



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Hochschule Neubrandenburg
Fachbereich Gesundheit, Pflege, Management
Studiengang Gesundheitswissenschaften

**EVALUATION ERFOLGTER INTERVENTIONEN IM
RAHMEN EINES PROJEKTES ZUR
BETRIEBLICHEN GESUNDHEITSFÖRDERUNG**

urn:nbn:de:gbv:519-thesis2008-0100-8

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: Lutz Freitag

Betreuer: Prof. Dr. Gabriele Claßen
Prof. Dr. Willi Neumann

Tag der Einreichung: 11.06.2008

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1 Einleitung	4
2 Begriffserklärungen und Definition zentraler Begriffe	5
2.1 <i>Gesundheit und Krankheit</i>	5
2.2 <i>Arbeit und Erwerbstätigkeit</i>	6
2.3 <i>Gesundheitsförderung</i>	8
2.4 <i>Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)</i>	9
2.5 <i>Kleine und mittlere Unternehmen (KMU)</i>	11
3 Methodische Vorgehensweise der Betriebsbegehung	11
4 Der idealtypische Ablauf eines BGF-Projektes	13
4.1 <i>Interventionsstrategien</i>	13
4.2 <i>Evaluation</i>	14
5 Beschreibung des Betriebsprofils der Bautischlerei	15
6 Mitarbeiterbefragung	16
7 Interventionsvorschläge der Analysephase	17
8 Rücklaufquote	19
9 Auswertung der erhobenen Daten	20
9.1 Durchgeführte personenbezogene Interventionen	21
9.1.1 <i>Benutzung eines Gehörschutzes</i>	21
9.1.2 <i>Informationsstand</i>	22
9.1.3 <i>Bereithaltung von erfrischenden Getränken am Arbeitsplatz</i>	23
9.1.4 <i>Bevorzugte Art des Getränkes</i>	24

9.1.5 Lob und Anerkennung durch Vorgesetzte	24
9.1.6 Wirksamkeit von Gesundheitsangeboten	26
9.1.7 Beurteilung des Rückenschulkurses	27
9.2 Durchgeführte verhältnisbezogene Interventionen	30
9.2.1 Zufriedenheit mit dem Pausenraum	31
9.2.2 Zufriedenheit mit der Hupe	32
9.2.3 Belastung durch schweres Heben	33
9.2.4 Zufriedenheit mit den Betriebsabläufen	34
9.2.5 Platzmangel	35
9.2.6 Belastung durch Zugluft	36
9.2.7 Belastung durch Staub	37
10 Fazit.....	38
Literaturverzeichnis.....	41
Internetverzeichnis.....	43
Abbildungsverzeichnis.....	44
Tabellenverzeichnis.....	45
Anhang.....	46

Einleitung

Seit einigen Jahren existiert ein gemeinsames Projekt der Hochschule Neubrandenburg und der Innungskrankenkasse Nord. Gegenstand dieses Projektes ist die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) in klein- und mittelständischen Handwerksbetrieben.

Im Rahmen ihres Praxissemesters engagieren sich Studierende des Fachbereiches Gesundheit und Pflege in mehreren Unternehmen Mecklenburg-Vorpommerns (in diesem Fall in einer Bautischlerei) bezüglich der Ermittlung der Gesundheitssituation und der Tätigkeitsschwerpunkte der jeweiligen Arbeitnehmer. Hierbei kommen verschiedene Instrumente zum Einsatz. Zu nennen wären hier Beobachtungen und Befragungen sowie die Auswertung der erhobenen Daten, um Maßnahmen zur Verbesserung der Situation ableiten zu können. Erarbeitete Interventionsvorschläge werden dann mit den Geschäftsführern der jeweiligen Betriebe und den IKK Betreuern besprochen und koordiniert.

Die in dieser Phase des Projektes getätigten Vorschläge bilden dann später, zusammen mit den gewonnenen Erkenntnissen, die Grundlage für die Evaluation tatsächlich durchgeführter Maßnahmen.

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die Wirksamkeit getroffener Interventionen zu untersuchen. Besonderes Augenmerk wurde hier auf die Langfristigkeit eingetretener Effekte gelegt, da eine Intervention auf Dauer nur dann in einer verbesserten Gesundheitssituation und höherer Mitarbeiterzufriedenheit münden kann, wenn ihre Wirkung über einen längeren Zeitraum möglichst stabil bleibt.

2 Begriffserklärungen und Definition zentraler Begriffe

Bevor auf die Auswertung der erhobenen Daten eingegangen wird, sollen einige zentrale Begriffe definiert und theoretische Fragen zur Gesundheitsförderung bzw. zur BGF geklärt werden.

2.1 *Gesundheit und Krankheit*

Gesundheit und Krankheit sind nicht leicht voneinander zu trennende Begriffe. Eine Differenzierung herauszuarbeiten, war Aufgabe bei der Auswahl folgender Definitionen.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte die **Gesundheit** einst als den ... „Zustand des völligen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen.“¹ Angemerkt sei, dass das verwendete Wort „völligen“ bald Anlass zur Kritik gab, da hierdurch ein allzu illusionistischer Idealzustand beschrieben wird, der in der Praxis kaum herstellbar ist.

Heute ist man sich weitgehend einig, dass Gesundheit kein statischer Zustand ist, sondern eher ein dynamischer Prozess.

„**Gesundheit** des Menschen ist das Ergebnis der erfolgreichen Auseinandersetzung des Systems „Organismus“ mit der biologischen und gesellschaftlichen Umwelt. Das daraus resultierende Gleichgewicht äußert sich in einem „Schweigen“ der Organe. Dieser Zustand ist nicht statisch, sondern muß durch vielfältige biologische und biosoziale Maßnahmen aufrechterhalten werden.“²

Krankheit ist die „Störung im Ablauf der normalen Lebensvorgänge in Organen und Organsystemen durch einen Reiz, der zu einer von der Norm

¹ WHO, zit. nach Schewior-Popp 2000, S.76

² Meyer 2000, S.1

abweichenden vorübergehenden Beeinträchtigung der phys. Funktionen und/oder der psych. Befindlichkeit ggf. auch zu wahrnehmbaren körperl. Veränderung, im Extremfall zum Tod führt.“³

Ableitend aus diesen Definitionen lässt sich feststellen, dass Gesundheit und Krankheit in ständiger Wechselwirkung zueinander stehen. Um dieser Feststellung Nachdruck zu verleihen, sei folgendes Zitat angeführt:

„ **Gesundheit** und **Krankheit** sind wesentliche Erscheinungsformen des Lebens. Sie stellen das Ergebnis positiver bzw. negativer Auseinandersetzungen mit der Umwelt dar. Dies gilt für alle Lebewesen. Gesundheit und Krankheit werden darüber hinaus durch die gesellschaftliche Daseinsweise des Menschen als arbeitendes, denkendes, sprechendes und bewußt handelndes Lebewesen geprägt.“⁴

2.2 Arbeit und Erwerbstätigkeit

Arbeit und Erwerbstätigkeit werden oft synonym verwandt, deshalb fällt eine Differenzierung der beiden Begriffe nicht leicht. Arbeit ist ein Begriff, welcher die Erwerbstätigkeit mit einschließt. Im Folgenden werden einige gängige Definitionen aufgeführt.

Folgt man einer Lexikonerklärung ist **Arbeit** ... „der bewußte und zweckgerichtete Einsatz der körperl., geistigen und seel. Kräfte des Menschen zur Befriedigung seiner materiellen und ideellen Bedürfnisse.“⁵

Die soziale Bedeutung und die Bewertung der Arbeit sind Ausdruck der geltenden gesellschaftlichen Wertordnung. Daher erscheint es wichtig, den Begriff der Arbeit, auch aus dem Blickwinkel der Soziologie zu betrachten. Nach dem Soziologen Bernhard Schäfers ist **Arbeit** die ... „zielgerichtete, planmäßige und bewußte menschliche Tätigkeit, die unter Einsatz

³ Brockhaus Enzyklopädie 1987, S.36

⁴ Meyer 2000, S.1

⁵ Brockhaus Enzyklopädie 1987, S.36

physischer, psychischer und mentaler (geistiger) Fähigkeiten und Fertigkeiten erfolgt. Im nationalökonomisch. Sinne ist A. neben Boden und Kapital ein Produktionsfaktor.“⁶

Die **Erwerbstätigkeit** wird als Arbeit unter vertraglichen Bedingungen angesehen, zu denen eine materielle Entlohnung gehört.⁷

Gekennzeichnet ist die **Erwerbstätigkeit** als ... „ das Mittel, durch das die große Mehrheit der Menschen ihren Lebensunterhalt verdient; und zum anderen zwingt sie, als ein unbeabsichtigtes Nebenprodukt ihrer Organisationsform, denjenigen, die daran beteiligt sind, bestimmte Kategorien der Erfahrung auf. Nämlich: Sie gibt dem wach erlebten Tag eine Zeitstruktur, sie erweitert die Bandbreite der sozialen Beziehungen über die oft stark emotional besetzten Beziehungen zur Familie und zur unmittelbaren Nachbarschaft hinaus; [...] sie weist einen sozialen Status zu und erklärt die persönliche Identität; sie verlangt eine regelmäßige Aktivität. [...] Diese Erfahrungen entsprechen mehr oder weniger tief sitzenden Bedürfnissen der meisten Menschen, die danach streben, ihrer Existenz, einen gewissen Sinn zu geben.“⁸

⁶ Schäfers 2001, S.22

⁷ vgl. Jahoda 1986, S.25

⁸ Jahoda 1986, S.136

2.3 Gesundheitsförderung

Um die Bedeutung des Begriffes der Gesundheitsförderung herauszustellen, wird erneut auf eine Definition der WHO zurückgegriffen.

„Gesundheitsförderung ist ein Prozess, um Individuen und Gruppen zu befähigen, ihre Kontrolle über die Determinanten der Gesundheit zu erhöhen und dadurch ihre Gesundheit zu verbessern.“⁹

Die Gesundheitsförderung „entspringt der Einsicht in die Grenzen der kurativen Medizin und der herkömmlichen Gesundheitserziehung, und sie entspringt der verbreiteten Auffassung, daß der Wandel in Gesellschaft, Arbeitswelt und Gesundheitswesen eine Aufwertung und teilweise Neukonzeption bevölkerungsbezogener Gesundheitsaktivitäten und ein Mehr an Systemgestaltung im Gesundheitswesen notwendig macht. Gesundheitsförderung zielt nicht nur auf die Bekämpfung typischer Risiken moderner Arbeitsbedingungen, z.B. Streß, sondern auch auf die Identifikation und Mobilisierung von Gesundheitspotentialen, z.B. von sozialer Unterstützung durch Arbeitskollegen und Vorgesetzte. Anstrengungen zur Gesundheitsförderung sind interdisziplinär und richten sich auf systemische Lösungen nicht nur in der Fabrik, sondern auch in Verwaltungen, Schulen, Krankenhäusern.“¹⁰

Weiterhin ist die Gesundheitsförderung durch einen intersektoralen und multiprofessionellen Ansatz gekennzeichnet. Sie zielt darauf ab, gesundheitsbezogene Normen und Entscheidungsprozesse zu verankern, in

⁹ Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung der WHO, 1988, S. 2

¹⁰ Pelikan 1993, zit. nach Badura et al. 1994, S.4

welchen Fragen der Gesundheit positiv und mit hohem Stellenwert Berücksichtigung finden.¹¹

Badura et al. schreiben, dass die Idee der Gesundheitsförderung an Ziele und Prämissen der klassischen Sozialhygiene (Public Health) sowie an neue Erkenntnisse auf den Gebieten der Risikofaktorenforschung, der Psychophysiologie, der Sozialepidemiologie und Organisationsanalyse anknüpft.¹²

2.4 Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)

„Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz.

Dies kann durch eine Verknüpfung folgender Ansätze erreicht werden:

- Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen,
- Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung,
- Stärkung persönlicher Kompetenzen“¹³

„Betriebliche Gesundheitsförderung ist ein systematischer Prozeß aufeinander aufbauender Einzelschritte“¹⁴

„Seit Mitte der 80er Jahre werden in deutschen Unternehmen und Einrichtungen zunehmend Maßnahmen und Aktionen unter dem Titel „Gesundheitsförderung“ durchgeführt – Gesundheitsförderung hat Konjunktur. [...] Im Gegensatz zu dem, was wir heute als Gesundheitsförderung verstehen, waren die traditionellen Ansätze überwiegend geprägt durch eine defensive Zielformulierung (z.B. Reduzierung / Verminderung von gesundheitsgefährdenden Unfall- oder Schadstoffrisiken), einen Gesundheitsbegriff, der identisch ist mit der Abwesenheit von

¹¹ vgl. Breucker/Kunkel 2000, S.53

¹² vgl. Badura et al. 1994, S.4

¹³ Breucker/Kunkel 2000, S.51

¹⁴ Priester 1998, S. 203

quantifizierbarer Krankheit, eine Vernachlässigung psychosozialer und psychophysischer Faktoren, eine Betrachtung der Arbeitnehmer als zu schützende, zu rehabilitierende, passive Objekte, eine Dominanz an Expertenwissen und -aktivität.

Gesundheitsförderung verfolgt demgegenüber ein erweitertes Verständnis sowohl hinsichtlich der Zielformulierung, des Risikoverständnisses (erweitertes Risikofaktorenmodell) und Gesundheitsverständnisses wie auch der Zielgruppen und Akteure. Orientiert an der Ottawa –Charta zielt Gesundheitsförderung im Wesentlichen ab auf:

1. die Entwicklung und Stärkung der individuellen Ressourcen und Kompetenzen des einzelnen – in diesem Falle der Mitarbeiter und
2. eine Gesundheitsförderliche Gestaltung der Lebens- und Arbeitswelt der Beschäftigten.“¹⁵

Insbesondere wurde die BGF im Rahmen der Strategien der WHO als eine Art politische Komplementärstrategie zur kurativen Medizin entwickelt. Die Zielsetzung war, effizientere Antworten auf Fragestellungen der zukünftigen Gestaltung von Gesundheitsversorgungssystemen zu finden.¹⁶

Breucker und Kunkel unterscheiden, im Hinblick auf die BGF in Europa, vereinfachend zwei Hauptströmungen:

„1. BGF wird als Aufgabe des öffentlichen Gesundheitswesens gesehen, d.h. allgemeine Gesundheitsförderungsstrategien sollen auf das „Setting“ Arbeitsplatz übertragen werden.

2. BGF ist Bestandteil eines sich modernisierenden Arbeitsschutzes.“¹⁷

¹⁵ Badura et al. 1994, S. 4f

¹⁶ vgl. Laaser et al. 1993, zit. nach Breucker/Kunkel 2000, S.53

¹⁷ Breucker/Kunkel 2000, S.53

2.5 Kleine und mittlere Unternehmen (KMU)

„Kleine und mittlere Unternehmen abgekürzt KMU (im Englischen: Small and middle-sized Enterprises (SME) ist die Bezeichnung für Unternehmen des Mittelstandes. Dies ist unabhängig von der gewählten Rechtsform.“¹⁸

Um die Unterschiede zwischen kleinen und mittleren Unternehmen zu verdeutlichen, sei folgende Tabelle angeführt:

Tab.1: Unterscheidung kleine und mittlere Unternehmen

Typ	Beschäftigte	Umsatz (Mio. Euro)
Kleine Unternehmen	< 50	< / = 10
Mittlere Unternehmen	< 250	< / = 50

(Quelle: Eigene Darstellung)

In der Europäischen Union stellen die KMU etwa 99 Prozent aller Unternehmen und bieten circa 65 Millionen Menschen einen Arbeitsplatz. Damit sind sie die sozial und wirtschaftlich dominierende Unternehmensgröße.¹⁹ Dies macht deutlich, dass es angezeigt ist, Maßnahmen der BGF nicht nur auf Großunternehmen zu beschränken. Vielmehr sollten zukünftig Unternehmen vom Typ KMU in den Fokus gerückt werden.

3 Methodische Vorgehensweise der Betriebsbegehung

Am Anfang eines BGF-Projektes steht die Betriebsbegehung, welche erste Informationen über die Organisation liefert. Die Umgebungsbedingungen, die ausgeübten Tätigkeiten, die verschiedenen Arbeitsbereiche und Arbeitsplätze sowie die Beschäftigtenstruktur liefern bereits erste Anhaltspunkte für

¹⁸ <http://www.baybutler.de>

¹⁹ vgl. <http://ec.europa.eu>

mögliche Belastungen. Diese werden dann im weiteren Verlauf des Projektes näher untersucht.²⁰

In der arbeitsmedizinischen Praxis gilt die Betriebsbegehung als ein übliches Verfahren, bei welchem das Hauptaugenmerk jedoch auf Risikokonstellationen und Gefährdungen mit arbeitsmedizinischer Relevanz liegt. Primäre Bedeutung haben hierbei:

- chemische und physikalische Gefahrstoffe
- sicherheitstechnische Fragen, wie z.B. Unfallgefährdung
- ergonomische Gestaltungsfragen²¹

Im Vorfeld der Begehung wird ein Leitfaden erstellt, welcher entsprechende Fragen für die jeweiligen Kategorienbereiche beinhaltet. Diese Fragen dienen als Grundlage für die Gespräche mit den Funktionsträgern im Betrieb.

Ducki spricht in diesem Zusammenhang von zwei Phasen:

1. Überblicksphase
2. Analyse der „typischen“ Arbeitsplätze

In der Überblicksphase wird die Betriebsbegehung durch einen bzw. mehrere betriebliche Experten begleitet (beispielsweise Produktionsleiter, Betriebsrat, Meister), welche für Fragen zur Verfügung stehen.²²

Solche betrieblichen Experten müssen in die Erhebung gesundheitlicher Probleme von Arbeitnehmern einbezogen werden, da sie aus ihrem fachlichen Blickwinkel wichtige Angaben zum „Gesundheitsbild“ des Betriebes beisteuern können. Dem Kreis der Experten, welche Aussagen über gesundheitliche Probleme treffen, sollten auch Vorgesetzte verschiedener Hierarchieebenen angehören, da diese oftmals über Kenntnisse bezüglich sozialer Gruppenprobleme sowie individueller Probleme der Beschäftigten verfügen. Denn ein schlechtes Betriebsklima, welches aus gestörten sozialen Beziehungen resultiert, leistet oftmals gesundheitlichen

²⁰ vgl. Lück 1997, S.287

²¹ vgl. Ducki 1998, S.160f

²² vgl. Ducki 1998, S.145

Problemen Vorschub. Das rechtzeitige Erkennen solcher Störungen kann das Entstehen von Krankheiten bzw. Gesundheitsbeeinträchtigungen verhindern.²³

4 Der idealtypische Ablauf eines BGF-Projektes

„Der idealtypische Ablauf für ein umfangreiches, meist mehrjähriges Gesundheitsförderungsprojekt fußt im Wesentlichen auf den Regeln des effektiven Projektmanagements und ist in verschiedenen Handbüchern und Leitlinien zur Gesundheitsförderung nachzulesen [...]. Hierbei ist zu beachten, daß der Projektablauf in der Praxis an die jeweiligen betrieblichen Besonderheiten angepasst werden muß. So müssen z.B. für Kleinbetriebe andere Projektstrukturen entwickelt werden als für Großbetriebe.

Der Ablauf von langfristig angelegten Gesundheitsförderungsprojekten strukturiert sich in vier große Phasen:

1. Konstituierung und Zielfindung
2. Planung und Analyse
3. Durchführung
4. Auswertung / Evaluation²⁴

4.1 Interventionsstrategien

Bei Interventionsstrategien wird oftmals zwischen einem personen- und einem verhältnisbezogenen Bereich unterschieden. Jedoch ist der Versuch einer klaren Abgrenzung oftmals problematisch und nicht immer als eindeutig zu bezeichnen. So „erfordert eine veränderte Arbeitsgestaltung als bedingungsbezogene Intervention in der Regel mindestens eine Einweisung der Beschäftigten, die den personenbezogenen Interventionen zuzurechnen

²³ vgl. Priester 1998, S.214f

²⁴ Ducki 1998, S.140

wäre.“²⁵ Trotzdem wurde sich bei der Anfertigung der vorliegenden Arbeit aus Gründen einer besseren Übersichtlichkeit dafür entschieden, eine solche Trennung vorzunehmen.

Ferner lassen sich Interventionsstrategien nach ihren Bewegungsrichtungen innerhalb der Organisation unterscheiden. Hier wären die Top – Down und die Bottom – Up Strategien zu nennen.

Bei den Top – Down Strategien verläuft der Prozess der betrieblichen Gesundheitsförderung von den oberen Hierarchieebenen nach unten. Dies bedeutet, dass die Initiative, die Planung sowie die Lenkung im oberen Management bzw. in überbetrieblichen Ausschüssen angelegt sind. Der Vorteil liegt darin, dass erarbeitete Vorschläge zur Verbesserung der Gesundheit schneller in betrieblichen Entscheidungen und Maßnahmen münden als bei Bottom – Up Strategien. Nachteilig ist jedoch, dass die Beschäftigten den von oben verordneten Aktivitäten der Gesundheitsförderung recht skeptisch gegenüberstehen. Daher ist die Bereitschaft, freiwillig an den Maßnahmen teilzunehmen, eher gering.

Dagegen liegen bei einer Bottom – Up Strategie Planung und Lenkung des Gesamtprozesses in den Händen der betroffenen Beschäftigten, wodurch mehr direkte Partizipation realisiert werden kann.²⁶

4.2 Evaluation

Da die einzelnen Phasen des idealtypischen Ablaufs bereits im Praxisbericht, welcher dieser Arbeit zugrunde liegt, beschrieben wurden, wird im Folgenden nur auf die Phase der Evaluation eingegangen.

Ob sich eine Intervention als wirksam und effizient erwiesen hat, wird in der Auswertungs- und Evaluationsphase überprüft. Die in einem Modellprojekt

²⁵ Ducki 1998, S.136

²⁶ vgl. Ducki 1998, S. 139f

gewonnenen Erfahrungen können auf ihre Übertragbarkeit auf andere Betriebsbereiche untersucht und eventuell an andere Abteilungen angepasst werden. Die Einschätzung vorgenommener Interventionen obliegt dem unmittelbar oder mittelbar betroffenen Personenkreis. Die aus der abschließenden Bewertung gewonnenen Ergebnisse, können einen Kreislauf von neuen gesundheitsfördernden Projekten initiieren, die dann an das gegebene Problem angepasst werden.²⁷

„Um bewerten zu können, ob die umgesetzten Maßnahmen tatsächlich zum Erfolg führen und Hinweise darauf zu bekommen, was an der Umsetzung der betrieblichen Gesundheitsförderung im Unternehmen verbessert werden sollte, empfehlen sich begleitende Maßnahmen der Evaluation, etwa durch nochmalige Befragungen.“²⁸

„Für den praktischen Ablauf des Gesamtprozesses sollten zusammenfassend folgende Grundsätze verbindlich vereinbart werden:

- Aufbau eines betrieblichen Interventionsteams, das die Planung und Steuerung des Gesamtprozesses übernimmt
- Frühzeitige Partizipation der betroffenen betrieblichen Gruppen
- Konsensuale Zielfindung
- Transparenz durch frühzeitige Prozeßinformation und Kommunikation
- Wahrung des Datenschutzes
- Entwicklung betriebspassender Interventionen auf der Basis genauer Analysen
- Evaluation erfolgter Interventionen“²⁹

²⁷ vgl. Ducki 1998, S. 142

²⁸ <http://www.smartregion.net>

²⁹ Ducki 1998, S.143

5 Beschreibung des Betriebsprofils der Bautischlerei

Die Bautischlerei wurde bereits 1986 als Familienbetrieb gegründet. Das Betätigungsfeld der Firma umfasst die Produktion von Fenstern und Türen aus Holz bzw. aus Aluminium- Holzverbindungen, welche in der Bautischlerei von Tischlern, Tischlerhelfern sowie einem Lackierer vorgefertigt werden. Später erfolgt der Einbau der Fenster und Türen durch die Monteure auf den jeweiligen Baustellen. Berufsbiografischer Hintergrund der Monteure sind verschiedene Bauberufe. Weitere Aufgaben sind Abriss- und Entsorgungsarbeiten.

Momentan beschäftigt das Unternehmen 28 Mitarbeiter. Zwei Angestellte haben sich für den Arbeitsschutz qualifizieren lassen und nehmen diese Funktion im Betrieb wahr.

Auf den Baustellen sind die Monteure den unterschiedlichsten Witterungsbedingungen ausgesetzt. Daher kommt es bei ihnen häufiger zum Auftreten von Erkältungskrankheiten.

6 Mitarbeiterbefragung

Um vergleichende Daten zum Zwecke der Evaluation zu erhalten, musste zunächst ein probates Instrument der Mitarbeiterbefragung gewählt werden. Aufgrund der enormen räumlichen Distanz zwischen dem Wohnort des Verfassers und dem zu untersuchenden Betrieb, schien eine Befragung mittels Interviewtechnik objektiv nicht durchführbar zu sein. Da während der Evaluationsphase keine Förderung in Form von Unterkunft und Fahrkostenerstattung besteht, ist die finanzielle Belastung für den durchschnittlichen Studierenden zu hoch, um öfter als vier bis fünf mal persönlich im Betrieb zugegen zu sein. Daher fiel die Wahl auf die

Fragebogentechnik. Diese bietet außerdem den Vorteil, dass sie vom Befragten als anonym empfunden wird als die Interviewtechnik, was eine höhere Bereitschaft zu ehrlichen Angaben und gründlicher Auseinandersetzung mit der erfragten Thematik erwarten lässt.³⁰

Dem Umstand der großen räumlichen Entfernung war es auch geschuldet, dass der Fragebogen so gestaltet werden musste, dass er (abgesehen von einer einleitenden Instruktion) keiner weiteren Erklärung bedarf. Ferner wurde darauf geachtet, Fachbegriffe nur in einer allgemeinverständlichen „Übersetzung“ zu verwenden bzw. auf diese gänzlich zu verzichten. Die Auswahl der Fragen fußt im Wesentlichen auf Auffälligkeiten im Datensatz der Analysephase. Überdies wurden Fragen aus den vorhandenen Kursbeurteilungsbögen integriert.

Zum Ausfüllen sollte den Mitarbeitern natürlich ausreichend Zeit gegeben werden. Hierfür schien eine Spanne von zwei Wochen angemessen zu sein.

7 Interventionsvorschläge der Analysephase

Im Ergebnis der Analysephase erfolgten einige Interventionsvorschläge. Diese wurden aus den Beobachtungen und der Auswertung der Fragebögen abgeleitet.

Werkstattbereich: Durch lang andauerndes Stehen auf dem Betonfußboden kann es zu Problemen mit den Knien oder dem Rücken kommen. Um dies zu vermeiden wurde angeregt, die Werkstatt mit einem Holzfußboden zu versehen. Außerdem wurde für die Anschaffung von Sortierwagen, Tragehilfen und besseres Werkzeug plädiert.

Arbeitsschutz: Aus gegebenem Anlass wurde vorgeschlagen, die Mitarbeiter nochmals durch den Arbeitsschutzbeauftragten auf die Sinnhaftigkeit eines

³⁰ vgl. Bortz 1995, S.216

Gehörschutzes und die Folgen von Hörschäden hinzuweisen. Betont wurde, dass sich Lärm nicht nur auf die Ohren, sondern auf den gesamten Organismus auswirkt. Als mögliche Folgen wurden Kopfschmerzen, Kreislaufstörungen, Magen-Darm-Beschwerden, diverse andere Stress-Symptome sowie eine besondere Gefährdung des Herz-Kreislauf-Systems hervorgehoben.

Lob und Anerkennung: Im Zuge der Analysephase wurde deutlich, dass die Mitarbeiter bei guten Leistungen nur selten gelobt und häufig auf ihre Fehler hingewiesen werden. Um ein gutes Betriebsklima zu fördern sowie die Motivation der Beschäftigten und die Produktivität zu steigern, wurde ein Mehr an Lob und Anerkennung empfohlen.

Pause Raum: Hier ließ sich eine erhöhte Lärmbelastung feststellen, welche durch einen Kompressor verursacht wurde. Daher wurde angeregt, einen anderen Platz für dieses Gerät zu finden oder wenigstens eine Isolierung anzubringen.

Außerdem zeigte sich, dass sich Nichtraucher durch den Zigarettenqualm anderer Mitarbeiter belästigt fühlten. Da die Anzahl der Raucher variiert, wurde vorgeschlagen, dass die Mitarbeiter dieses Problem „unter sich“ klären.

Betriebsabläufe: Bezüglich einer Verbesserung der Betriebsabläufe lassen sich dem Bericht zur Analysephase einige Verbesserungsvorschläge der Mitarbeiter entnehmen. Diese wären:

- Bessere Arbeitsplanung
- Direkte Absprachen
- Mehr Platz, Sauberkeit und Ordnung
- Pflege der Maschinen als Pflicht für die Mitarbeiter

Es wurde angeregt, dass die Verbesserungsvorschläge der Mitarbeiter im Rahmen einer Versammlung mit dem Vorgesetzten besprochen werden, um eine konkrete Umsetzung erreichen zu können.

Informationsstand: Im Zuge der Analysephase wurde ein gewisses Informationsdefizit der Mitarbeiter im Bezug auf die Maßnahmen der Krankenkassen, Vorsorgeuntersuchungen und sonstige gesundheitliche Fragen deutlich. Daher wurde vorgeschlagen, die Angebote der Krankenkasse im Rahmen eines „Gesunden Frühstücks“ vorzustellen und gleichzeitig eine Ernährungsberatung durchzuführen.

Aus der Fülle der IKK-Gesundheitsangebote wurden Folgende für die Mitarbeiter des untersuchten Betriebes empfohlen:

- Rückenschule
- Seminarangebote für Vorgesetzte
- Entspannungstraining/Stressmanagement
- Ernährungsberatung
- Konfliktberatung

8 Rücklaufquote

Im Rahmen dieser neuerlichen Datenerhebung sollten die 18 Mitarbeiter befragt werden, welche bereits an der Ersterhebung im Rahmen der Analysephase (2005) teilnahmen.

Von den ausgeteilten Fragebögen wurden 17 ausgefüllt, was einer Rücklaufquote von 94 Prozent entspricht. Als Manko der vorliegenden Arbeit muss jedoch angesehen werden, dass die Mitarbeiter, welche nicht an den Befragungen teilnahmen, möglicherweise andere Antwortoptionen gewählt hätten als die 18 Probanden, welche durch ihre getätigten Antworten Einfluss auf die Auswertung der gewonnenen Daten nehmen konnten. Diesem

Umstand ist es geschuldet, dass sich hier keine eindeutigen Aussagen für alle Mitarbeiter der untersuchten Firma tätigen lassen.

9 Auswertung der erhobenen Daten

Ungeachtet des sehr „überschaubaren“ Datensatzes sind die Ergebnisse der statistischen Auswertung im nun folgenden Kapitel dargestellt.

Erwähnt sei, dass bei dieser neuerlichen Untersuchung nicht nur auf die Interventionsvorschläge der Analysephase eingegangen wurde, sondern auch andere Aspekte, wie eine völlig veränderte räumliche Situation am Produktionsstandort, zum Gegenstand der Untersuchung wurden. Dies erschien vor dem Hintergrund größerer Um- und Neubauten, welche während der Analysephase im Jahr 2005 noch nicht abzusehen waren, unumgänglich zu sein.

9.1 Durchgeführte personenbezogene Interventionen

Im Folgenden sollen nun getroffene Maßnahmen, welche am ehesten dem Bereich der personenbezogenen Interventionen zuzuordnen sind, auf ihre Wirksamkeit untersucht werden.

Bei personenbezogenen Interventionen wird eine Veränderung des Mitarbeiters angestrebt. Im Speziellen geht es um die Modifikation seines Verhaltens.³¹

Zu solchen Interventionen „zählen etwa Trainings oder Unterweisungen wie z.B. Seminare zum Stressmanagement, Unterweisungen am Arbeitsplatz zum richtigen Sitzen, Heben und Tragen sowie Rückenschulen.“³²

³¹ vgl. Bamberg & Metz 1998, S.181

³² Ducki 1998, S.136

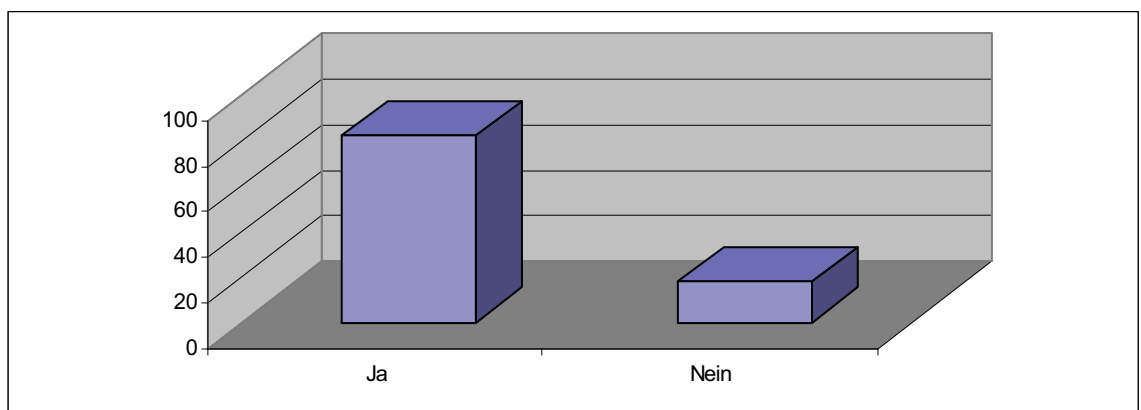
9.1.1 Benutzung eines Gehörschutzes

Ein Interventionsvorschlag, welcher aus dem eher schlechten Ergebnis bei der Frage nach dem Tragen einer Gehörschutzes resultierte, war, dass der Arbeitsschutzbeauftragte die Mitarbeiter nochmals auf die Wichtigkeit dieser Arbeitsschutzmaßnahme und die Folgen von Hörschäden hinweist.

Aus den damals erhobenen Daten ging hervor, dass lediglich 44,4% der befragten Mitarbeiter diese Schutzausrüstung oft bzw. immer verwendeten.

Abbildung 1 macht deutlich, dass diesbezüglich ein enormer Fortschritt eingetreten ist. So antworteten heuer 14 Mitarbeiter (82%) auf die Frage „Benutzen Sie in Momenten starker arbeitsbedingter Lärmbelastung einen Gehörschutz?“ (Frage 27) mit „Ja“.

Abb. 1: Benutzung eines Gehörschutzes



(Alle Werte in Prozent)

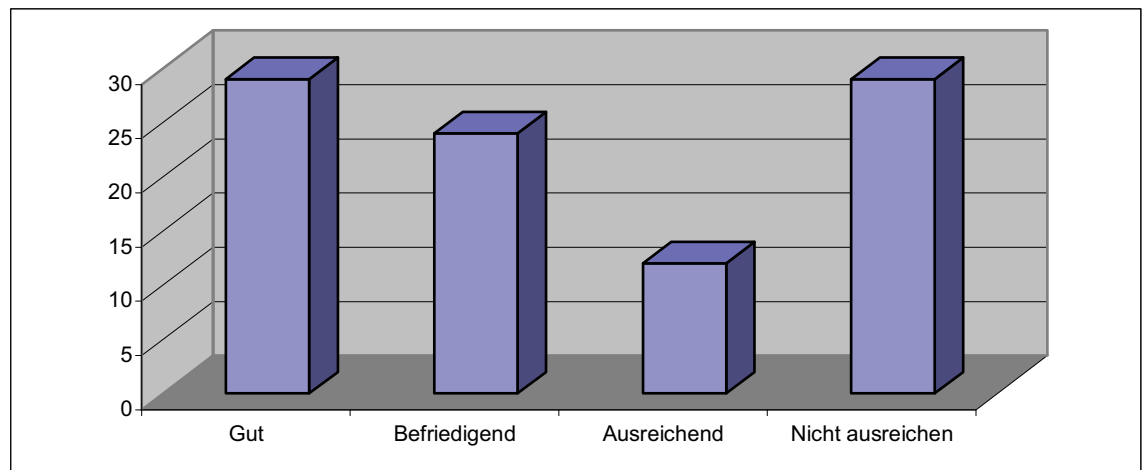
Mit Hilfe der (während der Evaluationsphase) erhobenen Daten lässt sich hier also ein starker positiver Effekt auf das Verhalten der Mitarbeiter nachweisen.

9.1.2 Informationsstand

Die Auswertung der während der Analysephase erhobenen Daten zeigte, dass sich die Hälfte der befragten Mitarbeiter nur ausreichend bis nicht ausreichend über die Maßnahmen der Krankenkassen bzw. über Vorsorgeuntersuchungen informiert fühlte. Daher wurde vorgeschlagen, die Maßnahmen in Verbindung mit einem „Gesunden Frühstück“ vorzustellen.

Die Ergebnisse der neuerlichen Untersuchung werden nun in Abbildung 2 dargestellt

Abb. 2: Information über Maßnahmen der Krankenkassen bzw. über Vorsorgeuntersuchungen



(Alle Werte in Prozent)

Hier wird deutlich, dass sich der Informationsstand nur leicht verbessert hat. So wählten nun 7 Mitarbeiter (44% statt 50%) die Antwortoptionen „Ausreichend“ bzw. „Nicht ausreichend“. Dagegen beurteilen 9 Probanden, dies entspricht einem Anteil von 56 Prozent, ihren Informationsstand als gut bis befriedigend. Ein Mitarbeiter enthielt sich der Stimme.

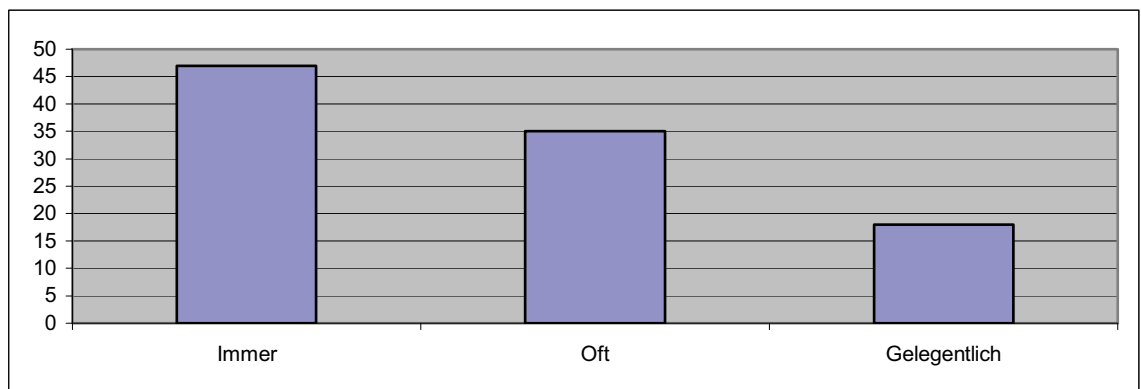
Es zeigt sich also, dass von einer einmaligen Informationsveranstaltung nur geringe Effekte zu erwarten sind. Das Eintreten einer Verbesserung wäre zum Beispiel denkbar, wenn zusätzlich zu einer Informationsveranstaltung permanent aktuelle Info-Materialien zur Verfügung gestellt würden.

9.1.3 Bereithaltung von erfrischenden Getränken am Arbeitsplatz

Dem Praxisbericht, welcher während der Analysephase (2005) entstand, ist zu entnehmen, dass die meisten Mitarbeiter erfrischende Getränke an ihren Arbeitsplätzen bereithalten. Dies scheint vor dem Hintergrund der hohen berufsbedingten Staubbelastrung von besonderer Wichtigkeit zu sein.

Abbildung 3 zeigt, dass diesem Punkt noch immer eine hohe Bedeutung zukommt. So gaben 82 Prozent der Mitarbeiter an, ein erfrischendes Getränk in Reichweite ihres Arbeitsplatzes zu haben.

Abb. 3: Bereithaltung von erfrischenden Getränken am Arbeitsplatz (2007)



(Alle Werte in Prozent)

Ein direkter Vergleich zwischen den Erhebungsjahren 2005 und 2007 ist hier leider nicht möglich, da sich dem damaligen Bericht keine entsprechenden Größenangaben entnehmen lassen.

9.1.4 Bevorzugte Art des Getränkes

Während der Analysephase ließ sich beobachten, dass neben Mineralwasser auch zuckerhaltige Getränke wie Cola oder Limonade präferiert werden.

Die, während der Evaluationsphase, gesammelten Daten lassen sogar ein starkes Übergewicht zugunsten der zuckerhaltigen Getränke erkennen. So entschieden sich 12 Mitarbeiter (70%) für die Antwortmöglichkeit „Zuckerhaltige Getränke“. Dagegen gaben nur 5 der Befragten (30%) an, Mineralwasser als erfrischendes Getränk während der Arbeitszeit zu bevorzugen.

Im Gegensatz zum vorhergehenden Punkt besteht hier also weiterhin Verbesserungsbedarf.

Tab. 2: Bevorzugte Art des Getränkes (2007)

Art des Getränkes	Anteil in Prozent
Zuckerhaltiges Getränk	70
Mineralwasser	30

Auch zu diesem Punkt ist anzumerken, dass sich keine größenmäßigen Vergleiche zwischen den Befragungsjahren anstellen lassen, da der Praxisbericht keine entsprechenden Angaben enthält.

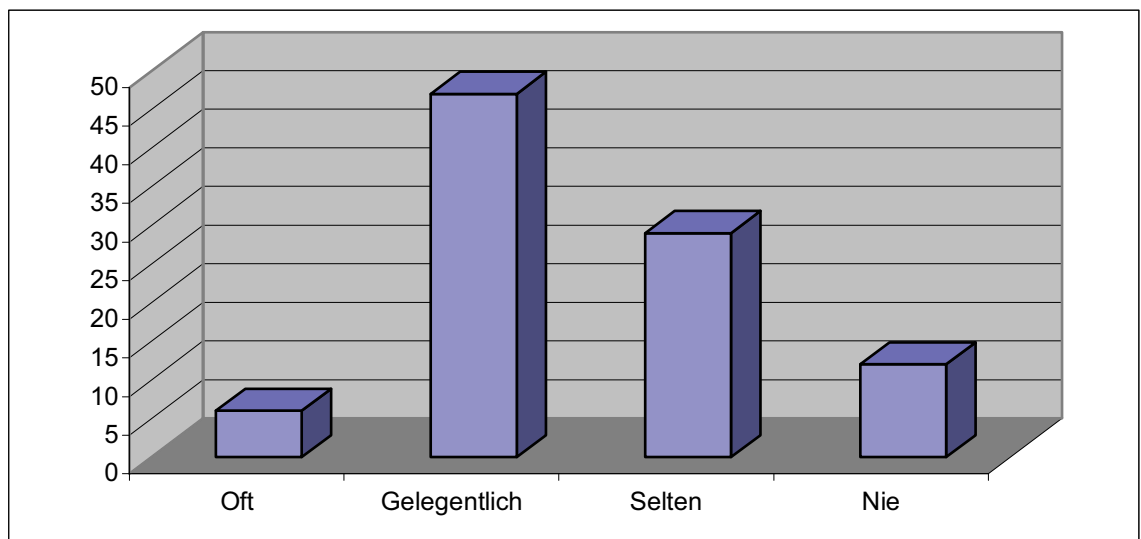
9.1.5 Lob und Anerkennung durch Vorgesetzte

Beim Punkt „Lob und Anerkennung durch Vorgesetzte“ fiel eine Einordnung in personen- oder verhältnisbezogene Interventionen relativ schwer. Da der getätigte Interventionsvorschlag jedoch auf eine Verhaltensänderung von Vorgesetzten (welche ja Mitglieder der Organisation sind) abzielte, wurde sich für eine Integration in diesem Kapitel entschieden.

Den Ergebnissen der Analysephase lässt sich entnehmen, dass zum damaligen Zeitpunkt 9 der befragten Mitarbeiter, dies entspricht einer Größenordnung von 50%, nie oder nur selten vom Vorgesetzten gelobt wurden.

Die Ergebnisse der Evaluationsphase lassen den Schluss zu, dass hier nur eine sehr geringe Verbesserung festzustellen ist. So wurden bei dieser Befragung die Antwortmöglichkeiten „nie“ bzw. „selten“ von insgesamt 7 Beschäftigten gewählt, was einem Anteil von 41% entspricht. Dagegen entschieden sich 8 Probanden (47%) für die Antwort „Gelegentlich“. Die Position „Oft“ wurde einmal (6,3%) angekreuzt und ein Mitarbeiter machte hierzu keine Angaben.

Abb. 4: Lob bzw. Anerkennung durch Vorgesetzte



(Alle Werte in Prozent)

Dieses Ergebnis kann nicht zufrieden stimmen. Häufigeres Loben bei guter Arbeit scheint jedoch ein leicht zu realisierendes und in seiner Wirksamkeit nicht zu unterschätzendes Mittel zu sein, um die Mitarbeitermotivation zu steigern und ein gutes Betriebsklima zu fördern.

Bisher finden sich in der Literatur zahlreiche theoretische Modelle, in welche subjektive Einschätzungen und Bewertungen von beruflichen Belastungen durch die Mitarbeiter integriert wurden. Zu diesen gehört das stress-theoretisch verankerte Modell der „beruflichen Gratifikationskrisen“, welches von der Annahme ausgeht, dass aus einem steten Ungleichgewicht von Verausgabung und Belohnung beträchtliche Risiken für die Gesundheit resultieren. Die Komponente der „Belohnung“ bezieht sich hier nicht nur auf das Gehalt, sondern unter anderem auch auf mangelnde Anerkennung von erbrachten Leistungen durch Vorgesetzte.³³

Gewiss, ein Mangel an Lob und Anerkennung allein löst noch keine Gratifikationskrise aus. Jedoch kann das Auftreten einer solchen bei eventueller Anwesenheit anderer Aspekte, wie ein als zu gering empfundenes Gehalt, mangelnde bzw. fehlende Anerkennung von Kollegen oder geringe soziale Unterstützung außerhalb der Arbeitswelt, nicht ausgeschlossen werden.

Beim Punkt „Lob bzw. Anerkennung von Vorgesetzten“ besteht also weiterhin Verbesserungsbedarf.

9.1.6 Wirksamkeit von Gesundheitsangeboten

Seit dem Jahr 2000 besteht mit der Neufassung des §20 SGB V die Möglichkeit, dass die Krankenkassen verschiedene Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung anbieten. Hierzu zählen auch spezielle Gesundheitsangebote wie Entspannungstraining/Stressmanagement, Ernährungsberatung, Raucherentwöhnung, Rückenschulkurse und so weiter.

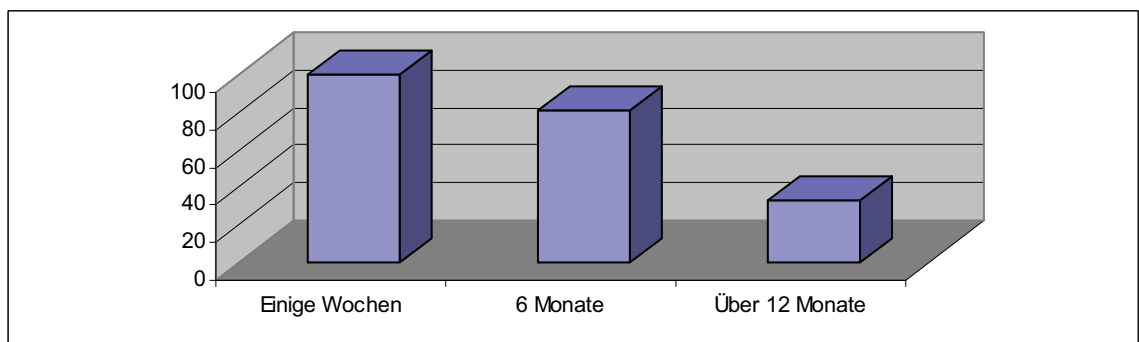
³³ vgl. Peter 2001, S.33

9.1.7 Beurteilung des Rückenschulkurses

Ein Interventionsvorschlag, welcher aus der Analysephase resultierte, verfolgte das Ziel, dass die Mitarbeiter an einem Rückenschulkurs teilnehmen. Dieses Angebot wurde dann von einem Teil der Belegschaft wahrgenommen. Um Qualität und Wirksamkeit der Maßnahme erfassen zu können, wurden zwei Nachbefragungen durchgeführt (die erste nach einigen Wochen, die zweite nach sechs Monaten). In den „Fragebogen zur Evaluation“ wurden wiederum spezielle Punkte eingebunden, welche Rückschlüsse bezüglich der Langfristigkeit der Wirkung (über zwölf Monate hinaus) ermöglichen.

Als Erstes soll die Meinung, der am Gesundheitsangebot teilnehmenden Mitarbeiter, im Bezug auf eine Besserung der Rückenschmerzen untersucht werden. Um eine anschauliche Darstellung zu gewährleisten, wurden die Antwortoptionen „teils/teils“, „stimmt“ und „stimmt genau“ als Indikator für eine Verbesserung zusammengefasst.

Abb. 5: Besserung der Rückenschmerzen



(Alle Werte in Prozent)

Abbildung 5 zeigt einen stetigen Rückgang in Abhängigkeit zur verstrichenen Zeit. So stellten alle Befragten kurz nach Beendigung des Kurses (dargestellt durch die erste Säule) eine positive Wirkung fest. Nach nur sechs Monaten

verringerte sich der Anteil bereits auf 81 Prozent und nach über zwölf Monaten gar auf 33 Prozent.

Nahezu identische Ergebnisse (Tab. 2) resultieren aus der Frage nach der Wirkung auf das Gesamtbefinden.

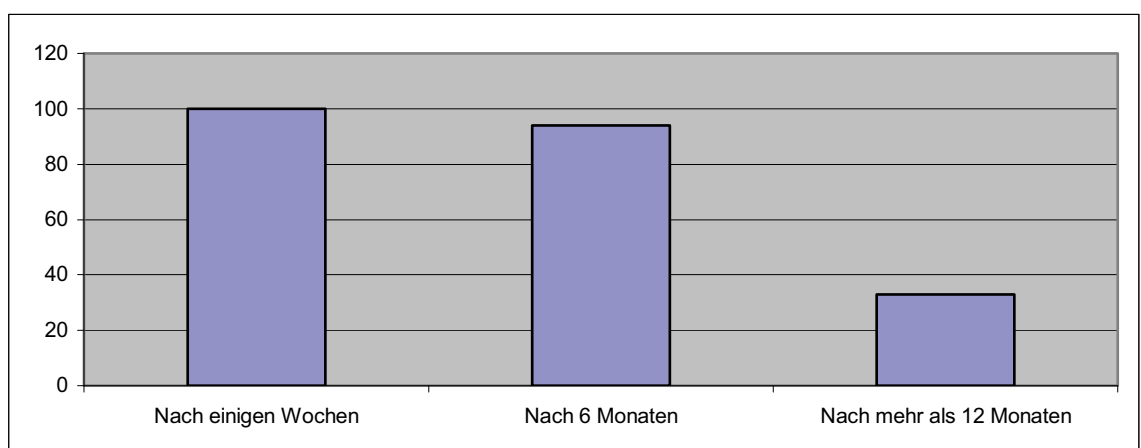
Tab. 3: Positive Wirkung des Rückenschulkurses auf das Gesamtbefinden (subjektive Einschätzung der Befragten)

Verstrichene Zeit	Anteil in Prozent
Nach einigen Wochen	100
Nach 6 Monaten	88
Nach über 12 Monaten	33

Damit das im Kurs Erlernte in einer Verbesserung des Gesundheitszustandes münden kann, ist es natürlich notwendig, die vermittelten Kenntnisse im Alltag kontinuierlich zu nutzen.

An dieser Stelle soll die Bereitschaft zur Anwendung der erlernten Übungen im beruflichen Alltag untersucht werden.

Abb. 6: Anwendung der erlernten Übungen im beruflichen Alltag



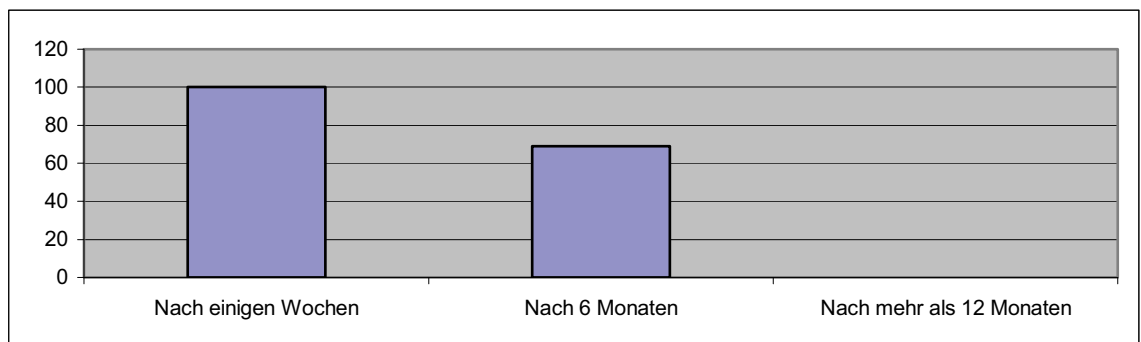
(Alle Werte in Prozent)

Auch hier sprechen die ausgewerteten Daten für sich. So gaben alle Teilnehmer kurz nach Beendigung des Rückenschulkurses an, die erlernten

Übungen in ihrem beruflichen Alltag anwenden zu wollen. Dieser Anteil bleibt für die Dauer eines halben Jahres relativ stabil (94% nach 6 Monaten), um dann im weiteren Zeitverlauf drastisch abzunehmen (33% nach einer Zeit von über 12 Monaten seit Kursende).

Noch markanter ist der Rückgang bezüglich der Anwendung im privaten Alltag. Auch hier erklärten zunächst 100 Prozent der Befragten, die erlernten Übungen integrieren zu wollen. Bereits nach sechs Monaten sank die Quote jedoch auf 69 Prozent und im Rahmen der Evaluationsphase wurden nur noch die Antwortmöglichkeiten „trifft weniger zu“ (67%) und „trifft nicht zu“ (33%) gewählt.

Abb. 7: Anwendung der erlernten Übungen im privaten Alltag



(Alle Werte in Prozent)

Weil damit zu rechnen war, dass die Intensität der Anwendung mit wachsendem zeitlichen Abstand abnimmt, wurde im Rahmen der zweiten und dritten Datenerhebung nach den Gründen gefragt.

Tabelle 3 zeigt die gegebenen Antworten und die prozentualen Anteile, welche auf die jeweiligen Möglichkeiten entfallen.

Tab. 4: Gründe für das Nichtanwenden der erlernten Übungen (2. Datenerhebung)

Grund	Anteil in Prozent
Ich konnte meinen inneren „Schweinehund“ nicht überwinden	13
Ich habe keine Zeit	31
In einer Gruppe lässt es sich einfacher üben	44
Sonstige Gründe	6

Auffallend ist, dass in über 40 Prozent aller Antworten die - im Alltag - wegfallende Gruppendynamik fokussiert wird.

Leider wurde die Frage „Falls Sie die erlernten Übungen nicht mehr durchführen, zu welchem Zeitpunkt haben Sie aufgehört?“ (Frage 2g im Kursbeurteilungsfragebogen 2) nur in den seltensten Fällen beantwortet. Daher lassen sich keine Korrelationskoeffizienten zwischen den verschiedenen Zeitpunkten des Aufhörens und den genannten Gründen errechnen.

9.2 Durchgeführte verhältnisbezogene Interventionen

In den folgenden Abschnitten sollen eingetretene Veränderungen und durchgeführte Interventionen, welche zum verhältnisbezogenen Bereich zu zählen sind, bezüglich ihrer Wirksamkeit untersucht werden.

Unter dem Begriff „verhältnisbezogene Interventionen“ versteht man in erster Linie „Maßnahmen der Arbeitsplatzgestaltung und struktureller Organisationsveränderungen [...]“³⁴

³⁴ Ducki 1998, S.136

9.2.1 Zufriedenheit mit dem Pausenraum

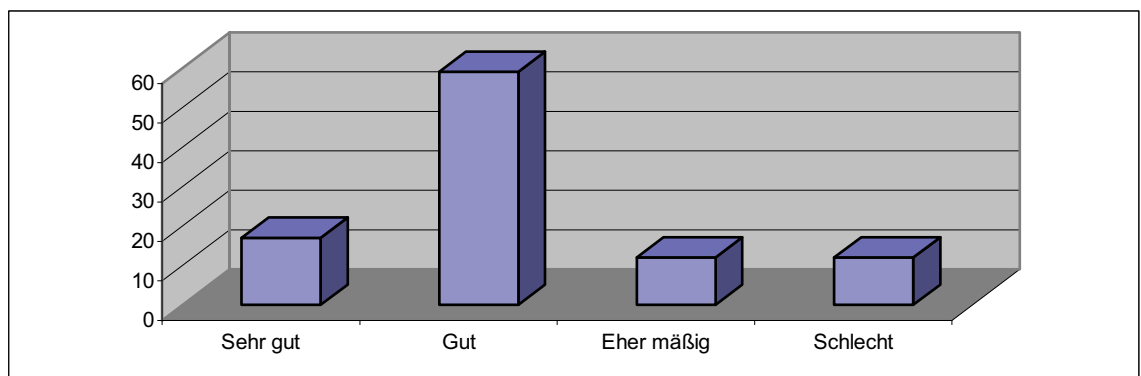
Ein verhältnisbezogener Interventionsvorschlag zielte auf die Umgestaltung des Pausenraumes. In diesem war es aufgrund der Nähe zu einem Kompressor deutlich zu laut, was die nötige Entspannung während der Pausen beeinträchtigte. Außerdem wurde beanstandet, dass in diesem Pausenraum geraucht wurde, wodurch das Wohlbefinden der Nichtraucher negativ beeinflusst wurde.

Auf die Frage „Wie gefällt Ihnen Ihr Pausenraum?“ antworteten bei der ersten Befragung acht Mitarbeiter mit „gut“ bzw. „sehr gut“ (44%), weitere sieben Beschäftigte (39%) entschieden sich für die Antwortoption „mäßig“ und drei Probanden (17%) empfanden den Raum als „schlecht“ bzw. „sehr schlecht“.

Heute präsentiert sich der Pausenraum in völlig verändertem Zustand. Für den lärmenden Kompressor wurde ein anderer Platz gefunden, der Raum wurde neu möbliert, die Wände erhielten einen neuen Anstrich und es wurde ein Raucherbereich außerhalb dieser Räumlichkeit geschaffen.

Diese Maßnahmen blieben natürlich nicht ohne Auswirkung auf die Beurteilung seitens der Mitarbeiter. Die eingetretenen Veränderungen sind aus der nachfolgenden Abbildung ersichtlich.

Abb. 8: Zufriedenheit mit dem Pausenraum



(Alle Werte in Prozent)

Die Auswertung der Daten ergab, dass der Pausenraum nach den erfolgten Veränderungen von dreizehn Mitarbeitern, dies entspricht einem Anteil von 76 Prozent, für gut bis sehr gut befunden wird. Jeweils zwei Probanden (12%) antworteten mit „eher mäßig“ bzw. „schlecht“.

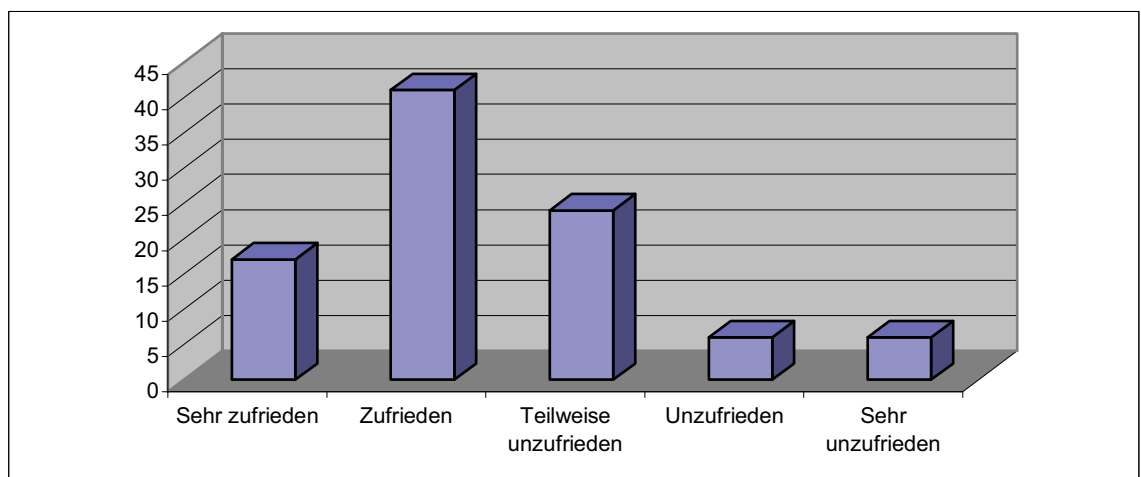
Insgesamt ist hier also eine deutliche Verbesserung feststellbar.

9.2.2 Zufriedenheit mit der Hupe

Der Arbeitsablauf wird in der Bautischlerei mittels einer Hupe geregelt. Diese ertönt zum Arbeitsbeginn und –ende sowie zu den Pausen. Aus den Daten, welche im Zuge der Analysephase gesammelt wurden, ging hervor, dass etwa die Hälfte der befragten Mitarbeiter teilweise unzufrieden bis sehr unzufrieden mit dieser akustischen Regelung waren.

Da diese Hupe noch immer vorhanden ist, soll nun untersucht werden, ob Veränderungen bezüglich der Zufriedenheit mit dieser Einrichtung zu beobachten sind.

Abb. 9: Zufriedenheit mit der Hupe



(Alle Werte in Prozent)

Die statistische Auswertung der erhobenen Daten ergab, dass nun 35 statt rund 50 Prozent der befragten Mitarbeiter teilweise bis sehr unzufrieden mit der Hupenregelung sind.

Diese Diskrepanz lässt sich nach Ansicht des Verfassers damit erklären, dass die Akzeptanz einer solchen Regelung einer gewissen Gewöhnung bedarf, sodass die Zufriedenheit mit dieser im Laufe der Zeit zwangsläufig steigt.

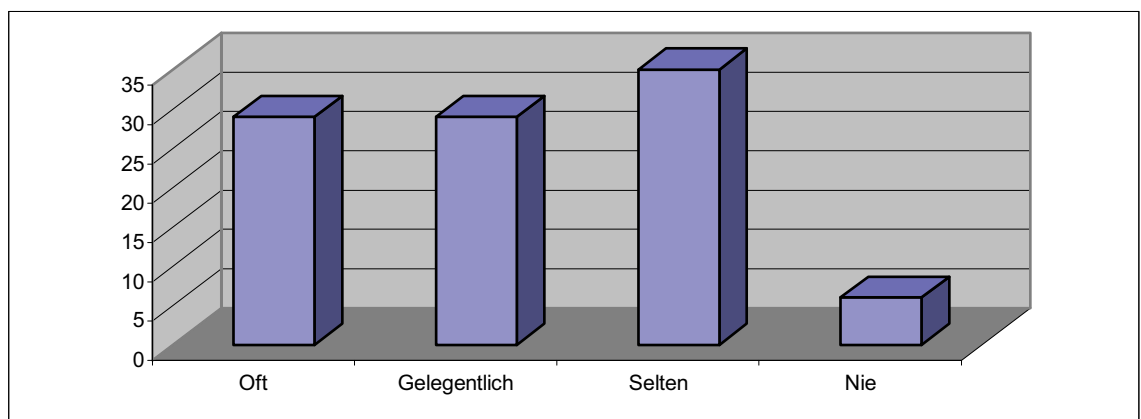
9.2.3 Belastung durch schweres Heben

Die Ergebnisse der ersten Befragung ergaben, dass sich die Hälfte der Mitarbeiter durch schweres Heben belastet fühlte.

Inzwischen wurden einige Investitionen getätigt, um diese Belastung zu verringern. Zu nennen wären hier die neue Hängebahn für Fenster, die Anschaffung von Rollwagen sowie die neuen und modernen Schleiftische.

Die gegenwärtige Beurteilung der Belastung durch schweres Heben wird in Abbildung 10 ersichtlich.

Abb. 10: Belastung durch schweres Heben



(Alle Werte in Prozent)

Zunächst könnte die Deutung der Abbildung den Eindruck erwecken, dass trotz dieser Anschaffungen keine Verbesserung eingetreten ist. Dies lässt sich jedoch dadurch erklären, dass die genannten Investitionen natürlich nur

die Hallen der Tischlerei betreffen. Die Arbeit auf den Baustellen bleibt davon freilich unberührt. Ungeachtet dessen kann kein Zweifel an der Sinnhaftigkeit der getroffenen Maßnahmen bestehen. Um die Wirksamkeit statistisch belegen zu können, hätte die Belastung durch schweres Heben in der Tischlerei getrennt von selbiger Belastung auf den Baustellen erfragt werden müssen. Dies erfolgte aber weder während der Analyse- noch während der Evaluationsphase.

9.2.4 Zufriedenheit mit den Betriebsabläufen

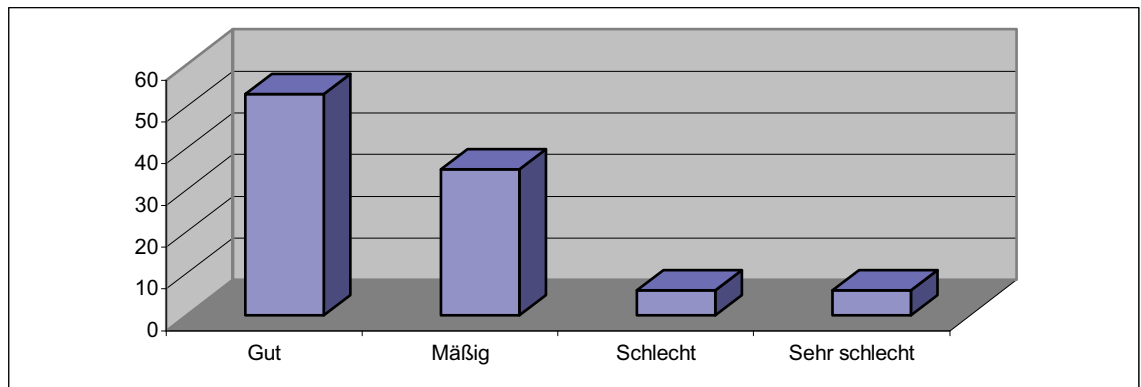
Obwohl dem Bericht zur Analysephase zu entnehmen ist, dass die Mitarbeiter im Großen und Ganzen mit den Betriebsabläufen zufrieden sind, wurden einige Verbesserungsvorschläge der Beschäftigten aufgelistet. Diese wären:

- Bessere Arbeitsplanung
- Direkte Absprachen
- Mehr Platz, Sauberkeit und Ordnung
- Pflege der Maschinen als Pflicht für die Mitarbeiter

Es wurde angeregt, die Verbesserungsvorschläge im Rahmen einer Versammlung mit dem Vorgesetzten zu besprechen, um diese dann eventuell umsetzen zu können.

Abbildung 11 macht jedoch deutlich, dass die vorgeschlagene Vorgehensweise leider nicht in einer höheren Zufriedenheit mündete

Abb. 11: Zufriedenheit mit den Betriebsabläufen



(Alle Werte in Prozent)

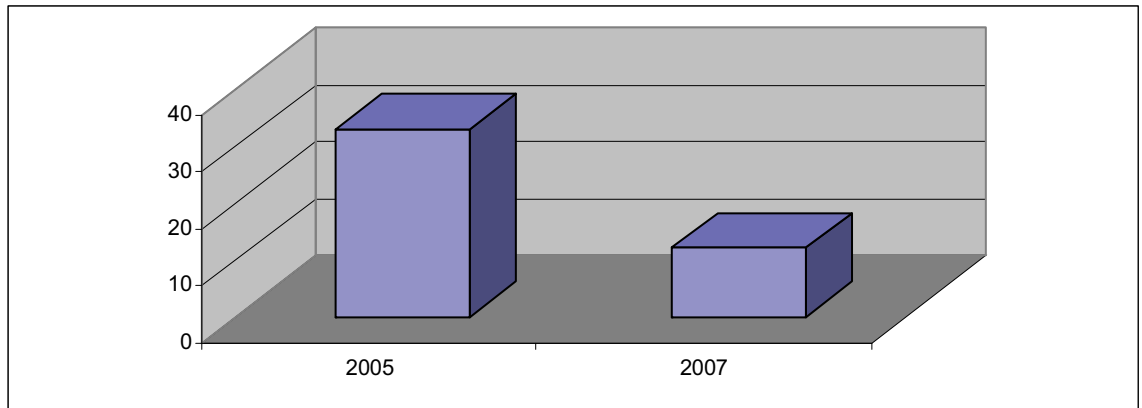
Nach Auswertung der (zum Zwecke der Evaluation) erhobenen Daten lässt sich die Aussage tätigen, dass hier sogar eine leichte Verschlechterung eingetreten ist. So bewerten nun 88 Prozent der Probanden (damals noch 95%) die Betriebsabläufe als gut bis mäßig. Zwei Mitarbeiter, dies entspricht einem Anteil von 12 Prozent, antworteten sogar mit „Schlecht“ bzw. „Sehr schlecht“. Für letztgenannte Antwortoptionen entschied sich während der Analysephase noch niemand.

9.2.5 Platzmangel

Im Rahmen der Erstbefragung (2005) gaben 6 Mitarbeiter –dies entspricht einem Anteil von 33% - an, dass sie sich bei der Ausübung ihrer Tätigkeit durch Platzmangel beeinträchtigt fühlen.

Inzwischen wurde jedoch neben der alten Halle, welche eine modernere Ausstattung erhielt, eine neue Halle gebaut. Letztere ist in ihren Ausmaßen sehr großzügig dimensioniert, sodass dort Beeinträchtigungen durch Platzmangel sehr unwahrscheinlich erscheinen. Erwartungsgemäß spiegelt sich dies auch in den Antworten der Mitarbeiter wider.

Abb. 12: Beeinträchtigung durch Platzmangel



(Alle Werte in Prozent)

Die Auswertung der im Jahre 2007 erhobenen Daten ergab, dass sich nun nur noch zwei Probanden durch Platzmangel beeinträchtigt fühlen. Diesbezüglich lässt sich also ein starker positiver Effekt nachweisen.

9.2.6 Belastung durch Zugluft

Mittels der, während der Erstbefragung im Jahr 2005, gewonnenen Daten ließ sich nachweisen, dass sich über die Hälfte der Mitarbeiter durch Zugluft belastet fühlte.

Die Errichtung der neuen sowie eine bauliche Veränderung* an der alten Halle lassen eine erneute Untersuchung sinnvoll erscheinen.

Tabelle 4 zeigt nun die eingetretenen Veränderungen zwischen den Erhebungsjahren 2005 und 2007.

*Die bauliche Veränderung betrifft den Einbau einer Tür neben dem Hallentor, welches vorher von den Mitarbeitern als Aus- und Eingang genutzt wurde. Aus Zeitgründen verzichteten diese auf ein Schließen des Tores, was zu starkem „Durchzug“ führte.

Tab. 5: Belastung durch Zugluft

Ausprägung	2005	2007
Selten bis nie	44%	53% (+9)
Gelegentlich bis immer	56%	47% (-9)

Es wird deutlich, dass hier eine eher geringe Verbesserung eingetreten ist. Außerdem zeigt sich eine noch immer sehr starke Ausprägung der Kategorie „Gelegentlich bis immer“. Ob es in der neuen Halle zum Auftreten einer Belastung durch Zugluft kommt oder die Arbeit auf den Baustellen die Ursache ist, lässt sich aufgrund der eher unspezifischen Formulierung der Frage (Frage 42 im Fragebogen zur Evaluation) leider nicht klären.

9.2.7 Belastung durch Staub

Um die Belastung durch Stäube zu minimieren, sind die Sägen in der Bautischlerei an spezielle Absauganlagen angeschlossen. Trotz dieser Maßnahme lässt sich eine gewisse Staubentwicklung während des Arbeitsprozesses natürlich nicht gänzlich verhindern.

Angesichts der neuen Produktionshalle und der modernisierten Ausstattung der alten Halle, ist eine weitere Minimierung dieser Belastung zu erwarten. Die statistische Auswertung der erhobenen Daten zeigt jedoch, dass diesbezüglich eine Verschlechterung eingetreten ist.

In Tabelle 5 sind die Veränderungen zwischen den Erhebungsjahren 2005 (Analysephase) und 2007 (Evaluationsphase) dargestellt.

Tab. 6: Belastung durch Staub

Ausprägung	2005	2007
Nie bis selten	61%	47% (-14)
Gelegentlich bis immer	39%	54% (+15)

Es wird ersichtlich, dass die positive Ausprägung „Nie bis selten“ deutlich abgenommen und die negative Ausprägung „Gelegentlich bis immer“ in fast gleicher Größenordnung zugenommen hat.

Über die Gründe lässt sich nur spekulieren, da diese nicht erfragt wurden.

10 Fazit

Resümierend lässt sich feststellen, dass die Quantität der eingetretenen Verbesserungen etwas hinter den Erwartungen zurückblieb. Dies gilt insbesondere für den Bereich der verhältnisbezogenen Interventionen.

So zeigte sich, dass die vorgeschlagene Vorgehensweise zur Verbesserung der Betriebsabläufe nicht zum Erfolg führte.

Der Umstand, dass sich trotz der beschriebenen Investitionen keine Verbesserung bezüglich der Belastung durch schweres Heben nachweisen lässt, ist am ehesten mit der unspezifischen Formulierung in den Fragebögen zu begründen. Dies sollte bei zukünftigen Projekten dieser Art berücksichtigt werden.

Dagegen stehen deutliche Verbesserungen bei der Beurteilung der Platzverhältnisse und der Gestaltung des Pausenraumes. Zu Letzterem sei angemerkt, dass sich nur die Lösung bezüglich der Lärmbelastung durch den Kompressor mit dem getätigten Interventionsvorschlag deckt. Der Anregung, dass die Mitarbeiter das Problem, der durch Zigarettenqualm verursachten Belastung, „unter sich“ klären sollen, wurde sinnvoller Weise nicht gefolgt. Vielmehr erfolgte auf Betreiben der Geschäftsführung eine räumliche Trennung der Pausenbereiche für Raucher und Nichtraucher. Hier zeigt sich, dass Maßnahmen im Sinne einer Top-Down Strategie in gewissen Situationen am ehesten in einer Problemlösung münden.

Außerdem konnte nachgewiesen werden, dass die Belastung durch Zugluft etwas weniger stark ausgeprägt ist als im Jahr 2005. Der Umstand, dass aus der statistischen Auswertung der erhobenen Daten eine gestiegene

Zufriedenheit mit der angesprochenen Hupe resultierte, lässt sich wohl am ehesten mit einem gewissen Gewöhnungseffekt erklären.

Auch die Ergebnisse, welche den Bereich der personenbezogenen Interventionen betreffen, machen deutlich, dass weiterhin Verbesserungsbedarf hinsichtlich der methodischen Vorgehensweise bei betrieblichen Gesundheitsförderungsprojekten besteht. Besonders klar konnte dies durch die Untersuchung des durchgeführten Rückenschulkurses gezeigt werden. Die Auswertung der Fragebögen, welche den Stand kurz nach Kursende verdeutlicht, zeugt von der hohen Qualität des Gesundheitsangebots. Dies entspricht auch den Erfahrungen, welche in anderen Handwerksbetrieben gesammelt werden konnten. Ein gewisser Rückgang der positiven Wirkung in Abhängigkeit zur zeitlichen Distanz war bereits vor der Auswertung der erhobenen Daten zu erwarten. Überraschend war jedoch die Intensität, mit welcher die positiven Effekte innerhalb eines relativ kurzen Zeitraumes abebbten. Es wurde deutlich, dass sich mit einer einmaligen Veranstaltung, so gut sie auch immer sein mag, kaum nachhaltige Erfolge erzielen lassen. Vor diesem Hintergrund scheint es notwendig zu sein, die im Kurs erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten in regelmäßigen Abständen „aufzufrischen“. Im Fall der untersuchten Bautischlerei sollte also einmal jährlich ein „Folge-“ oder „Auffrischkurs“ angeboten werden, welcher in seinem Umfang deutlich knapper ausfallen könnte, da die wichtigsten Grundkenntnisse seitens der Mitarbeiter bereits vorhanden sind. Dies wäre zugleich die Chance, die Teilnehmer regelmäßig zu gesundheitsförderlichem Verhalten zu motivieren. Der Verfasser der vorliegenden Arbeit vertritt die Meinung, dass nur bei einer solchen Vorgehensweise ein akzeptables Verhältnis von Kosten und Nutzen denkbar ist.

Ähnliches lässt sich zum Interventionsvorschlag, welcher auf eine Verbesserung des Informationsstandes bezüglich der Maßnahmen der Krankenkassen bzw. über Vorsorgeuntersuchungen abzielte, sagen. Auch

hier zeigte sich, dass von Einzelaktivitäten bestenfalls geringe Effekte zu erwarten sind.

Ein starker positiver Effekt auf das Verhalten der Mitarbeiter ließ sich dagegen im Hinblick auf die arbeitsschutztechnische Frage nach dem Tragen eines Gehörschutzes nachweisen.

Trotz der Kritik sollte dieses Fazit keinesfalls als Statement gegen die Betriebliche Gesundheitsförderung verstanden werden. Im Gegenteil: Gesundheitsförderung und BGF heben sich durch ihre ressourcenorientierte Ausrichtung wohltuend von den fast diktatorisch verordneten Rezepten der alten Gesundheitserziehung ab. Auch der verhältnisbezogene Ansatz stellt einen enormen Fortschritt zu früheren Bemühungen der reinen Verhaltensmodifikation dar.

Gewiss, die eingeschlagene Richtung mag stimmen. Verbesserungen, etwa durch das „Aufgreifen“ von gesammelten Erfahrungen und Evaluationsergebnissen, werden jedoch auch zukünftig von Nöten sein.

Qualitätssicherung bei gleichzeitiger Weiterentwicklung (trotz knapper finanzieller Mittel) – so lautet also weiterhin die Aufgabe, welche es zu meistern gilt.

Literaturverzeichnis

Bamberg, E. / Metz, A.-M.: Intervention. In: Bamberg, E. / Ducki, A. / Metz, A.-M.: Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Hogrefe-Verlag für Psychologie: Göttingen, Bern, Toronto, Seattle 1998, S.177-209

Bortz, Doring: Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler, 2. vollständig überarb. und aktualisierte Aufl.: Berlin; Heidelberg; New York 1995

Brockhaus Enzyklopädie, Band 2. F.A. Brockhaus GmbH: Mannheim 1987, S.36

Brockhaus Enzyklopädie, Band 12. F.A. Brockhaus GmbH: Mannheim 1990, S.444

Ducki, A.: Allgemeine Prozeßmerkmale betrieblicher Gesundheitsförderung. In: Bamberg, E. / Ducki, A. / Metz, A.-M.: Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Hogrefe-Verlag für Psychologie: Göttingen, Bern, Toronto, Seattle 1998, S.135-143

Jahoda, M.: Wieviel Arbeit braucht der Mensch? Arbeit und Arbeitslosigkeit im 20. Jahrhundert. Beltz: Weinheim; Basel 1986

Lück, P.: Betriebliche Gesundheitsförderung. In: Klotter, C.: Prävention im Gesundheitswesen. Hogrefe-Verlag: Göttingen, Bern, Toronto, Seattle 1997, S.281-294

Meyer, R.: Allgemeine Krankheitslehre kompakt. 9. Auflage. Verlag Hans Huber: Bern 2000

Peter, R.: Berufsstatus und Gesundheit. In: Mielck, A. / Bloomfield, K.: Sozial-Epidemiologie. Eine Einführung in die Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten. Juventa Verlag: Weinheim und München 2001, S.33

Schäfers, B. (Hrsg.): Grundbegriffe der Soziologie. 7. Auflage. Uni – Taschenbücher GmbH: Stuttgart 2001

Schewior-Popp, S.: Modelle von Gesundheit und Krankheit. In: Kellnhauser, E. / Schewior-Popp, S. / Sitzmann, F. / Geißner, U. / Gümmer, M. / Ullrich, L. – Begründet von Juchli, L.: Pflege. Band 1. Georg Thieme Verlag: Stuttgart 2000, S.76-81

Internetverzeichnis

http://www.baybutler.de/kmu_sme.htm (Stand:12.09.2006)

<http://www.smartregion.net/1797.0.html> (Stand: 04.09.2006)

http://ec.europa.eu/enterprise/enterprise_policy/sme_definition/index_de.htm (Stand: 01.04.2008)

Abbildungsverzeichnis	Seite
Abb. 1: Benutzung eines Gehörschutzes	20
Abb. 2: Information über Maßnahmen der Krankenkassen bzw. über Vorsorgeuntersuchungen	21
Abb. 3: Bereithaltung von erfrischenden Getränken am Arbeitsplatz (2007)	22
Abb. 4: Lob bzw. Anerkennung durch Vorgesetzte	24
Abb. 5: Besserung der Rückenschmerzen	26
Abb. 6: Anwendung der erlernten Übungen im beruflichen Alltag	27
Abb. 7: Anwendung der erlernten Übungen im privaten Alltag	28
Abb. 8: Zufriedenheit mit dem Pausenraum	30
Abb. 9: Zufriedenheit mit der Hupe	31
Abb. 10: Belastung durch schweres Heben	32
Abb. 11: Zufriedenheit mit den Betriebsabläufen	34
Abb. 12: Beeinträchtigung durch Platzmangel	35

Tabellenverzeichnis	Seite
Tab.1: Unterscheidung kleine und mittlere Unternehmen.....	10
Tab. 2: Bevorzugte Art des Getränkes (2007).....	23
Tab. 3: Positive Wirkung des Rückenschulkurses auf das Gesamtbefinden (subjektive Einschätzung der Befragten).....	27
Tab. 4: Gründe für das Nichtanwenden der erlernten Übungen (2. Datenerhebung).....	29
Tab. 5: Belastung durch Zugluft.....	36
Tab. 6: Belastung durch Staub.....	36

Anhang

- Kursbeurteilungsfragebogen 1 (nach einigen Wochen)
- Kursbeurteilungsfragebogen 2 (nach 6 Monaten)
- Fragebogen der Evaluationsphase
- Eidesstattliche Erklärung