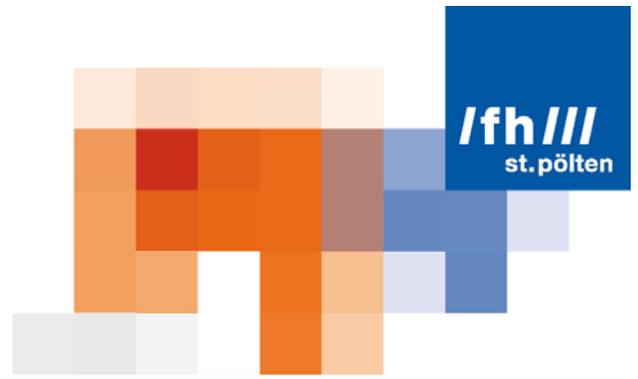


Soziale Arbeit



Lebensweltorientierte Betriebliche Gesundheitsförderung

Christine Fellnhofer

Diplomarbeit

eingereicht zur Erlangung des Grades
Magistra (FH) für sozialwissenschaftliche Berufe
an der Fachhochschule St. Pölten
im September 2009

Erstbegutachter:

Mag (FH) Franz Josef Purer

Zweitbegutachter:

Prof (FH) Dr. Tom Schmid

Abstract

Arbeits- und Lebenswelt von Angestellten in Bezug auf betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)

Die vorliegende Diplomarbeit zeigt die Lebens- und Arbeitswelt eines Samples von Angestellten eines Fertigungsunternehmens im Bezug auf die Inanspruchnahme von Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Die Ergebnisse der qualitativen Erhebung sowie der Literaturrecherche weisen darauf hin dass die Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung besser an die Bedürfnisse der Angestellten als an die der ArbeiterInnen angepasst sind und daher auch besser in Anspruch genommen werden. In der Evaluierungsstudie 2007 zeigte sich, dass sich nur 32,75% der befragten ArbeiterInnen aktiv am Projekt BGF beteiligten, während dies bei 50% der Angestellten der Fall war. Aus den von mir erhobenen Interviews ergibt sich, dass von 11 befragten Angestellten 10 in der Vergangenheit an Maßnahmen der BGF teilgenommen haben oder sich derzeit daran beteiligen. Aus der Forschung des Projektes „Bewusster Arbeiter- bewusst arbeiten“ geht hervor, dass bei 26 von 47 interviewten ArbeiterInnen Desinteresse im Bezug auf die Teilnahme an den betrieblichen gesundheitsfördernden Maßnahmen vorliegt. In den 11 durchgeführten Interviews mit Angestellten werden folgende Gründe genannt, weshalb die Angebote gesundheitsfördernden Maßnahmen nicht angenommen werden:

- Die Notwendigkeit der gesundheitlichen Prävention wird nicht erkannt
- Die befragten Angestellten sind nicht bereit, betriebliche gesundheitsfördernde Aktivitäten in der Freizeit durchzuführen.
- Die Angebote entsprechen nicht den persönlichen Bedürfnissen

Vorschläge für neue Maßnahmen beziehen sich auf die Reaktivierung früherer Angebote (Massieren, Autogenes Training) sowie auf die Nennung einzelner Aktivitäten (Selbstverteidigung, verpflichtende Bürogymnastik). Außerdem wurde der Wunsch nach Supervision durch eine betriebsunabhängige BeraterIn artikuliert. Vorgeschlagen wurde auch, jeder MitarbeiterIn einen bestimmten Betrag zur freien Verwendung für gesundheitsfördernde Aktivitäten zur Verfügung zu stellen.

Working – and living environment of white-collar employees related to operational health promotion

The thesis points out that measures of operational health promotion match better to white-collar employees than to basic qualified manual active employees.

The results of the qualitative inquiry and the investigation of literature indicate that measure of operational health promotions are better adapted to the necessities of white-collar employees than to basic qualified manual active employees . Therefore they are better used by the first mentioned group.

The evaluation survey of 2007 points out that only 32,75% of the interviewed basic qualified employees took part in the project “operational health promotion”. In contrast to this result it was 50% of the white-collar employees.

The 11 actual interviewed white- collar employees mentioned the following reasons for less acceptance of health promotion:

- Interviewed persons are not aware of the necessity of health promotion.
- Interviewed employees do not want to exercise operational health promotion during their leisure time.
- The offers do not match with the personal requirements.

Proposals for new measures are to establish massage and autogenic training again. Some people would prefer activities like self-defence and obligatory gym sessions.

Christine Fellnhofer

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei all jenen bedanken, die mich während des Verfassens meiner Diplomarbeit stets unterstützt und mir zur Seite gestanden sind.

Ich bedanke mich herzlich für die kompetente und freundliche Unterstützung von Herrn Mag (FH) Franz Josef Purer und Herrn Dr. Frank Preissler. Auch meine InterviewpartnerInnen sind mir mit großem Interesse und Engagement begegnet, worüber ich mich besonders gefreut habe.

Auf meine FreundInnen und meine Familie konnte ich mich stets verlassen und auf ihren guten Zuspruch vertrauen. Ich bin Euch allen für eure Geduld und eure wertvollen Ratschläge sehr dankbar!

Christine Fellnhofer

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	3
1.1 Beschreibung der Kapitel	3
1.2 Methodische Vorgehensweise	4
2. Begriffsdefinitionen	5
2.1. Gesundheit	5
2.2. Krankheit, Kranksein und Erkrankung	6
2.3. Gesundheitsförderung	7
2.4. Betriebliche Gesundheitsförderung	8
2.5. Verhaltens- und Verhältnisprävention	9
2.6. Lebenswelt	10
3. Historischer Rückblick zum Thema Gesundheit und Krankheit, Gesundheitsförderung mit spezieller Berücksichtigung der Betrieblichen Gesundheitsförderung	10
3.1. Gesundheit und Krankheit im historischen Rückblick	10
3.1.1. Die hippokratische Gesundheitslehre	11
3.1.2. Die Aufwertung von Krankheit im christlichen Mittelalter	11
3.1.3. Die neuzeitliche Aufwertung von Gesundheit und Prävention	11
3.2. Gesundheitsförderung im geschichtlichen Zusammenhang	13
3.3. Historische Wurzeln der Betrieblichen Gesundheitsförderung	16
4. Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)	17
4.1. Entwicklung der menschlichen Arbeit	17
4.2. Gründe für Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz	18
4.3. Aufgaben und Ziele der Betrieblichen Gesundheitsförderung	22
4.3.1. Ziele der ArbeitgeberInnen in Bezug auf BGF	27
4.3.2. Ziele der ArbeitnehmerInnen in Bezug auf BGF	27
4.4. Mängel der Betrieblichen Gesundheitsförderung	28
4.5. Qualitätskriterien	28
4.6. Wege zur salutogenen Organisation	30

5. Neue Forschungserkenntnisse auf dem Gebiet der Betrieblichen Gesundheitsförderung	34
5.1. Wissenswertes zur qualitativen Forschungsarbeit	34
5.2. Unternehmen	34
6. Forschungsinteresse – Forschungsfragen	35
6.1. Hypothesen	35
6.2. Forschungsfragen	36
7. Biographische Daten der befragten Angestellten	37
8. Hauptkategorien	41
8.1. Auswertung der Kategorie „Betriebliche Gesundheitsförderung“	42
8.2. Auswertung der Kategorie „Erlebte Arbeitsbedingungen“	45
8.3. Auswertung der Kategorie „Individuelle Lebenswelt“	49
8.4. Detailergebnisse	54
9. Verifizierung der Hypothesen und Beantwortung der Forschungsfragen	57
10. Resümee	63
11. Diskussion und Vergleich der Ergebnisse	65
Literaturverzeichnis	69
Unveröffentlichte Literatur	74
Abbildungsverzeichnis	75

1. Einleitung

In den letzten drei Semestern meiner Ausbildung nahm ich am Projekt „Bewusster Arbeiter – bewusst arbeiten“ teil. In diesem Rahmen beschäftigten wir uns mit dem Gesundheitsbewusstsein basisqualifizierter manuell tätiger ArbeitnehmerInnen in einem profitorientierten Unternehmen. Die Forschungsarbeit zu diesem Thema ist für mich aufgrund meiner einschlägigen Feriarbeit und durch meinen familiären Hintergrund (langjährige körperlich belastende berufliche Tätigkeit meines Vaters) von großem Interesse.

Da im Rahmen des Projekts „Bewusster Arbeiter- bewusst arbeiten“ bereits Ergebnisse im Hinblick auf ArbeiterInnen vorlagen, wurde von Seiten des Betriebes angeregt, das Hauptgewicht meiner Untersuchung auf Angestellte zu legen.

Da meiner Ansicht nach die Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung eher an die Bedürfnisse der Angestellten als an die der ArbeiterInnen angepasst sind und deshalb auch von letzteren weniger in Anspruch genommen werden, möchte ich in meiner Diplomarbeit das private Umfeld sowie das Arbeitsleben hinsichtlich der Inanspruchnahme der Betrieblichen Gesundheitsförderung mit Hilfe qualitativer Forschung untersuchen.

1.1. Beschreibung der Kapitel

Im ersten Abschnitt der Arbeit werden die relevanten Begriffe der Diplomarbeit beschrieben und definiert. Im zweiten Kapitel wird die historische Einbettung von Gesundheit und Krankheit mit spezieller Berücksichtigung der Betrieblichen Gesundheitsförderung thematisiert. Anschließend folgt die ausführliche Erläuterung der Betrieblichen Gesundheitsförderung, die den Schwerpunkt der Arbeit darstellt. Die Wege zur salutogenen Organisation bilden den Abschluss des Literaturteils.

Im Anschluss daran werden die neuen Forschungserkenntnisse auf dem Gebiet der Betrieblichen Gesundheitsförderung beschrieben. Zuerst werden der Untersuchungsgegenstand, die methodische Vorgehensweise der Forschungsarbeit und die Hypothesen und Forschungsfragen dargestellt.

Dann folgen die biographischen Daten, die Hauptkategorien, die Detailergebnisse, die Verifizierung der Hypothesen, die Beantwortung der Forschungsfragen und das Resümee. Zuletzt werden in der Diskussion die Unterschiede von Angestellten und ArbeiterInnen im untersuchten Unternehmen erläutert.

1.2. Methodische Vorgehensweise

Bei der vorliegenden Arbeit wird die qualitative Methode der Sozialforschung durchgeführt. Diese dient zur empirischen Bearbeitung des Diplomarbeitsthemas. Es wurden 11 Angestellte eines Fertigungsunternehmens untersucht. Dazu wird die Methode des qualitativen Interviews nach Froschauer/ Lueger verwendet.

„Im Zentrum qualitativer Interviews steht die Frage, was *die befragten Personen* für relevant erachten, wie sie ihre Welt beobachten, was ihre Lebenswelt charakterisiert.“ (Froschauer/ Lueger 2003: 16)

Die Auswertung der Datenmenge erfolgt im Sinne von Kelle/ Kluge. Um die Wissensbestände und Deutungsmuster der Akteure zu rekonstruieren, steht am Anfang der Forschungsarbeit die Datenerhebung. Aus diesem Material sollen dann jene Sinnstrukturen rekonstruiert werden, die die untersuchte Lebenswelt (mit) konstituieren. (vgl. Kelle/ Kluge 1999: 15)

2. Begriffsdefinitionen

Im nächsten Abschnitt werden relevante Begriffe für die vorliegende Diplomarbeit anhand fachspezifischer Literatur definiert.

2.1. Gesundheit

2.2. Krankheit

2.3. Gesundheitsförderung

2.4. Betriebliche Gesundheitsförderung

2.5. Verhaltens- und Verhältnisprävention

2.6. Lebenswelt

2.1. Gesundheit

Laut Naidoo/ Wills (2003: 5) geht das englische Wort „health“ (Gesundheit) auf das altenglischen Wort „heal“ (heilen) zurück; dies bedeutet „vollständig“, womit das Wohlbefinden der gesamten Person gemeint ist.

Im allgemeinen Sprachgebrauch wird Gesundheit positiv oder negativ definiert. Positiv kann Gesundheit als Zustand des Wohlbefindens angesehen werden, wie dies unter anderem in der Satzung der WHO zum Ausdruck kommt.

„Die Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen.“ (WHO 1946 o.A; zit. in: Naidoo/ Wills 2003: 6)

In der Ottawa-Charta der WHO (1986) steht Gesundheit für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten.

„Gesund ist demnach, wer sich aktiv, planvoll und zielgerichtet in seiner Welt bewegt, wer sich weiterentwickelt und nicht auf seinem Entwicklungsstand verharrt. Gesund ist, wer sich vor dem Hintergrund langfristiger Zielsetzungen neue Handlungs- und Lebensbereiche durch Lernen erschließt“ (Ducki/ Greiner 1992: 186 zit. in.: Oesterreich/ Volpert 1999: 16)

„Gesundheit ist ... eine Fähigkeit zur Problemlösung und Gefühlsregulierung, durch die ein positives seelisches und körperliches Befinden – insbesondere ein positives Selbstwertgefühl – und ein unterstützendes Netzwerk sozialer Beziehungen erhalten oder wieder hergestellt wird.“ (Badura/ Ritter/ Scherf 1999: 24)

Gemäß Naidoo/ Wills (2003: 16) ist das westlich geprägte Modell des medizinisch- wissenschaftlichen Gesundheitsverständnisses negativ besetzt und versteht Gesundheit als die Abwesenheit von Krankheit und Leiden.

Weiters beschreiben die oben genannten Autoren Naidoo/ Wills (2003: 6) das ganzheitliche Verständnis von Gesundheit. Dies bedeutet, dass die unterschiedlichen psychischen, physischen, emotionalen, sozialen, spirituellen und sexuellen Einflüsse in ihrer Wechselwirkung zueinander berücksichtigt werden müssen.

Gemäß Wallner (2006: 9, zit. in: Purer 2007: 3) gibt es keine einheitlich anerkannte wissenschaftlich begründete Definition des Begriffs Gesundheit.

2.2. Krankheit, Kranksein und Erkrankung¹

Nach Naidoo/ Wills (2003: 7) werden im Deutschen die Begriffe Krankheit, Kranksein und Erkrankung trotz unterschiedlicher Bedeutung häufig synonym benutzt.

„Im Englischen ist der Begriff Krankheit (disease) von dem Wort „desaise“ abgeleitet, was innere Unruhe und Unbehagen bedeutet. Kranksein (illness) weist auf einen Zustand hin, der die Gesundheit beeinträchtigt oder Schmerzen verursacht.“ (Naidoo/ Wills 2003: 7)

Der Verlust der Gesundheit wird laut Meinung der oben genannten Autoren als Kranksein erfahren und kommt in Form von Symptomen zum Ausdruck. Obwohl zwischen Kranksein und Krankheit meistens nicht unterschieden wird, haben die beiden Begriffe nicht die gleiche Bedeutung. Es kann nämlich bei jemandem eine Krankheit diagnostiziert werden, ohne dass sich dieser vorher krank fühlt oder umgekehrt. Wenn die Erfahrung der objektiven Krankheit und die des subjektiven Krankseins zusammenfallen, verwendet man den Oberbegriff Erkrankung (illhealth).

¹ Dieser Abschnitt „Krankheit, Kranksein und Erkrankung“ bezieht sich auf die Ausführungen von Naidoo/ Wills (2003: 7).

„Sozialwissenschaftler betrachten Gesundheit und Krankheit als sozial strukturierte subjektive Wirklichkeiten. Gesundheit und Krankheit sind für sie keine Zustände objektiver Wirklichkeit, die nur darauf warten von der Medizin entdeckt und untersucht zu werden. Sie werden vielmehr im Alltag der Menschen hergestellt und verhandelt.“ (Naidoo/ Wills 2003: 7)

2.3. Gesundheitsförderung

Naidoo/ Wills (2003: 87) geben an, dass der Begriff „Gesundheitsförderung“ mit seinen Maßnahmen sowie mit den Rollen und Erwartungen der darin eingebundenen Personen unterschiedliche Bedeutungen und Verwendungen findet. Einerseits kann Gesundheitsförderung dahingehend interpretiert werden, Krankheiten zu vermeiden, Informationen im Hinblick auf „gesunde Lebensweisen“ bereitzustellen oder äußere Rahmenbedingungen zu verändern, welche die Gesundheit der Menschen beeinflussen. Andererseits kann Gesundheitsförderung aber auch als ein Bündel an Grundsätzen verstanden werden, das für „ ... Chancengleichheit, multisektorale Zusammenarbeit und Beteiligung der BürgerInnen und Bürger ... “ (Naidoo/ Wills 2003: 87) steht.

„Gesundheitsförderung umfasst alle Maßnahmen, die bewusst auf die Förderung der Gesundheit und die Bewältigung von Krankheit angelegt sind ... Ein Hauptmerkmal der Gesundheitsförderung ist zweifelsohne die ‚Gesundheitsfördernde Gesamtpolitik‘ mit ihren Möglichkeiten durch gesetzgeberische, steuerrechtliche, ökonomische und andere Formen der Veränderung der physischen und sozialen Umwelt einen gesellschaftlichen Wandel herbeizuführen.“ (Tones 1990:o.S, zit. in: Naidoo/ Wills 2003: 81)

Die WHO setzt den Schwerpunkt bei der Interpretation des Begriffs Gesundheitsförderung folgendermaßen.

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales

Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, daß sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können.“ (Landfried 2009:1)

Klotter (1999: 45) schließt sich der Meinung der WHO an, und betont nochmals, dass bei „Gesundheitsförderung“ nicht in erster Linie die Vermeidung spezieller Erkrankungen im Vordergrund steht, sondern es vielmehr um die Bewahrung und Erlangung von Gesundheit und Wohlbefinden des gesamten Menschen geht. Der Begriff „Salutogenese“ stellt das Gegenteil von „Pathogenese“ dar und beschäftigt sich mit der Frage nach der Entstehung von Gesundheit. Gesundheitsförderung beschränkt sich nicht nur auf das Individuum, sondern bezieht ebenso die Umwelt und die Mensch-Umwelt-Interaktion mit ein. Gesundheit wird nicht nur der Verantwortung des Einzelnen überlassen, sondern ist auch Aufgabe der Gesellschaft. Laut Klotter (1999: 45) ist dies die Verhältnisprävention. Gesundheitsförderung ist außerdem „Hilfe zur Selbsthilfe“, also keine Intervention analog zur Medikamentengabe.

2.4. Betriebliche Gesundheitsförderung

„Gesundheitsförderung bezeichnet einen Prozeß, in dessen Verlauf Arbeits- und Lebensbedingungen verändert und alle Menschen befähigt werden sollen, aktiv die eigene Gesundheit zu stärken. Zentraler Ausgangspunkt ist die Frage: Was erhält Menschen gesund? Welche Voraussetzungen in der materiellen und sozialen Arbeits- und Lebensumwelt dienen hierbei als Ressourcen? Welche Lebenserfahrungen und Lernprozesse befähigen und motivieren Menschen, sich selbst aktiv gesund zu erhalten?“ Szymanski (1997: 25)

Laut Großmann/ Scala (zit. in: Meggeneder 1997: 62) ist „betriebliche Gesundheitsförderung“ im wesentlichen als eine Organisationsentwicklungsstrategie zu verstehen, die sich gemäß Meggeneder (1997: 62) so nah wie möglich an krankheitsauslösenden Faktoren in der Arbeitswelt orientieren soll. Da die Gesundheit der ArbeitnehmerInnen auch von deren

Freizeitverhalten beeinflusst wird, muss auch der Verhaltensprävention Aufmerksamkeit geschenkt werden. Jedoch soll der Schwerpunkt der betrieblichen gesundheitsfördernden Aktivitäten in der Verhältnisprävention liegen.

Wesentliches Kriterium der Gesundheitsförderung ist die Verbesserung der Gesundheit und nicht nur deren Erhaltung. Arbeitsschutz und klassische Prävention bilden nur Teile der betrieblichen Gesundheitsförderung, da diese nur auf die Erhaltung von Gesundheit abzielen. „Verbesserung“ hingegen bezieht auch jene Personen im Betrieb ein, die noch nicht erkrankt sind und im Idealfall keinen gesundheitsschädigenden Risiken ausgesetzt sind. (vgl. Oesterreich/ Volpert 1999: 15)

2.5. Verhaltens- und Verhältnisprävention²

„Geht es bei der Verhaltensprävention darum, dass jeder Mensch mit Hilfe seines eigenen Verhaltensrepertoires Krankheiten vorbeugen kann, so zielt die Verhältnisprävention auf die krankheitsverhütende Umgestaltung der äußeren Rahmenbedingungen ab.“ (Klotter 1999: 42)

Die Verhaltensprävention erlaubt die Moralisierung von Gesundheit im Sinne der individuellen Verantwortlichkeit. Obwohl Verhaltens- und Verhältnisprävention nicht gegeneinander aufgerechnet werden dürften, wird doch z.B.: immer wieder die Frage gestellt:

„Ist es das Individuum, das sich nicht rückschonend verhält, oder ist es der Arbeitsplatz, der rückschädigend wirkt? Ist demnach das Individuum aufgerufen etwas zu verändern oder der Betrieb?“ (Klotter 1999: 45).

Steht die Verhaltensprävention im Vordergrund soll das Individuum motiviert werden, sich gesundheitsgerechter zu verhalten, um so die Kosten im Gesundheitswesen und in den Unternehmen zu reduzieren. Im Gegensatz dazu gehen die Anhänger der Verhältnisprävention davon aus, dass die Veränderung der Rahmenbedingungen wesentlich effizienter zur Förderung der Gesundheit der Gesamtbevölkerung ist (vgl. Klotter 1999: 43 – 44).

² Das Kapitel „Verhaltens- und Verhältnisprävention“ beruht auf den Aussagen von Klotter (1999: 42- 45).

2.6. Lebenswelt

Peter Pantuček (1998: 100) versteht unter dem Begriff „Lebenswelt“ eine subjektiv erlebte und konstruierte Welt. Im Gegensatz dazu definiert das „Lebensfeld“ die objektiv vorhandene soziale Welt, in der der Alltag organisiert wird, unabhängig von den Interpretationen der Einzelnen. Dazu gehören materielle Bedingungen (Einkommen, Wohnverhältnisse ...) sowie immaterielle Aspekte (Regeln, Denkmuster, Verhaltensstile, ...).

3. Historischer Rückblick zum Thema Gesundheit und Krankheit, Gesundheitsförderung mit spezieller Berücksichtigung der Betrieblichen Gesundheitsförderung

Um ein umfassendes Verständnis für die derzeitige Situation der betrieblichen Gesundheitsförderung zu erlangen, erscheint es unerlässlich, sich mit den historischen Entwicklungen von Gesundheit, Krankheit, Gesundheitsförderung und den Bestimmungen der WHO auseinanderzusetzen.

3.1. Gesundheit und Krankheit im historischen Rückblick

3.1.1. Die hippokratische Gesundheitslehre

3.1.2. Die Aufwertung von Krankheit im christlichen Mittelalter

3.1.3. Die neuzeitliche Aufwertung von Gesundheit und Prävention

3.2. Gesundheitsförderung im geschichtlichen Zusammenhang

3.3. Historische Wurzeln der Betrieblichen Gesundheitsförderung

3.1. Gesundheit und Krankheit im historischen Rückblick³

Im Folgenden werden exemplarisch bestimmte Geschichtsepochen und deren Verständnis von Gesundheit und Krankheit vorgestellt.

³ Dieser Abschnitt des Textes „Gesundheit und Krankheit im historischen Rückblick“ bezieht sich auf die Literatur von Klotter (1999: 29- 32).

3.1.1. Die hippokratische Gesundheitslehre

In der griechischen Antike wird Krankheit nicht mehr religiös- magisch gesehen sondern als natürliches Geschehen betrachtet. Das Ungleichgewicht der Körpersäfte wird als Ursache von Krankheit gesehen. Diese Meinung hat zur Folge, dass nicht mehr religiöse Handlungen im Vordergrund stehen. Vielmehr wird das Erfassen und Beeinflussen von natürlichen und kulturellen Faktoren für den Gesundungsprozess als wesentlich angesehen. In der Hippokratischen Lehre werden nicht nur die natürliche Umweltbedingungen sondern auch die gesellschaftlichen (Staatsform, Bürgerpflichten) berücksichtigt. Speziell die Ernährungstherapie und physikalische Anwendungen sind die Hauptinterventionsformen. Die heutige naturheilkundliche und alternative Medizin baut direkt auf der Hippokratischen Lehre auf (vgl. Klotter 1999: 29 - 30).

3.1.2. Die Aufwertung von Krankheit im christlichen Mittelalter

Während in der Antike die Gesundheitslehre im Vordergrund steht, ändert sich dies im christlichen Mittelalter. In der christlichen Lehre erhält das Kranksein zweierlei Bedeutungen. Einerseits ist es eine Prüfung im Diesseits und überprüft die Gottesfürchtigkeit des Kranken. Andererseits wird dadurch die Krankenbehandlung aufgewertet, da in sie nun Mitleid und Barmherzigkeit einfließen. Die Gesundheitslehre wird vernachlässigt und der Prävention wird keinerlei Bedeutung mehr zugemessen. (vgl. Klotter 1999: 30)

3.1.3. Die neuzeitliche Aufwertung von Gesundheit und Prävention

Zu Beginn der Neuzeit wird Gesundheit wieder aufgewertet, durch die sich entwickelnde industrielle Produktion wird Gesundheit als Voraussetzung für Arbeitsfähigkeit und Leistungsbereitschaft gesehen. Krankheit hingegen ist in der Neuzeit negativ besetzt. Jeder ist für seine individuelle Gesundheit verantwortlich. (vgl. Klotter 1999: 31)

„Denn nur ein gesundheitsgerechtes Leben ist ein gottesgemäßes und sittliches Leben.“ (ebd: 31)

Nach Klotter (1999: 31) bildet die protestantische Ethik von Max Weber eine der Grundlagen für das Entstehen der großen Industrienationen seit Beginn der industriellen Revolution.

In der Moderne war man der Meinung, dass nicht nur die gesellschaftliche Elite gesund sein sollte, sondern die gesamte Bevölkerung ein Gesundheitsbewusstsein entwickeln sollte. Dies würde einen Gewinn an Überlebenschancen für einen Großteil der Bevölkerung bedeuten. Das ging soweit, dass es damals die Meinung gab:

„Nur mit einer im Durchschnitt hinreichend gesunder Bevölkerung sind der ökonomische Wettbewerb und der nächste Krieg zu gewinnen.“
(Klotter 1999: 31)

In der Moderne stellt Gesundheit an sich einen Wert dar, und ein langes Leben wird für viele zum Lebensziel. Diese Auffassung von Gesundheit steht im Einklang mit der utilitaristischen Ethik der Neuzeit:

„Gut ist, was nützlich ist. Und Gesundheit ist gesamtgesellschaftlich nützlich, ob als Mittel zum Zweck oder als letzte sinnstiftende Instanz.“
(Klotter 1999: 32)

Hufeland verknüpft diese Idee von Gesundheit mit der Vorstellung, dass jedes Individuum über einen gewissen Energievorrat verfügt, der dem Menschen je nach Verhaltensweisen ein längeres oder eben ein kürzeres Leben beschert. Dieser auch heute noch bei manchen Autoren aktuellen Idee liegt die Philosophie der Aufklärung zu Grunde. (vgl. ebd.: 32)

„Der gesundheitsbewußte Mensch spart also und verausgabt sich wenig, wohl wissend, daß das Töpfchen mit dem Energievorrat unaufhörlich schwindet. Daß diese Konzeption des Sparens und Haushaltens mit den körperlichen Kräften noch aktuell ist, beweisen moderne Präventionskonzepte wie das Risikofaktorenmodell. Es legt indirekt nahe, daß wenn man nur hinreichend auf seine Gesundheit achtet und alle Risiken vermeidet, nahezu ein ewiges Leben zu erwarten ist.“ (Klotter 1999: 32)

Antonovsky ist Begründer des Konzeptes der Salutogenese und betrachtet die Hufelandsche Idee des Sparens als eine Utopie. Die Romantik kritisiert ebenso die aufklärerischen-modernen Vorstellungen und setzt nicht auf ein vernünftiges, sondern auf ein intensives Leben, für das man selbst Verantwortung trägt (vgl. ebd: 32).

„Der vermeintlich garantierten Sicherheit des bürgerlichen Lebens wird die potentiell todbringende Krankheit entgegengesetzt.“ (ebd: 32)

Auch heute setzen manche Jugendbewegungen und –kulturen zum Protest gegen die Gesellschaft auf Krankheit und nicht auf Gesundheit (vgl. ebd. 32).

3.2. Gesundheitsförderung im geschichtlichen Zusammenhang⁴

Nach Naidoo/ Wills (2003: 72-77) gründet die Idee der gesundheitlichen Aufklärung auf der Bewegung zur Öffentlichen Gesundheit (Public Health). Die Krankheitsepidemien in den Industriestädten werden als ausschlaggebende Faktoren für den Beginn der Gesundheitsförderung gesehen. Die gesetzliche Verankerung von 1848 legt fest, dass in jeder Stadt Großbritanniens ein Medizinalbeamter täglich Gesundheitsratschläge zum Schutz von übertragbaren Krankheiten verbreitet.

In den 20iger Jahren des 19. Jahrhunderts bildeten Durchfall, Kot, Spucken und Geschlechtskrankheiten die wichtigsten Themen der Gesundheitsaufklärung. Aufgrund der veränderten Erkrankungs- und Sterblichkeitsstrukturen wurde 1927 der „Zentralrat für Gesundheitserziehung“ in Großbritannien gegründet. Dieser setzte sich zum Ziel, die Gewohnheiten und Verhaltensweisen der einzelnen Personen zu verändern.

1968 orientierte sich das eben gegründete „Health Educaiton Council“ (HEC) an der allgemein verbreiteten Auffassung des medizinischen Modells der Gesundheit. Kampagnen wie „Look After Yourself“ (LAY) im Jahre 1978 spiegelten die Meinungen wieder, dass die Veränderung der Verhaltensweisen der einzelnen Personen sich positiv auf die Gesundheit auswirken würde.

In den 70iger Jahren wurde die Verantwortung der individuellen Gesundheit auf die Einzelnen verlegt und Gesundheitserziehung und Krankenprävention wurde als eine Möglichkeit gesehen, Kosten im Gesundheitswesen einzusparen.

Die Botschaft des englischen Regierungsberichtes 1976 „Prevention and Health: Everbody’s Business“ (DHHS 1976, zit. in: Naidoo/ Wills 2003: 74) vermittelte den verhaltensorientierten Ansatz, dass „die Gesundheitsprobleme das Ergebnis der Lebensweisen des Einzelnen seien.“ (Naidoo/ Wills 2003:

⁴ Die Textpassage „Gesundheitsförderung im geschichtlichen Zusammenhang“ ist bei Naidoo/ Wills (2003: 72 -77) nachzulesen.

74). Weitere Regierungsgutachten wie „Promoting better Health“ und „Health of Nation“ bestätigten die Haltung der Verhaltensprävention.

Jedoch gab es auch das Bewusstsein, dass ein schlechter Gesundheitszustand oftmals mit Armut eng verknüpft war.

„Der 1980 im Auftrag herausgegebene „Black Report“ zeigt, dass die Menschen aus den unteren Sozialschichten ein weit höheres Risiko haben frühzeitig zu sterben, als jene aus den besser gestellten Gesellschaftsschichten.“ (Townsend/ Davidson 1992: o.S, zit. in: Naidoo/ Wills 2003: 74)

Diese Studie führte in den darauffolgenden zwei Jahrzehnten dazu, dass die physischen, sozialen und ökonomischen Determinanten der Gesundheit wieder in den Vordergrund gerückt sind. (vgl. Naidoo/ Wills 2003: 72- 77)

Gemäß Kohlbacher/ Meggeneder (2006: 19) ist es aufgrund einer weltweiten Unzufriedenheit mit den öffentlichen Gesundheitssystemen zu einer gesundheitspolitischen Veränderung in der WHO gekommen.

Die WHO ist ein wichtiger Akteur bei der Ausarbeitung von Zielen der Gesundheitsförderung.

Im Jahre 1977 wird in der Weltgesundheitsversammlung beschlossen, dass

„bis zum Jahr 2000 alle Menschen ein Gesundheitsniveau erreicht haben sollten, das es ihnen erlaubt, ein sozial und wirtschaftlich produktives Leben zu führen.“ (Naidoo/ Wills 2003: 76)

Dazu erarbeitete die WHO fünf Kernelemente:

1. Zur Zielgruppe der Gesundheitsförderung zählen nicht nur kranke Menschen sondern die gesamte Bevölkerung.
2. Bei gesundheitsfördernden Aktivitäten steht die Verhältnisprävention im Vordergrund.
3. Verschiedene Methoden und Ansätze werden miteinander verbunden. (Kommunikation, Erziehung, Gesetzgebung, steuerrechtliche Maßnahmen, Veränderungen von Organisationen, Kommunalentwicklung, Gemeinwesenarbeit und Aktionen gegen Gesundheitsgefährdungen)

4. Gesundheitsförderung zielt auf aktive Mitgestaltung der gesamten Bevölkerung ab und unterstützt die Entwicklung von Handlungskompetenzen, um die eigene Gesundheit beeinflussen zu können.
5. Gesundheitsförderung ist Aufgabe der Gesellschaft, nicht nur des Gesundheits- und Sozialbereichs. (vgl. ebd.: 76)

Naidoo/ Wills (2003: 76) sind deshalb der Meinung, dass sich Gesundheitsstrategien auf die Grundsätze der Chancengleichheit, Bürgerbeteiligung und multisektoralen Zusammenarbeit stützen sollen.

„Die WHO stellte zudem heraus, dass Verbesserungen der Lebensweisen, der Umweltbedingungen und der Gesundheitsversorgung nur geringe Auswirkungen auf die Gesundheit haben werden, wenn nicht bestimmte Grundvoraussetzungen der Gesundheit (WHO 1985) erfüllt sind. Dazu gehören:

- Frieden und Freisein von Kriegsängsten
- Gesundheitliche Chancengleichheit und soziale Gerechtigkeit
- Befriedigung der Grundbedürfnisse
- Unterstützung durch politische Handlungsträger und die Öffentlichkeit.“ (Naidoo/ Wills 2003: 76)

Im Jahre 1984 beginnt die WHO mit dem Programm zur Förderung der Gesundheit. Die Konferenzen von Ottawa (1986), Adelaide (1988), Sundsvall (1991), Jakarta (1997) und Mexiko City (2000) befassten sich mit der Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung. (vgl. ebd.: 76)

In der Ottawa- Charta (1986) wurden folgende Punkte, die ein aktives gesundheitsförderndes Handeln erfordern, herausgearbeitet:

- „1. Entwicklung einer gesundheitsfördernden Gesamtpolitik (...)
2. Gesundheitsfördernde Lebenswelten schaffen (...)
3. Gesundheitsbezogene Gemeinschaftsaktionen unterstützen (...)
4. Persönliche Kompetenz entwickeln (...)
5. Die Gesundheitsdienste neu orientieren (...)" (Landsfried 2009: o.S.)

3.3. Historische Wurzeln der Betrieblichen Gesundheitsförderung⁵

In diesem Teil soll die Entwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung aufgezeigt werden.

In den 70iger Jahren des vorigen Jahrhunderts arbeitet das europäische Regionalbüro der WHO in Kopenhagen intensiv daran, den Begriff „Gesundheit“ weiterzuentwickeln und eine neue öffentliche Gesundheitsfürsorge einzuführen. Der Schwerpunkt dieses Regionalbüros liegt auf der Entwicklung und Umsetzung von innovativen Strategien, die die Aufgabe haben, soziale, kulturelle, politische, ökonomische und ökologische Faktoren zu verbinden. Es wird jetzt nicht mehr nur das Augenmerk auf das Individuum gerichtet, sondern es rückt die „gesamte lebensweltliche Bedingtheit von Gesundheit“ in den Mittelpunkt. Daraus wird das modifizierte Verständnis der neuen Gesundheitsförderung („Public Health“) abgeleitet. Die Ottawa-Charta (1986) bildet die Schnittstelle zwischen dem alten sowie dem neuen Verständnis von Gesundheitsförderung („Old/ New Public Health“). Es entwickelt sich eine Strategie, die sich an salutogenetischen Überlegungen orientiert.

Kickbusch (1994: o.S; zit. in: Scharinger 2006: 144) ist der Meinung, dass Gesundheitsförderung am besten in bereits vorhandene Settings (relevante Lebenswelten und relevante soziale Systeme) implementiert werden sollte.

In der weiteren Diskussion hat sich der Begriff „soziales Netzwerk“ beziehungsweise „Sozialkapital“ durchgesetzt; darunter versteht man die Erhaltung von „individuellem Gesundheitspotential durch soziale Felder“. Die neue Ausrichtung weg vom Einzelnen zum sozialen System hat zur Folge, dass Interventionen anders gestaltet werden müssen, da soziale Systeme anders reagieren als Individuen. Organisationen (z.B.: Schule, Betrieb) werden zu jenen Orten, an denen soziale Netzwerke aufgebaut und erhalten werden können. Kommunikation innerhalb einer Institution stellt einen

⁵ Die Ausführungen des folgenden Absatzes „Historische Wurzeln der Betrieblichen Gesundheitsförderung“ beziehen sich auf die Aussagen von Scharinger (2006: 144 – 145).

wesentlichen Bestandteil des neuen Gesundheitsverständnisses dar. (vgl. Scharinger 2006: 145)

Gemäß Scharinger (2006: 145) bildet das Konzept „Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung“ einen neuen Ansatz. Dabei wird versucht, „die Aufmerksamkeit auf die innerorganisatorische Kommunikation und auf die organisationsbezogenen Komponenten von gesundheitsbezogenen Interventionsprogrammen zu lenken.“ (Scharinger 2006:145)

Der Schwerpunkt der gesundheitsfördernden Programme liegt auf den Kommunikation- und Handlungsstrukturen der sozialen Systeme.

4. Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)

In diesem Kapitel wird die Betriebliche Gesundheitsförderung vorgestellt. Um einen allgemeinen Überblick zu erlangen werden folgende Themen bearbeitet:

4.1. Entwicklung der menschlichen Arbeit

4.2. Gründe für Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz

4.3. Aufgaben und Ziele der Betrieblichen Gesundheitsförderung

4.3.1. Ziele der ArbeitgeberInnen in Bezug auf BGF

4.3.2. Ziele der ArbeitnehmerInnen in Bezug auf BGF

4.4. Mängel der betrieblichen Gesundheitsförderung

4.5. Qualitätskriterien

4.6. Wege zur salutogenen Organisation

4.1. Entwicklung der menschlichen Arbeit

Gemäß Badura (2004: 13-14) bedeutet menschliche Arbeit über Jahrtausende hinweg den Einsatz von körperlichen Kräften. Ebenso steht beim Beginn der Produktionsarbeit (Industrialisierung) das physische Leistungsvermögen im Vordergrund, Gedanken und Gefühle werden vernachlässigt. In den Nachkriegsjahren, als der Mangel an Arbeitskräften mit Gastarbeitern bewältigt wird, ist in erster Linie Muskelkraft gefragt. Bis auf einen kleinen

Anteil von „Kopfarbeitern“ wird in dieser Zeit die anfallende Arbeit durch körperlichen Einsatz erledigt.

Wenige Jahrzehnte später haben sich die Anforderungen und Belastungen in der Arbeitswelt laut Kohlbacher/ Meggeneder (2006: 17) entscheidend verändert. Gründe dafür sind „der technische Fortschritt und der strukturelle Wandel der Wirtschaft.“ (vgl. ebd. 2006: 17)

Aufgrund dieser Veränderungen ist es zu einer Aufwertung von Qualifikation, Wissensarbeit und sozialer Kompetenz gekommen. (vgl. Badura 2004: 14)

Durch die Globalisierung und den Trend in Richtung Dienstleistungsgesellschaft kommt es zu Reformen in den traditionellen Arbeits- und Organisationsformen. Die MitarbeiterInnen rücken mit ihrer Qualifikation immer mehr in den Mittelpunkt. Von ihnen wird in Zukunft noch mehr initiatives und eigenverantwortliches Handeln erwartet. (vgl. Badura/ Ritter/ Scherf 1999: 19)

Helmenstein u. a. (2004: 6) geben an, dass sich durch die in den letzten Jahrzehnten veränderten Arbeitsbedingungen die betrieblichen Maßnahmen zur Erhaltung und Pflege des Humankapitals umorientieren mussten. Waren früher Unfallschutz- und Arbeitssicherheitsmaßnahmen von entscheidender Bedeutung, so müssen heute die Maßnahmen zur Gesundheitsförderung aufgrund der steigenden Flexibilität und der zunehmenden psychomentalen Anforderungen umfassender sein.

4.2. Gründe für Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz

Die Ziele der Ottawa- Charta münden in verschiedene Konzepte, die in unterschiedlichen Lebenswelten zum Einsatz kommen. Zuerst wird in der Familie angesetzt, darauf folgt die „Gesundheitsfördernde Schule“, anschließend der Lebensraum und zuletzt folgt der Bereich „Arbeitswelt“. (vgl. Kohlbach/ Meggeneder 2006: 19)

Der Arbeitsplatz nimmt nicht nur zeitlich einen sehr großen Bereich im Leben der ArbeitnehmerInnen ein, sondern er hat auch Auswirkungen auf das psychische und physische Wohlbefinden. Der im Jahre 1993 in Österreich durchgeführte „Soziale Survey“ hat ergeben, dass ein negativer Lebensstil

(Rauchen, Bewegungsarmut, ungesunde Ernährung) die Gesundheit der Betroffenen deutlich weniger beeinträchtigt als sich Belastungen im Arbeitsalltag auf deren Wohlbefinden und Gesundheit auswirken. (vgl. Kohlbacher/ Meggeneder 2006: 17)

Warum bietet sich der Arbeitsplatz als zentrales Setting für Gesundheitsförderung an? Naidoo/ Wills (2003: 263) nennen zwei Gründe. Einerseits ermöglicht der Betrieb Zugang zu einer schwer erreichbaren Zielgruppe (gesunde Erwachsene). Durch die bereits bestehenden Informationskanäle im Betrieb und die begrenzte Zielgruppe können die gesundheitsfördernden Maßnahmen besser auf die Bedürfnisse abgestimmt und implementiert werden. Andererseits soll die Gesundheit der berufstätigen Erwachsenen vor Schädigungen durch Arbeitsbedingungen geschützt werden.

„Ungeachtet der sinnstiftenden Funktion von Arbeit kann die Arbeitsumwelt häufig zu Erkrankungen führen, die den Verschleiß von Gesundheit nach sich ziehen.“ (Meggeneder 1997: 35)

Die Zunahme an Invaliditäts- und Berufsunfähigkeitspensionen interpretiert Meggeneder (1997: 35) als ein Zeichen dafür, dass es zu mehr arbeitsbedingten Erkrankungen kommt. Auch heute gibt es noch die „klassischen“ Berufserkrankungen im physischen Bereich. Dazu kommen noch arbeitsbedingte Belastungen, die sich einerseits auf den zunehmenden Einsatz gefährdender Stoffe im Arbeitsprozess zurückführen lassen. Andererseits wirken sich neue Arbeitsorganisationen und Rationalisierungskonzepte negativ auf die Gesundheit der Beschäftigten aus. Diese wiederum erhöhen die Arbeitsintensität und somit den Arbeitsstress.

Gemäß Naidoo/ Wills (2003: 263) gestaltet sich der Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit kompliziert. In den Untersuchungen stehen meist die Auswirkungen der Arbeit auf die Gesundheit im Vordergrund, obwohl ebenso ein schlechter Gesundheitszustand schädigende Wirkung auf die Arbeit hat.

Der Arbeitsplatz kann die Gesundheit der Beschäftigten auf die unterschiedlichsten Weisen beeinträchtigen. Arbeiten in gefährlichen Situationen oder mit giftigen Stoffen können den Gesundheitszustand der Betroffenen negativ beeinflussen. Auch der erleichterte Zugang zu gefährlichen Substanzen kann eine Gefährdung bedeuten. So verwenden

ÄrztInnen oder ApothekerInnen häufig eine Überdosis von Medikamenten mit suizidaler Absicht (vgl. Naidoo/ Wills 2003: 264- 265).

Laut Watterson (1986:o.S; zit. in: Naidoo/ Wills 2003: 266) werden in offiziellen Berichten Unfälle am Arbeitsplatz meist mit riskantem und leichtfertigen Verhalten erklärt. Nach Naidoo/ Wills (2003: 266) wird neben umfangreichen gesetzlichen Vorschriften zum Thema Sicherheit und Schutzvorkehrungen auch von den ArbeitnehmerInnen erwartet, sorgsam mit der eigenen Gesundheit und der von KollegInnen umzugehen. Dieser Ansatz befürwortet wie in anderen gesundheitsfördernden Bereichen die gängige Ideologie, dem Opfer die Schuld anzulasten. Gesundheitsschädigendes Verhalten kann aber auch ein fester Bestandteil der traditionellen Arbeitskultur sein.

In welchem Ausmaß sich das Arbeitsumfeld auf die Gesundheit der Beschäftigten auswirkt, ist einerseits schwer nachzuweisen und zu untersuchen, andererseits wird dieser Aspekt auch gerne aus ideologischen und politischen Gründen vermieden. Durch die Fokussierung auf das Arbeitsfeld verlagert sich nämlich die Verantwortlichkeit auf den Arbeitgeber.

„Die 2. Whitehall-Studie (Marmot 1996) hat gezeigt, dass die Arbeitsbedingungen für die unterschiedlichen Mortalitäten und Morbiditäten bei den unteren und höheren Angestellten im öffentlichen Dienst verantwortlich sind. Insbesondere trägt eine geringe Eigenständigkeit der Angestellten in Bezug auf die Inhalte und Methoden ihrer Arbeit zu vermehrtem Stress bei. Ist man diesem über längere Zeit ausgesetzt, dann führt dies zu einem schlechteren Gesundheitszustand und kann auch ungesunde Verhaltensweisen, wie z. B. das Rauchen, begünstigen.“ (Marmot 1996: o.S; zit. in: Naidoo/ Wills 2003: 266)

In der Regel gibt es zwei Arten wie mit Stress am Arbeitsplatz umgegangen wird. Am häufigsten werden die ArbeitnehmerInnen von ihren Vorgesetzten als unfähig angesehen und benötigen daher Hilfe, um sich an die Situation erfolgreich anzupassen. Obwohl auf diesem Sektor viele hilfreiche Strategien in der Literatur angeboten werden, werden in der Praxis Wege zur Stressbewältigung durch Organisationsentwicklung noch relativ selten angewendet. Häufig sind Erkrankungen und Stress die Folge von

Arbeitsbedingungen; dies wird von den Betroffenen oft nicht bewusst wahrgenommen. (vgl. Naidoo/ Wills 2003: 267)

„Akzeptiere, dass Stress am Arbeitsplatz ein betriebliches und kein individuelles Problem ist. Vergiss die Schuldzuweisungen an den Einzelnen. Stress ist das Problem aller. Wenngleich sich die Stressreaktionen der einzelnen Mitarbeiter unterscheiden mögen, ist der Stress ein kollektives Problem. Sowohl auf die Ursachen des Stressses als auch auf deren Beseitigung hat der einzelne häufig keinen Einfluss. Es reicht nicht aus dem Betreffenden zu sagen, dass er lernen müsse, besser mit Stress umzugehen, indem er Entspannungstechniken übt oder sich beraten lässt. Vielmehr können Veränderungen am Arbeitsplatz selbst notwendig sein, um die Ursachen des Stressses zu reduzieren oder ganz zu beseitigen.“ (Jee/ Reason 1989: 17, zit. in: Naidoo/ Wills 2003: 267)

In den letzten Jahrzehnten konzentriert sich die arbeitspsychologisch und arbeitssoziologisch orientierte sozialepidemiologische Forschung auf die Zusammenhänge zwischen Arbeitsbedingungen, Arbeitsinhalten und Gesundheit (vgl. Badura/ Ritter/ Scherf 1999: 29).

Daraus ergeben sich folgende Hypothesen:

- „Job-Komplexitätsthese
Arbeit, die Nachdenken, eigenständige Urteilskraft und Initiative erfordert, fördert ein positives Selbstwertgefühl, Offenheit und Flexibilität sowie die kognitive Kompetenz der Beschäftigten (Kohn 1990: o.S; zit. in: Badura/ Ritter/ Scherf 1999: 29).“
- „Handlungsspielraum-These
Handlungsspielräume bei der Arbeit erleichtern die wechselseitige Anpassung von Arbeitsaufgaben und individuellen Fähigkeiten und Bedürfnissen, und tragen damit bei zur schädigungsfreien Problemlösung und Gefühlsregulierung (Karasek/ Theorell 1990:o.S; zit. in: Badura/ Ritter/ Scherf 1999: 29).“
- „Soziale Unterstützungsthese
Soziale Unterstützung durch Vorgesetzte, Arbeitskollegen und Untergebene verhindert chronischen Verschleiß und erleichtert die

Bewältigung (Problemlösung und Gefühlsregulierung) alltäglicher Anforderungen und kurzfristiger Höchstbelastungen, fördert positive Gefühle wie z.B. positives Selbstwertgefühl und die Bindung an die Organisation (Badura 1981: o.S./ House 1991: o.S; zit. in: Badura/ Ritter/ Scherf 1999: 29).“

- „Qualifizierungsthese
Angemessene Qualifizierung der Beschäftigten vermeidet Ängste und Überforderungsgefühle, ermöglicht einen schädigungsfreien Umgang mit Anforderungen und fördert das Gefühl, Probleme meistern zu können (Selbstvertrauen) (z.B. Ulich 1991: o.S; zit. in: Badura/ Ritter/ Scherf 1999: 29).“
- „Streßthese
Quantitative und/oder qualitative Unter- oder Überforderung führt zu negativen Emotionen und (bei Chronizität) zu seelischen und körperlichen Schädigungen (z.B. Badura/ Pfaff 1989: o.S./ Siegrist 1996: o.S; zit. in: Badura/ Ritter/ Scherf 1999: 29).“

4.3. Aufgaben und Ziele der Betrieblichen Gesundheitsförderung

Ein dominierendes Ziel in der betrieblichen Gesundheitsförderung ist die Senkung der Kosten durch Fehlzeiten (vgl. Badura/ Ritter/ Scherf 1999: 34).

Laut Meggeneder (2005: 9) gibt die Wirtschaftskammer Österreich an, dass die Krankenstände der Beschäftigten den Unternehmen 2,5 Milliarden Euro im Jahr kosten.

Die Reduzierung der Krankenstände führt zunächst dazu, dass die MitarbeiterInnen nahezu ohne Unterbrechung zur Verfügung stehen. Dies bedeutet aber nicht, dass die Beschäftigten motiviert und qualifiziert ihre Arbeit leisten. Eine MitarbeiterIn, die innerlich gekündigt hat oder gegen die Ziele der Organisation arbeitet, verursacht mehr Schaden als Nutzen. So begründet sich das zweite Ziel der Betrieblichen Gesundheitsförderung, nämlich Motivation und Bindung an das Unternehmen (vgl. Badura/ Ritter/ Scherf 1999: 34).

In den Zeiten des raschen ökonomischen Wandels wird von den Beschäftigten nicht nur erwartet, die Arbeit gut und richtig zu erledigen sondern es ist auch ein ständiges Mitdenken und Erkennen von Verbesserungsmöglichkeiten gefragt. Daraus ergibt sich das dritte Ziel der Akteure des Gesundheitsmanagements - Flexibilität und Kreativität der ArbeitnehmerInnen. (vgl. ebd. 1999: 34)

„Wenn es zutrifft, daß Innovationen den Motor der Marktwirtschaft bilden, wenn es ferner zutrifft, daß ein hohes Wohlbefinden der Beschäftigten und nicht nur die Abwesenheit von Krankheit dafür eine wichtige Voraussetzung ist, dann gilt es auch immer wieder zu betonen, daß betriebliches Gesundheitsmanagement, das diesen Namen verdient und zugleich bedarfsgerecht, wirksam und wirtschaftlich praktiziert wird, eine den Beschäftigten wie auch den Betrieben und der Volkswirtschaft gleichermaßen zugute kommende Aktivität darstellt (Badura/ Ritter/ Scherf 1999: 34).“

Aufgrund der demographischen Entwicklung wird das Durchschnittsalter der Beschäftigten steigen. Je älter die MitarbeiterInnen werden, desto mehr steigt die Wahrscheinlichkeit an, dass diese längerfristige krankheitsbedingte Fehlzeiten verursachen. Demzufolge ergibt sich das vierte Ziel. Einerseits sollen Ursachen von chronischen Krankheiten frühzeitig erkannt und bekämpft werden, andererseits soll der Wiedereinstieg nach Krankheit und Rehabilitation erleichtert werden (vgl. ebd. 1999: 35).

Nach Badura/ Ritter/ Scherf (1999: 41) muss betriebliches Gesundheitsmanagement vier Herausforderungen bestehen:

1. Wissenschaftliche Forschungsergebnisse sowie praktische Alltagserfahrungen sollen gleichermaßen berücksichtigt werden.
2. Nur durch die Akzeptanz und Partizipation der MitarbeiterInnen können Gesundheitspotenziale mobilisiert werden.
3. Um die Zweckmäßigkeit der Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung garantieren zu können, sind fortlaufende Erfolge notwendig.
4. Die Förderung der Gesundheit der MitarbeiterInnen muss als eine wichtige Grundlage in den täglichen betrieblichen Entscheidungen

erachtet werden. Nur dann ist eine Nachhaltigkeit der Betrieblichen Gesundheitsförderung gewährleistet. (vgl. Badura/ Ritter/ Scherf 1999: 41).

Gemäß Meggeneder/ Kohlbacher (2006: 20) verfolgt das WHO- Konzept „Gesundheitsförderung im Betrieb“ eine ganzheitliche Strategie und setzt sowohl bei den individuellen Lebensweisen (Verhalten) sowie bei den Arbeitsbedingungen (Verhältnissen) an. Im Vordergrund sollen die verhältnispräventiven Maßnahmen stehen, die z.B. eine gesundheitsgerechte Gestaltung des Arbeitsplatzes mit sich bringen. Die Verhaltensprävention soll die verhältnisfördernden Maßnahmen unterstützen.

Betriebliche Gesundheitsförderung		
	Personenbezogene Interventionen = verhaltensorientiert	Bedingungsbezogene Interventionen = verhältnisorientiert
bezogen auf	einzelne Personen ⇔ individuumorientiert	Arbeitssysteme und Personengruppen ⇔ strukturorientiert
Beispiele für Maßnahmen	Rückenschule, Stressimmunisierungstraining	Vollständige Aufgaben, Gruppenarbeit, Arbeitszeitgestaltung
Wirkungsebene	Individuelles Verhalten	Organisationales, soziales und individuelles Verhalten
Personenbezogene Effekte	Gesundheit, Leistungsfähigkeit	Positives Selbstwertgefühl, Kompetenz, Kohärenzerleben, Selbstwirksamkeit, Internale Kontrolle, Gesundheit, Motivation, Leistungsfähigkeit
Wirtschaftliche Effekte	Reduzierung krankheitsbedingter Fehlzeiten	Verbesserung von Produktivität, Qualität, Flexibilität und Innovationsfähigkeit, geringere Fehlzeiten und Fluktuation
Effektdauer	kurz- bis mittelfristig	mittel- bis langfristige

Tab. 1.: Personenbezogene und bedingungsbezogene Interventionen (Ulich 2001: o.S; zit. in: Meggeneder/ Kohlbacher 1999: 21)

Vernetzung der ExpertInnen

Badura/ Ritter/ Scherf (1999: 36) empfinden die gebräuchliche Unterscheidung zwischen Verhaltens- und Verhältnisprävention als überholt. Ihrer Ansicht nach soll zwischen Person, Umwelt und Verhalten unterschieden werden sowie die hohe Wechselwirkung dieser drei Faktoren berücksichtigt werden. Daher empfehlen sie ein ganzheitliches Vorgehen, das ohne Teamarbeit und Vernetzung der ExpertInnen nicht gewährleistet ist. Eine derartige ganzheitliche Betrachtung sowie die Erarbeitung wirksamer Maßnahmen erfordert eine Zusammenarbeit von externen und internen Disziplinen. Die Hauptaufgabe der ExpertInnen ist es, Diagnostik, Intervention und Evaluation vorzubereiten, zu begleiten und zu optimieren. Der Erfolg eines Projektes der Betrieblichen Gesundheitsförderung hängt einerseits vom Sachverstand der Beschäftigten und der ExpertInnen ab, andererseits vom internen praktischen Wissen und ebenso vom externen wissenschaftlichen Wissen (vgl. Badura/ Ritter/ Scherf 1999: 36 -37).

Die Aufgaben der Führungskräfte

„Die Führung einer Organisation muß ein glaubwürdiges dauerhaftes Interesse an den Zielen, Instrumenten und Ergebnissen des betrieblichen Gesundheitsmanagements entwickeln.“ (Badura/ Ritter/ Scherf 1999: 37)

Ob in einer Organisation Betriebliche Gesundheitsförderung erfolgversprechend implementiert wurde, kann man an folgenden Beispiele erkennen (siehe dazu Tab. 3):

- Ist die Betriebliche Gesundheitsförderung Bestandteil des Unternehmensleitbildes oder zentraler Führungsgrundsätze?
- Werden in die Maßnahmen gesundheitsfördernder Aktivitäten Investitionen getätigt?
- Bildet die Gesundheitsförderung der MitarbeiterInnen einen relevanten Stellenwert in der Kommunikation zwischen den einzelnen Akteuren (Führungsebene, Betriebsrat, Personalverantwortliche und Beschäftigte) (vgl. Badura/ Ritter/ Scherf 1999: 39 -40)

Erfolgsfaktoren	Fragen an die Organisation
<p>Führung</p> <p><i>Wie Führungskräfte durch ihr Verhalten und ihre Handlungen die betriebliche Gesundheitsförderung fördern und unterstützen</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Welche Rolle spielen Führungskräfte bei der Initiierung von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung? • Inwieweit wirken die Führungskräfte aktiv mit bei der Umsetzung (z.B. Projektgruppen, Gesundheitszirkel)? • Überprüfen Führungskräfte persönlich den Erfolg von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung? • Nehmen Führungskräfte an Veranstaltungen zum Thema teil oder führen diese gar selbst durch? • Wie kommunizieren Führungskräfte mit ihren Mitarbeitern über gesundheitsrelevante Themen? <hr/> <ul style="list-style-type: none"> • Stellen Führungskräfte Mitarbeiter für die Teilnahme an Projekten/ Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung frei? • Stellen Führungskräfte geeignete Räumlichkeiten, Hilfsmittel etc. für Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung zur Verfügung? • Legen Führungskräfte ein eigenes Budget zur Gesundheitsförderung fest? • Inwieweit veranlassen Führungskräfte wie und welche Investitionen in die betriebliche Gesundheitsförderung? • Engagieren sich Führungskräfte als Sponsoren oder in sonstiger Weise für Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung?

Tab. 2.: Bedeutung von Führung für die betriebliche Gesundheitsförderung (Badura/ Ritter/ Scherf 1999: 40)

Im Vordergrund der Maßnahmen steht die Gesundheit der MitarbeiterInnen. Sie werden als ExpertInnen gesehen. Ihre Partizipation ist ebenso wichtig wie das Engagement der Führungsebene, des Betriebs- und Personalrates. Die Steuerungsgruppe muss die aktive Mitarbeit der Beschäftigten von Beginn an unterstützen (vgl. Badura/ Ritter/ Scherf 1999: 38).

4.3.1 Ziele der Arbeitgeber in Bezug auf die BGF:

In einer Befragung von rund 1.400 Unternehmen wird bestätigt, dass die Investitionen in betriebliche Gesundheitsförderung Vorteile auf breiter Basis, insbesondere im Hinblick auf geringere Personalfluktuationsraten, sinkende Unfallraten und bessere Arbeitsmoral, bringen.

Ein relevantes Ziel von betrieblicher Gesundheitsförderung für Arbeitgeber ist die Reduktion von Krankenständen, Fehlzeiten und Fluktuationen, zumal damit unmittelbare monetäre Einsparungen verknüpft sind.

Zu diesem Ziel kommen jedoch noch andere hinzu, die größtenteils wechselseitig miteinander verbunden sind, z.B.:

- Steigerung der Produktivität,
- Erhöhung der Qualität im Produkt- und Dienstleistungsbereich,
- Verbesserung des Unternehmensimages, der Corporate Identity, der innerbetrieblichen Kooperation und die Sicherstellung der Verfügbarkeit qualifizierten Personals.“(vgl. Helmenstein u.a. 2004: 8)

Zusammenfassend kann aus Sicht der ArbeitgeberInnen die wirtschaftliche Überlebensfähigkeit als wesentliches Ziel der Betrieblichen Gesundheitsförderung gesehen werden. Die Gesundheit ihrer MitarbeiterInnen spielt oft nur dann eine ausschlaggebende Rolle, solange dies nachweislich zur Erreichung der Unternehmensziele von Bedeutung ist. (vgl. Naidoo/ Wills 2003: 269)

4.3.2 Ziele der ArbeitnehmerInnen in Bezug auf die BGF:

Gemäß Naidoo/ Wills (2003: 268) sehen die Interessenvertreter der ArbeitnehmerInnen die Sicherheit und die Gesundheit am Arbeitsplatz als vorrangige Aufgabe.

Helmenstein „u.a.“ (2004: 7) formulieren folgende ArbeitnehmerInnenziele:

- Herstellung gesundheitsgerechter bzw. –fördernder Arbeitsbedingungen und –tätigkeiten
- Reduzierung von Arbeitsbelastungen
- Senkung von Erkrankungen und Verletzungen
- Steigerung des Wohlbefindens

- Verbesserung des Betriebsklimas
- Erhöhung der Arbeitszufriedenheit
- Ausbau der persönlichen Fähigkeiten in Bezug auf gesundes Verhalten im Beruf und in der Freizeit

4.4. Mängel der Betrieblichen Gesundheitsförderung⁶

In den modernen Gesundheitswissenschaften wurden schon einige relevante Erkenntnisse zum Thema Arbeit und Gesundheit vorgelegt. Trotz dieses Wissens scheitert es teilweise noch an der Umsetzung (vgl. Badura/ Ritter/ Scherf 1999: 19).

Bemängelt wird:

- die Qualität und die Konzeptionslosigkeit der Betrieblichen Gesundheitsförderung
- die Ineffizienz mancher Maßnahmen sowie der episodenhafte Charakter einzelner gesundheitsfördernder betrieblicher Aktivitäten
- die fehlende Zusammenarbeit der unterschiedlichen Akteure:
WissenschaftlerInnen beachten das praktische Wissen in der Organisation zu wenig; PraktikerInnen setzen betriebliche Gesundheitsförderung oftmals gleich mit Verhaltensprävention und Arbeitsschutz. Manchmal fehlt ihnen das Problemverständnis (vgl. Badura/ Ritter/ Scherf 1999: 19).

4.5. Qualitätskriterien

Nach Kohlbacher/ Meggeneder (2006: 26) bauen die Grundlagen der Österreichischen Leitlinien zur Qualitätssicherung der Betrieblichen Gesundheitsförderung auf der Luxemburger Deklaration auf.

Eine qualitativ hochwertige Betriebliche Gesundheitsförderung sollte folgende Merkmale erfüllen:

- „Integration im Betrieb“
Die Betriebliche Gesundheitsförderung muss mit ihrem neuen Zugang zur Gesundheit und Sicherheit in die gesamte Unternehmenskultur

⁶ Das Kapitel „Mängel der betrieblichen Gesundheitsförderung“ ist auf Badura/ Ritter/ Scherf (1999: 19) zurückzuführen.

integriert werden. Es widerspricht diesem Qualitätsstandard nicht, wenn zu Beginn nur einzelne Bereiche des Betriebs in dem Projekt erfasst sind.

- „Interdisziplinäre und hierarchieübergreifende Zusammenarbeit“
Eine wichtige Voraussetzung im Betrieb bildet die Nutzung der Kompetenz und Kooperation aller vertretenden Gruppen. Wenn die Steuerungsgruppe des Betrieblichen gesundheitsfördernden Projektes von der Unternehmensleitung, dem Betriebsrat und den betrieblichen Präventivdiensten mitgetragen wird, wirkt sich dies auf den Erfolg positiv aus.
- „Durchführung einer IST-Analyse“
Dem Projektstart sollte eine Analyse der Arbeitsbedingungen sowie des gesundheitlichen Befindens unter beruflichen Anforderungen und Belastungen vorausgehen.
- „Operationalisierbare Ziele“
Die Steuerungsgruppe hat die entscheidende Aufgabe die gesundheitspolitischen Ziele festzulegen. Insbesondere sollten die Unternehmensleitung sowie der Betriebsrat klare und deutliche Stellungnahmen zu den gesundheitsfördernden Programmen abgeben.
- „Kontinuität und Ganzheitlichkeit“
Die Betriebliche Gesundheitsförderung soll ein ganzheitliches Menschenbild vor Augen haben. Sie ist als ein kontinuierlicher Prozess zu verstehen, der in den Betriebsalltag eingebunden ist und sich den Veränderungen der Bedingungen im Betrieb anpassen kann.
- „Kommunikation und Partizipation“
Die Entscheidungen bezüglich der Betrieblichen Gesundheitsförderung sollen transparent gestaltet sein. Die betroffenen Beschäftigten sollen frühzeitig und ausreichend informiert werden und es soll die Möglichkeit gegeben sein, sich an Gesundheitszirkeln zu beteiligen.
- „Zielgruppenorientierung und Stärkung persönlicher Gesundheitskompetenzen“

Die Bedürfnisse aller Beschäftigten sollen berücksichtigt werden (z.B. auch die der Lehrlinge und der älterer Personen). Es gilt die persönliche Gesundheitskompetenz des Individuums zu stärken.

- „Gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung“
Es sollen gesundheitsgerechte und -erhaltende Arbeitsbedingungen geschaffen werden.
- „Nutzen für die Beschäftigten“
Ziel der Gesundheitsförderung ist es, den gesundheitlichen Nutzen und das Wohlbefinden der Beschäftigten zu erhöhen. Daraus ergibt sich automatisch ein Nutzen für das Unternehmen, der sich in den unterschiedlichsten betrieblichen Kennziffern niederschlägt.
- „Öffentlichkeitsarbeit“
Betriebliche Gesundheitsförderung trifft oftmals auf Unverständnis und Misstrauen, daher ist interne und externe Öffentlichkeitsarbeit von Nöten.
- „Qualitätssicherung und Evaluation“
Zur Überprüfung der Effektivität der Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung sollten regelmäßig Analysen und Bewertungen durchgeführt werden.
- „Effizienz-/ Effektivitätsorientierung“
Die Betriebliche Gesundheitsförderung muss sich wie auch alle anderen Bereiche und Unternehmungen im Betrieb der Frage nach der betriebswirtschaftlichen Effektivität und Effizienz stellen (vgl. Kohlbacher/ Meggeneder 2006: 27 -28)

Wissenschaftliche Evaluationen zeigen, dass sich diese Qualitätskriterien bewährt haben und Anwendung in vielen Betriebsprojekten finden. (vgl. Wallner 2001:o.S/ Obernosterer 2001: o.S; zit. in: Kohlbacher/ Meggeneder 2006: 28)

4.6. Wege zur salutogenen Organisation⁷

Seit den 80iger Jahren wird der Ansatz der „partizipativen Organisationsentwicklung“ von Ilona Kickbusch in Betrieben verwirklicht.

⁷ Dieser Abschnitt „Wege zur salutogenen Organisation“ beruht auf den Aussagen von Scharinger (2006: 135- 143)

Betriebe sollen zu Lebenswelten werden, in denen es den MitarbeiterInnen leichter fällt, auf ihre eigene Gesundheit zu achten gemäß dem WHO-Grundsatz „make the healthy choice the easier choice“ (vgl. Scharinger 2006: 135)

Matthew Miles (1975) begründete die Metapher einer „gesunden Organisation“. Seinen Überlegungen zur Folge zeichnet sich eine gesunde Organisation dadurch aus, dass sie nicht nur langfristig in ihrer Umwelt besteht, sondern sich in ihr und mit ihr weiterentwickelt. (vgl. ebd. 2006: 136)

Grundvoraussetzungen einer „Gesunden Organisation“ (nach Miles)
Zielfokus: Die Ziele müssen klar definiert sein und von den beteiligten MitarbeiterInnen akzeptiert werden. Gleichmaßen ist es wichtig, dass die Ziele tatsächlich realisiert werden können.
Kommunikationskultur: Einen wichtigen Bestandteil bildet die störungsfreie Kommunikation einerseits der KollegInnen untereinander, andererseits auch zwischen Vorgesetzten und MitarbeiterInnen.
Machtausgleich: die Verteilung von Macht soll transparent gestaltet sein. Das Grundprinzip einer Organisation stellt die partizipative Kooperation dar, möglichst viele MitarbeiterInnen sollen an Entscheidungsprozessen teilnehmen können.
Aufrechterhaltungs – Bedürfnisse
Effektive Ressourcennutzung: eine effektive Nutzung personeller und finanzieller Ressourcen soll gegeben sein.
Identifikation: Ein zentrales Kriterium soll die Identifikation der MitarbeiterInnen in Bezug auf die Funktion und die Ziele der Organisation darstellen.
Arbeitszufriedenheit/ Arbeitsmoral: Eine „gesunde Organisation“ versucht ein Höchstmaß an Wohlbefinden und Arbeitszufriedenheit für die Beschäftigten zu schaffen.
Entwicklungs – Voraussetzungen
Innovationskapazität: beinhaltet die Fähigkeit neue Strategien zu entwickeln, um Anforderungen zu meistern sowie Ziele und Leistungen der Organisation regelmäßig zu reflektieren.
Autonomie: gewährleistet eigenständige und konstruktive Weiterentwicklung der Organisation
Adaptionsfähigkeit: meint die Reaktions- und Anpassungsfähigkeit einer Organisation auf Umweltbedingungen.
Problemlösungsstrategien: Gesunde Organisationen sollen über adäquate Problemlösungsstrategien verfügen.

Tab. 3: Dimensionen einer gesunden Organisation nach Miles (vgl. Scharinger 2006: 137)

Miles gibt nach Scharinger (2006: 139) wichtige theoretische Grundlagen vor, die auch Jahre später noch Anwendung finden. Fast gleichzeitig zu Miles Entwurf hat Aron Antonovsky das Konzept der „Salutogenese“ entworfen. Nun tritt an die Stelle der Frage nach den krankmachenden Faktoren die Fragestellung „Was erhält gesund?“ Aus diesem Blickwinkel bedeutet Gesundheit mehr als nur die Summe aller Krankheiten, die man nicht hat. (vgl. ebd. 2006: 140)

Bernhard Badura fügt das Modell der „gesunden Organisation“ mit dem Ansatz der „Salutogenese“ zusammen und optimiert dieses Konzept mit dem „Sozialkapital“. (vgl. Badura 2005: o.S/ vgl. auch Badura/ Helmann 2003: o.S; zit. in Scharinger 2006: 140)

Merkmale einer gesunden Organisation (nach Badura 2005):

	Gesunde Organisation	Ungesunde Organisation
Ausmaß sozialer Ungleichheit (Bildung, Status, Einkommen)	moderat	hoch
Vorrat an gemeinsamen Überzeugungen, Werten, Regeln („Kultur“)	groß	gering
Transparenz von Entscheidungen und Prozessen für Organisationsmitglieder	hoch	gering
Beteiligungsmöglichkeiten an Willensbildung und Entscheidungsfindung („Partizipation“)	häufig	selten
Qualität der Führung	hoch	gering
Stabilität und Qualität der sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz	hoch	gering
Team-/abteilungsübergreifende Vernetzung der Organisationsmitglieder	hoch	gering
Vertrauen und Zusammenarbeit unter Organisationsmitgliedern („Wir-Gefühl“)	stark	gering
Sinnstiftende Aufgabenstellung	stark verbreitet	gering verbreitet
Identifikation der Organisationsmitglieder mit Aufgaben und Organisationszielen	hoch	gering
Handlungsspielräume bei der Arbeit	groß	gering
Fachliche Qualifikation der Organisationsmitglieder	hoch entwickelt und verbreitet	gering entwickelt und verbreitet
Soziale Kompetenz	hoch entwickelt und verbreitet	gering entwickelt und verbreitet

Tab. 4: Merkmale einer gesunden Organisation nach Badura (Scharinger 2006: 141)

Die Erweiterung des Gesundheitsmanagements führt zur Investition in das betriebliche Sozialkapital und damit in die Zukunftsfähigkeit von Unternehmen.

„Sozialkapital wirkt zugleich produktiv und salutogen, weil es Zusammenarbeit erleichtert, den Fluss wichtiger Information fördert, die Berechenbarkeit von Entscheidungen und Entwicklungen sowie die Identifikation mit Personen und Produkten ermöglicht.“ (Badura/Helmann 2003: 10; zit. in: Scharinger 2006: 141)

Das Konzept des „gesunden Unternehmens“ ist im Begriff eine leitende Metapher in der Managementliteratur zu werden. In diesem Zusammenhang greift Peter Senge zu Beginn unseres Jahrtausends den Ansatz des „gesunden Unternehmens“ auf. Er betont dabei zwei wesentliche Dimensionen, die miteinander in Wechselwirkung stehen: einerseits die pragmatische Effektivität des Unternehmens, andererseits die lebensfördernde Effektivität des Unternehmens auf die lebenden Systeme. (vgl. Scharinger 2006: 141)

Gesunde Unternehmen...	ermöglichen den Mitgliedern im Unternehmen, das zu tun, was diese wirklich tun wollen
Gesunde Unternehmen...	geben den Systemmitgliedern Raum zu Entfaltung und zum persönlichen Wachstum
Gesunde Unternehmen...	schaffen eine Umgebung, die es ermöglicht, Erfolg zu haben und etwas zu bewerkstelligen
Gesunde Unternehmen...	fördern das (Über)Leben der Systemmitglieder und der größeren Systeme, mit denen das Unternehmen in Interaktion steht
Gesunde Unternehmen...	haben klare Leitprinzipien, welche Systemmitglieder unabhängig von ihrer hierarchischen Ebene in die Verantwortung nehmen
Gesunde Unternehmen...	zeigen Achtsamkeit gegenüber den eigenen erzeugten Produkten

Tab. 5: Merkmale eines „gesunden Unternehmens“ nach Senge 2002 (vgl. Scharinger 2006: 142)

Gemäß Senge (zit. in: Scharinger 2006: 142) lässt sich der wesentliche Bestandteil einer „Gesunden Organisation“ als „gelungene Kommunikation“ definieren.

5. Neue Forschungserkenntnisse auf dem Gebiet der Betrieblichen Gesundheitsförderung

In der vorliegenden Diplomarbeit werden Angestellte eines Fertigungsunternehmens in Bezug auf die Inanspruchnahme der Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsförderungsprojektes sowie hinsichtlich relevanter Faktoren ihres Arbeits- und Privatlebens im Rahmen von qualitativen Interviews befragt. Neben der qualitativen Forschungsarbeit findet eine Analyse der vorhandenen quantitativ erhobenen Daten des Unternehmens statt. In der Diskussion werden die Ergebnisse der bereits im Unternehmen durchgeführten Studien (Mitarbeiterbefragung 05, Evaluierungsstudie 07, Mitarbeiterbefragung 08 und Projektbericht „Bewusster Arbeiter – bewusst arbeiten“) miteinander verglichen.

5.1. Wissenswertes zur qualitativen Forschungsarbeit

Um die relevanten Daten für die Forschungsarbeit zu erhalten, werden 11 Angestellte eines Fertigungsunternehmens mit Hilfe von qualitativen Interviews befragt. Zuerst wird ein teilstrukturierter Interviewleitfaden nach Froschauer/ Lueger (2003: o.S) entworfen, der einen wesentlichen Bestandteil der Datenerhebung ausmacht. Die Interviews dauern jeweils eine halbe Stunde und werden mithilfe eines Diktiergerätes aufgezeichnet. Die Datenauswertung erfolgt im Sinne von Kelle/ Kluge (1999: o.S) „Vom Einzelfall zum Typus“. Es folgt die Transkription der auditiven Interviewaufzeichnungen; die dadurch gewonnene Datenmenge wird anschließend den entsprechenden Kategorien zugeteilt. Aus 23 Subkategorien werden 3 Hauptkategorien gebildet und paraphrasiert. Die Detailergebnisse ergeben sich aus den Resümees der einzelnen Kategorien und dienen unter anderem auch zur Beantwortung der Forschungsfragen. Zuletzt folgt ein Gesamtresümee zur Forschungsarbeit.

5.2. Unternehmen

Das zur Untersuchung herangezogene Unternehmen möchte anonym bleiben, da es sich um betriebsinterne Daten handelt, die nicht veröffentlicht werden

sollen. Aus diesem Grund wird der Name des Unternehmens nicht erwähnt, der Titel des durchgeführten BGF- Projekts abgeändert und die Namen der AutorInnen der Mitarbeiterhebungen weggelassen.

6. Forschungsinteresse - Forschungsfragen

„Folgt man den üblichen Lehrbüchern der (quantitativen) sozialwissenschaftlichen Methodenlehre (etwa FRIEDRICHS 1983; KERLINGER 1979; KROMREY 1990; PRIM, TILLMANN 1989, ROTH 1987; SCHNELL; HILL, ESSER 1989) so muss *die Formulierung von Hypothesen am Beginn der Forschungstätigkeit stehen.*“ (Kromrey 1990: 23 zit. in: Kelle/ Kluge 1999:14)

Die im Unternehmen durchgeführten quantitativen Studien, die qualitative Forschungsarbeit des FH- Projektes „Bewusster Arbeiter – bewusst arbeiten“ sowie eine einschlägige Literaturrecherche bilden die Grundlage für die Entwicklung folgender Hypothesen und Forschungsfragen.

Untersucht wird die Lebenswelt von Angestellten in Hinblick auf die Inanspruchnahme von Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung in einem Fertigungsunternehmen.

6.1. Hypothesen

Hypothese1: Die Maßnahmen der BGF werden von Angestellten besser angenommen als von ArbeiterInnen.

Hypothese 2: Die bisherigen BGFs sind an die Bedürfnisse der Angestellten besser angepasst als an die der ArbeiterInnen.

Hypothese 3: Durch eine Änderung des Angebots an BGF – Maßnahmen kann eine verstärkte Nutzung erreicht werden.

6.2. Forschungsfragen

Forschungsfrage 1: Welchen Belastungen sind Angestellte in ihrer Tätigkeit ausgesetzt?

Forschungsfrage 2: Welche Aspekte der beruflichen Tätigkeit werden als positiv erlebt?

Forschungsfrage 3: Welche Auswirkungen hat die Arbeit auf das Privatleben der Angestellten?

Forschungsfrage 4: Welchen Stellenwert nimmt der Beruf im Leben der befragten Angestellten ein, gibt es Bestrebungen die Gewichtung der beruflichen Tätigkeit zu verändern?

Forschungsfrage 5: Welche Formen der Erholung vom beruflichen Alltag geben die Angestellten an?

Forschungsfrage 6: Welche Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung werden in Anspruch genommen?

Forschungsfrage 7: Welche Gründe werden von den Angestellten angegeben, die Maßnahmen der BGF nicht in Anspruch zu nehmen?

Forschungsfrage 8: Welche Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung werden gewünscht?

7. Biographische Daten der befragten Angestellten

Für die qualitative Forschung wurde eine Stichprobe von 11 Angestellten herangezogen, wobei versucht wurde, eine möglichst valide ProbandInnengruppe zu erhalten. Es wurden im Rahmen der Interviews folgende Daten erhoben:

Abbildungsverzeichnis der biographischen Daten:

Abb. 1: Alter

Abb. 2: Wohnort

Abb. 3: Lebensform

Abb. 4: Kinder

Abb. 5: Schulbildung

Abb. 6: Beruf der Eltern

Abb. 7: Betriebliche Ausbildung

Abb. 8: Dauer der Tätigkeit im Betrieb

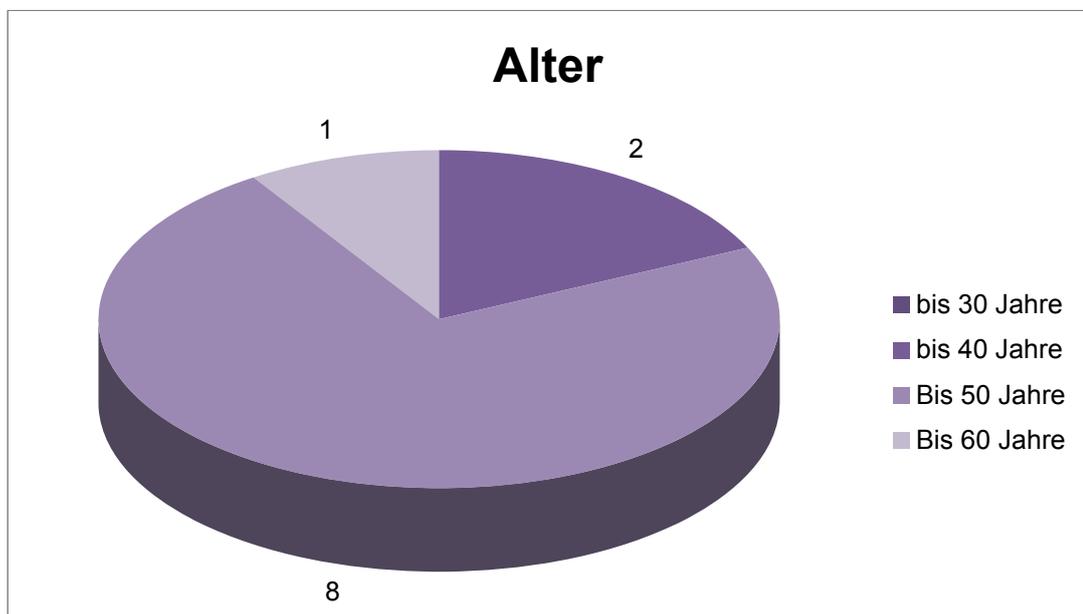


Abb. 1: Alter

Das Diagramm weist auf die Altersverteilung der befragten Personen hin. Es lässt erkennen, dass die Mehrheit der ProbandInnen zwischen 40 und 50 Jahre alt ist.

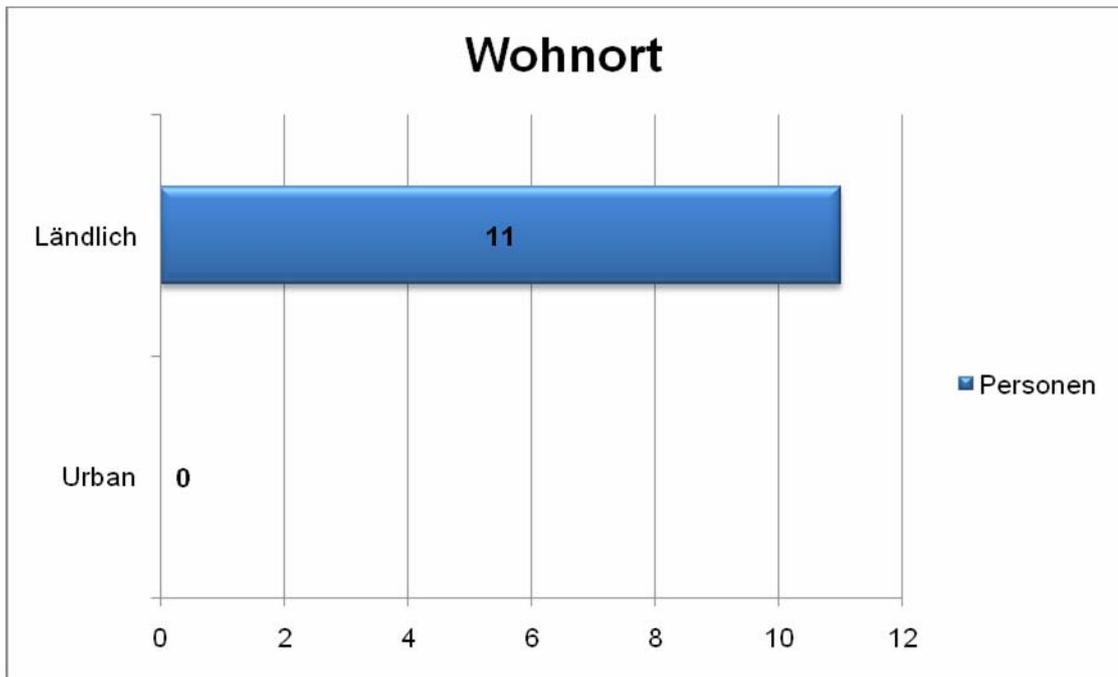


Abb.2: Wohnort

Aus der Grafik geht hervor, dass alle befragten Personen im ländlichen Raum leben.

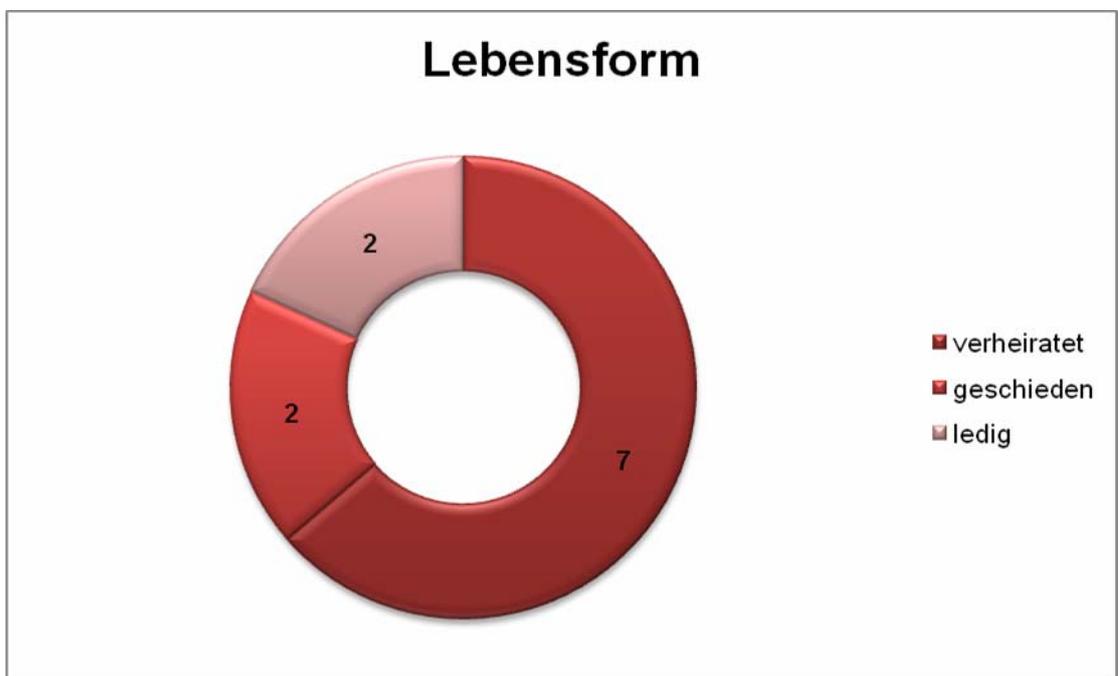


Abb. 3: Lebensform

Das Diagramm zeigt, dass mehr als die Hälfte der befragten Personen verheiratet sind.

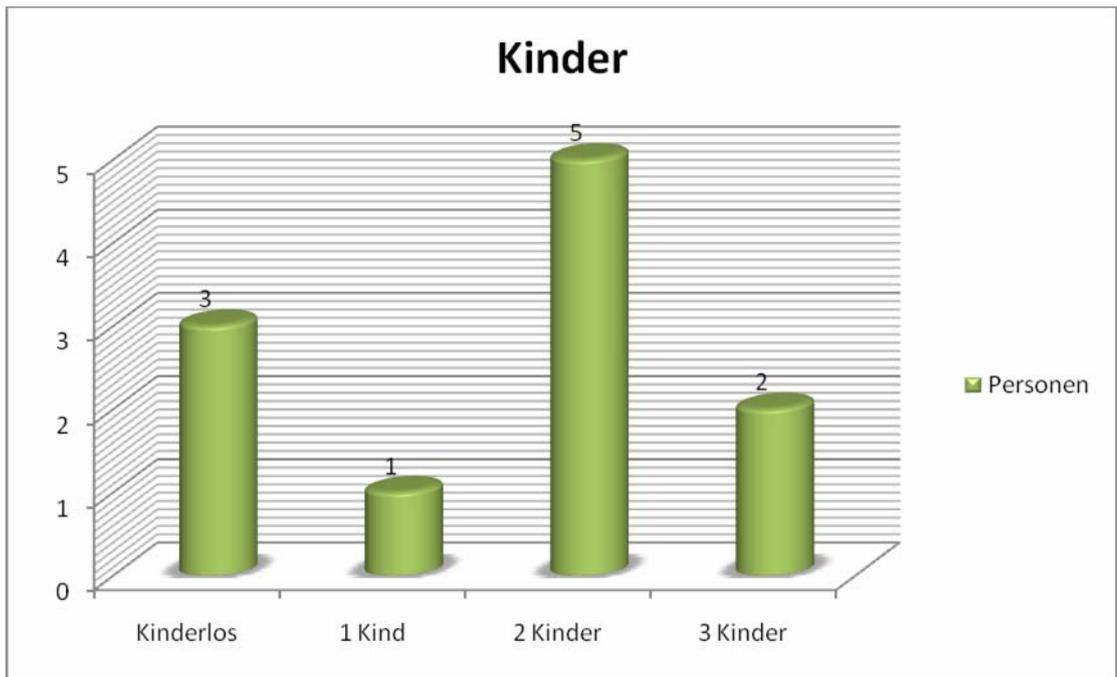


Abb. 4: Kinder

Diese Grafik verweist auf die Anzahl der Kinder pro Familie.

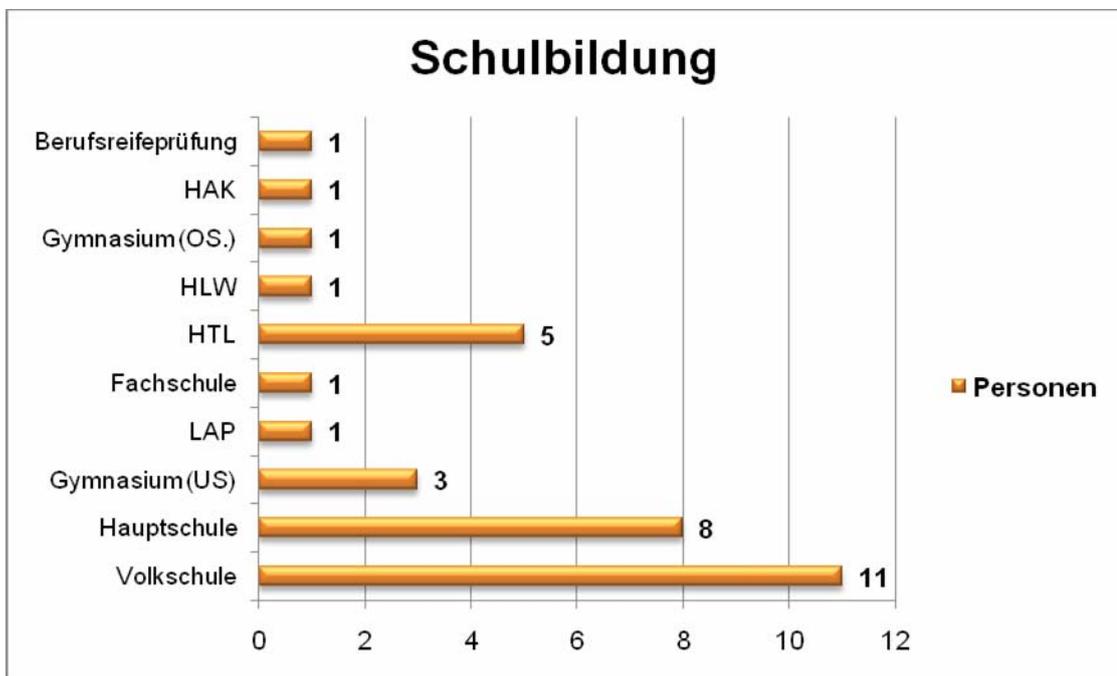


Abb. 5: Schulbildung

Dieses Diagramm gibt über die Schulbildung der befragten Personen Aufschluss.

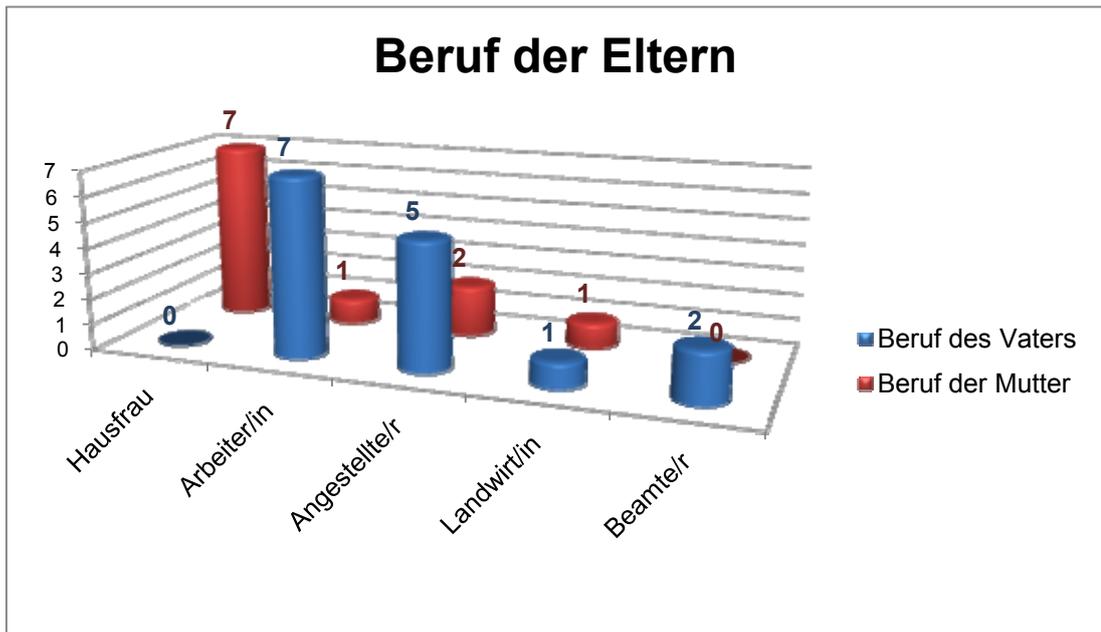


Abb. 6: Beruf der Eltern

Diese graphische Darstellung veranschaulicht die Berufe der Eltern. Die Erhebung soll Aufschluss über die Sozialisation der befragten Personen geben. Wie man aus dem Diagramm entnehmen kann, stammen die Befragten vorwiegend aus Arbeiter- und Angestelltenfamilien. Weiters lässt die Grafik erkennen, dass 7 von 11 Müttern der Befragten im Haushalt beschäftigt waren.

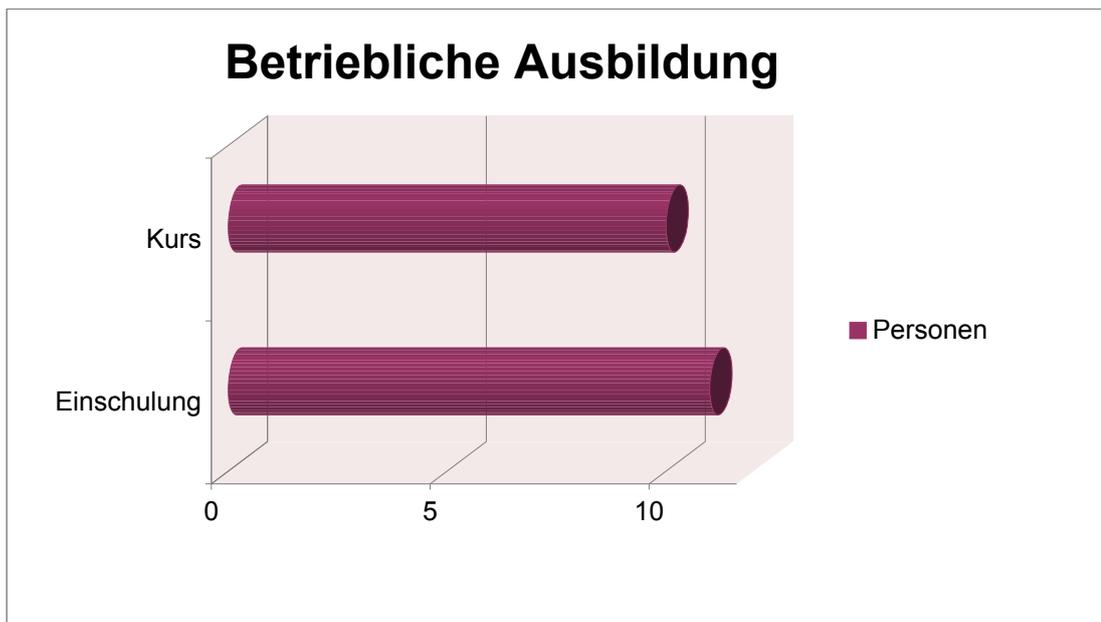


Abb. 7: Ausbildung im Betrieb

Von den 11 befragten Personen nahmen alle an einer Einschulung teil und 9 absolvierten zusätzlich betriebsinterne Kurse.

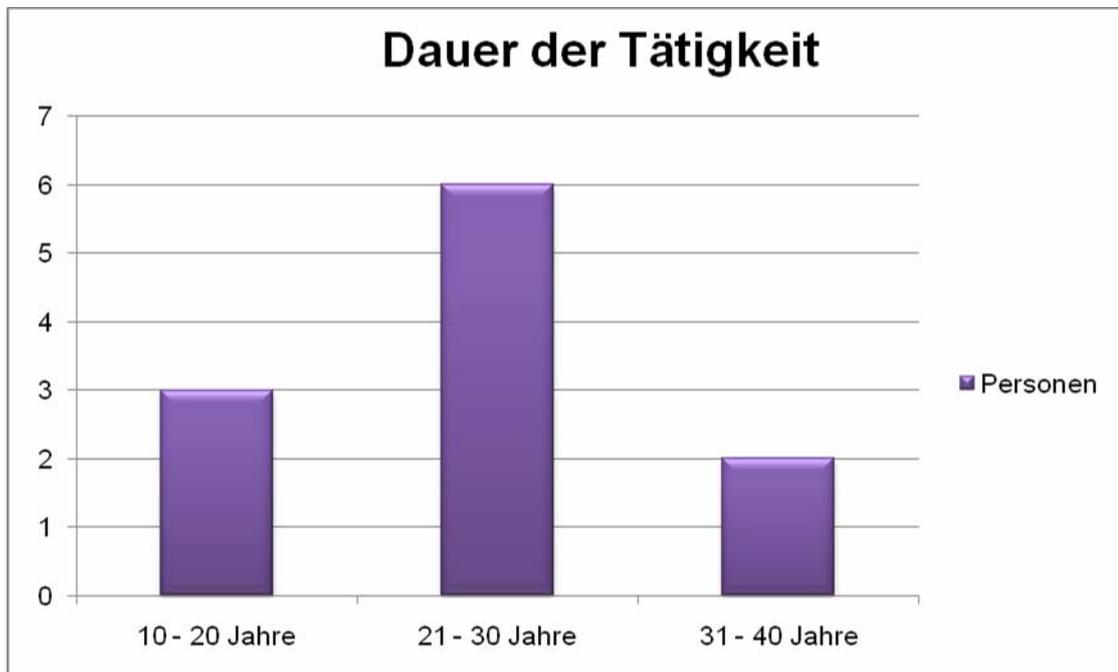


Abb. 8: Dauer der Tätigkeit im Betrieb

Dieses Diagramm verweist auf die Dauer der Tätigkeit der befragten Angestellten im untersuchten Betrieb.

Die Aufgabenbereiche der interviewten Angestellten gliedern sich in buchhalterische, organisatorische und leitende Tätigkeiten.

8. Hauptkategorien

Aus den erhobenen Resultaten wurden drei Hauptkategorien gebildet, auf denen das Endergebnis aufbaut.

Diese lauten:

- Betriebliche Gesundheitsförderung
- Individuelle Lebenswelt
- Erlebte Arbeitsbedingungen

8.1. Auswertung der Kategorie „Betriebliche Gesundheitsförderung“

mit den Unterkategorien

- Leistungen im Unternehmen
- Gesundheitsbewusstsein

Kategorie „Betriebliche Gesundheitsförderung“	
Treffer	<p>In der Kategorie „Leistungen im Unternehmen“ gibt es aus 11 von 11 Interviews unter anderem folgende Erkenntnisse:</p> <ul style="list-style-type: none">• Massage (wurde früher im Betrieb angeboten): Diese Maßnahme wird von den befragten Personen positiv beurteilt, die Abschaffung dieses Angebots wird auf Einsparungsmaßnahmen des Unternehmens zurückgeführt.• Fitnesscenter: Die Aussagen zu dieser Maßnahme sind kontroversiell – von manchen wird die Erweiterung des Angebots an Fitnessstudios begrüßt, andere lehnen diese Maßnahme als den eigenen Bedürfnissen nicht entsprechend ab.• Teilnahme an anderen Maßnahmen: Die meisten Befragten geben an, an diversen anderen Angeboten teilgenommen zu haben (autogenes Training, Nordic Walken, Gesundenuntersuchung, Kardiofit, Wirbelsäulengymnastik, SOD – Schlank ohne Diät).• Verhalten der Vorgesetzten gegenüber der BGF – Maßnahmen: Die Bemühungen der Personalabteilung hinsichtlich gesundheitsfördernder Angebote werden von den Befragten positiv gesehen, die Haltung der Führungsebene wird jedoch als distanzierter erlebt. <p>Bei Vereinbarkeit des Arbeitsprozesses mit der</p>

Inanspruchnahme gesundheitsfördernder Maßnahmen werden diese von den Vorgesetzten neutral gesehen, ansonsten sollten entsprechende Aktivitäten in der Freizeit stattfinden.

- Als Gründe für die Nichtinanspruchnahme der angebotenen gesundheitsfördernden Maßnahmen werden angegeben:
 - mangelnde Einsicht in die Notwendigkeit gesundheitlicher Prävention
 - fehlende Motivation für betriebliche gesundheitsfördernde Aktivitäten in der Freizeit
 - zu geringe Anpassung der Angebote an die persönlichen Bedürfnisse
- Vorschläge für neue Maßnahmen beziehen sich auf die Reaktivierung früherer Angebote (Massieren, Autogenes Training) sowie auf die Nennung einzelner Aktivitäten (Selbstverteidigung, verpflichtende Bürogymnastik). Außerdem wurde der Wunsch nach Supervision durch eine betriebsunabhängige BeraterIn artikuliert. Vorgeschlagen wurde auch, jeder MitarbeiterIn einen bestimmten Betrag zur freien Verwendung für gesundheitsfördernde Aktivitäten zur Verfügung zu stellen.

Zur Kategorie „**Gesundheitsbewusstsein**“ werden in 4 von 11 Interviews folgende Themen benannt.

- Es werden gesundheitliche Probleme erwähnt wie z.B.: Nahrungsmittelunverträglichkeit, Probleme in der Lendenwirbelsäule, die aber nicht als Folgeerscheinung der Arbeit gesehen werden.
- Der Stress wird von einem Befragten als gesundheitsschädlich beurteilt, da dieser negative Auswirkungen auf den Bewegungsapparat und auf die Verdauung hat.

Resümee	<p>Zusammenfassend ergibt sich, dass das Angebot „Massage“ bei weitem am positivsten beurteilt wird, praktisch alle Befragten würden sich ein neuerliches diesbezügliches Angebot wünschen.</p> <p>Weitere Maßnahmen der BGF, die von den Befragten angenommen wurden, waren Autogenes Training, Nordic Walken, Gesundenuntersuchung, Kardiofit, Wirbelsäulengymnastik, SOD – Schlank ohne Diät und der Besuch des Fitnesscenters, wobei speziell die letztgenannte Maßnahme von manchen als nicht den eigenen Bedürfnissen entsprechend bezeichnet wird.</p> <p>Die Einstellung der Vorgesetzten gegenüber der BGF wird positiv gesehen solange die Inanspruchnahme der Maßnahmen den Arbeitsprozess nicht beeinträchtigt.</p> <p>Gesundheitsfördernde Maßnahmen werden wegen mangelnder Einsicht in die Notwendigkeit gesundheitlicher Prävention sowie wegen fehlender Motivation derartige Aktivitäten in die Freizeit zu verlegen nicht angenommen.</p> <p>Vorschläge für neue Maßnahmen beziehen sich auf Massieren, Autogenes Training, Selbstverteidigung, Bürogymnastik und Supervision. Ein außergewöhnlicher Vorschlag ist ein „Gesundheitsscheck“ für jede MitarbeiterIn zur individuellen Verwendung.</p> <p>Die getroffenen Aussagen zum Gesundheitsbewusstsein zeigen, dass die Befragten für diesen Bereich sensibilisiert sind. Negative Auswirkungen der beruflichen Tätigkeit werden auf den Bewegungs- und Verdauungsapparat gesehen.</p>
----------------	---

8.2. Auswertung der Kategorie „Erlebte Arbeitsbedingungen“

mit den Unterkategorien

- Anerkennung
- Arbeitsalltag
- Arbeitsbelastung
- Arbeitsumstände
- Bedürfnisse/ Wünsche
- Selbstwahrnehmung/ Fremdwahrnehmung

Kategorie „Erlebte Arbeitsbedingungen“	
Treffer	<p>Zur Kategorie „Anerkennung“ gibt es aus 3 von 11 Interviews Aussagen.</p> <ul style="list-style-type: none">• Im Unternehmen wird es als selbstverständlich erachtet, gute Leistungen zu erbringen. Bei misslungener oder fehlerhafter Arbeit reagieren die Vorgesetzten oft mit Kritik und Tadel, bei gelungener Arbeit gibt es sehr selten lobende Worte.• Eine befragte Person gibt an, dass die geleistete Arbeit nicht anerkannt wird, da die Vorgesetzten im Arbeitsalltag wenig präsent sind. <p>In der Kategorie „Arbeitsalltag“ werden in 11 von 11 Interviews Aussagen getätigt.</p> <ul style="list-style-type: none">• Einige befragte Personen erleben ihren Arbeitsalltag als abwechslungsreich und herausfordernd. Solange die Herausforderungen zu bewältigen sind, werden diese positiv von den befragten Angestellten beurteilt, erst bei Überforderung kommt es zu Belastungen.• Viele interviewte Personen verfügen über ein großes und interessantes Arbeitsgebiet und können ihre Arbeit selbständig verrichten und einteilen.

- Weiters empfinden die Angestellten den Kontakt mit den KollegInnen als sehr angenehm und begrüßen Teamarbeit.

Zur Kategorie „**Arbeitsbelastung**“ gibt es aus 11 von 11 Interviews Nennungen.

- Viele befragte Personen geben an, unter Zeitdruck zu leiden. Einige stellen fest, dass dieser durch das System bedingt ist und oftmals nicht notwendig wäre.
- Einige empfinden die ständigen Telefonanrufe belastend, da diese ein konzentriertes Arbeiten erschweren.
- Die Personen, die in einem sehr eigenständigen Arbeitsfeld tätig sind, beklagen sich über die Tatsache im Krankheitsfall beziehungsweise bei Urlaub kaum Vertretung zu finden.
- Einige befragte Personen leiden unter der Arbeitsmenge, sie sehen aber keine Möglichkeit diese zu reduzieren oder abzugeben.
- Manche Angestellte haben dadurch Schwierigkeiten, dass sie oftmals anderer Meinung sind als ihre Vorgesetzten, zu diesen aber in einem weisungsgebundenen Arbeitsverhältnis stehen.
- Eine der meist erwähnten Belastungen am Arbeitsplatz sind Frustration durch mangelnde Möglichkeit den Arbeitsprozess mitzugestalten. Weiters werden Druck und Stress aufgrund zu knapper Zeitvorgaben als belastend empfunden.

Zur Kategorie „**Arbeitsumstände**“ gibt es aus 6 von 11 Interviews Äußerungen.

- Die Gleitzeit erleben die befragten Personen als sehr angenehm. Diese wirkt sich positiv auf das Privatleben aus, vor allem Angestellte mit Familien schätzen diese Arbeitsform sehr. Die Organisation

der Gleitzeit funktioniert im Betrieb gut.

- Negative Arbeitsumstände wurden folgende genannt:
 - Es sind sehr viele Überstunden zu leisten
 - In einem Büro gibt es keine Klimaanlage, es kommt im Sommer zu Temperaturen bis zu 33° C. Das Öffnen der Fenster ist auch nicht möglich, da es dann zu Geruchs- und Lärmbelästigung kommt.
 - Einige befragte Personen haben das Gefühl, dass es keinen Sinn mache Verbesserungsvorschläge einzubringen, da diese nicht umgesetzt werden.
 - Der Großteil der Arbeit der Angestellten wird sitzend am Schreibtisch und am Computer erledigt.

In der Kategorie „**Bedürfnisse/ Wünsche**“ werden aus 5 von 11 Interviews einige Punkte thematisiert.

- Manche befragte Personen (vorwiegend weibliche) verspüren den Wunsch nach mehr Zeit zur Regeneration.
- Idealerweise sollte die Arbeitszeit bei vollem Lohnausgleich verkürzt werden.
- Die befragten MitarbeiterInnen wünschen sich mehr Mitspracherecht und eine Verbesserung der äußeren Arbeitsbedingungen (klimatisierte Büroräume).

Zur Kategorie „**Selbstwahrnehmung/ Fremdwahrnehmung**“ gibt es aus 4 von 11 Interviews Nennungen.

- Selbstwahrnehmung:
 - Einige befragte Personen (vor allem männliche) erleben sich selbst im Arbeitsprozess als sehr kompetent und glauben, oft Antworten auf die Fragen ihrer

	<p>KollegInnen zu finden. Sie haben aber Schwierigkeiten, manchen Anweisungen ihrer Vorgesetzten Folge zu leisten.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fremdwahrnehmung: <ul style="list-style-type: none"> ○ Manche befragte Personen äußern sich kritisch gegenüber dem Arbeitsverhalten ihrer KollegInnen.
Resümee	<p>Aus den Interviews geht hervor, dass sich die befragten Personen von den Vorgesetzten zu wenig anerkannt fühlen. Der Arbeitsalltag wird bei angemessenen Anforderungen als positiv erlebt, insbesondere wenn die Arbeit selbständig verrichtet wird und Kontakte zu KollegInnen bestehen.</p> <p>Die mangelnde Möglichkeit den Arbeitsprozess mitzugestalten sowie zu knappe Zeitvorgaben werden als größte Arbeitsbelastung empfunden. Als positiver Arbeitsumstand wird die Gleitzeit genannt. Negative Arbeitsumstände sind hohe zeitliche Belastung (Überstunden), sitzende Tätigkeit, manche Arbeitsbedingungen (Hitze, Lärm, Geruch) und das Gefühl dass Verbesserungsvorschläge nicht akzeptiert werden.</p> <p>An Bedürfnissen wird der Wunsch nach mehr Freizeit und verbesserten äußeren Arbeitsbedingungen artikuliert.</p>

8.3. Auswertung der Kategorie „Individuelle Lebenswelt“

mit den Unterkategorien

- Abgrenzung/ persönliche Grenzen
- Ängste/ Sorgen
- Auswirkungen des Berufs auf das Privatleben
- Erholung/ Entspannung
- Freizeit/ Interessen
- Persönliche Perspektiven
- Selbstwerte/ Werte

Kategorie „Individuelle Lebenswelt“	
Treffer	<p>Zur Kategorie „Abgrenzung/ persönliche Grenzen“ werden aus 9 von 11 Interviews unter anderem folgende Aussagen getroffen.</p> <ul style="list-style-type: none">• Abgrenzung:<ul style="list-style-type: none">○ Einige befragte Personen geben an, sich von ihrer Arbeit leicht abgrenzen zu können und zu merken, wenn es an der Zeit ist sich (geistig und emotional) zurückzunehmen. Es gibt jedoch auch welche, die sich auch in ihrer Freizeit mit Sorgen und Problemen aus dem Arbeitsalltag beschäftigen.○ Auffallend ist, dass manche Frauen angeben, aufgrund ihrer Rolle in der Familie und im Haushalt gut abzuschalten zu können.• Persönliche Grenzen:<ul style="list-style-type: none">○ Einige InterviewpartnerInnen stellen fest, dass sie nicht bereit sind in ihrer beruflichen Tätigkeit „für Geld alles zu machen“. Fel 3, 103○ Manche befragte Personen thematisieren ihre eigenen Grenzen, die sie durch die

Doppelbelastung Beruf/ Weiterbildung erfahren haben. Ein Mitarbeiter sieht seine Grenze darin, Verantwortung für ein Team zu übernehmen.

In der Kategorie „**Ängste/ Sorgen**“ gibt es aus 2 von 11 Interviews Aussagen.

- In Bezug auf die Kinder dominiert die Sorge, dass diese ihren eigenen Weg finden.
- Die Finanzkrise beunruhigt einige, diese hoffen, dass die Firma verschont bleibt.

Zur Kategorie „**Auswirkungen vom Beruf auf das Privatleben**“ werden aus 11 von 11 Interviews unter anderem folgende Punkte thematisiert.

- Einige befragte Personen geben an, nach der Arbeit keine Lust und Energie zu verspüren sich in ihrer Freizeit aktiv zu beschäftigen.
- In manchen Interviews erklären vor allem Frauen, zu wenig Zeit für ihre Kinder und ihr Privatleben zu haben.
- In den Familien, in denen beide Elternteile in der Firma beschäftigt sind, wird zuhause oft über den beruflichen Alltag gesprochen.
- In vielen Interviews wird die Gleitzeit sehr positiv beurteilt.

In der Kategorie „**Erholung/ Entspannung**“ gibt es aus 11 von 11 Interviews Aussagen.

- Viele befragten Personen finden im Garten, in der Natur, in der Sauna, im Urlaub, auf der Terrasse, beim Sport (Schwimmen, Radfahren, Wandern, Nordic Walken und Klettern), beim Qigong, beim Autogenen Training und zuhause mit Familie und Freunden Entspannung und Erholung von der Arbeit.
- Einige interviewte Angestellte wünschen sich eine

Verbesserung der Arbeitsbedingungen und nehmen sich vor, konsequente Grenzen zu setzen um mehr Zeit für sich zu finden.

- Manche Personen geben an, nach der Arbeit so ausgelaugt zu sein, dass sie nur noch im Nichtstun Entspannung finden.

In der Kategorie "**Freizeit/ Interessen**„ werden aus 11 von 11 Interviews unter anderem folgende Punkte thematisiert.

- Den befragten Angestellten ist es wichtig, ein zufriedenstellendes Privatleben sowie einen guten Kontakt zu den Kindern und eine stabile Beziehung zur PartnerIn zu haben.
- Viele interviewte Personen verbringen gerne ihre Freizeit mit Sport, Haus- und Gartenarbeit, Familie, Freunden und Reisen.
- „Ich lebe nicht um zu arbeiten, ich arbeite um zu leben.“ Fel 3, 103

Zur Kategorie „**persönliche Perspektiven**“ gibt es aus 11 von 11 Interviews Nennungen.

- Familie: Die Kinder nehmen bei den interviewten Angestellten einen wichtigen Platz ein und bestimmen maßgebend das Leben der Familie.
- Pension: Diejenigen die kurz vor der Pensionierung stehen, freuen sich einerseits auf die neugewonnene Freizeit, haben aber andererseits Bedenken und würden gerne in Altersteilzeit gehen.
- Weiterbildung: Wenn die Möglichkeit bestünde für gleiches Geld weniger zu arbeiten, würde eine Angestellte nebenbei ein Studium beginnen.
- Zeit: Einige befragte Personen verspüren den Wunsch, mehr Zeit für sich zu haben, um Kraft tanken zu können.
- Haus: Zwei Angestellte würden gerne ihr Haus

	<p>renovieren.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haushaltshilfe: Eine Angestellte geht gerne arbeiten, würde sich aber für zuhause eine Haushaltshilfe wünschen. • Der Wunsch neue Hobbies auszuprobieren und persönlichen Neigungen nachzugehen, wurde von vielen InterviewpartnerInnen artikuliert. <p>In der Kategorie „Selbstwerte/ Werte“ gibt es aus 4 von 11 Interviews Nennungen.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selbstwert: Einige befragte Personen ziehen aus ihrer Arbeit einen positiven Selbstwert, da sie das Gefühl haben etwas zu leisten und nicht ersetzbar zu sein. • Werte: Viele interviewte Angestellte sind der Meinung, <ul style="list-style-type: none"> ○ für Geld nicht alles zu machen, und ○ nicht zu leben um zu arbeiten sondern zu arbeiten um zu leben. <p>Familie, Kinder, Haus und Freizeit zählen zu den wichtigsten Werten der Angestellten.</p>
Resümee	<p>Zusammenfassend ergibt sich, dass sich die befragten MitarbeiterInnen persönlich mit dem Thema „geistige und emotionale Abgrenzung von der Arbeit“ auseinandersetzen. Die Ängste und Sorgen der interviewten MitarbeiterInnen beziehen sich hauptsächlich auf die Entwicklung der eigenen Kinder und die wirtschaftliche Situation der Firma. Die Auswirkungen der beruflichen Tätigkeit auf das Privatleben der befragten Angestellten sind sehr unterschiedlich, einige leiden nach einem Arbeitstag an Lustlosigkeit, manche Frauen haben das Gefühl, zu wenig Zeit für Familie und ihre eigenen Interessen zu haben. Von allen wird die Gleitzeit als persönlicher Gewinn erlebt. Erholung und Entspannung finden die Angestellten in ihrer</p>

Freizeit bei Garten- und Hausarbeit, bei sportlicher Betätigung, bei Entspannungstechniken (Autogenes Training) und im Urlaub.

Weiters legen viele befragte MitarbeiterInnen Wert darauf, ein zufriedenstellendes Familien- und Privatleben zu haben.

Bei den persönlichen Perspektiven sehen viele interviewte Personen den Schwerpunkt in Familie und Freizeit. Bei einzelnen Personen stehen individuelle Themen wie z.B. Pensionierung, Weiterbildung und Hausrenovierung im Vordergrund.

Einige befragte Personen können aus ihrer beruflichen Tätigkeit einen positiven Selbstwert ziehen.

Für viele interviewte MitarbeiterInnen ist Geld nicht der Grund, eigene Grenzen zu überschreiten und sie sehen in der Arbeit die Möglichkeit ihr Leben zu finanzieren.

8.4. Detailergebnisse

Detailergebnisse	
BGF- Projekt	<p>Von Seiten der befragten Angestellten ist keine einheitliche Bewertung des BGF – Projektes zu erkennen. Die meisten Aussagen dazu fallen neutral aus. Diejenigen MitarbeiterInnen, die das Maßnahmenangebot in Anspruch nehmen, sind froh darüber, die anderen kümmern sich wenig darum.</p> <p>Es scheint so zu sein, dass das BGF – Projekt im Firmengeschehen eine eher periphere Rolle spielt.</p>
Maßnahmen der BGF	<p>Die angebotenen Maßnahmen der BGF sind eindeutig als verhaltenspräventiv anzusehen (Autogenes Training, Nordic Walken, Wirbelsäulengymnastik) und werden unterschiedlich angenommen. Verhältnispräventive Maßnahmen werden nur von einzelnen befragten Personen gewünscht.</p>
Massage	<p>Diese Maßnahme wurde als sehr positiv erlebt und würde gerne wieder in Anspruch genommen werden, wobei den Beschäftigten unklar ist, warum sie abgeschafft wurde.</p>
Fitnesscenter	<p>Diese Maßnahme erscheint sehr präsent. Es gab eine Erweiterung des Angebotes, manche finden das sehr gut. Andere Befragte sind nicht daran interessiert, da dieses Angebot nicht an ihre Bedürfnisse angepasst ist.</p>
Haltung der Vorgesetzten gegenüber BGF	<p>Der Personalabteilung wird ein Bemühen um die Durchführung der BGF zugeschrieben. Andererseits wird die Führungsebene als nicht voll dahinterstehend erlebt. Nach Meinung der Interviewten ist für die direkten Vorgesetzten von</p>

	<p>Bedeutung, dass der Arbeitsprozess durch BGF nicht gestört wird. Die Teilnahme der direkten Vorgesetzten an den gesundheitsfördernden Maßnahmen wird ambivalent gesehen. Manche würden dies begrüßen (Vorbildcharakter), andere stehen dem skeptisch gegenüber (Störfaktor).</p>
<p>Gründe für die Nichtinanspruchnahme</p>	<p>Angestellte, die BGF nicht für sich in Anspruch nehmen, sehen die Notwendigkeit von Prävention nicht ein. Sie sehen generell keinen Sinn im Projekt, finden es nicht ihren Bedürfnissen entsprechend und wollen keine Freizeit in derartige Maßnahmen investieren.</p>
<p>Vorschläge für neue Maßnahmen</p>	<p>Frühere Angebote wie Massieren und autogenes Training sollten reaktiviert werden. An zusätzlichen Maßnahmen werden Selbstverteidigung und verpflichtende Bürogymnastik gewünscht. Außerdem gibt es den Wunsch nach Supervision sowie die Idee eines frei zu verwendenden Geldbetrags für gesundheitsfördernde Aktivitäten.</p>
<p>Arbeitsalltag</p>	<p>Der Arbeitsalltag wird von den Interviewten als herausfordernd und interessant erlebt. Positiv werden die Interaktion mit KollegInnen im Arbeitsprozess und die Teamarbeit bewertet.</p>
<p>Arbeitsbedingungen</p>	<p>Als sehr anstrengend werden zu lange Schreibtisch- beziehungsweise Bildschirmarbeit erlebt. Negativ wird auch die mangelnde Klimatisierung der Büroräume erwähnt. Zu den schwierigen Arbeitsbedingungen gehört für die Befragten auch die stark unterschiedlich anfallende Arbeitsmenge.</p>
<p>Gleitzeit</p>	<p>Die Einrichtung der Gleitzeit wird generell als sehr positiv bewertet, vor allem Angestellte mit Kindern begrüßen diese Form der Arbeitszeiteinteilung.</p>

Annerkennung	Von den Interviewten wird über mangelndes positives Feedback geklagt. Gute Leistungen werden als selbstverständlich angesehen. Im Gegensatz dazu reagieren Vorgesetzte bei fehlerhafter Arbeit oft mit Kritik und Tadel.
Zeitdruck/ Stress	Stress wird als gesundheitsschädlich erlebt; Das größte Problem ist das Leiden unter systembedingtem Zeitdruck, der teilweise mit zu knappen Zeitvorgaben zusammenhängt.
Frust	Es wird die Meinung geäußert, dass zu wenig Möglichkeit bestünde, den Arbeitsprozess mitzugestalten und es daher auch keinen Sinn hätte Verbesserungsvorschläge einzubringen
Verantwortung	Die Angestellten schätzen ihre Möglichkeit zu eigenständigem und eigenverantwortlichem Arbeiten, leiten aber sowohl positive als auch negative Konsequenzen daraus ab. Als positiv wird erlebt, dass ihnen von Seiten der Vorgesetzten große Freiheiten zur Arbeitsgestaltung gewährt werden. Durch diese sehr persönliche Arbeitsweise ist es schwierig zu delegieren beziehungsweise sich in Abwesenheitszeiten vertreten zu lassen.
Abgrenzung zur Arbeit	Bei allen Befragten ist das Thema präsent und wird reflektiert. Einige untersuchte Personen geben an, sich leicht von ihrer beruflichen Tätigkeit abgrenzen zu können. Speziell Frauen können aufgrund ihrer Rolle in der Familie gut abschalten.
Auswirkungen der Arbeit auf das Privatleben	Positive Wirkung auf das Privatleben der befragten Personen geht von der freigestaltbaren Arbeitszeit durch die Regelung der Gleitzeit aus. Einige Befragte geben an, sich durch die Arbeit

	ausgelaugt zu fühlen, Probleme der beruflichen Tätigkeit mit nachhause zu nehmen und insgesamt zu wenig Zeit für sich selbst und die Familie zu haben. Deshalb werden Wünsche nach Weiterbildung oft zurückgestellt.
Bedürfnisse für die eigene Gesundheit	Nach Meinung der Befragten könnte die Gesundheit am besten durch mehr Zeit zur eigenen Regeneration und für die Familie sowie durch eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen gefördert werden.
Erholung und Entspannung	Als erholsame und entspannende Aktivitäten werden Sport, Naturerlebnisse, Entspannungsübungen sowie soziale Kontakte genannt.
Persönliche Perspektiven	Für sich persönlich wünschen sich die meisten Befragten ein befriedigendes Familienleben, dass die Kinder ihren eigenen Weg finden, mehr Zeit zur Regeneration und die Möglichkeit zur beruflichen Weiterbildung.

9. Verifizierung der Hypothesen und Beantwortung der Forschungsfragen

Die durchgeführte qualitative Forschung, die bereits vorhandenen quantitativen Studien und die qualitative Forschungsarbeit des FH- Projektes „Bewusster Arbeiter – bewusst arbeiten“, die alle im selben Fertigungsunternehmen durchgeführt wurden, sowie eine einschlägige Literaturrecherche bilden die Grundlagen für die Verifizierung der folgenden Hypothesen und die Beantwortung der Forschungsfragen.

In der vorliegenden Arbeit wird die Inanspruchnahme von Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung durch Angestellte unter besonderer Einbeziehung ihrer Lebenswelt in diesem Unternehmen untersucht.

Hypothese 1: Die Maßnahmen der BGF werden von Angestellten besser angenommen als von ArbeiterInnen.

Diese Hypothese wird durch alle durchgeführten Studien bestätigt. In der Evaluierungsstudie 2007 zeigte sich, dass sich nur 32,75% der befragten ArbeiterInnen aktiv am Projekt BGF beteiligten, während dies bei 50% der Angestellten der Fall war.

Aus den von mir erhobenen Interviews ergibt sich, dass von 11 befragten Angestellten 10 in der Vergangenheit an Maßnahmen der BGF teilgenommen haben oder sich derzeit daran beteiligen.

Aus der Forschung des Projektes „Bewusster Arbeiter- bewusst arbeiten“ geht hervor, dass bei 26 von 47 interviewten ArbeiterInnen kein Interesse in Bezug auf die Teilnahme an den betrieblichen gesundheitsfördernden Maßnahmen vorliegt.

Hypothese 2: Die bisherigen BGFs sind an die Bedürfnisse der Angestellten besser angepasst als an die der ArbeiterInnen.

Diese Hypothese kann eindeutig verifiziert werden. In dieser Hinsicht kommen verschiedene Gründe zum Tragen:

- Da die Angestellten im Gleitzeitmodell arbeiten, fällt es ihnen leichter, die Zeit für die BGF entsprechend einzuteilen. Im Gegensatz dazu ist dies wegen der Schichtarbeit bei den ArbeiterInnen nicht der Fall.
- Die Annahme des Angebots „Massage“ lässt sich bei den ArbeiterInnen weniger gut in den Alltag integrieren als bei den Angestellten. Durch die körperliche Arbeit fühlen sich die ArbeiterInnen nicht in der Lage, unmittelbar im Anschluss an ihre Tätigkeit die Massage in Anspruch zu nehmen.
- ArbeiterInnen sehen durch den administrativen Aufwand zur Teilnahme am BGF (Anmeldung, Terminvereinbarung, ...) mehr Schwierigkeiten als Angestellte.

Hypothese 3: Durch eine Änderung des Angebots an BGF – Maßnahmen kann eine verstärkte Nutzung desselben erreicht werden.

Diese Hypothese kann aufgrund der vorhandenen Daten nicht eindeutig bestätigt werden. Im Zuge einer weiteren Studie müsste geklärt werden, ob durch Berücksichtigung der von den befragten Angestellten geäußerten Wünsche die Maßnahmen der BGF verstärkt angenommen würden.

Forschungsfrage 1: Welchen Belastungen sind Angestellte in ihrer Tätigkeit ausgesetzt?

Die untersuchten Angestellten leiden unter Stress und Zeitdruck. Dies entspricht den Erkenntnissen Oesterreichs, der in seiner Systematik der psychischen Anforderungen und Belastungen Zeitdruck als eine der psychischen Belastungen definiert. (vgl. Oesterreich 1999: 145)

Außerdem geben die befragten Personen an, dass die mangelnde Möglichkeit den Arbeitsprozess mitzugestalten als frustrierend erlebt wird.

Hier findet sich Übereinstimmung mit der Theorie der Arbeitsmotivation und – Gestaltung von Hackham und Oldham (1976, 1980 zit. in: Schmidt/ Hollmann 2004: 181), die besagt, dass unter anderem Autonomie einen wesentlichen Faktor der Motivation von MitarbeiterInnen darstellt. (vgl. Schmidt/ Hollmann 2004: 181)

Forschungsfrage 2: Welche Aspekte der beruflichen Tätigkeit werden als positiv erlebt?

Die befragten Angestellten beurteilen die Interaktion mit KollegInnen, die Abwechslung und die Herausforderung in ihrer beruflichen Tätigkeit als positiv.

Dies stimmt mit den Erkenntnissen von Badura/House überein. Diese stellen zum Thema „soziale Unterstützung“ fest, die berufliche soziale Unterstützung im Beruf verhindere, dass Beschäftigte sich langfristig in gesundheitsschädlichen Situationen befinden, erleichtere Problemlösungen

und habe einen gefühlsregulierenden Einfluss. (vgl. Badura 1981: o.S./ House 1991: o.S; zit. in: Badura/ Ritter/ Scherf 1999: 29).

Das positive Erleben von Abwechslung und Herausforderung entspricht ebenfalls der Theorie von Hackman und Oldham (1976, 1980 zit. in.: Schmidt/ Hollmann 2004: 181), die besagt, dass Anforderungsvielfalt und Bedeutsamkeit einer Aufgabe großen Einfluss auf die Arbeitsmotivation haben.

Forschungsfrage 3: Welche Auswirkungen hat die Arbeit auf das Privatleben der Angestellten?

Die Gleitzeitregelung wird von allen Befragten sehr positiv beurteilt.

Einige interviewte Personen fühlen sich nach der beruflichen Tätigkeit „ausgebrannt“ und nehmen Probleme aus der Arbeit mit nachhause. Aus der Vollzeitbeschäftigung ergibt sich als weitere negative Konsequenz Mangel an Zeit für Familie und Privates.

Hier findet sich Übereinstimmung mit Kuhn/ Göbel/ Busch (2005: 7), die die Schwierigkeit thematisieren, Arbeit, Familie und Privatleben miteinander zu vereinen:

„Der Normalfall heute – jedenfalls für diejenigen, die Arbeit haben – sind schwierige Balanceakte zwischen hochbeanspruchenden Arbeitstätigkeiten, flexiblen Arbeitseinsatz und unflexiblen Kita-Öffnungszeiten, unvorhersehbaren Ausfällen von Schulstunden oder der Betreuung pflegebedürftiger Angehöriger. (...) Arbeit wird für die Menschen zu einer Zerreißprobe.“ (Kuhn/ Göbel/ Busch 1999: 7)

Forschungsfrage 4: Welchen Stellenwert nimmt der Beruf im Leben der befragten Angestellten ein, gibt es Bestrebungen die Gewichtung der beruflichen Tätigkeit zu verändern?

Aus den Reaktionen (Anweisung: Zeichnen Sie ein, wieviel Raum die Arbeit in ihrem Leben einnimmt) geht hervor, dass der Beruf im Leben der befragten Personen eine sehr wichtige Position innehat.

Die meisten befragten Personen sind zufrieden mit dem Anteil der beruflichen Tätigkeit in ihrem Leben. Sie sehen keine Notwendigkeit, die derzeitige Situation zu verändern.

Forschungsfrage 5: Welche Formen der Erholung vom beruflichen Alltag geben die Angestellten an?

Als erholsame und entspannende Aktivitäten werden Sport, Naturerlebnisse, Entspannungsübungen sowie soziale Kontakte genannt.

Forschungsfrage 6: Welche Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung werden in Anspruch genommen?

Derzeit werden von den befragten Angestellten die Maßnahmen „Fitnessstudio“ und „Radmarathon“ angenommen. Gesundheitsfördernde Maßnahmen, die von der untersuchten Stichprobe früher in Anspruch genommen worden sind, sind Massage, Gesundenuntersuchung, Wirbelsäulengymnastik, Fitnesscheck, Kardiofit, Autogenes Training, Nordic Walken und Hochseilklettergarten.

Forschungsfrage 7: Welche Gründe werden von den Angestellten angegeben, die Maßnahmen der BGF nicht in Anspruch zu nehmen?

In den 11 durchgeführten Interviews mit Angestellten werden folgende Gründe genannt, weshalb die Angebote gesundheitsfördernden Maßnahmen nicht in Anspruch genommen werden:

- Die Notwendigkeit der gesundheitlichen Prävention wird nicht erkannt.
- Die befragten Angestellten sind nicht bereit, Betriebliche gesundheitsfördernde Aktivitäten in der Freizeit durchzuführen.
- Die Angebote entsprechen nicht den persönlichen Bedürfnissen.

Dies stimmt zumindest zum Teil mit der Evaluierungsstudie 2007 überein, laut der sich 39% der MitarbeiterInnen aktiv am Projekt beteiligen.

In diesem Zusammenhang geben die restlichen 61% folgende Gründe an, weshalb sie nicht an gesundheitsfördernden Maßnahmen teilnehmen:

- 44% der befragten Personen sehen in ungünstigen Veranstaltungszeiten die Ursache.
- 37% der Beschäftigten verweisen auf den Personalmangel im eigenen Tätigkeitsbereich.
- 26% der untersuchten MitarbeiterInnen erkennen den Sinn des Projekts nicht.
- 20% der Personen verfügen über zu wenig Information.
- 17% der Befragten sehen keine Veränderungsmöglichkeiten im Unternehmen.
- 2% der Untersuchten geben an, vom direkten Vorgesetzten an einer Teilnahme gehindert worden zu sein.

Forschungsfrage 8: Welche Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung werden gewünscht?

Vorschläge für neue Maßnahmen beziehen sich auf die Reaktivierung früherer Angebote (Massieren, Autogenes Training) sowie auf die Nennung einzelner Aktivitäten (Selbstverteidigung, verpflichtende Bürogymnastik). Außerdem wird der Wunsch nach Supervision durch eine betriebsunabhängige BeraterIn artikuliert. Vorgeschlagen wird auch, jeder MitarbeiterIn einen bestimmten Betrag zur freien Verwendung für gesundheitsfördernde Aktivitäten zur Verfügung zu stellen.

Die wesentlichen Ergebnisse der Mitarbeiterbefragung 2008 ergeben folgendes:

- Sport und Bewegung spielen eine zentrale Rolle im Leben der MitarbeiterInnen.
- Yoga, Pilates, Tai Chi, QiGong, Krafraining, Klettern Kampfsport, Bergsteigen, Tennis, Laufen, Langlaufen, Kite-Surfen sind jene Sportarten, die Beschäftigte einmal ausprobieren möchten.
- Nach Angaben der untersuchten Personen müssen attraktive Freizeitangebote einerseits die Möglichkeit bieten, eine Abwechslung zur Arbeitstätigkeit zu sein und eigene Fähigkeiten einzubringen. Man

sollte keine Verpflichtung eingehen müssen. Es sollte die Chance bestehen, Ruhe und Entspannung zu finden.

10. Resümee

Das Privat- und Berufsleben von 11 befragten Angestellten in einem Fertigungsunternehmen sowie die Inanspruchnahme von Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung bilden den Untersuchungsgegenstand der vorliegenden qualitativen Forschung. Weiters werden die bereits vorhandenen quantitativ erhobenen Daten des Unternehmens analysiert. Die Ergebnisse aller Studien (eigene Forschungsergebnisse, Mitarbeiterbefragung 05, Evaluierungsstudie 07, Mitarbeiterbefragung 08 und Projektbericht „Bewusster Arbeiter – bewusst arbeiten“) werden in der Diskussion miteinander verglichen.

Die Datenerhebung erfolgte mit Hilfe eines teilstrukturierten Interviewleitfadens im Sinne von Froschauer/ Lueger. Der zeitliche Rahmen eines Interviews war auf eine halbe Stunde pro Person begrenzt. Die Auswertung der Daten erfolgte nach Kelle/ Kluge. Die auditiven Aufzeichnungen der Befragungen wurden anschließend transkribiert und den entsprechenden Subkategorien zugeteilt.

- Die Hauptkategorie „Betriebliche Gesundheitsförderung“ wurde aus den Kategorien „Leistungen im Unternehmen“ und „Gesundheitsbewusstsein“ gebildet.
- Die Hauptkategorie „Erlebte Arbeitsbedingungen“ basiert auf den Unterkategorien „Anerkennung“, „Arbeitsalltag“, „Arbeitsbelastung“, „Arbeitsumstände“, „Bedürfnisse/ Wünsche“ und „Selbstwahrnehmung/ Fremdwahrnehmung“ .
- Die letzte Hauptkategorie „Individuelle Lebenswelt“ besteht aus den Kategorien „Abgrenzung/ persönliche Grenzen“, „Ängste/ Sorgen“, „Auswirkungen vom Beruf auf das Privatleben“, „Erholung/ Entspannung“, „Freizeit/ Interessen“, „Persönliche Perspektiven“ und „Selbstwerte/ Werte“.

Die Detailergebnisse ergeben sich aus der gewonnenen Datenmenge und dienen unter anderem auch zur Beantwortung der Forschungsfragen.

Zum folgenden Ergebnis ist festzuhalten, dass alle getroffenen Aussagen immer in Bezug zum Sample stehen. Interpretationen und Rückschlüsse, die über das Sample hinausgehen und sich auf die Gesamtheit der Beschäftigten im untersuchten Unternehmen beziehen, sind nur eingeschränkt möglich.

Die wesentlichen Ergebnisse der qualitativen Forschung:

Das Angebot „Massage“ wurde von den befragten Personen gern in Anspruch genommen, eine Reaktivierung dieser Maßnahme würde von den Angestellten begrüßt werden.

Bisherige Maßnahmen der BGF, die von den Befragten angenommen wurden, sind Autogenes Training, Nordic Walken, Gesundenuntersuchung, Kardiofit, Wirbelsäulengymnastik, SOD – Schlank ohne Diät und der Besuch des Fitnesscenters.

Die qualitative Forschung zeigt, dass die Haltung der unmittelbaren Vorgesetzten gegenüber der BGF zwischen neutral und positiv liegt solange die Inanspruchnahme der Maßnahmen den Arbeitsprozess nicht beeinträchtigt.

Wenn BGF-Maßnahmen nicht angenommen werden, so liegt dies an mangelnder Einsicht in die Notwendigkeit gesundheitlicher Prävention sowie an fehlender Motivation, gesundheitsfördernde Maßnahmen in der Freizeit durchzuführen.

Aus den Interviews gehen folgende Vorschläge für neue Maßnahmen hervor: Massage, Autogenes Training, Selbstverteidigung, Bürogymnastik und Supervision. Ein außergewöhnlicher Vorschlag ist jener, für jede MitarbeiterIn einen gewissen Betrag zur Verfügung zu stellen, der dann nach eigenem Ermessen für die persönliche Gesundheitsförderung eingesetzt werden kann.

Die befragten Personen fühlen sich von den Vorgesetzten zu wenig anerkannt. Einen positiven Selbstwert können einige befragte Personen aus ihrer beruflichen Tätigkeit ziehen. Den Arbeitsalltag erleben einige befragte Angestellte bei angemessenen Anforderungen positiv, vor allem wenn die Arbeit selbständig verrichtet werden kann und Kontakte zu KollegInnen bestehen.

Als belastend werden die mangelnde Möglichkeit den Arbeitsprozess mitzugestalten sowie zu knappe Zeitvorgaben empfunden.

Die Gleitzeit wird als eine sehr positive Arbeitszeitregelung erlebt. Negative Arbeitsumstände sind zeitliche Belastung (Überstunden), sitzende Tätigkeit, manche Arbeitsbedingungen (Hitze, Lärm, Geruch) und das Gefühl, dass Verbesserungsvorschläge nicht umgesetzt werden.

Das Thema „geistige und emotionale Abgrenzung von der Arbeit“ ist den Angestellten bewusst und wird von manchen reflektiert.

Die interviewten MitarbeiterInnen sorgen sich hauptsächlich um die Entwicklung der eigenen Kinder und die wirtschaftliche Situation der Firma.

Die berufliche Tätigkeit der Angestellten wirkt sich auf das Privatleben der befragten Angestellten unterschiedlich aus, einige fühlen sich nach der beruflichen Tätigkeit antriebslos, andere haben das Gefühl, zu wenig Zeit für die eigene Familie und ihre persönlichen Interessen zu haben.

Die Angestellten finden bei Garten- und Hausarbeit, bei sportlicher Betätigung, bei Entspannungstechniken (Autogenes Training) und im Urlaub Erholung und Entspannung.

Für viele befragte MitarbeiterInnen hat ein zufriedenstellendes Familien- und Privatleben eine sehr große Bedeutung.

Die meisten interviewten Personen richten ihre persönlichen Perspektiven nach ihrer Familie und der Freizeit aus. Für viele interviewte MitarbeiterInnen ist Geld nicht der Grund im Beruf eigene Grenzen zu überschreiten.

11. Diskussion und Vergleich der Ergebnisse

Analyse der Unterschiede zwischen ArbeiterInnen und Angestellten anhand der Evaluierungsstudie 2007, die im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung erhoben wurde und der 2008 durchgeführten Mitarbeiterbefragung zum Thema Sport und Freizeitverhalten.

Nun werden die Unterschiede von ArbeiterInnen und Angestellten in Bezug auf subjektiven Gesundheitszustand, Gesundheitsverhalten, Arbeitssituation, Arbeitsbelastungen, Arbeitszufriedenheit, Arbeitspausen, Führungskräftebewertung, psychisches Gleichgewicht, Freizeitaktivitäten und Entspannung dargestellt.

Die Evaluierungsstudie zeigt, dass von 111 befragten Angestellten 81% über ein positives subjektives Wohlbefinden verfügen. Bei den ArbeiterInnen sind es lediglich 76%.

Subjektives Wohlbefinden	Positiv	Negativ
Angestellte	81 %	19 %
ArbeiterInnen	76 %	24 %

Tab. 6: subjektives Wohlbefinden (vgl. Evaluierungsstudie 2007: 33)

Zum Gesundheitsverhalten der Beschäftigten ergibt die Analyse der Studie, dass nur 27% der untersuchten Angestellten rauchen, in allen anderen Abteilungen ist der Anteil von rauchenden Personen um einiges größer. (vgl. ebd.: 37)

Das Wissen über die eigenen Blutdruck- und Cholesterinwerte ist bei den Angestellten schlechter als bei den ArbeiterInnen. Die Analyse des Body-Mass- Index zeigt, dass 15 % der Angestellten und 5 % der ArbeiterInnen untergewichtig sind. Übergewicht haben hingegen 29 % der Angestellten und 46% der ArbeiterInnen. Im Bereich der ArbeiterInnen ist die Bereitschaft, sich jährlich eine Gesundenuntersuchung zu unterziehen größer als bei den Angestellten.

72% der Angestellten sowie 66% der ArbeiterInnen finden in ihrer beruflichen Tätigkeit Zufriedenheit (vgl. ebd. 2007: 98) Hinsichtlich der Arbeitsplatzsituation zeigt sich, dass 95% der Angestellten der Meinung sind, dass ihre Fähigkeiten gut zu den beruflichen Anforderungen passen. Im Bereich der ArbeiterInnen sind dies 84%. (vgl. ebd. 2007: 60)

37% der ArbeiterInnen möchten ihre derzeitige Arbeitssituation verändern, 28% der Angestellten streben das ebenfalls an. (vgl. ebd. 2007: 61)

45% der Angestellten sowie 36% der ArbeiterInnen geben an, dass ihre Arbeitspausen ausreichend sind, sodass sie genügend Zeit zum Essen haben.

72% der Angestellten und 66% der ArbeiterInnen würden sich erneut im Unternehmen bewerben. (vgl. ebd. 2007: 62)

30% der Angestellten sind mit dem Führungsverhalten ihrer unmittelbaren Führungskraft zufrieden. (vgl. ebd. 2007: 99)

Aus der Evaluierungsstudie (2007:) geht hervor, dass sich 80,9% der damals befragten Angestellten im seelischen Gleichgewicht befinden, der Rest von 19,1% zeigt Anzeichen von Depressionen. Bei den ArbeiterInnen befinden sich 73,1% im seelischen Gleichgewicht und 26,9% neigen zu depressiven Verstimmungen.

Die folgende Tabelle zeigt, dass ArbeiterInnen eindeutig mehr Arbeitsbelastungen ausgesetzt sind als Angestellte.

Arbeitsbelastungen	Angestellte	ArbeiterInnen
Termindruck	67%	60%
Konkurrenzdruck	30%	31%
Ungerechtfertigte Kritik	34%	35%
Unregelmäßige Arbeitszeiten	17%	41%
Ungünstige Arbeitshaltung	40%	34%
Dauernde Unterbrechungen	46%	44%
Lärm	18%	52%
Übelriechende Dämpfe, Flüssigkeiten	12%	46%
Zuviel Wärme	16%	50%
Zuviel Kälte	13%	21%
Zugluft	20%	43%
Schlechte Belüftung/ Klimaanlage	23%	47%
Ungünstiges Raumklima	22%	40%
Unregelmäßige Pausen	10%	38%
Arbeitsplatzorganisation	32%	42%

Tab. 7: Arbeitsplatzbelastungen (vgl. ebd. 2007: 54 – 55)

Die Mitarbeiterbefragung „Sport und Freizeitverhalten“ (2008: 50) hat gezeigt, dass mehr als die Hälfte der ArbeiterInnen und Angestellten in ihrer Freizeit Erholung von der Arbeit finden (siehe dazu Tab. 3).

	(n)	Ja	eher ja	eher nein	nein	keine Angabe
ArbeiterInnen	168	28,0%	36,3%	27,4%	7,1%	1,2%
Angestellte	144	25,0%	47,2%	23,6%	3,5%	0,7%

Tab. 8: Erholung von der Arbeit (vgl. Mitarbeiterbefragung o.J.: 50)

Yoga, Pilates, Tai Chi, Qi Gong, Krafttraining, Klettern, Kampfsport, Bergsteigen, Tennis, Langlaufen, Jogging/ Laufen und Kite- Surfen sind laut Mitarbeiterbefragung (2008: 25) jene Sportarten, die von einigen Beschäftigten gerne ausprobiert werden würden.

Sportart	Angestellte	ArbeiterInnen
Yoga, Pilates, Tai Chi, QiGong	24	28
Krafttraining	26	14
Klettern	14	27
Kampfsport	18	14
Bergsteigen	13	12
Tennis	6	20
Langlaufen	11	13
Jogging/ Laufen	12	9
Kite- Surfen	12	9

Tab. 9: Sportarten (vgl. Mitarbeiterbefragung 2008: 25)

Abschließend ergibt sich, dass weitere Untersuchungen durch Aufarbeitung des umfangreichen Datenmaterials des Unternehmens offen gebliebene Fragen behandeln könnten. Entsprechende Fragen sind z.B. :

- Inwieweit müsste das System geändert werden, um die Gesundheit der Betroffenen im Sinne der WHO zu fördern?
- Wer trägt die Verantwortung für Gesundheit im Unternehmen – die Beschäftigten oder die Firmenleitung (gesundheitsgerechter Arbeitsplatz)?
- Sollen sich zukünftige Maßnahmen am Verhalten der MitarbeiterInnen oder an den Arbeitsplatzverhältnissen orientieren?

Durch eine Klärung dieser Fragen könnte eine nachhaltige Wirkung des Projekts „Betriebliche Gesundheitsförderung“ erzielt werden, die sowohl für ArbeitnehmerInnen als auch für die Firmenleitung zufriedenstellend wäre.

Literaturverzeichnis

Badura, Bernhard (Hrsg.) (1981): Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Zum Stand sozialepidemiologischer Forschung. Frankfurt am Main

Badura, Bernhard/ Hehlmann, Thomas (2003): Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation, Berlin

Badura, B./ Pfaff, H. (1989): Streß, ein Modernisierungsrisiko? Mikro- und Makroaspekte soziologischer Belastungsforschung im Übergang zur postindustriellen Zivilisation. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 41. Jg., 4, 644-668

Badura, Bernhard/ Ritter, Wolfgang/ Scherf, Michael (1999): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Ein Leitfaden für die Praxis. Berlin

Department of Health and Sozial Security (DHHS) (1976): Prevention and health; everybody's business. HMSO, London

Ducki, A./ Greiner, B. (1992): Gesundheit als Entwicklung von Handlungsfähigkeit – Ein „arbeitspsychologischer Baustein“ zu einem allgemeinen Gesundheitsmodell. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 36, 184 – 189

Froschauer, Ulrike/ Lueger Manfred (2003): Das qualitative Interview. Wien

Grossmann, Ralph/ Scala, Klaus (1994): Gesundheit durch Projekte fördern. Ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement, Weinheim – München

Helmenstein, C./ Hofmarcher, M./ Kleisser, A./ Riedel, M./ Röhring, G./ Schnabel, A. (2004): Ökonomischer Nutzen Betrieblicher Gesundheitsförderung. Institut für Höhere Studien (IHS). Wien; ESCE Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliche Forschung. Eisenstadt

Jee, M./Reason, L. (1989): Action on stress at work. HEA, London

Karasek, R./ Theorell, T. (1990): Healthy Work. Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life. New York

Kelle, Udo/ Kluge, Susann (1999): Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. Opladen

Klotter, Christian (o.a.): Historische und aktuelle Entwicklungen der Prävention und Gesundheitsförderung – Warum Verhaltensprävention nicht ausreicht. In: **Oesterreich, Rainer/ Volpert, Walter** (Hrsg.) (1999): Psychologie gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen. Konzepte, Ergebnisse und Werkzeuge zur Arbeitsgestaltung. Berlin, 23- 60

Kohn, M. L. (1990): Unresolved Issues in the Relationship between Work and Personality. In: The Nature of Work. Sociological Perspectives by K. Erikson & S.P Vallas (eds.), American Sociological Association, Presidential Series & Yale University Press, New Haven/ London, pp. 36- 68

Kohlbacher, Michael/ Meggeneder, Oskar (2006): Zehn Jahre Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich. In: **Meggeneder, Oskar/ Hinterlehner, Helmut** (Hrsg.) (2006): Zehn Jahre Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich. Forschungsstand – Strukturen – Entwicklungen. Frankfurt am Main, 17 – 34

Kromrey, Helmut (1990): Empirische Sozialforschung. Modelle und Methoden der Datenerhebung und Datenauswertung. Opladen

Kuhn, Joseph/ Göbel, Eberhard/ Busch, Rolf (Hrsg.) (2005): Leben um zu arbeiten? Betriebliche Gesundheitsförderung unter biografischem Blickwinkel. Frankfurt am Main

Landsfried, Christian (2009): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung. <http://www.arbeitsinspektion.gv.at/NR/rdonlyres/09A289F2-58C8-4F71-9041-E69A78FC5606/221/OttawaCharta.pdf> am 5. 08, 2009

Marmot, M. (1996): The social pattern of health and disease. In: **Blane, D./ Brunner, E./ Wilkinson, R** (eds): Health and social organisation. Routledge, London

Meggeneder, Oskar (2005): Krankenstände vermeiden – Fehlzeiten reduzieren. Leitfaden für Betriebe. Wien

Meggeneder, Oskar (1997): Zum Stande der betrieblichen Gesundheitsförderung in Österreich. In: **Österreichische Kontaktstelle für betriebliche Gesundheitsförderung** (Hrsg) (1997): Gesundheitswissenschaften. Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich. Linz, 35-85

Meggeneder, Oskar/ Hinterlehner, Helmut (Hrsg.) (2006): Zehn Jahre Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich. Forschungsstand – Strukturen – Entwicklungen. Frankfurt am Main

Miles, Matthew: Managed Change and Organizational Health: Figure and Ground. In: **Baldrige, J. Viktor** (1975): Deal Terrence, Managing Change in Educational Organizations, Berkeley, 224-249

Naidoo, Jennie/ Wills, Jane (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Umfassend und anschaulich mit vielen Projekten aus der Praxis der Gesundheitsförderung. Köln

Oesterreich, Rainer (1999): Konzepte zu Arbeitsbedingungen und Gesundheit – Fünf Erklärungsmodelle im Vergleich. In: **Oesterreich, Rainer/ Volpert, Walter** (Hrsg.) (1999): Psychologie gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen. Konzepte, Ergebnisse und Werkzeuge zur Arbeitsgestaltung. Berlin, 141- 213

Oesterreich, Rainer/ Volpert, Walter (Hrsg.) (1999): Psychologie gesundheitsgerechter Arbeitsbedingungen. Konzepte, Ergebnisse und Werkzeuge zur Arbeitsgestaltung. Berlin

Österreichische Kontaktstelle für betriebliche Gesundheitsförderung (Hrsg) (1997): Gesundheitswissenschaften. Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich. Linz

Pantuček, Peter (1998): Lebensweltorientierte Individualhilfe. Eine Einführung für soziale Berufe. Freiburg im Breisgau

Purer, Franz Josef (2007): Gesundheitsbewusstsein von basisqualifizierten manuell tätigen ArbeitnehmerInnen in Bezug auf betriebliche Gesundheitsförderung. Diplomarbeit an der Fachhochschule St. Pölten für Sozialarbeit. St. Pölten

Scharinger, Christian (2006): Betriebliche Gesundheitsförderung und Organisationsentwicklung. In: **Meggeneder, Oskar/ Hinterlehner, Helmut** (Hrsg.) (2006): Zehn Jahre Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich. Forschungsstand – Strukturen – Entwicklungen. Frankfurt am Main, 135 – 151

Schmidt, Klaus-Helmut/ Hollmann, Sven (2004): Handlungsspielräume als Ressource bei der Arbeit. In: **Wegge, Jürgen/ Schmidt, Klaus-Helmut** (Hrsg.) (2004): Motivationsforschung. Förderung von Arbeitsmotivation und Gesundheit in Organisationen. Göttingen, 181-196

Senge, Peter (2002): Die Schaffung zukunftsorientierter Unternehmensstrukturen. In: Lernende Organisation – Zeitschrift für systemisches Management und Organisation. 6-13

Siegrist, Johannes (1996): Soziale Krisen und Gesundheit. Eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle

Szymanski, Eva-Elisabeth (1997): Begrüßungsansprache. In: **Österreichische Kontaktstelle für betriebliche Gesundheitsförderung** (Hrsg) (1997): Gesundheitswissenschaften. Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich. Linz, 7 - 12

Tones, K./ **Tilford**, S. (1994) Health Education: effectiveness, efficiency, equity, 2nd edn. Chapman & Hall London

Townsend, P./ **Davidson**, N. (1982): Inequalities in health: the Black report. Penguin, Harmondsworth

Ulich, E. (1991): Arbeitspsychologie. Zürich/ Stuttgart

Waller, Heiko (2006): Gesundheitswissenschaften. 4. Auflage, Stuttgart

Watterson, A. (1986): Occupational health and illness: the politics of hazard education. In: **Rodmell**, S./ **Watt**, A. (eds): The politics of health education: raising the issues. Routledge and Kegan Paul, London

Wegge, Jürgen/ **Schmidt**, Klaus-Helmut (Hrsg.) (2004): Motivationsforschung. Förderung von Arbeitsmotivation und Gesundheit in Organisationen. Göttingen

World Health Organization (1946): Constitution. WHO, Geneva

Unveröffentlichte Literatur zum BGF- Projekt „X“ im untersuchten Unternehmen

(um die Anonymisierung garantieren zu können, wurde der Name des Projektes geändert und die Namen der VerfasserInnen der Studien wegelassen)

o.A. (2005): **Mitarbeiterbefragung** des BGF- Projekt „X“. Studie im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung.

o.A. (2007): **Evaluierungsstudie/Mitarbeiterbefragung** des BGF- Projekts „X“.

Management Summary zur Evaluierungsstudie des BGF- Projektes „X“.

Endbericht zu BGF- Projekt „X“.

o.A. (2008): **Mitarbeiterbefragung**. Sport und Freizeitverhalten.

Abbildungsverzeichnis

Tab. 1:	Personenbezogene und bedingungsbezogene Interventionen	24
Tab. 2:	Bedeutung von Führung für die betriebliche Gesundheitsförderung	26
Tab. 3:	Dimensionen einer gesunden Organisation nach Miles	31
Tab. 4:	Merkmale einer gesunden Organisation nach Badura	32
Tab. 5:	Merkmale eines „gesunden Unternehmens“ nach Senge 2002	33
Tab. 6:	Subjektives Wohlbefinden	66
Tab. 7:	Arbeitsplatzbelastungen	67
Tab. 8:	Erholung von der Arbeit	67
Tab. 9:	Sportarten	68
Abb. 1:	Alter	37
Abb. 2:	Wohnort	38
Abb. 3:	Lebensform	38
Abb. 4:	Kinder	39
Abb. 5:	Schulbildung	39
Abb. 6:	Beruf der Eltern	40
Abb. 7:	Betriebliche Ausbildung	40
Abb. 8:	Dauer der Tätigkeit	41

Eidesstattliche Erklärung

Ich, Christine Fellnhofer, geboren am 28. Februar 1985 in Amstetten erkläre

1. dass ich diese Diplomarbeit selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,

2. dass ich meine Diplomarbeit bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,

St. Martin, am 14. September, 2009