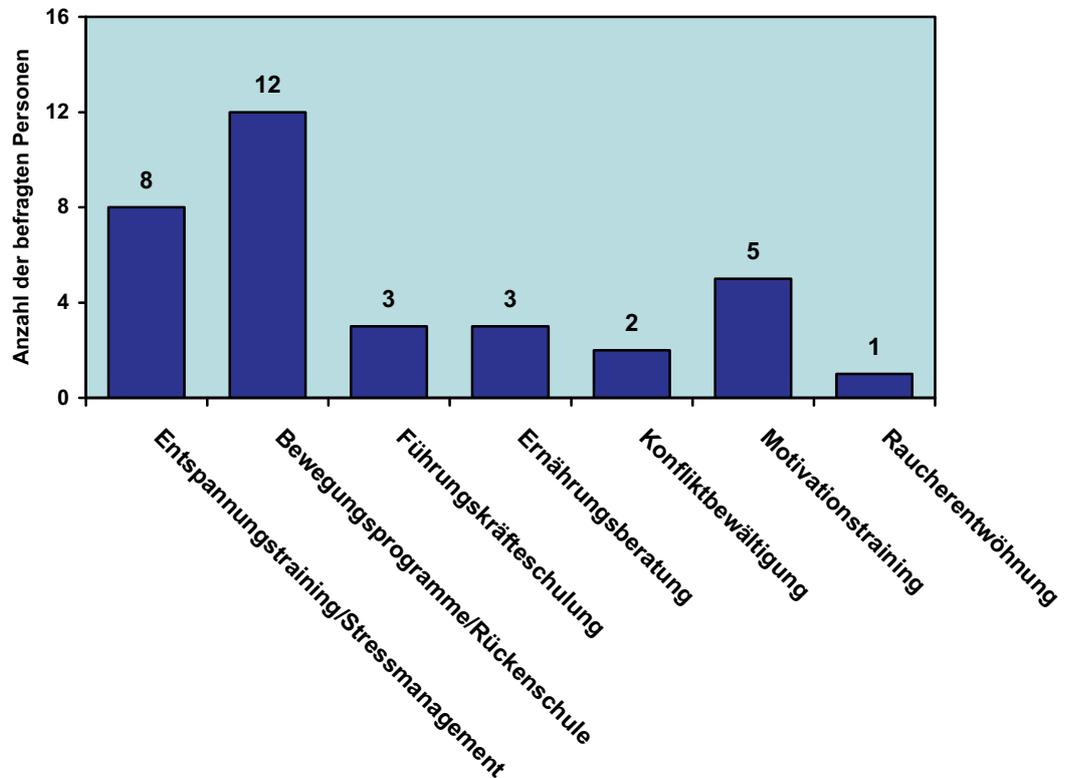


(Quelle: eigene Darstellung)

In der Analysephase gaben die Mitarbeiter neben ungünstigen Lichtverhältnissen auch fehlendes/schlechtes Werkzeug bzw. Material als belastend an. Anhand der Abbildung 10 ist ein Rückgang beider Belastungen ersichtlich. Dargestellt sind die Mittelwerte 2,95 und 2,36 bzw. 3,25 und 2,23 (nie = 1, selten = 2, gelegentlich = 3, oft = 4 und immer = 5). Weiterhin ergab der Vergleich der Befragungsergebnisse, dass die belastenden Arbeitsbedingungen lange Arbeitszeiten/häufige Überstunden sowie Schichtarbeit mit Mittelwerten von 3,2 und 2,55 bzw. 3,3 und 2,27 (nie = 1, selten = 2, gelegentlich = 3, oft = 4 und immer = 5) aus Sicht der Beschäftigten abgenommen haben. Des Weiteren sahen sich die Angestellten in der Analysephase gelegentlich bis oft mit unklaren oder widersprüchlichen Anweisungen/Informationen konfrontiert und stellten diese belastenden Arbeitsbedingungen folglich als hauptsächliche Belastungsquelle heraus. Im Vergleich zur Evaluationsphase wurde diesbezüglich eine Besserung ersichtlich. Darauf Bezug nehmend ergaben sich Mittelwerte von 3,5 und 2,86 (nie = 1, selten = 2, gelegentlich = 3, oft = 4 und immer = 5).

4.3.2.7 Gesundheitsangebote

Abbildung 11: Welche Gesundheitsangebote würden Sie aus heutiger Sicht in Anspruch nehmen?



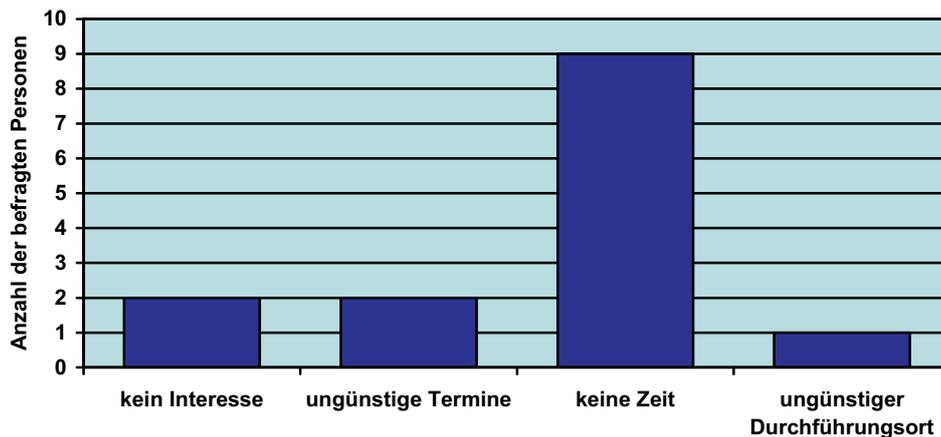
(Quelle: eigene Darstellung)

Im Rahmen des Evaluationsfragebogens wurden die Mitarbeiter des Autohauses befragt, ob sie nochmals Gesundheitsangebote in Anspruch nehmen möchten. Anhand der Abbildung 11 ist ersichtlich, dass acht Beschäftigte an einem Entspannungstraining/Stressmanagement und fünf Angestellte an einem Motivationstraining teilnehmen würden. Eine Führungskräfteschulung sowie eine Ernährungsberatung würden von jeweils drei Mitarbeitern in Anspruch genommen werden. Des Weiteren wurden von zwei Beschäftigten eine Konfliktbewältigung und von einer Person eine Raucherentwöhnung gewünscht. An einer Rückenschule sind abermals 12 Mitarbeiter interessiert. Eventuelle Motive der Beschäftigten für die erneute Teilnahme an einer Rückenschule werden im nächsten Abschnitt aufgezeigt.

4.3.3 Evaluation der Rückenschule

Um den Mitarbeitern Bewältigungsmöglichkeiten im Umgang mit bestehenden Belastungen zu vermitteln und zu gesundheitsförderlichem und eigenverantwortlichem Handeln zu befähigen, wurde im Rahmen der Analysephase 2004/2005 als Interventionsmaßnahme eine Rückenschule vorgeschlagen. Diese wurde im Jahr 2007 von einem Physiotherapeuten im Pausenraum des Autohauses durchgeführt und zehn Angestellte nahmen daran teil. Im Anschluss an den Kurs war es den Beschäftigten jedoch nicht möglich, eine Bewertung zur durchgeführten Rückenschulung abzugeben. In der Evaluationsphase 2008 wurde dies im Zuge der erneuten Mitarbeiterbefragung nachgeholt. Die ermittelten Resultate werden im Folgenden dargestellt.

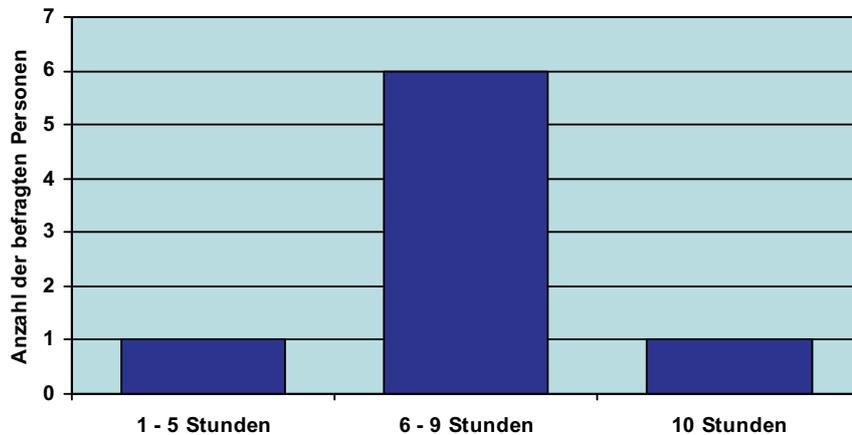
Abbildung 12: Gründe für Nichtteilnahme



(Quelle: eigene Darstellung)

Warum weniger als die Hälfte der Angestellten an der Rückenschule teilnahmen, wurde im Evaluationsfragebogen näher beleuchtet. Als Hauptgrund wurde von neun Beschäftigten der Zeitfaktor benannt. Zudem gaben jeweils zwei Mitarbeiter mangelndes Interesse und ungünstige Terminlage als Grund für die Nichtteilnahme an. Eine Person begründete ihr Fernbleiben mit dem gewählten Ort der Rückenschule.

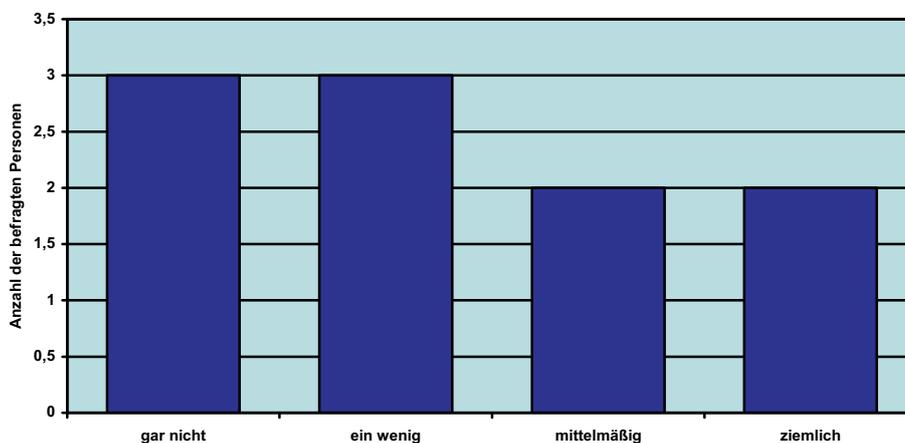
Abbildung 13: Wie viele Kursstunden haben Sie besucht?



(Quelle: eigene Darstellung)

Aus der Abbildung 12 ist ersichtlich, dass eine Person alle zehn Kursstunden besucht hat. Sechs Mitarbeiter, und somit die Mehrzahl der Beschäftigten, nahmen an sechs bis neun Stunden teil. Des Weiteren nahm ein Angestellter die angebotenen Kursstunden ein bis fünf Mal in Anspruch. Ein Mitarbeiter machte keine Angaben.

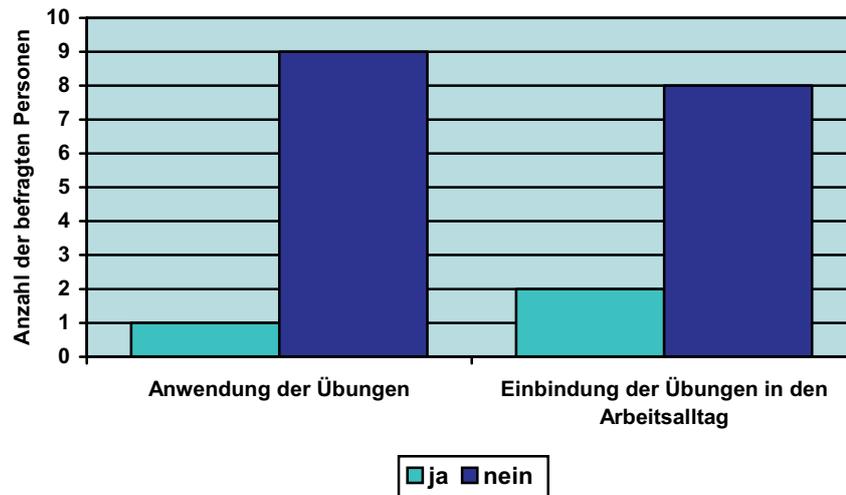
Abbildung 14: Haben die Übungen der Rückenschule Ihr Wohlbefinden verbessert?



(Quelle: eigene Darstellung)

Nach Angaben von jeweils drei Beschäftigten haben die Übungen der Rückenschule gar nicht bzw. ein wenig zur Verbesserung deren Wohlbefindens beigetragen. Hingegen erklärten jeweils zwei Mitarbeiter, dass sich ihr Wohlbefinden mit Hilfe der Übungen mittelmäßig und ziemlich verbessert hat.

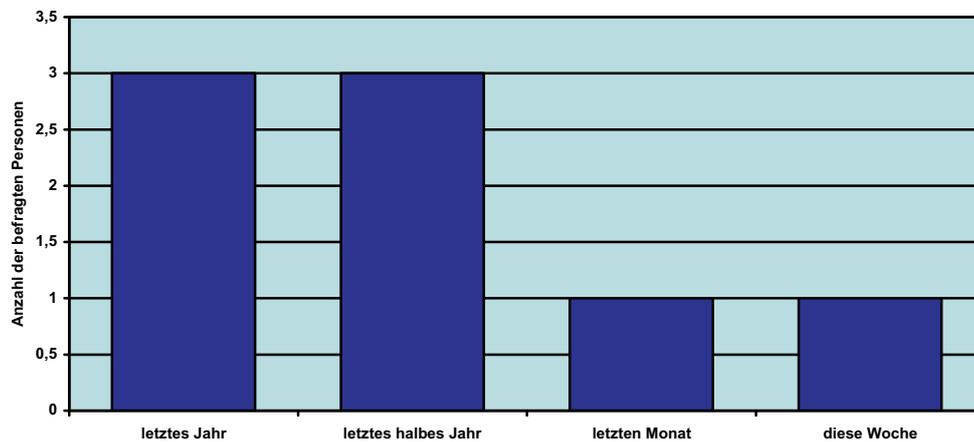
Abbildung 15: Anwendung und Einbindung der erlernten Übungen im Arbeitsalltag



(Quelle: eigene Darstellung)

Anhand der Abbildung 15 ist ersichtlich, dass von zehn Kursteilnehmern nur eine Person die erlernten Übungen fortlaufend anwendet. Diese Tatsache kann eventuell darin begründet sein, dass die Mehrzahl der Mitarbeiter die erworbenen Fähigkeiten nicht in ihren Arbeitsalltag einbinden konnten.

Abbildung 16: Wann haben Sie die Übungen zuletzt durchgeführt?

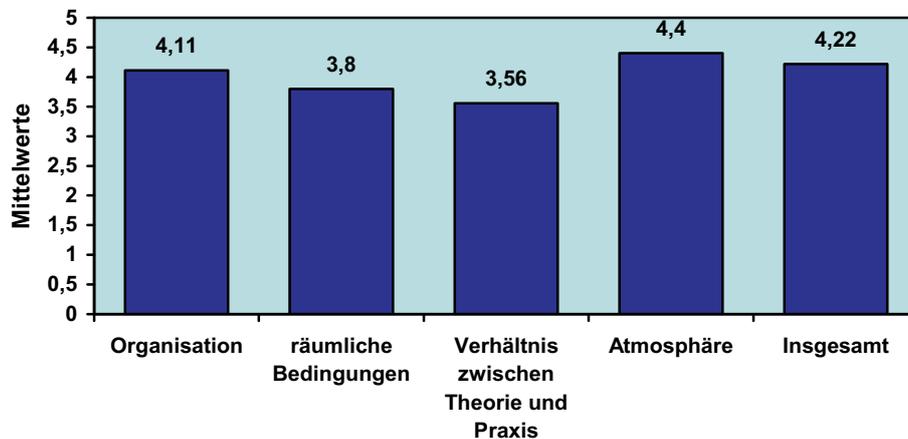


(Quelle: eigene Darstellung)

Wie in der Abbildung 16 dargestellt, ist die beständige Anwendung der Übungen nicht bei jedem Kursteilnehmer gewährleistet. Jeweils drei Beschäftigte gaben an, dass sie die erlernten Übungen zuletzt im vorherigen Jahr bzw. im letzten halben Jahr durchgeführt

haben. Weiterhin wurden die Übungen von jeweils einer Person im letzten Monat bzw. in dieser Woche ausgeführt.

Abbildung 17: Beurteilung der durchgeführten Rückenschule



(Quelle: eigene Darstellung)

Anhand der Abbildung 17 ist ersichtlich, dass die Rückenschulung von den Kursteilnehmern insgesamt mit einem Mittelwert von 4,22 (sehr schlecht = 1, schlecht = 2, mittelmäßig = 3, gut = 4 und sehr gut = 5) als gut beurteilt wurde. Den Teilnehmern wurde darüber hinaus die Möglichkeit gegeben, einige Aspekte der durchgeführten Rückenschule wie Atmosphäre, räumliche Bedingungen, Verhältnis zwischen Theorie und Praxis sowie Organisation zu bewerten. Besonders die allgemeine Organisation des Kurses und die Gruppenatmosphäre mit Mittelwerten von 4,11 und 4,4 (sehr schlecht = 1, schlecht = 2, mittelmäßig = 3, gut = 4 und sehr gut = 5) wurden als gut bis sehr gut empfunden. Des Weiteren waren die Teilnehmer mit den räumlichen Bedingungen mit einem Mittelwert von 3,8 (nicht zufrieden = 1, wenig zufrieden = 2, mittelmäßig zufrieden = 3, zufrieden = 4 und sehr zufrieden = 5) zufrieden. Zudem wurde das Verhältnis zwischen Theorie und Praxis von den Teilnehmern als mittelmäßig bis gut beurteilt. Diesbezüglich ergab sich der Mittelwert von 3,56 (sehr schlecht = 1, schlecht = 2, mittelmäßig = 3, gut = 4 und sehr gut = 5).

5 Fazit

Das durchgeführte Projekt der „Betrieblichen Gesundheitsförderung in klein- und mittelständischen Betrieben“ lieferte einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung des Gesundheitszustandes der Belegschaft wie auch zur Optimierung des Betriebsklimas. Durch die Umsetzung der Interventionsvorschläge zur Verhältnis- und Verhaltensprävention wurden zum einen Arbeitsbedingungen geschaffen, welche die Gesundheit der Mitarbeiter fördern. Zum anderen konnten Bewältigungsmöglichkeiten im Umgang mit Belastungen aufgezeigt werden.

Die von der IKK-Nord angebotene Rückenschule vermochte jedoch nur bedingt zur Verbesserung der Gesundheit und des Wohlbefindens der teilnehmenden Mitarbeiter beitragen. Die erlernten Übungen und die daraus resultierenden Fähigkeiten der durchgeführten Rückenschule konnten nicht in den Arbeitsalltag eingebunden und beständig angewendet werden. Diesbezüglich äußerten mehrere Mitarbeiter den Wunsch zur Durchführung eines weiteren Kurses sowie das Interesse, an einem Entspannungstraining/Stressmanagement teilzunehmen. In Anbetracht dessen würde eine erneute Durchführung des Rückenschulkurses sinnvoll sein. Da die Beschäftigten häufig unter psychischen Belastungen wie starker Zeitdruck leiden, sollte ihnen die Teilnahme an einem Stressbewältigungstraining ermöglicht werden.

Die Ergebnisse der Evaluationsphase zeigen, dass der Gesundheit im Vergleich zur Analyse- und Umsetzungsphase eine höhere Bedeutung beigemessen wird. So achtet ein Teil der Mitarbeiter mehr als zuvor auf ihre Gesundheit und zwei Beschäftigte gaben das Rauchen auf. Neben der Fähigkeit eigenverantwortlich und gesundheitsförderlich zu handeln, konnte demnach das Gesundheitsbewusstsein der Beschäftigten zum Teil gestärkt werden.

Schlussfolgernd kann gesagt werden, dass das Projekt der „Betrieblichen Gesundheitsförderung in klein- und mittelständischen Betrieben“ von den Betriebsangehörigen gut angenommen und einzelne Erfolge sichtbar wurden. Um dauerhafte Fortschritte zu erzielen, bedarf es allerdings einer vermehrten Zusammenarbeit zwischen der IKK-Nord, dem Geschäftsführer sowie der Belegschaft des Autohauses.

Literaturverzeichnis

Bamberg, E./Ducki, A./Metz, A. (1998): Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Verlag für Angewandte Psychologie: Göttingen

BKK Bundesverband: Das Europäische Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung. Url: <http://www.bkk.de/bkk/powerslave,id,341,nodeid,.html>. ohne Jahresangabe. Stand: 01.04.2008

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

Europäisches Netzwerk: Cardiff Memorandum. Url: <http://www.infoline-gesundheitsfoerderung.de/ca/j/hgd/> (Stand: 01.04.2008)

Europäisches Netzwerk: Die Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Url: <http://www.infoline-gesundheitsfoerderung.de/ca/j/hfv/> (Stand: 01.04.2008)

Franzkowiak, P./Sabo,P.: Dokumente der Gesundheitsförderung. Internationale und nationale Dokumente und Grundlagentexte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung im Wortlaut und mit Kommentierungen. In: Kerkau, K. (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitsförderung. Verlag für Gesundheitsförderung: Zürich 1997, S. 46

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: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.): Leitbegriffe der Gesundheitsförderung. Verlag Peter Sabo: Schwabenheim a. d. Selz 1999, S. 48ff

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

Kickbusch: Unbekannter Titel. In: Kerkau, K. (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitsförderung. Verlag für Gesundheitsförderung: Zürich 1997, S. 50

Lenk, M. (2005): Praxisarbeit. Betriebliches Gesundheitsmanagement in klein- und mittelständischen Betrieben. Fachhochschule Neubrandenburg

Lenhardt, U. (1999): Betriebliche Gesundheitsförderung durch Krankenkassen: Rahmenbedingungen – Angebotsstrategie – Umsetzung. Rainer bohn verlag: Berlin

Meuser, M./Nagel, U. (2003): Experteninterview. In: Bohnsack, R./Marotzki, W./Meuser, M. (Hrsg.): Hauptbegriffe qualitative Sozialforschung. Ein Wörterbuch. Leske + Budrich: Opladen, S. 93

Pelster, K./Sochert, R. (2005): Die Entwicklung der Betrieblichen Gesundheitsförderung in Deutschland. In: Meggeneder, O./Pelster, K./Sochert, R./Priester, K. (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitsförderung in kleinen und mittleren Unternehmen. Verlag Hans Huber: Bern 2005, S. 20f

Pfaff, H./Slesina, W. (2001): Effektive betriebliche Gesundheitsförderung. Konzepte und methodische Ansätze zur Evaluation und Qualitätssicherung. Juventa Verlag: Weinheim

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

Sozialgesetzbuch (SGB) (2004): Mit den besonderen Bestimmungen für das Beitrittsgebiet. Textausgabe mit ausführlichem Sachregister. Stand 31.07.2004.

Anhang

Anhang 1: Informationszettel für die Mitarbeiterbefragung.....	40
Anhang 2: Evaluationsfragebogen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung.....	41

Informationszettel für die Mitarbeiterbefragung



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

in Zusammenarbeit mit der IKK-Nord

19. Mai 2008

Liebe Mitarbeiterin/ lieber Mitarbeiter,

die Hochschule Neubrandenburg führt in Zusammenarbeit mit der IKK-Nord ein Projekt der „Betrieblichen Gesundheitsförderung“ in Ihrem Unternehmen durch. Ziel ist es, gesundheitliche Belastungen, die durch Ihre Arbeit entstehen, aufzudecken. Innerhalb dieses Projektes werden drei Phasen durchlaufen.

Die ersten beiden Phasen wurden bereits durch den Studenten Herrn Lenk durchgeführt. In der ersten Phase, der so genannten Analysephase, sammelte Herr Lenk in Ihrem Betrieb mittels persönlicher Gespräche, Beobachtungen sowie einer Mitarbeiterbefragung Informationen zur Erfassung Ihres Gesundheitszustandes. Anschließend folgte die Maßnahme- und Umsetzungsphase, in der Herr Lenk gesundheitsfördernde Interventionen vorgeschlagen hat, welche zum Teil umgesetzt worden sind.

Die dritte und letzte Phase des Projektes, die so genannte Evaluationsphase, wird durch meine Person, Jessika Jachmann (Studentin der Gesundheitswissenschaften an der Hochschule Neubrandenburg), durchgeführt.

Ziel dieser Phase ist die Ermittlung, mittels einer erneuten Mitarbeiterbefragung, inwiefern die umgesetzten Maßnahmen den gewünschten Erfolg erlangt haben. Dementsprechend erhalten Sie den beigelegten Fragebogen.

Sie haben in diesem Zusammenhang nochmals die Gelegenheit, *anonym* Ihre persönliche Meinung zu vertreten. Es ist wichtig für mich, so viele Fragebögen wie möglich zurück zu bekommen, damit ich aussagekräftige Ergebnisse erhalte.

Füllen Sie Ihren Fragebogen bitte in Ruhe und alleine aus!

Stecken Sie Ihren ausgefüllten Fragebogen in den Briefumschlag. Um den Datenschutz zu gewährleisten, kleben Sie diesen bitte zu. Geben Sie den Umschlag bitte bis zum 02.06.2008 Ihrem Vorgesetzten, der die gesamten Fragebögen an mich weiterleitet.

Ihr Fragebogen wird nur von mir ausgewertet!

Mit freundlichen Grüßen

Jessika Jachmann

Evaluationsfragebogen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung

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 wichtig ist Ihnen Ihre Gesundheit?

- unwichtig weniger wichtig teils/teils wichtig sehr wichtig
-

4. Geben Sie, seit dem durchgeführten Projekt der „Betrieblichen Gesundheitsförderung“ in Ihrem Betrieb, mehr Acht auf Ihre Gesundheit?

- ja mittelmäßig nein
-

5. Gehen Sie regelmäßig zu ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen?

- nie selten gelegentlich oft immer
-

6. Gehen Sie regelmäßig zu zahnärztlichen Vorsorgeuntersuchungen?

- nie selten gelegentlich oft immer
-

Beurteilen Sie bitte folgende Aussagen.

7. Ich bin mit dem Betriebsklima zufrieden.

- nie selten gelegentlich oft immer
-

8. Ich kann offen meine Meinung äußern.

- nie selten gelegentlich oft immer
-

9. Wie beurteilen Sie Ihr Arbeitsverhältnis zum Geschäftsführer (Chef)?

- sehr gut gut mäßig schlecht sehr schlecht
-

10. Ich unterliege der starken Kontrolle durch Vorgesetzte.

- nie selten gelegentlich oft immer
-

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

nie selten gelegentlich oft immer

12. Bei Problemen kann ich Vorgesetzte fragen.

nie selten gelegentlich oft immer

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

nie selten gelegentlich oft immer

14. Zwischen mir und meinen Kollegen gibt es Meinungsverschiedenheiten.

nie selten gelegentlich oft immer

15. Das Betriebsklima wird von einigen Arbeitskollegen ziemlich gestört.

nie selten gelegentlich oft immer

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

nie selten gelegentlich oft immer

17. Ich kann mit anderen Kollegen über Probleme sprechen.

nie selten gelegentlich oft immer

Arbeiten Sie NICHT im Schichtdienst, die folgende Frage bitte NICHT beantworten!

18. Wie empfinden Sie den Ablauf der Übergabe zwischen Früh- und Spätschicht?

völlig unzureichend befriedigend optimal
 mangelhaft gut

19. Ich bin einem hohen Verantwortungsdruck ausgesetzt.

nie selten gelegentlich oft immer

20. Ich arbeite unter starkem Zeitdruck.

nie selten gelegentlich oft immer

21. Empfinden Sie die Tatsache, dass Sie zur Erfüllung von Kundenwünschen oft unter hohem Termin- bzw. Zeitdruck arbeiten müssen als Belastung/Stress?

nie selten gelegentlich oft immer

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

	nie	selten	gelegentlich	oft	immer
Geschwollene/Schmerzende Gelenke	<input type="checkbox"/>				
Rückenschmerzen/Rückenprobleme	<input type="checkbox"/>				
Gliederschmerzen/Taubheit in den Gliedern	<input type="checkbox"/>				
Kopfschmerzen	<input type="checkbox"/>				
Müdigkeit, Mattigkeit, Niedergeschlagenheit	<input type="checkbox"/>				
Hörverschlechterung/Ohrgeräusche	<input type="checkbox"/>				

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

	nie	selten	gelegentlich	oft	immer
Einseitige/verkrampfte Haltung	<input type="checkbox"/>				
Vorwiegend Stehen/Sitzen/Knien	<input type="checkbox"/>				
Schweres Heben/Tragen/Ziehen/Schieben	<input type="checkbox"/>				
Staub	<input type="checkbox"/>				
Lärm	<input type="checkbox"/>				
Gase	<input type="checkbox"/>				
Umgang mit Fett/Öl, Gefahrenstoffen	<input type="checkbox"/>				
Durchzug	<input type="checkbox"/>				
Schlechte Lüftung	<input type="checkbox"/>				
Ungünstige Beleuchtung	<input type="checkbox"/>				
Fehlendes/schlechtes Werkzeug oder Material	<input type="checkbox"/>				
Unfallgefahr	<input type="checkbox"/>				
Lange Arbeitszeiten/häufige Überstunden	<input type="checkbox"/>				
Ungünstige Arbeitszeiten/Schichtarbeit/Nacharbeit	<input type="checkbox"/>				
Unklare oder widersprüchliche Anweisungen/fehlende Information	<input type="checkbox"/>				

24. Wie sind Ihrer Meinung nach die Betriebsabläufe organisiert?

- sehr gut gut mäßig schlecht sehr schlecht
-

25. Welche der folgenden Gesundheitsangebote würden Sie aus heutiger Sicht gerne in Anspruch nehmen?

	ja	nein
Entspannungstraining/Stressmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegungsprogramme/Rückenschule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Seminarangebote zu verschiedenen Themen für Vorgesetzte (Führungskräfteschulung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konfliktbewältigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motivationstraining	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raucherentwöhnung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Gesundheitsangebote, z. B. _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Die folgenden Fragen beziehen sich auf die durchgeführte Rückenschulung.

26. Haben Sie an der Rückenschule teilgenommen?

- ja nein
-

Wenn Sie bei der vorangegangenen Frage (26) „ja“ angekreuzt haben, diese Frage (27) bitte NICHT beantworten!

27. Was hat Sie an einer Teilnahme gehindert?

- kein Interesse keine Zeit Sonstiges, z.B.:
 ungünstige Termine ungünstiger Durchführungsort _____
-

Wenn Sie bei der Frage (26) „nein“ angekreuzt haben, die folgenden Fragen bitte NICHT beantworten!

28. Wie viele Kursstunden haben Sie besucht?

- 1-5 Kursstunden 6-9 Kursstunden 10 Kursstunden
-

29. Haben die Übungen der Rückenschule Ihr Wohlbefinden verbessert?

- gar nicht ein wenig mittelmäßig ziemlich sehr
-

30. Wenden Sie die Übungen noch an?

- ja nein
-

31. Konnten Sie die erworbenen Fähigkeiten in Ihren Arbeitsalltag einbinden?

- ja nein
-

32. Wann haben Sie die Übungen zuletzt durchgeführt?

- letztes Jahr letzten Monat diese Woche
 letztes halbes Jahr letzte Woche gestern/heute
-

33. Wie fanden Sie die allgemeine Organisation des Kurses?

- sehr schlecht schlecht mittelmäßig gut sehr gut
-

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

- nicht zufrieden zufrieden sehr zufrieden
 wenig zufrieden mittelmäßig zufrieden
-

35. Wie fanden Sie das Verhältnis zwischen Theorie und Praxis?

- sehr schlecht schlecht mittelmäßig gut sehr gut
-

36. Wie empfanden Sie die Gruppenatmosphäre?

- sehr schlecht schlecht mittelmäßig gut sehr gut
-

37. Wie fanden Sie den Kurs insgesamt?

- sehr schlecht schlecht mittelmäßig gut sehr gut
-

38. Zum Schluss haben Sie die Möglichkeit, eigene Anmerkungen, die Ihnen auf dem Herzen liegen, zu notieren.

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

Jessika Jachmann