

# BETRIEBLICHE GESUNDHEITS- FÖRDERUNG IN EUROPA



PROGRAMM DER EUROPÄISCHEN STIFTUNG



EUROPÄISCHE STIFTUNG  
zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen

# **BETRIEBLICHE GESUNDHEITS- FÖRDERUNG IN EUROPA**

**PROGRAMM DER EUROPÄISCHEN  
STIFTUNG**



**EUROPÄISCHE STIFTUNG**  
zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen

---



---

Bibliographische Daten befinden sich am Ende der Veröffentlichung.

Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, 1998

ISBN 92-828-1442-4

© Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen, 1998

Für Übersetzungs- und Reproduktionsrechte wenden Sie sich bitte an den Direktor,  
Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen,  
Wyattville Road, Loughlinstown, Co. Dublin, Irland.

*Printed in Ireland*

Programmkoordinierung: Richard Wynne

---

---

  

---

# Inhalt

	Seite
<b>Einleitung</b>	<b>5</b>
<b>1</b>	<b>Entwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung in Europa</b>
	<b>7</b>
<b>2</b>	<b>Betriebliche Gesundheitsförderung als Handlungsfeld</b>
	<b>10</b>
<b>3</b>	<b>Gesetzgebung</b>
	<b>12</b>
<b>4</b>	<b>Einstellung der Sozialpartner und der Hauptakteure</b>
	<b>15</b>
<b>5</b>	<b>Bestandsaufnahme in den europäischen Betrieben</b>
	<b>18</b>



---

<b>6</b>	<b>Fallstudien zur nachahmenswerten Praxis</b>	<b>26</b>
<b>7</b>	<b>Strategische Initiative</b>	<b>28</b>
<b>8</b>	<b>Ausbildungsspezifikation</b>	<b>30</b>
<b>9</b>	<b>Implementierung der Bildungsmaßnahmen</b>	<b>34</b>
<b>10</b>	<b>Weitere Entwicklungen im Bereich der betrieblichen Gesundheits- förderung in Europa</b>	<b>37</b>
<b>11</b>	<b>Entwicklungsaussichten der betrieblichen Gesundheits- förderung</b>	<b>40</b>
	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>48</b>

---

---

  

# Einleitung

In den Jahren 1989 bis 1997 hat sich die Europäische Stiftung aktiv mit der betrieblichen Gesundheitsförderung befaßt. Während dieses Zeitraums wurde im Auftrag der Stiftung ein Forschungsprogramm durchgeführt, das in Europa und vermutlich weltweit das größte Programm dieser Art ist.

Im Rahmen dieses Programms wurden gemäß einem Vierstufenplan Arbeiten zu den Bereichen Forschung, Politik, Ausbildung und Bekanntmachung von Ausbildungskursen durchgeführt. Die vorliegende Broschüre vermittelt einen Überblick über diese Arbeiten. Ferner werden in der Broschüre einige wichtige Entwicklungen beschrieben, die während dieser Zeit auf diesem Gebiet in Europa stattgefunden haben.

Die Europäische Stiftung hat die Ergebnisse dieser Arbeiten in zahlreichen Veröffentlichungen vorgestellt. Nähere Angaben zur Literatur finden Sie am Ende der Broschüre.



## **Entwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung in Europa**

Im Jahr 1989 war auf europäischer Ebene nur wenig über den Entwicklungsstand der betrieblichen Gesundheitsförderung bekannt, obwohl es eine kleinere Initiative der Weltgesundheitsorganisation gegeben hatte und in Deutschland einige Konferenzen zu diesem Thema veranstaltet wurden. In den Vereinigten Staaten waren die Methoden der betrieblichen Gesundheitsförderung gut dokumentiert, denn dort waren seit den siebziger Jahren bedeutende Entwicklungen zu beobachten. Zur Situation in Europa lagen hingegen keine nennenswerten Erkenntnisse vor.

In den Vereinigten Staaten war man über das Ausmaß der betrieblichen Gesundheitsförderung gut informiert, denn diesbezügliche Maßnahmen waren zumindest unter den größeren amerikanischen Unternehmen recht weit verbreitet (z. B. Sloan et al., 1985). Ferner waren die Gründe für die gesundheitsfördernden Aktivitäten der Unternehmen verhältnismäßig gut erforscht, denn die Kostenstruktur des amerikanischen Gesundheitswesens brachte es mit sich, daß die Unternehmen klare wirtschaftliche Motive für ein Tätigwerden in diesem Bereich hatten. Darüber hinaus ließ sich in den USA ein typisches Vorgehen bei der betrieblichen Gesundheitsförderung feststellen: Die Programme und Maßnahmen bezogen sich weitgehend auf Risikofaktoren und einzelne Gesundheitsprobleme (wie Herz- oder Krebserkrankungen), und zahlreiche Initiativen der betrieblichen



Gesundheitsförderung zielten auf eine Änderung der Einstellung des Arbeitnehmers zu Gesundheitsfragen ab; das gesamte Modell der betrieblichen Gesundheitsförderung stützte sich auf das Konzept der Verringerung von epidemiologischen Faktoren oder Risikofaktoren.

Die amerikanischen Gesundheitsförderungsprogramme zeichneten sich auch durch eine Reihe von anderen Merkmalen aus: Der Frage der Beteiligung der Arbeitnehmer am Entwurf und an der Durchführung der Programme wurde offensichtlich wenig Bedeutung beigemessen; es gab keinen erkennbaren Zusammenhang zwischen Gesundheitsförderungsmaßnahmen und Arbeitsschutzmaßnahmen; es lagen kaum Anzeichen für eine aktive Gestaltung der zahlreichen Aspekte der Arbeitsumgebung oder der Arbeitsorganisation vor.

Als das Projekt der Europäischen Stiftung anließ, war über den Umfang der betrieblichen Gesundheitsförderung auf europäischer oder auch auf nationaler Ebene in den meisten Ländern nur wenig bekannt; man wußte nichts über die Vorstellungen der Hauptakteure in diesem Bereich; es gab fast keine europäischen oder nationalen Maßnahmen; es war nicht bekannt, welche Form die betriebliche Gesundheitsförderung in Europa aufwies oder ob es eine deutlich europäisch geprägte Art bei der Durchführung von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung gab.

Vor diesem Hintergrund startete die Europäische Stiftung 1989 ihr Forschungsprogramm zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Der erste Teil des Programms war einer Reihe von Themen gewidmet:

- Was ist die Einstellung der Sozialpartner zur betrieblichen Gesundheitsförderung?
- Wie sieht die Gesetzgebung über betriebliche Gesundheitsförderung aus?
- In welchem Umfang wird eine betriebliche Gesundheitsförderung in Europa betrieben ?



- In welcher Form findet sie statt?
- Gibt es Beispiele für nachahmenswerte Maßnahmen auf diesem Gebiet?

Es wurde ein Forschungsteam<sup>(1)</sup> gebildet, dem anfänglich Experten aus den sieben Mitgliedstaaten Deutschland, Griechenland, Irland, Italien, Niederlande, Spanien und Vereinigtes Königreich angehörten (Portugal kam nach Abschluß der Umfragephase hinzu). Die Gesetzgebung über betriebliche Gesundheitsförderung wurde dokumentiert, die für die Weiterentwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung wichtigen Hauptakteure befragt, nachahmenswerte Methoden in Fallstudien untersucht und eine große Umfrage zur betrieblichen Praxis der Gesundheitsförderung in über 1 400 Unternehmen durchgeführt. In der zweiten Programmphase wurde anhand einer Reihe von Fallstudien untersucht, wie multinationale Unternehmen, die in mehr als einem Mitgliedstaat aktiv sind, ihre Gesundheitsförderungsmaßnahmen gestalten.

Ehe wir die Ergebnisse dieses Forschungsprogramms untersuchen, müssen wir die Frage erörtern, was eigentlich unter betrieblichen Gesundheitsförderung zu verstehen ist.

---

<sup>(1)</sup> Dem Forschungsteam gehörten folgende Mitglieder an: Friedrich Hauss, Institut für Gesundheit und Sozialforschung (IGES), Berlin; Zacaharia Tsanglis, Ministerium für Arbeit, Athen; Richard Wynne, Work Research Centre, Dublin; Sauro Garzi, CEDOC, Florenz; Rob Grundemann, TNO, Leiden; Lusi Graca, Landeslehranstalt für Gesundheitswesen, Lissabon; Salvador Moncada, Institut Municipal de la Salut, Barcelona; Jo Clarkson, Health promotion Authority for Wales, Cardiff.

Bereits zu Beginn des Forschungsprogramms war deutlich geworden, daß es keine allgemeingültige Definition des Begriffs der betrieblichen Gesundheitsförderung gab; diese Feststellung trifft auch heute noch bis zu einem gewissen Grad zu. Die Fachliteratur bot ein breites Spektrum von Definitionen an, die sich zum Teil sogar widersprachen. Aus der Sicht des Forschungsprogramms wog jedoch die Tatsache schwerer, daß sich die Hauptakteure und die Unternehmen, die Gesundheitsmaßnahmen durchführten, in nur sehr geringem Umfang der betrieblichen Gesundheitsförderung bewußt waren.

Für die Behandlung dieses Problems wurden zwei Lösungsansätze gewählt. Der erste Ansatz bestand darin, die betriebliche Gesundheitsförderung im Hinblick auf das methodische Vorgehen bei betrieblichen Gesundheitsmaßnahmen zu definieren, d. h., man verzichtete auf eine abstrakte Begriffsbestimmung und definierte die betriebliche Gesundheitsförderung operationell anhand einer Reihe von wesentlichen Elementen eines idealen Ansatzes für die betriebliche Gesundheitsförderung.

In einer Veröffentlichung der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1984) werden fünf Grundsätze für einen Ansatz der allgemeinen Gesundheitsförderung beschrieben, die sich auf das ökologische Gesundheitsmodell stützen. Diese Grundsätze wurden von Wynne



(1989) für die Verwendung im betrieblichen Umfeld angepaßt. Danach muß die betriebliche Gesundheitsförderung folgenden Bedingungen genügen:

- *Sie kann auf alle Gruppen von Beschäftigten angewandt werden.*
- *Sie zielt auf die Ursachen ab, die den Erkrankungen zugrunde liegen.*
- *Sie umfaßt unterschiedliche Vorgehensweisen.*
- *Sie zielt auf eine effektive Mitwirkung der Arbeitnehmer ab.*
- *Sie ist in erster Linie keine medizinische Maßnahme, sondern Teil der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen.*

Der zweite Ansatz kam bei den Umfragen zum Einsatz, denn es war wichtig, die befragten Personen nicht durch die Verwendung von Begriffen zu verunsichern, die ihnen nicht vertraut waren. Für die Zwecke der Umfragen wurde beschlossen, keinen Bezug auf die betriebliche Gesundheitsförderung als solche zu nehmen, sondern den Schwerpunkt auf Gesundheitsmaßnahmen jeder Art zu legen, die im Betrieb durchgeführt wurden, und herauszufinden, ob diese Maßnahmen durchgeführt wurden, um die Gesundheit des Personals zu verbessern.

Diese Definition der betrieblichen Gesundheitsförderung wurde im gesamten Forschungsprogramm verwendet.

Eine Untersuchung der Gesetzgebung in den acht Mitgliedstaaten sowie der entsprechenden internationalen rechtlichen Initiativen zeigte, daß es zu Beginn der neunziger Jahre keine spezifische Gesetzgebung über betriebliche Gesundheitsförderung gab (siehe Einzelheiten in Wynne und Clarkin, 1992). Seitdem wurden zwar zahlreiche nationale Rechtsvorschriften für den Arbeitsschutz aktualisiert, doch gibt es noch immer keine spezifischen Rechtsinstrumente für die betriebliche Gesundheitsförderung, wenn man von Deutschland und den Niederlanden absieht, die hier eventuell eine Ausnahme bilden.

Es gibt jedoch eine Reihe von internationalen und nationalen Rechtsakten, die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung begünstigen sollen, ohne sie verbindlich vorzuschreiben. Dazu zählen:

- der Vertrag von Maastricht, in dem der EU Handlungskompetenz im Bereich des Gesundheitswesens zugewiesen wird, die sich in Form von Initiativen der GD V der Europäischen Kommission im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung niederschlug;
- die Konvention 161 der Internationalen Arbeitsorganisation (ILO);



- die Sozialcharta, die unter anderem Bestimmungen über die Informationsfreiheit, das Recht auf Beteiligung, die Verbesserung der Arbeitsbedingungen sowie den Gesundheitsschutz und die Sicherheit am Arbeitsplatz enthält;
- die EU-Rahmenrichtlinie und andere EU-Richtlinien, die Bestimmungen über eine umfassende Unterrichtung und Unterweisung und volle Anhörungs- und Beteiligungsrechte der Arbeitnehmer im Bereich des Gesundheitsschutzes und der Sicherheit am Arbeitsplatz enthalten;
- die Initiative der Weltgesundheitsorganisation WHO zur Ausarbeitung der Ottawa-Charta, die Rahmenbestimmungen für eine allgemeine Gesundheitsförderung festlegt.

Diese Meilensteine der internationalen Rechtsvorschriften beziehen sich zwar nicht ausdrücklich auf die betriebliche Gesundheitsförderung, enthalten jedoch Bestimmungen, die vollständig mit dem Ansatz der betrieblichen Gesundheitsförderung übereinstimmen, der im Rahmen des Forschungsprogramms definiert wurde; in ihnen wird das Recht auf Zugang zu Informationen sowie die Beteiligung bei Gesundheitsmaßnahmen betont und ein ganzheitlicher Ansatz für die Gesundheitspolitik am Arbeitsplatz unterstrichen.

Die Untersuchung der nationalen und internationalen Gesetzgebung wurde 1991 abgeschlossen. Seitdem wurden als Folge der Rahmenrichtlinie zahlreiche Änderungen der nationalen Rechtsvorschriften eingeführt, die zu einer weiteren Unterstützung der Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung beigetragen haben. Das niederländische Recht regelt beispielsweise nun die Frage des Stresses am Arbeitsplatz und sieht ausdrücklich Arbeitsplatzgestaltungsprogramme vor, die auf die Vorbeugung und Bewältigung von Stress am Arbeitsplatz abzielen.

Darüber hinaus gab es in den letzten Jahren auch im Sozialversicherungsrecht Änderungen, die ebenfalls dazu beitragen, Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung zu begünstigen. Insbesondere werden sich die Änderungen der

niederländischen und britischen Rechtsvorschriften, die die Übernahme der Kosten für Fehlzeiten wegen Krankheit von kurzer Dauer regeln, auf die Förderung der Gesundheitsprogramme auswirken, die auf die Bekämpfung dieser Art von Fehlzeiten ausgerichtet sind.

Ein wichtiger Teil der anfänglichen Arbeiten des Programms war die Ermittlung der Einstellung der Sozialpartner und anderer Gruppen, die für die betriebliche Gesundheitsförderung wichtig sind. Diesem Aspekt wurde große Bedeutung beigemessen, da er ausschlaggebend für die weitere Entwicklung in den europäischen Unternehmen sein würde (siehe nähere Erörterung in Wynne und Clarkin, 1992).

1991 wurden insgesamt 87 Interviews mit Vertretern der Sozialpartner und mit Experten auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung in den acht beteiligten Ländern durchgeführt. Die Hauptergebnisse dieser Umfrage machten deutlich, daß das Problembewußtsein in bezug auf die betriebliche Gesundheitsförderung sowohl auf seiten der Arbeitgeber als auch der Gewerkschaften außerordentlich gering war. In der Regel verfügte keine der beiden Parteien über eine offizielle Strategie für die betriebliche Gesundheitsförderung, und in vielen Fällen wiesen sowohl Arbeitgeber als auch Gewerkschaften einen sehr geringen unmittelbaren Wissensstand in diesem Bereich auf. Falls sie eine fundierte Meinung zu diesem Thema hatten, fiel sie in der Regel im großen und ganzen positiv aus, doch gingen sie mit einer Reihe von Vorbehalten einher. Diese Vorbehalte betrafen auf seiten der Arbeitgeber die Befürchtung, daß ihnen die Verantwortung für die betriebliche Gesundheitsförderung



zugeschoben würde, während die Gewerkschaften befürchteten, daß die betriebliche Gesundheitsförderung als Instrument der Unternehmensführung dienen würde, und sich um die Einhaltung der Vertraulichkeit sorgten.

Staatliche Stellen (in der Regel Ämter für Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz und Ämter für Gesundheitsförderung/Gesundheitserziehung) tendierten bei der betrieblichen Gesundheitsförderung ebenfalls zu einem eher allgemeinen Ansatz. Die Ämter für Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz rechneten die betriebliche Gesundheitsförderung im allgemeinen nicht zu ihrem Zuständigkeitsbereich. Die Ämter für Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung waren sich der Bedeutung des betrieblichen Umfelds für die Gesundheitsförderung zwar bewußt, hatten jedoch im allgemeinen keine Pläne für die Durchführung von Programmen in diesem Bereich.

Arbeitsschutzexperten vertraten in der Regel eine differenziertere Meinung zu diesem Thema, schätzten die Entwicklungsaussichten jedoch angesichts des Fehlens von staatlichen Initiativen oder konkreten wirtschaftlichen Anreizen oft pessimistisch ein.

Seit dem Abschluß dieser Meinungsumfrage bei Sozialpartnern und Fachleuten hat sich die Einstellung gegenüber der betrieblichen Gesundheitsförderung gewandelt. Erstens haben sich zahlreiche Ämter für Gesundheitsförderung entsprechenden betrieblichen Initiativen zugewandt. Gute Beispiele lieferten die „Health Education Authority“ in England, wo auf bedeutende Initiativen im britischen nationalen Gesundheitsdienst (NHS) entsprechende Maßnahmen in anderen Organisationen folgten, oder die finnische Regierung, die ein Programm für den Erhalt der Arbeitsfähigkeit in die Wege leitete. Zweitens hat in den letzten Jahren die Zahl der Privatunternehmen zugenommen, die Dienste im Bereich der Gesundheitsförderung für den öffentlichen und privaten Sektor anbieten. Auch sind zahlreiche Versicherungsunternehmen, die Krankenversicherungen für Arbeitnehmer in ihrem Angebot haben, auf diesem Gebiet aktiv geworden. Ferner haben Initiativen zur Problematik der Fehlzeiten zugenommen, in deren Mittelpunkt Programme zur Gesundheitsförderung stehen.



Die genannten Initiativen haben in den Ländern, die sich auf dem Gebiet der betrieblichen Gesundheitsförderung in stärkerem Maß betätigen, zu einer deutlicheren Sensibilisierung geführt. Es gibt jedoch kaum Anzeichen dafür, daß die Sozialpartner einen klareren Standpunkt in bezug auf die betriebliche Gesundheitsförderung eingenommen haben als die Ämter für Gesundheits-erziehung/Gesundheitsförderung. Hinzu kommt, daß diese Zunahme der Aktivitäten auf dem Gebiet der betrieblichen Gesundheitsförderung in Europa keineswegs einheitlich verläuft. Es bleibt also noch viel zu tun, um das Image der betrieblichen Gesundheitsförderung bei den wichtigsten betroffenen Parteien in Europa zu verbessern.

Der größte Teil der Arbeit in der Anfangsphase des Programms der Europäischen Stiftung bestand in der Durchführung einer Umfrage zur Ermittlung der Programme zur betrieblichen Gesundheitsförderung in den europäischen Unternehmen (siehe nähere Erläuterungen in Wynne und Clarkin, 1992). Die Umfrage hatte folgende Ziele:

- Bestandsaufnahme der verschiedenen Arten von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung, die in den Betrieben in Europa durchgeführt werden;
- Bestandsaufnahme der Gründe für die Einführung von Initiativen zur betriebliche Gesundheitsförderung und der entsprechenden Vorgehensweisen;
- Untersuchung der Rolle der Arbeitnehmerbeteiligung bei der Festlegung von Initiativen zur betrieblichen Gesundheitsförderung;
- Identifizierung der Merkmale der Unternehmen, die auf diesem Gebiet aktiv sind.

### ■ Teilnehmer der Befragung

In den sieben Ländern beantworteten über 1 400 Unternehmen den Fragebogen, was einem Rücklauf von 23 % entspricht. Diese



Unternehmen waren in den größeren Ländern (Deutschland, Italien, Spanien und Vereinigtes Königreich) vorwiegend auf regionaler Basis und in den kleineren Ländern auf nationaler Basis ausgewählt worden. Ein Ländervergleich ließ Unterschiede bei der Rücklaufquote erkennen, die von 11,3 % in Deutschland bis 37,4 % in Griechenland reichte. Außerdem variierte die Betriebsgröße der Unternehmen, die auf den Fragebogen reagierten: In Deutschland antworteten vorwiegend große und sehr große Unternehmen, während sich in den kleineren Ländern hauptsächlich Klein- und Kleinstbetriebe beteiligten. Die meisten Betriebe, die in der Fragebogenaktion erfaßt wurden, beschäftigen jedoch 200 bis 500 Arbeitnehmer.

Im allgemeinen wiesen die Unternehmen, die den Fragebogen beantworteten, eine überdurchschnittliche Betriebsgröße auf und waren im Gesundheitsbereich wahrscheinlich aktiver als die nicht teilnehmenden Unternehmen. In der Praxis heißt das, daß die Prävalenz von Maßnahmen zur betriebliche Gesundheitsförderung wahrscheinlich zu hoch eingeschätzt wurde. Allerdings sollte mit der Fragebogenaktion in erster Linie ein allgemeiner Überblick über die Art der tatsächlich stattfindenden gesundheitsbezogenen Maßnahmen gewonnen werden. Eine präzise quantitative Ermittlung dieser Maßnahmen war nicht beabsichtigt, so daß diese potentielle Verzerrung der Ergebnisse kein Problem darstellte.

## ■ Prävalenz der Gesundheitsmaßnahmen

Die befragten Personen und Unternehmen konnten aus insgesamt dreißig in Frage kommenden gesundheitsbezogenen Maßnahmen diejenigen auswählen, die in ihrem Betrieb tatsächlich durchgeführt wurden. Außerdem sollten sie angeben, inwieweit die Verbesserung der Gesundheit der Beschäftigten bei der jeweils durchgeführten Maßnahme ein Rolle gespielt hatte. Diese Frage lieferte einen Indikator für die Bedeutung der Gesundheitsförderung im Rahmen der durchgeführten Maßnahme.

Die genannten dreißig gesundheitsrelevanten Aktivitäten wurden in fünf Aktionsbereiche unterteilt:

- Screening des Gesundheitszustands;
- Förderung eines gesundheitsbewußten Verhaltens;
- organisatorische Interventionen;
- Sicherheit/Arbeitsumgebung;
- Serviceleistungen.

Es zeigte sich, daß der Grad der gesundheitsbezogenen Aktivität in der Regel in größeren Betrieben und in Betrieben mit spezifischen Gesundheitsprogrammen und -budgets sowie in Betrieben mit aktiven Arbeitsschutzausschüssen am höchsten war. Außerdem führten Unternehmen, in denen sich die Betriebsleitung aktiv an den Gesundheitsmaßnahmen beteiligte, in der Regel mehr Gesundheitsmaßnahmen durch als andere Unternehmen.

Anhand dieser Ergebnisse lassen sich zwei wichtige Schlußfolgerungen ziehen:

- Die am häufigsten durchgeführten betrieblichen Gesundheitsmaßnahmen finden auf dem Gebiet des Gesundheitsschutzes und der Sicherheit am Arbeitsplatz statt, denn bis zu 75 % der Unternehmen machten entsprechende Angaben. Hingegen sind andere Aktivitäten, die man dem Bereich des Gesundheitsschutzes und der Sicherheit am Arbeitsplatz zurechnen könnte (z. B. Arbeitsorganisation, Arbeitsgestaltung), verhältnismäßig wenig verbreitet. Außerdem werden Maßnahmen, die eher dem Bereich der Gesundheitsförderung angehören (z. B. Programme im Zusammenhang mit Ernährung, Alkohol und Rauchen) selten durchgeführt.
- Zahlreiche Gesundheitsmaßnahmen finden nicht wegen der Verbesserung der Gesundheit, sondern aus anderen Gründen statt. Dieses Ergebnis ist für das Marketing der betrieblichen Gesundheitsförderung wichtig: Die Gesundheitsförderung muß nicht ausschließlich unter dem Gesichtspunkt der Verbesserung der Gesundheit vermarktet werden.



## ■ Festlegung der Gesundheitsmaßnahmen

Ein Schwerpunkt der Umfrage bezog sich auf die Frage, wie betriebliche Gesundheitsmaßnahmen festgelegt werden. Den Teilnehmern wurde eine Reihe von Fragen gestellt, bei denen es darum ging, welche Parteien an der Festlegung der Gesundheitsinitiative beteiligt waren und zu welchem Zeitpunkt und in welchem Umfang sie daran mitwirkten. Um die Beantwortung dieser Fragen zu erleichtern, wurde ein idealisierter Prozeß der Festlegung von Gesundheitsmaßnahmen beschrieben, der aus vier Phasen bestand: Anfangskonzept, Planung, Durchführung und Bewertung. Außerdem wurden vier Stufen der Einbeziehung in diesen Prozeß angeführt: Unterrichtung, Anhörung, Beteiligung und Zuständigkeit. Diese Fragen bezogen sich auf die sechs eventuell hinzugezogenen Gruppen: Betriebsleitung, Personalvertretung, Gewerkschaftsvertretung, Arbeitsschutzvertretung, werksärztliches Personal und externe Berater.

Die wichtigsten Ergebnisse dieses Teils der Untersuchung lauteten wie folgt:

- Die Betriebsleitung ist am stärksten in den Prozeß der Durchführung von Gesundheitsmaßnahmen einbezogen und weist den höchsten Grad der Beteiligung an diesem Prozeß auf.
- Personalvertretung und Arbeitsschutzvertretung folgen an zweiter Stelle, doch ist hier der Grad der Einbeziehung geringer als bei der Betriebsleitung.
- Die übrigen Gruppen spielen sowohl im Hinblick auf den Zeitpunkt als auch den Umfang ihrer Beteiligung eine geringere Rolle.
- Im allgemeinen ist die Betriebsleitung stets für die Gesundheitsmaßnahmen zuständig, während bei den anderen Parteien der Umfang der Beteiligung selten über den Grad der Mitwirkung bei der Entscheidung über die Gesundheitsmaßnahme hinausging.

Diese Ergebnisse beziehen sich auf tatsächlich durchgeführte Gesundheitsmaßnahmen, die auf die Verbesserung der Gesundheit oder andere Ziele ausgerichtet waren. Obwohl die Ergebnisse dieser Analyse sehr vielschichtig waren, gewährten sie einige interessante Einblicke in den Prozeß der Einbeziehung der verschiedenen Parteien bei der Festlegung von Gesundheitsmaßnahmen der fünf Kategorien, nämlich:

- In der Regel war der Umfang der Beteiligung einer Gruppe kein eindeutiger Indikator für die Durchführung von Gesundheitsmaßnahmen.
- Die Einbeziehung von arbeitsmedizinischem Personal und Vertretern des Arbeitsschutzes war der stärkste Indikator für die Durchführung von Gesundheitsmaßnahmen.
- Die Einbeziehung von arbeitsmedizinischem Personal war jedoch mit einem geringeren Grad der Einbeziehung der anderen Gruppen verbunden.
- Ein hoher Grad der Beteiligung der Betriebsleitung an Gesundheitsmaßnahmen war im allgemeinen nicht mit einem entsprechenden Grad von Gesundheitsaktivitäten verbunden. Außerdem war die Einbeziehung der Betriebsleitung bei den Maßnahmen am stärksten ausgeprägt, bei denen die Verbesserung der Gesundheit keine wesentliche Komponente war.

## ■ Warum werden Gesundheitsmaßnahmen durchgeführt?

Die Unternehmen führen betriebliche Gesundheitsmaßnahmen aus zwei Gründen durch: wegen des potentiellen Nutzens für die Organisation oder wegen ihrer Lösungskapazität im Hinblick auf ein spezifisches Problem. Zu diesen beiden Themenbereichen wurden sowohl offene als auch geschlossene Fragen gestellt.

Die wichtigsten Gründe für die Durchführung von Gesundheitsmaßnahmen hingen mit gesetzlichen Vorschriften, gesundheits-



lichen Problemen im Unternehmen, Problemen der Arbeitsmoral, Personalproblemen und Produktivitätsproblemen zusammen. Diese Gründe wurden in den jeweiligen Fällen von über 60 % der Unternehmen genannt.

Als die Befragten unter Bezug auf diese Problemkategorien um Angaben zum Nutzen für das Unternehmen gebeten wurden, zeigte sich deutlich, daß auf breiter Basis Vorteile verzeichnet wurden, insbesondere im Hinblick auf die Arbeitsmoral und die gesundheitlichen Probleme. Außerdem ergaben sich wichtige unerwartete Vorteile in Bereichen wie geringere Personalfluktuation, sinkende Unfallraten und bessere Arbeitsmoral. Diese genannten Vorteile wurden durch die Ergebnisse der Antworten auf die offenen Fragen untermauert.

Die zweite Serie der Untersuchungen zu den Motiven der Unternehmen, Gesundheitsmaßnahmen durchzuführen, umfaßte Fallstudien in multinationalen Unternehmen, die von Hauss (1992) beschrieben wurden. Im Rahmen dieser Fallstudien wurden die Gründe der Unternehmen für die Durchführung von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung detailliert untersucht.

Diese Fallstudien ließen erkennen, daß es eine Vielzahl von Gründen gibt, weshalb Unternehmen Maßnahmen zur betriebliche Gesundheitsförderung ergreifen. In zahlreichen Fällen (oft in amerikanischen multinationalen Unternehmen) gehen die Gesundheitsförderungsprogramme aus einer breiter angelegten Personalpolitik hervor, die sich an einer Philosophie der nachahmenswerten Methoden orientiert. In anderen Fällen – insbesondere beim Vorliegen von gesundheitsgefährdenden Prozessen – haben die nachahmenswerten Methoden auf dem Gebiet des Gesundheitsschutzes und der Sicherheit am Arbeitsplatz zur Entwicklung von Programmen zur Förderung der Gesundheit geführt. Manche Unternehmen setzen ihre Gesundheitsförderungsprogramme als Argument zur Anwerbung von Arbeitskräften oder zur Bindung der Arbeitskräfte an das



Unternehmen ein, während wiederum andere Firmen mit der Gesundheitsförderung Imagepflege betreiben.

Zusätzlich zu diesen Hauptgründen für Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung wiesen viele Unternehmen darauf hin, daß die Entwicklung dieser Programme weitgehend dem Einsatz von engagierten und tatkräftigen Mitarbeitern in Schlüsselfunktionen zu verdanken sei. In der Praxis führt also die Festlegung einer grundsätzlichen Politik der Gesundheitsförderung selten dazu, daß tatsächlich eine nennenswerte Gesundheitsförderung stattfindet, wenn nicht auch entsprechende Mittel und engagierte Mitarbeiter vorhanden sind.

## ■ Welche Faktoren sind ausschlaggebend für Gesundheitsmaßnahmen?

Bei der Analyse der Umfragedaten war eine Schlüsselfrage zu beantworten: Welche Merkmale eines Unternehmens sind ein Indikator für den Grad der Aktivität auf dem Gebiet der betrieblichen Gesundheitsförderung? Bei dieser Analyse wurden Faktoren wie das Vorhandensein von Gesundheitsstrategien und Gesundheitsbudgets im Unternehmen, das Vorhandensein von arbeitsmedizinischen Abteilungen und Arbeitsschutzausschüssen und der Umfang der Einbeziehung der wichtigsten betroffenen Gruppen in die Gesundheitsaktivitäten untersucht.

Obwohl es einige Unterschiede bei der Zuordnung der Unternehmensmerkmale gab, die zur Erklärung spezifischer Gesundheitsmaßnahmen herangezogen wurden, ließen sich folgende Faktoren ermitteln, die einen hohen Grad der Aktivität im Gesundheitsbereich belegen:

- Betriebsgröße: Größere Unternehmen wiesen in der Regel ein höheres Maß an Aktivitäten auf,
- Arbeitsschutzausschüsse,
- Gesundheitsprogramme,



- Budget für Gesundheitsmaßnahmen,
- hoher Stellenwert der Gesundheit des Personals,
- Personalprobleme, Probleme der Arbeitsmoral, Imagepflege und Produktivitätsprobleme als auslösende Faktoren,
- Einbeziehung von arbeitsmedizinischem Personal und externen Beratern.

Diese Ergebnisse sind einleuchtend, denn man kann zu Recht annehmen, daß Unternehmen, die über entsprechende Ressourcen und Programme verfügen, eher im Gesundheitsbereich aktiv sind als andere Firmen. Die Ergebnisse weisen jedoch auch auf eine Reihe von Problemen bei der betrieblichen Gesundheitsförderung hin und machen gleichzeitig auf Möglichkeiten der Förderung und Entwicklung von betrieblichen Gesundheitsmaßnahmen aufmerksam.

Insbesondere unterstreichen diese Ergebnisse, daß Strategien entwickelt werden müssen, durch die man KMU und Kleinstunternehmen zur Einführung von Gesundheitsmaßnahmen motivieren kann. Sie zeigen auch auf, welche Schritte unternommen werden müssen, damit derartige Maßnahmen stattfinden; dazu zählen die Aufstellung eines Gesundheitsprogramms und die Bereitstellung eines Gesundheitsbudgets und anderer Ressourcen. Um nur ein Beispiel zu nennen: KMU und Kleinstunternehmen verfügen vielleicht nicht über die Mittel zur Finanzierung einer arbeitsmedizinischen Abteilung, sollten jedoch in der Lage sein, Gesundheitsprogramme zu entwickeln und sogar kleine Gesundheitsbudgets bereitzustellen.

Im Rahmen der Forschungsphase des Programms befaßte sich eine wesentlicher Teil der Untersuchungen mit der Ermittlung und Dokumentation von Fallstudien zur nachahmenswerten Praxis auf dem Gebiet der betrieblichen Gesundheitsförderung. Diese Arbeit erwies sich als äußerst schwierig, denn in zahlreichen Ländern steckte die Praxis der betrieblichen Gesundheitsförderung noch in den Kinderschuhen. Dennoch konnten im Rahmen von zwei Forschungsabschnitten mehr als 40 Fallstudien zur nachahmenswerten Praxis der betrieblichen Gesundheitsförderung bearbeitet werden.

Diese Fallstudien wurden in Betrieben in acht EU-Ländern durchgeführt. Das methodische Vorgehen deckte ein breites Spektrum ab. Im großen und ganzen konnten drei verschiedene Ansätze ermittelt werden. Der erste Ansatz beruhte auf einer traditionellen Beteiligung der Arbeitnehmer und legte den Schwerpunkt auf die Problemlösung. Dieser Ansatz war für einige nordeuropäische Länder typisch.

Der zweite Ansatz war eher für Südeuropa charakteristisch und umfaßte in der Regel einen eher paternalistischen Stil der Betriebsführung, was die Erbringung von Sozial- und Gesundheitsleistungen für die Beschäftigten betraf. Dieser Ansatz schloß im allgemeinen auch die Familien der Arbeitnehmer und das Gemeinschaftsleben ein.



Der dritte Ansatz war vorwiegend in Großbritannien und Irland zu finden und wies große Übereinstimmungen mit dem amerikanischen Konzept auf. Dabei ging es oft um die Verwendung von bereits etablierten Gesundheitsförderungsprogrammen, die häufig in amerikanischen multinationalen Unternehmen üblich waren.

Während sich diese drei allgemeinen Ansätze herauskristallisieren ließen, gab es jedoch auch zahlreiche Beispiele für innovativere Ansätze der betrieblichen Gesundheitsförderung, wenn sich ein Unternehmen beispielsweise mit sozialen und psychologischen Gesundheitsproblemen befaßte.

Gegen Ende des Jahres 1992 wurde die Durchführung einer Konferenz für hohe politische Entscheidungsträger beschlossen, um die Ergebnisse der Forschungsphase des Programms einem breiteren Kreis zur Kenntnis zu bringen. Rund 100 Experten aus dem Bereich der Gesundheitsförderung, Vertreter von Behörden, Forscher und Arbeitgeber- und Gewerkschaftsvertreter nahmen an der Konferenz teil, auf der die Prioritäten für künftige Aktionen im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung festgelegt werden sollten. Die Konferenz ermittelte vier prioritäre Bereiche:

- Marketing und Anreize für die betriebliche Gesundheitsförderung,
- Organisationsveränderungen aus Gesundheitsgründen (integrierte betriebliche Gesundheitsförderung),
- berufliche Weiterentwicklung,
- Implementierung – Strategien, Instrumente und Methoden.

Auf der Grundlage dieser Prioritäten beschloß man, sich zunächst mit der Frage der beruflichen Weiterentwicklung, d. h. der Aus- und Weiterbildung auf dem Gebiet der betrieblichen Gesundheitsförderung zu befassen. Man entschied sich für dieses Vorgehen,



weil offensichtlich der Mangel an angemessenem Kenntnissen und Fertigkeiten der Fachkräfte, die in der Regel bei der Implementierung von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung beteiligt sind, eines der größten Hemmnisse für Fortschritte in diesem Bereich darstellte. Diese Entscheidung führte zur Entwicklung der Ausbildungsspezifikation für die betriebliche Gesundheitsförderung (siehe Kapitel 8).

Aufgrund der Empfehlungen der Konferenz zum strategischen Vorgehen war die nächste Phase des Programms der Europäischen Stiftung der Entwicklung von beruflichen Fertigkeiten im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung gewidmet. Dieser Schritt schien naheliegend und erforderlich, denn man war davon überzeugt, daß die verschiedenen Berufsgruppen, die auf dem Gebiet der betrieblichen Gesundheitsförderung tätig waren, nicht über die erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten verfügten.

Im Rahmen der Entwicklung der Ausbildungsspezifikation wurde eine Bestandsaufnahme der vorhandenen Bildungsinitiativen auf dem Gebiet der betrieblichen Gesundheitsförderung in Europa vorgenommen; aus dieser Analyse ging hervor, daß es keine auf breiter Basis bekannten oder zur Verfügung stehenden Ausbildungskurse gab, die sich mit diesem Fachgebiet befaßten. Es gab zwar Kurse über allgemeine Gesundheitsförderung sowie eine Vielzahl von Kursen über Gesundheitsschutz und Sicherheit am Arbeitsplatz, doch wurde allgemein die Auffassung vertreten, daß es keinen einzigen Kurs gab, der die spezifischen Kenntnisse und Fertigkeiten abdeckte, die für die betriebliche Gesundheitsförderung notwendig sind.

Bei der Erarbeitung einer Spezifikation, die diesem Mangel an Kenntnissen und Fertigkeiten abhelfen sollte, waren eine Reihe von Problemen zu lösen:

- Eine Vielzahl von Berufsgruppen befaßt sich mit der betrieblichen Gesundheitsförderung; sie weisen alle einen spezifischen Mangel an Kenntnissen und Fertigkeiten auf.
- Der Bedarf an Aus- und Weiterbildungskursen fällt je nach Berufsgruppe unterschiedlich aus.
- Die anzubietenden Kurse müssen je nach Dauer, Umfang und Intensität variieren.
- Es besteht Bedarf an der Entwicklung von neuen Kursen und der Integration von Modulen in unterschiedliche Kurse.
- Es gibt erhebliche nationale Unterschiede in bezug auf bestimmte Aspekte wie Infrastrukturen des allgemeinen und beruflichen Bildungswesens, die für die Zwecke der betrieblichen Gesundheitsförderung genutzt werden können, Sensibilisierung für die betriebliche Gesundheitsförderung, beteiligte Berufsgruppen und – soweit vorhanden – nationale Strategien für eine betriebliche Gesundheitsförderung.

Zur Lösung dieser Probleme wurde beschlossen, vom Grundsatz der Flexibilität als einer der Leitlinien für die Erarbeitung des Dokuments über den Bildungsbedarf auszugehen. Dies sollte sowohl in der Struktur des Dokuments als auch bei seiner Anwendung zum Ausdruck kommen. Daher wurde beschlossen, keinen einzelnen Schulungskurs oder gar ein Paket von Schulungskursen zu entwickeln, sondern ein Rahmenwerk oder eine Ausbildungsspezifikation zu erarbeiten, die als Grundlage für ein breites Spektrum von Schulungskursen dienen würde.

Zwei strukturelle Aspekte waren für die Spezifikation von besonderer Bedeutung, nämlich:

1. ein aus sieben Phasen bestehender idealisierter Prozeß der Gesundheitsförderung:
- Marketing der Gesundheitsförderung,



- Errichtung von Strukturen,
  - Beurteilung des Bedarfs,
  - Entwicklung eines Gesundheitsförderungsplans,
  - Implementierung des Plans,
  - Bewertung des Plans,
  - Anpassung des Plans;
2. eine Gruppe von sechs Funktionsmodellen, die bei der Durchführung einer erfolgreichen Gesundheitsförderung zu verwirklichen sind:
- Experte,
  - Befürworter,
  - Leistungserbringer,
  - Mitwirkende,
  - Initiator des Wandels,
  - Entscheidungsträger.

Die beiden strukturellen Elemente bilden eine zweidimensionale Matrix, wobei die einzelnen Felder der Matrix mit den Spezifikationen für die Fertigkeiten und Kenntnisse auszufüllen sind, die für die Ausübung der jeweiligen Rollen in den einzelnen Phasen des Gesundheitsförderungsprozesses erforderlich sind.

In mehrfacher Hinsicht stellt die Ausbildungsspezifikation einen erheblichen Fortschritt im Vergleich zur vorherrschenden Meinung auf dem Gebiet der betrieblichen Gesundheitsförderung dar. Erstens werden mit der Abgrenzung von einzelnen Phasen des Gesundheitsförderungsprozesses, die sich mit der Vermarktung



des Konzepts und der Errichtung von Strukturen befassen, ausdrücklich die Schwierigkeiten anerkannt, denen sich die Praktiker einerseits bei der Weckung des Interesses für die betriebliche Gesundheitsförderung und andererseits bei der Einbettung dieses Prozesses in die Strukturen des betrieblichen Lebens konfrontiert sehen. Des weiteren wird die zentrale Bedeutung der Bedarfsermittlung anerkannt – nicht nur in bezug auf die von Experten definierten Gesundheitsrisiken, sondern auch in bezug auf die von den Beschäftigten selbst definierten Bedürfnisse, die in der Praxis oft ganz anders aussehen.

Zweitens wird mit der Festlegung der Funktionen, die für eine erfolgreiche betriebliche Gesundheitsförderung erforderlich sind, durch die Ausbildungsspezifikation hervorgehoben, daß eine gute betriebliche Gesundheitsförderung gewisse Umstellungen der Organisation erfordert und der Mitwirkende eine wichtige, legitime Antriebskraft des Gesamtprozesses ist. Darüber hinaus wird mit der Ausbildungsspezifikation anerkannt, daß der Gesundheitsförderungsprozeß nicht von Experten gesteuert wird, sondern sich auf Sachkenntnis stützt.

Die nächste Programmphase betraf die Bekanntmachung der Ausbildungsspezifikation, wobei die Implementierung der Spezifikation in einem breiten Spektrum von Aus- und Weiterbildungseinrichtungen unterstützt werden sollte. Zu diesem Zweck wurden zunächst drei europäische Regionalseminare durchgeführt, die zwei Ziele verfolgten: Erläuterung der Merkmale der Ausbildungsspezifikation und Ermittlung von Institutionen, die an einer Implementierung der Spezifikation interessiert waren.

Diese Seminare fanden in einem Zeitraum von zehn Monaten in Kopenhagen, Leiden und Valencia statt. Über 100 Vertreter aus verschiedenen Aus- und Weiterbildungseinrichtungen nahmen an den Veranstaltungen teil. Außerdem nutzte man nationale und internationale Konferenzen, um die Spezifikation bekanntzumachen.

Im Anschluß an die Seminare zeigten etwa 40 Aus- und Weiterbildungseinrichtungen genügend Interesse an einer Implementierung der Spezifikation und waren außerdem bereit, Mitglied in einem Benutzernetz für die Spezifikation zu werden. Die Errichtung des Benutzernetzes wurde als notwendige Unterstützung zur Implementierung der Spezifikation angesehen, zumal diese für zahlreiche Mitglieder des Netzes ein neues



Konzept darstellte und der Implementierungsprozeß zum ersten Mal stattfand.

Das Benutzernetz ist als eines von mehreren Hilfsmitteln zu betrachten, die den Mitgliedern während des Implementierungsprozesses zur Verfügung stehen. Die gesamte Palette der Unterstützung für die Benutzer umfaßte:

- Mitgliedschaft im Netz und Teilnahme an vier Tagungen,
- Herausgabe eines Informationsheftes zur Implementierung – *Specifics*,
- Erstellung eines kommentierten Literaturverzeichnisses zur relevanten Fachliteratur,
- Einrichtung einer Internet-Seite,
- Verteilung von Beispielen für Schulungskurse und Lehrmaterial,
- Austausch der Erfahrungen mit dem Implementierungsprozeß.

Bei Redaktionsschluß hatten 25 Bildungseinrichtungen entweder die Ausbildungsspezifikation implementiert (zum Teil für eine Reihe von Ausbildungskursen) oder waren mit dem Implementierungsprozeß bereits weit fortgeschritten. Rund 5 000 Personen, deren beruflicher Hintergrund ein breites Spektrum abdeckt und die aus zwölf Mitgliedstaaten stammen, werden bis Ende 1998 an Ausbildungskursen teilgenommen haben, in denen die Spezifikation zum Einsatz kommt. Zum beruflichen Hintergrund dieser Teilnehmer zählen Arbeitsmedizin und arbeitsmedizinische Pflege, Arbeitsschutz, Ingenieur Tätigkeit im Bereich des Gesundheitsschutzes und der Sicherheit am Arbeitsplatz. Zu den Teilnehmern zählen auch Studierende aus verschiedenen Studiengängen des Tertiärbereichs.

Eine Bewertungsstudie hat gezeigt, daß die Benutzer mit der Spezifikation bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt fast ausschließlich

positive Erfahrungen gemacht haben; dies gilt sowohl für die Verwendung der Spezifikation als auch für die Aufnahme durch die Studierenden. Es wurden nur geringfügige Änderungen der Spezifikation vorgeschlagen, und diese Änderungsvorschläge wurden in die endgültige Fassung der Spezifikation einbezogen.

In den neunziger Jahren nahm die Zahl der Aktivitäten im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung in bedeutendem Maß zu. Dieses Wachstum wurde zumindest teilweise durch die Arbeit der Europäischen Stiftung gefördert. Auf europäischer Ebene nahm die GD V der Kommission in diesem Bereich ihre Tätigkeit auf: Sie schuf ein Referat für betriebliche Gesundheitsförderung und gewährte einer Reihe von Forschungs- und Entwicklungsprojekten finanzielle Unterstützung. Das deutlichste Zeichen der Tätigkeit der GD war die Errichtung eines Informations- und Kommunikationsnetzes der nationalen Ämter für die Gesundheitsförderung, die für die betriebliche Gesundheitsförderung zuständig sind.

Die europäische Regionalstelle der Weltgesundheitsorganisation WHO baute ihre Tätigkeit in diesem Bereich ebenfalls aus und schuf ein Netz von Unternehmen, die sich mit der Gesundheitsförderung befassen. Aufgabe dieses Netzes ist die Entwicklung und Verbreitung von nachahmenswerten Methoden. Darüber hinaus wird die betriebliche Gesundheitsförderung von der WHO als wertvolles Instrument für die Förderung der erforderlichen Neuorientierung der werksärztlichen Dienste in den mittel- und osteuropäischen Ländern angesehen.

Auch auf der Ebene der nationalen Ämter für betriebliche Gesundheitsförderung ist zumindest in einigen Ländern eine

starke Zunahme der Aktivitäten zu verzeichnen. Die herausragenden Beispiele dürften Finnland und das Vereinigte Königreich darstellen, denn in diesen Ländern werden gegenwärtig bedeutende Programme zur betrieblichen Gesundheitsförderung durchgeführt.

In Finnland wurde ein Programm mit dem Titel „Erhalt der Arbeitsfähigkeit“ entwickelt, das eigentlich einen umfassenden Ansatz für die betriebliche Gesundheitsförderung darstellt. Dieses Programm soll innerhalb der nächsten Jahre an alle finnischen Betriebe verteilt werden, damit sie es in die Praxis umsetzen. Im Rahmen dieses Programms ist ein großes Bildungsprojekt angelaufen, das die Ausbildungsspezifikation als Grundlage für den Aufbau der Schulungskurse verwendet.

Was das Vereinigte Königreich betrifft, so hat die „Health Education Authority“ (HEA) in den neunziger Jahren in England einige bedeutende Programme zur betrieblichen Gesundheitsförderung initiiert. Das wichtigste Programm dieser Art, das den Titel „Health at Work in the NHS“ trägt, hat zur Einleitung einer großen Zahl von Initiativen zur betrieblichen Gesundheitsförderung geführt. Außerdem hat die HEA ein System für den Erwerb eines Qualitätssiegels für die betriebliche Gesundheitsförderung geschaffen, das bis Redaktionsschluß bereits an mehrere hundert Betriebe vergeben worden ist. In Schottland und Wales wurden unter der Schirmherrschaft des „Health Education Board for Scotland“ und der „Welsh Health Promotion Authority“ ähnliche Systeme in die Wege geleitet. Die Schulungsprogramme, die diese Initiativen begleiten, lehnen sich ebenfalls an die Ausbildungsspezifikation an.

Auch in Deutschland ist eine Zunahme der Tätigkeit auf diesem Gebiet zu verzeichnen, zu der eine Reihe von Trägern wie die Versicherungsunternehmen (z. B. BKK) und die Bundesanstalt für Arbeitsschutz beitragen. Eine breite Palette von Initiativen wurden eingeleitet, zu denen ein Qualitätssiegel (BKK) und ein Programm für KMU und Kleinunternehmen zählen.

In den Niederlanden wurde ein neues Institut für die betriebliche Gesundheitsförderung (Centrum GBW) geschaffen, das sich sehr intensiv mit der Ausarbeitung von Programmen für die Betriebe befaßt hat. Diese Programme ergänzen die Tätigkeit der anderen Träger in den Niederlanden (z. B. TNO, öffentliche Schulen für Volksgesundheit). Aus der Zusammenarbeit zwischen diesen Einrichtungen ging ein Plan hervor, der die Weiterentwicklung der Ausbildungsmaßnahmen auf dem Gebiet der betrieblichen Gesundheitsförderung in den kommenden Jahren vorsieht.

In anderen Ländern verlief der Prozeß der Akzeptanz der betrieblichen Gesundheitsförderung langsamer. Doch auch in diesen Ländern ist eine Zunahme der Tätigkeit auf offizieller Ebene zu verzeichnen. So arbeitet das irische Gesundheitsministerium gegenwärtig an einer Politik zur betrieblichen Gesundheitsförderung und erstellt einen entsprechenden Entwicklungsplan für Irland. Auch in Südeuropa sind in Spanien, Portugal, Italien und Griechenland einige Entwicklungen im Ausbildungsbereich zu verzeichnen.



Als die Europäische Stiftung 1990 ihr Programm zur betrieblichen Gesundheitsförderung einleitete, sah sich dieser Bereich unter anderem mit folgenden wesentlichen Problemen konfrontiert:

- geringe Sensibilisierung für diesen Bereich bei den wichtigsten Akteuren in den meisten Ländern,
- geringes Aktivitätsniveau in den Betrieben,
- Vorherrschaft der amerikanischen Modelle der betrieblichen Gesundheitsförderung,
- keine klare Verteilung der Zuständigkeiten für die betriebliche Gesundheitsförderung unter den potentiell interessierten Einrichtungen,
- Fehlen von geeigneten Instrumenten zur Verwirklichung von Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung,
- Mangel an Fachkenntnis und Fertigkeiten in diesem Bereich.

Diese Probleme wurden zwar noch nicht gelöst, doch hat sich in dieser Hinsicht einiges getan. Das Problembewußtsein der Sozialpartner hat sich in vielen Ländern verschärft, und die



Zuständigkeiten sind weitgehend auf die Hauptakteure verteilt. Darüber hinaus wurde eine wichtige Initiative im Ausbildungsbereich durchgeführt, und es wurde eine Methodologie für die betriebliche Gesundheitsförderung in Europa entwickelt (Wynne et al., 1996). Der Umfang der Aktivitäten in den Betrieben hat ebenfalls zugenommen, und in zahlreichen Ländern gibt es in zunehmendem Maße vorbildliche Beispiele für eine integrierte betriebliche Gesundheitsförderung.

Trotz dieser durchaus bedeutsamen Fortschritte tritt die Entwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung in Europa nun in eine neue Phase mit neuen Herausforderungen ein. In dieser neuen Phase geht es in erster Linie um die Konsolidierung und Verbreitung von nachahmenswerten Methoden, denn gegenwärtig zeichnet sich ab, daß die Hauptakteure davon überzeugt werden können, daß die betriebliche Gesundheitsförderung ein nützliches und lohnendes Unterfangen ist. Im kommenden Jahrhundert wird die betriebliche Gesundheitsförderung den folgenden 14 Schlüsselproblemen gegenüberstehen:

- Sicherstellung der Verbreitung der betrieblichen Gesundheitsförderung in allen Ländern – gegenwärtig gibt es erhebliche Unterschiede zwischen den Ländern hinsichtlich Problembewußtsein und Umfang der Aktivitäten.
- Nach der Sensibilisierung der öffentlichen Stellen, die für die betriebliche Gesundheitsförderung zuständig sind, muß das Bewußtsein für diesen Bereich in allen Betrieben geweckt werden. Die öffentlichen Stellen konnten weitgehend überzeugt werden, aber den Betrieben muß der Nutzen der betrieblichen Gesundheitsförderung noch vermittelt werden.
- Die Beziehung zwischen den in den Betrieben bedeutend weiter verbreiteten Systemen des Arbeitsschutzes und der Arbeitsmedizin und den Systemen und dem Fachpersonal für betriebliche Gesundheitsförderung, die sich gerade erst etablieren, muß geklärt werden. Gegenwärtig ist ein ständiges Konfliktpotential vorhanden. Hier ist ein energisches Vorgehen

im Hinblick auf die effektive Integration beider Systeme angezeigt, zumindest was die allgemeine Behandlung von Gesundheitsfragen betrifft; gegebenenfalls ist die Integration sogar auf das abgestellte Personal auszudehnen. Möglichkeiten für eine derartige Integration eröffnen sich aufgrund der Neuorientierung der arbeitsmedizinischen Dienste, die gegenwärtig in vielen Mitgliedstaaten stattfindet.

- Obwohl einige Pilotvorhaben und Untersuchungen angelaufen sind, gibt es noch keinen völlig erfolgreichen Ansatz, wie man den KMU und insbesondere den Kleinstunternehmen die betriebliche Gesundheitsförderung vermitteln kann. Tatsächlich wird die gegenwärtige Zielgruppe der betrieblichen Gesundheitsförderung von den Mitarbeitern der Großunternehmen gestellt, die etwa 10-15 % der europäischen Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen ausmachen. Die volksgesundheitlichen Ziele können nicht verwirklicht werden, wenn sich die betriebliche Gesundheitsförderung auf eine derart kleine Zielgruppe beschränkt. Wenn die Bedürfnisse der Arbeitnehmer und Arbeitnehmerinnen in kleineren Unternehmen gedeckt werden sollen, müssen neue Modelle für die Umsetzung der betrieblichen Gesundheitsförderung entwickelt und möglicherweise der Begriff der nachahmenswerten Methoden für diesen Sektor neu definiert werden.
- Trotz der Schaffung einer Reihe von Netzen für die Informationsverbreitung kann man davon ausgehen, daß die Sensibilisierung für die betriebliche Gesundheitsförderung in den Unternehmen und bei den Mitarbeitern, die die Implementierung derartiger Gesundheitsmaßnahmen übernehmen dürften, auf breiter Basis noch in unzureichendem Maß entwickelt ist. Die Verbreitung von Informationen über Methoden, nachahmenswerte Maßnahmen und sonstige relevante Themen muß den engen Kreis der Gesundheitsexperten sprengen und Personen erreichen, die diese Informationen für die Implementierung entsprechender Maßnahmen nutzen können.



- In den Unternehmen gibt es zahlreiche Systeme, die für gemeinsame Aktionen im Bereich betriebliche Gesundheitsförderung in Frage kommen. An erster Stelle wäre hier an den Arbeitsschutz und die Arbeitsmedizin zu denken. Chancen für die Implementierung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sind jedoch auch durch Systeme wie Qualitätsmanagement, Sozialleistungen, Mitarbeiterprogramme und eine Reihe von Systemen des Humanressourcenmanagements gegeben. Die Frage der Integration der betrieblichen Gesundheitsförderung in diese Systeme, soweit diese für die Ziele der betrieblichen Gesundheitsförderung vorteilhaft sind, muß in Angriff genommen werden.
- Die Vermarktung der betrieblichen Gesundheitsförderung stellt eine wahrhaft große Herausforderung dar. Die gegenwärtigen Marketingsversuche beschränken sich in der Regel darauf, für das Konzept der betrieblichen Gesundheitsförderung mit der Kosten-Nutzen-Abwägung sowie der Verbesserung der Gesundheit der Mitarbeiter zu werben. Die wissenschaftliche Grundlage für diese Marketingkonzepte ist nicht ganz klar. Ebenso unklar ist die Frage, ob es sich dabei um angemessene Marketingstrategien handelt. Ganz allgemein sollten sich die Personen, die für das Marketing der betrieblichen Gesundheitsförderung zuständig sind, mit Themen auseinandersetzen wie Definition der Produkte und Dienstleistungen im Bereich betriebliche Gesundheitsförderung und verschiedene Marketingstrategien, die für die einzelnen Marktsegmente erforderlich sind.
- Es gibt gegenwärtig nur verhältnismäßig wenige Methoden und Instrumente, die auf breiter Basis für die Implementierung der betrieblichen Gesundheitsförderung zur Verfügung stehen. Diese Situation erklärt sich zum Teil aus der Tatsache, daß der Großteil der Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung in Händen von Experten liegt und keine Anstrengungen unternommen wurden, um unmittelbar einsatzfähige Instrumente und Methoden zu entwickeln. Wenn sich die betriebliche Gesundheitsförderung wirklich auf breiter Basis etablieren soll, muß sie von Nichtfachleuten implemen-

tiert werden, die jedoch auf die Unterstützung durch Fachleute zurückgreifen können. Es geht also darum, Methoden und Instrumente zur Verfügung zu stellen, die nicht nur von den Gesundheitsexperten, sondern von jedem Mitarbeiter im Betrieb genutzt werden können.

- Obwohl in den neunziger Jahren Fortschritte erzielt wurden, als man die Gesundheitsbehörden zu bewegen suchte, der betrieblichen Gesundheitsförderung mehr Beachtung zu schenken, gestaltete sich die Überzeugungsarbeit in bezug auf die einflußreicheren Gruppen der Fachleute bedeutend schwieriger. Insbesondere die Betriebsärzte und einige Arbeitsschutzexperten müssen erst noch davon überzeugt werden, daß sie im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung tätig werden sollen. Die Aufgabe, alle relevanten Fachleute von der Notwendigkeit der betrieblichen Gesundheitsförderung zu überzeugen, ist noch nicht abgeschlossen.
- Für viele Betroffene ist die Frage nach den wirtschaftlichen Kosten und Nutzen der betrieblichen Gesundheitsförderung gegenwärtig von großem Interesse. Infolge der in Amerika gemachten Erfahrungen stehen zahlreiche Daten über Kosten und Nutzen zur Verfügung, doch lassen die Unterschiede der Kostenstruktur im Gesundheitswesen eine Übertragung auf europäische Verhältnisse nicht zu. Dieser Aspekt muß im Rahmen des europäischen Umfeldes erforscht werden.
- Die Bewertung von Initiativen der betrieblichen Gesundheitsförderung unter Berücksichtigung einer Reihe von Aspekten innerhalb des europäischen Rahmens steht ebenfalls noch aus. Zu diesen Aspekten zählen die wirtschaftlichen Kosten und Vorteile der betrieblichen Gesundheitsförderung und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit. Außerdem muß die Wirksamkeit der europäischen Modelle der betrieblichen Gesundheitsförderung untersucht werden, die weitgehend aus philosophischer und praxisbezogener Sicht entwickelt wurden, ohne daß zwangsläufig auf Effizienz und Wirksamkeit geachtet wurde.



- Trotz der Fortschritte, die mit dem derzeitigen Projekt im Hinblick auf den Ausbau der Aus- und Weiterbildung für den Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung erzielt wurden, bleibt die Vermittlung von Ausbildungsmaßnahmen an ein breites Spektrum von Interessenten nach wie vor eine große Aufgabe. Insbesondere müssen viel mehr Schulungsmöglichkeiten für Ärzte und Pflegepersonal, Arbeitsschutzexperten und Nichtfachleute wie Betriebsleitung, Personalleitung und Gewerkschaftsvertretung entwickelt werden.
- Auch auf politischer Ebene stehen eine Reihe von Problemen an. Zunächst sind die Systeme der öffentlichen Gesundheitsversorgung gefordert: Inwieweit sind sie bereit, die Betriebe als wichtiges Tätigkeitsfeld zu betrachten? Vor einer ähnlichen Herausforderung stehen die Entscheidungsträger im arbeitsmedizinischen Bereich: Inwieweit sind sie bereit, sich angesichts des Rückgangs von herkömmlichen Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz dem Problem der Neuorientierung der arbeitsmedizinischen Dienste zu stellen?
- Der Ansatz für eine betriebliche Gesundheitsförderung, der in diesem Programm aufgezeigt wurde, unterstreicht die Notwendigkeit der Integration, der Beteiligung und der Erfassung aller relevanten Komponenten. Des weiteren wird mit diesem Ansatz anerkannt, daß es einzigartige Aspekte des Arbeitsumfeldes gibt, die andere Gegebenheiten der Gesundheitsförderung nicht beeinflussen. Dieser Ansatz wird zwar gerne von nationalen und internationalen Einrichtungen befürwortet, jedoch selten in der Praxis angewendet, da herkömmlichere Methoden auf der Grundlage der Unterweisung und der Einzellösungen überwiegen. Somit bleibt die große Aufgabe bestehen, den Schwerpunkt der Politik der Ämter für die Gesundheitsförderung auf nationaler und internationaler Ebene zu ändern.

Bei der Identifizierung dieser Problembereiche muß auch ermittelt werden, welche Ämter sich der einzelnen Aspekte annehmen könnten. Für die Einrichtungen der Forschungsförderung liegen klare Aufgaben vor: Einleitung von Forschungsarbeiten zu den

Kosten und Nutzen der betrieblichen Gesundheitsförderung, Festlegung der Mechanismen für die Vermittlung der Ergebnisse an KMU und Kleinunternehmen und Entwicklung und Prüfung von Methoden und Instrumenten zur Unterstützung der Implementierung der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Die gegenwärtige EU-Politik in diesem Bereich zielt auf die Erleichterung des Austauschs von Informationen ab, die der Förderung von nachahmenswerten Methoden dienen. Allerdings gibt es derzeit zahlreiche Länder, in denen praktisch keine Verfahren der integrierten und umfassenden betrieblichen Gesundheitsförderung zur Verfügung stehen. Die Gründe für diese Situation sind zwar vielschichtig, doch ist auch deutlich, daß die Bereitstellung von Informationen kaum dazu führen dürfte, daß sich der Grad der Aktivität im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung in diesen Ländern wesentlich ändert. Die EU muß sich die Frage stellen, was noch unternommen werden kann, um die entsprechende Tätigkeit in den weniger aktiven Ländern auszubauen.

Nationale und internationale Ämter mit Zuständigkeit im Bereich betriebliche Gesundheitsförderung müssen in angemessener Weise die Eigenheiten des betrieblichen Arbeitsplatzes als Umfeld für die Entwicklung ihrer Strategien berücksichtigen. Darüber hinaus muß der gewählte Ansatz überdacht werden, damit er die Philosophie der betrieblichen Gesundheitsförderung genauer widerspiegeln kann. In der Praxis bedeutet dies, daß man den Schwerpunkt von Interventionen zur Bekämpfung von Einzelproblemen, die weitgehend der traditionellen Gesundheits-erziehung entstammen, auf einen ausgewogeneren, integrierten Ansatz verlagert.

Es gibt politische Probleme, die die Regierungen in Angriff nehmen könnten. Zu den wichtigsten Aspekten dieser Art dürfte die Frage der Ressourcen zählen – in der Regel machen die Mittel, die für die Gesundheitsförderung im allgemeinen und die betriebliche Gesundheitsförderung im besonderen zur Verfügung gestellt werden, einen sehr geringen Teil der Gesamtausgaben für das Gesundheitswesen aus. Eine andere wichtige Frage betrifft die



Verteilung von Kosten und Nutzen in bezug auf die Gesundheit im allgemeinen und die Fehlzeiten wegen Krankheit im besonderen. Gegenwärtig wird der Großteil der Kosten für derartige Fehlzeiten in Europa vom Staat getragen. Eine Umverteilung eines Teils dieser Kosten könnte den Umfang der betrieblichen Gesundheitsförderung in deutlicher Form steigern.

Die Arbeitgeberverbände und die Gewerkschaften müssen sich des Potentials der betrieblichen Gesundheitsförderung im Hinblick auf eine Verbesserung der ihrer jeweiligen Interessen bewußt werden – die Arbeitgeber können letztlich Vorteile verbuchen, und die Gewerkschaften haben nicht nur die Möglichkeit zur Verbesserung der Gesundheit ihrer Mitglieder, sondern können die betriebliche Gesundheitsförderung auch als Mittel zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen nutzen.



---



## Literaturverzeichnis

**Hauss, F. (1992)**, Health policy in multinational companies. Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen, Dublin

**Sloan, R., Gruman, J., und Allegrante, J. (1987)**, Investing in employee health – a guide to effective health promotion in the workplace. Jossey-Bass, San Francisco

**WHO (1984)**, Health promotion: a discussion document on the concept and principles. Weltgesundheitsorganisation, Kopenhagen

**Wynne, R. (1989)**, Workplace Action for health: a selective review and a framework for analysis. Arbeitsdokument Nr. EF/WP/89/30/EN. Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen, Dublin

**Wynne, R. und Clarkin, N. (1992)**, Im Aufbau. Grundlagen für den Gesundheitsschutz an den Arbeitsplätzen Europas. Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften, Luxemburg

**Wynne, R., Grundemann, R., Moncada, S., und Lundberg, B. (1996)**, A manual for promoting health activity at work. Dublin, Work Research Centre

---

*Bei der Europäischen Stiftung können außerdem die folgenden Arbeitsdokumente bezogen werden:*

**Innovative workplace action for health: an overview of the situation in seven EC countries (EF/WP/90/35/EN)**

**Neue Initiativen für die Gesundheit am Arbeitsplatz: Beispiele aus sieben Mitgliedstaaten der Europäischen Gemeinschaft (SY/59/90/774/DE)**

**Neue Initiativen für die Gesundheit am Arbeitsplatz: Nationale Berichte**

Vereinigtes Königreich (WP/92/17/EN)

Deutschland (WP/92/18/DE)

Irland (WP/92/19/EN)

Italien (WP/92/20/IT/EN)

Niederlande (WP/92/22/NL/EN)

Griechenland (WP/92/24/GR/EN)

**Betriebliche Gesundheitsmaßnahmen – die nächsten Schritte (EF/93/19/DE)**

**Ausbildungsspezifikation zur betrieblichen Gesundheitsförderung (WP/94/DE)**



Europäische Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen

**Betriebliche Gesundheitsförderung in Europa**  
**Programm der Europäischen Stiftung**

Luxemburg: Amt für amtliche Veröffentlichungen der Europäischen Gemeinschaften

1998 – 49 S. – 14,8 x 21 cm

ISBN 92-828-1442-4

---





# BETRIEBLICHE GESUNDHEITS- FÖRDERUNG IN EUROPA

## PROGRAMM DER EUROPÄISCHEN STIFTUNG

In den letzten zehn Jahren hat die Europäische Stiftung für die Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung ein europaweites Programm durchgeführt, das Forschungsarbeiten, die Definition von Maßnahmen und Fragen der Ausbildung umfaßte. Neue Politiken und Dienste zum Schutz der Gesundheit am Arbeitsplatz unterstreichen die Notwendigkeit für umfassende, integrierte Maßnahmen zur Mitwirkung der Arbeitnehmer. In dieser Broschüre sind die wichtigsten Ergebnisse der Arbeit der Stiftung zusammengefaßt.



AMT FÜR AMTLICHE VERÖFFENTLICHUNGEN  
DER EUROPÄISCHEN GEMEINSCHAFTEN

L- 2985 Luxembourg

ISBN 92-828-1442-4



9 789282 814420