

Gesundheitsförderung: Rahmenbedingungen und Entwicklungsstand

Lenhardt, Uwe

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Lenhardt, U. (2005). Gesundheitsförderung: Rahmenbedingungen und Entwicklungsstand. *Sozialwissenschaften und Berufspraxis*, 28(1), 5-17. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-38474>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:

This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.

By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

Gesundheitsförderung

Rahmenbedingungen und Entwicklungsstand

Uwe Lenhardt

1 Entstehungsbedingungen

Der Begriff „Betriebliche Gesundheitsförderung“ (im Folgenden: BGF) ist bereits seit der ersten Hälfte der 1980er Jahre in den USA in Gebrauch, als – parallel zum Abbau des gesetzlich geregelten Arbeitsschutzes durch die Reagan-Administration – ein rasch wachsender Anteil der Betriebe dazu überging, eine Vielfalt von Untersuchungs-, Beratungs- und Trainingsangeboten unter dem Label „Worksite Health Promotion“ einzuführen. Hierbei handelte es sich jedoch fast ausschließlich um „lebensstilorientierte“ Maßnahmen zur Beeinflussung des individuellen Gesundheitsverhaltens der Beschäftigten: Risikofaktoren-s Screenings, Fitnesstrainings, Rückenschulkurse, Angebote zu Raucherentwöhnung, Stressbewältigung und gesunder Ernährung o.ä. Die Arbeitsbedingungen hingegen blieben in diesen – häufig von kommerziellen Anbietern vertriebenen – Gesundheitsprogrammen nahezu vollständig ausgeklammert (Kühn 1993, S. 381 ff.).

In der präventionspolitischen Strategiediskussion der Weltgesundheitsorganisation (WHO) dieser Zeit – kulminierend in der viel zitierten „Ottawa-Charta“¹ von 1986 – erhielt der Begriff allerdings eine völlig anders akzentuierte Bedeutung. Gesundheitsförderung wird hier als politisch-emanzipatorischer Prozess gefasst, der darauf abzielt, allen Menschen ein höheres Maß an *Selbstbestimmung über ihre Lebensumstände* zu ermöglichen und sie *damit* zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Die Schaffung „sicherer, anregender, befriedigender und angenehmer Arbeits- und Lebensbedingungen“ als expliziter Anspruch von Gesundheitsförderung führt in diesem Verständnis ganz wesentlich über die Eröffnung von *Einfluss- und Teilhabechancen* in Bezug auf die Gestaltung dieser Bedingungen. Der hier formulierte Gedanke fiel in der BRD der 1980er Jahre auf fruchtbaren Boden: „Neue soziale Bewegungen“ setzten erweiterte Ansprüche auf Persönlichkeitsentfaltung und Selbstbestimmung auf die politische Tagesordnung und beförderten die öffentliche Sensibilisierung für vielfältige Risiken für Mensch und Umwelt. Auch hatten sich Formen kritischer Gesundheitsarbeit entwickelt, die dem als reduktionistisch angesehenen Paradigma der Medizin und der professionellen Dominanz der Ärzteschaft die Postulate der „Ganzheitlichkeit“ und Betroffenen-Partizipation entgegenstellten und damit weit über

1 Es handelt sich um ein grundlegendes präventionspolitisches Programmdokument, das am 21. Oktober 1986 auf der „Ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung“, welche die WHO in der kanadischen Stadt Ottawa organisiert hatte, verabschiedet wurde.

den unmittelbaren Aktivistenkreis hinaus deutliche Spuren in der gesellschaftlichen Wahrnehmung des Gesundheitssystems hinterließen (Rosenbrock 1998).

Auch im Handlungsfeld „Arbeit und Gesundheit“ erlangte das Paradigma der Gesundheitsförderung recht schnell eine beachtliche Attraktivität, schien damit doch ein Ansatz gegeben zu sein, der möglicherweise heraushelfen konnte aus den jahrelang beklagten und vor allem von der empirischen Sozialforschung immer wieder nachgewiesenen *Orientierungs- und Funktionsdefiziten des traditionellen Arbeitsschutzes*: Dieser sei vorschriften- und expertenzentriert, blockiere tendenziell die Belastungsthematisierung und aktive Mitwirkung seitens der Beschäftigten und zeichne sich überwiegend durch verkürzte Problemwahrnehmungen sowie einseitige Maßnahmegewichtungen und Aktivitätsprofile aus (primär naturwissenschaftlich-technische Betrachtungsweise, klassisches Kausalitätsdenken, Fixierung auf isolierte physikalisch-stoffliche und Unfallrisiken, weitgehende Konzentration auf Sicherheitsüberwachung und Untersuchungsmedizin). Aspekte präventiver Arbeits- und Organisationsgestaltung hingegen spielten im Arbeitsschutz nur eine untergeordnete Rolle (vgl. u.a.: Mittler et al. 1977; Kühn 1982; Rosenbrock 1982; Hauß 1983; Pröll 1991).

Eine solche Praxis – so die vielfach formulierte Kritik – müsse sich angesichts des veränderten Problempanoramas in der Arbeitswelt als relativ wirkungsarm erweisen: Belastungskombinationen und die damit verbundenen längerfristigen Schädigungsrisiken fänden hier ebenso wenig Berücksichtigung wie die aus dem Zuschnitt von Arbeitsaufgaben sowie deren organisatorischen und leistungspolitischen Ausführungsbedingungen resultierenden Belastungen insbesondere psychischer Art. Der Bezug auf gesundheitsstabilisierende *Ressourcen* in der Arbeit (tätigkeitsbezogene Entscheidungsspielräume, Partizipation, soziale Unterstützung durch Vorgesetzte und Kollegen), deren Bedeutung insbesondere durch die stresstheoretisch orientierte arbeitsepidemiologische Forschung seit den 1970er Jahren nachgewiesen wurde (vgl. etwa: Karasek/Theorell 1990), blieb dem institutionalisierten Arbeitsschutz lange Zeit weitgehend fremd. Eine allmähliche Perspektiverweiterung vollzog sich hier erst im Laufe der 1990er Jahre im Gefolge der Modernisierung des europäischen und deutschen Arbeitsschutzrechts – und unter dem Einfluss der sich etablierenden BGF (Gerlinger 2000; Lenhardt 2004).

2 Institutioneller und betrieblicher Handlungskontext

Der entscheidende Schritt in der Entwicklung der BGF war deren 1989 erfolgte rechtlich-institutionelle Verankerung im § 20 des Fünften Sozialgesetzbuchs (SGB V), welche die Krankenkassen zu wichtigen organisatorischen und finanziellen Trägern präventiver Aktivitäten in der Arbeitswelt machte. In der seit dem Jahr 2000 geltenden Fassung des §20 Abs. 2 ist festgelegt, dass die Krankenkassen „den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung“ als Satzungsleistungen vorsehen können.² Inhaltlich bleibt BGF hier – wie auch schon in der ursprünglichen Gesetzesformulierung – weitge-

2 Dem vorausgegangen war – unter der Ägide des damaligen Gesundheitsministers *Seehofer* – eine ca. dreijährige Suspendierung der Gesundheitsförderung als Kassenleistung, welche die Krankenversicherungsträger dazu nötigte, entweder auf solche Aktivitäten ganz zu verzichten oder diese als (gesetzlich nach wie vor erlaubte) „Mitwirkung an der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren“ zu maskieren.

hend unbestimmt; die konzeptionelle und praktische Ausfüllung ihres rechtlichen Handlungsrahmens war somit von Anfang an Sache der Krankenversicherungsträger selbst. Wesentliche Bezugspunkte waren dabei die oben erwähnte „Ottawa-Philosophie“, in den 1980er Jahren aufgekommene Ansätze partizipativen Managements sowie Ergebnisse gestaltungsorientierter Forschungsprojekte aus dieser Zeit, insbesondere zur Entwicklung und Erprobung sogenannter „Gesundheitszirkel“ (Westermayer/Bähr 1994).³

Rasch kristallisierte sich so bei diversen Krankenversicherungsträgern ein BGF-Instrumentarium heraus, das bei allen Unterschieden im Einzelnen durch folgende, inzwischen als Standard geltende Kernelemente gekennzeichnet war (vgl. zum Folgenden: Lenhardt 1999; Priester 2003):

- auf Analysen gestütztes, datenbasiertes Handeln (*Gesundheitsberichte* auf der Grundlage differenzierter Auswertungen von Arbeitsunfähigkeitsdaten, von Mitarbeiterbefragungen, strukturierten Arbeitsplatzbegehungen etc.);
- kooperative Planung und Steuerung der Aktivitäten unter Einschluss des Managements (v.a. Geschäftsleitung), des Betriebs-/Personalrates und der betrieblichen Arbeitsschutzexperten (*Arbeitskreis Gesundheit* o.ä.);
- Verfahren der partizipativen, auf die Beschäftigten gestützten Problemidentifizierung und Maßnahmenentwicklung (*moderierte Gesundheitszirkel*);
- Verknüpfung verhaltens- und verhältnispräventiver⁴ Maßnahmen unter Berücksichtigung der aus dem betrieblichen Organisations- und Kommunikationsgefüge resultierenden Einflüsse auf die Gesundheit einschließlich psychosozialer Faktoren (*umfassende Belastungs- und Ressourcenorientierung*);
- Förderung und strukturelle Verankerung betrieblicher Eigenkompetenz zur kooperativen Problemerkennung und Problemlösung (*Organisationsentwicklung*).

Die Art und Weise, wie die Aufgabe der BGF im Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verankert ist, hat für die Kassenpraxis in diesem Bereich einige gewichtige Implikationen. So ist etwa das quantitativ wie qualitativ ausgesprochen heterogene Gesamtbild, welches die Kassenaktivitäten hier bis heute abgeben⁵, tendenziell bereits in dem Umstand angelegt, dass das SGB V die BGF weder inhaltlich näher definiert noch zu einer obligatorischen Kassenaufgabe macht, sondern es letztlich den einzelnen Trägern über-

3 Bei der „Überführung“ solcher Forschungsergebnisse in das Handlungsrepertoire der Krankenkassen spielten Sozialwissenschaftler übrigens eine prominente Rolle.

4 Unter den Begriff *Verhaltensprävention* werden alle Maßnahmen subsumiert, die darauf abzielen, gesundheitlich riskante individuelle Lebensstile bzw. Verhaltensweisen (Rauchen, unausgewogene Ernährung, mangelnde/falsche Bewegung etc.) zu verändern sowie individuelle Kompetenzen zur Bewältigung ungünstiger Einflüsse auf die Gesundheit zu erhöhen (z.B. durch Stressbewältigungstraining). Als *Verhältnisprävention* werden dagegen solche Maßnahmen bezeichnet, die an den gesundheitsbeeinträchtigenden äußeren Lebens-, Arbeits- und Umweltbedingungen ansetzen (Lärmschutz, Schadstoffvermeidung, bessere Regenerationmöglichkeiten etc.).

5 Nach wie vor stellt die BGF im Wesentlichen eine „Domäne“ der Betriebs-, Orts- und Innungskassen dar, wohingegen das Engagement der mitgliederstarken Angestellten-Ersatzkassen speziell auf diesem Gebiet bis heute sehr mäßig ausfällt. Allerdings variiert das Aktivitätsniveau auch innerhalb der drei erstgenannten Kassenarten mehr oder weniger deutlich.

lässt, in welchem Ausmaß sie entsprechende Maßnahmen durchführen (bzw. ob sie dies überhaupt tun) und welche Schwerpunkte sie bei der Ausgestaltung und Platzierung ihrer Aktivitäten setzen. Ressourceneinsatz, Instrumentenwahl und Angebotsstrategien im Bereich der BGF hängen somit stark von variierenden kassen(art)spezifischen Bedingungen ab. Hierbei spielen solche Faktoren wie die Größe und „Betriebsnähe“ der Kasse, ihre gewachsene Organisationskultur, die gesundheitspolitischen Orientierungen des Kassenmanagements und das Ausmaß, in dem sich die Kasse personell auf präventionsbezogenen Sachverstand stützt, eine wichtige Rolle. Darüber hinaus unterliegen Aktivitätsniveau und Angebotsstrategie auf dem Gebiet der BGF aber auch Kriterien, die sich aus dem GKV-internen *Wettbewerb* und der jeweiligen Position der Kassen darin herleiten: dem „Marktanteil“ und dessen Entwicklung, der Versicherten- und damit zusammenhängenden Risikostruktur, den Erfordernissen der „Kunden“bindung und -gewinnung, dem Beitragssatz als Konkurrenzparameter u.ä.m. (Lenhardt 1999).

Reichweite und Eingriffstiefe von BGF finden ihre Grenze allerdings nicht nur (und wohl auch nicht in erster Linie) in den institutionellen Merkmalen und Handlungsimperativen der Kassen. Mindestens so schwer wiegt in diesem Zusammenhang die Tatsache, dass BGF auch auf Seiten der Betriebe eine gänzlich *freiwillige* Veranstaltung ist. Dies hat zweifellos den Vorteil, dass die hierauf gerichteten Beziehungen zu den Kassen von Aspekten der Kontrolle und des Zwangs weitgehend unbelastet sind. Ein solches, im Wesentlichen durch Überzeugung, Beratung und Moderation geprägtes Kooperationsarrangement hat allerdings auch eine Kehrseite: Unter diesen Bedingungen „geht“ an Aktivitäten tatsächlich *nur* das, wozu die Betriebe freiwillig bereit sind. Maßnahmen, die beim Management – aus welchen Gründen auch immer – keine Akzeptanz finden, haben daher kaum Aussichten umgesetzt zu werden, mögen sie unter präventiven Gesichtspunkten auch vielleicht notwendig erscheinen. In noch weit stärkerem Maße, als dies beim rechtlich verpflichtenden Arbeitsschutz der Fall ist, hängen die Realisierungschancen von BGF also von der betriebs-spezifischen Konfiguration fördernder und hemmender Implementationsbedingungen ab. Von Bedeutung sind hierbei u.a.:

- objektive Strukturmerkmale des Betriebs (Größe, organisatorischer Aufbau, Eigentumsverhältnisse, Konzernbindung u.a.m.),
- die wirtschaftliche Situation und Entwicklungsperspektive des Betriebs,
- das betriebliche Akteur- und Interessengefüge (Macht- und Kooperationsbeziehungen, Kompromissniveaus, überlagernde Konflikte etc.),
- im Betrieb vorherrschende Managementkonzepte (Dezentralisierung, „flache Hierarchie“, kontinuierliche Verbesserung etc.),
- organisationskulturelle Traditionen (etwa hinsichtlich „Fürsorglichkeit“, Sozialverpflichtung, Mitarbeiterorientierung),
- die Verknüpfbarkeit des BGF-Themas mit anderen betrieblichen Handlungsbedarfen bzw. -routinen (z.B. Krankenstandspolitik, Qualitätsmanagement, Lösung von Führungs-/Motivationsproblemen).

Wie groß der Spielraum ist, der sich aus dem Zusammenwirken all dieser Faktoren für die BGF ergibt, liegt in der Regel nicht in der Hand der Krankenkasse (oder anderer externer BGF-Anbieter). Inwieweit jedoch ein gegebener Aktionsspielraum tatsächlich im Sinne des Zustandekommens von BGF-Maßnahmen genutzt werden kann, hängt durch-

aus auch von der Kasse ab, vor allem davon, ob diese über ein differenziertes „Angebot“ an Konzepten und Instrumenten (sowie guten Argumenten) verfügt, welches es erlaubt, auf unterschiedliche betriebliche Strukturvoraussetzungen, Problemlagen und Handlungsbedarfe einzugehen. Diesbezüglich wurde in den vergangenen anderthalb Jahrzehnten einiges an Entwicklungsarbeit geleistet:

- Zu nennen sind hier etwa BGF-Konzepte, die den besonderen – systematisches Präventionshandeln häufig erschwerenden – wirtschaftlichen, betriebsorganisatorischen und organisationskulturellen Bedingungen *kleiner Betriebe* angepasst sind (Beispiele in: Pröll 1998; Sochert 2002). Gekennzeichnet sind solche Modelle durch den Einsatz modifizierter Analyse-, Steuerungs- und Interventionsinstrumente (z.B. „Kompaktvarianten“ von AU-Datenanalysen und Gesundheitszirkeln, die häufig unpraktikablen „Arbeitskreis Gesundheit“ ersetzenden Checklistenverfahren zur Ablauf- und Erfolgskontrolle), durch die Verfolgung betriebsübergreifender, branchen- bzw. innungsbezogener Handlungsansätze (wegen der engen Grenzen eines einzelbetrieblich-präsenzorientierten Vorgehens in diesem Sektor) sowie durch intensivere Bemühungen um Vernetzung mit anderen Institutionen (Innungen, Berufsgenossenschaften, Berufsschulen) mit dem Ziel, Zugangswege für betriebliche Maßnahmen zu verbreitern, Multiplikatoreffekte zu erreichen und flexible Aufgabenteilungen zu realisieren.
- Verstärkt wurden ferner auch Bemühungen, die BGF zu einem in die „regulären“ betrieblichen Führungsstrukturen und Organisationsabläufe integrierten Gesundheitsmanagement weiterzuentwickeln und auf diesem Wege das oftmals beklagte „Nischendasein“ der BGF und deren Verstetigungsprobleme zu überwinden (Badura u.a. 2001). Letztlich geht es darum, anstelle der Installierung einer temporären BGF-„Sonderorganisation“ die für die betriebliche Führung, Steuerung und Kooperation charakteristischen Strukturen und Prozesse so auszurichten, dass sie präventives, gesundheitsförderliches Handeln organisatorisch optimal unterstützen bzw. dieses als integralen Aspekt in sich aufnehmen. Hierzu bedient man sich beispielsweise dem Qualitätsmanagement entlehnter, differenzierter Kriteriensysteme, welche die betrieblichen Strukturen und Abläufe im Hinblick auf deren gesundheitsbezogene Funktionalität zu beurteilen und zu optimieren erlauben (Osterholz/Schott 2001).
- Da realistischerweise davon ausgegangen wird, dass einseitige Kostenbetrachtungen der Betriebe häufig ein zentrales Implementationshemmnis für die BGF darstellen, richten sich Bemühungen der Krankenkassen auch zunehmend auf die Demonstration der Wirksamkeit und des damit verbundenen wirtschaftlichen Nutzens der BGF. Entsprechende Nachweise sind angesichts der Komplexität der Interventionen allerdings methodisch schwierig. Dennoch existiert mittlerweile eine Reihe von plausiblen Belegen dafür, dass BGF im Hinblick auf problematische Arbeitsbedingungen zahlreiche Verbesserungsmöglichkeiten zu erschließen erlaubt (Sochert 1998), zu einer deutlichen Senkung der Arbeitsunfähigkeit beitragen kann (Lenhardt 2003), eine positive Entwicklung des Betriebsklimas befördert (Drupp 2004) und dem Betrieb einen die Kosten übersteigenden ökonomischen Nutzen zu verschaffen vermag (Kreis/Bödecker 2003). Allerdings: Auf einzelwirtschaftliche Rationalität kann nur begrenzt gesetzt werden, da erstens BGF-Effekte auf dieser Ebene keineswegs garantiert sind, zweitens viele Betriebe gar nicht über den langfristigen Planungshorizont verfügen,

dessen eine nachhaltige BGF bedarf, und drittens dem einzelnen Betrieb in der Regel auch andere Handlungsoptionen zur Erreichung von Kostensenkungs- oder Produktivitätssteigerungszielen zu Gebote stehen.

3 Entwicklungsstand der betrieblichen Gesundheitsförderungspraxis: empirische Befunde

Der „Werkzeugkasten“ der BGF ist mittlerweile also recht gut bestückt. In welchem Umfang und mit welcher Konsequenz er zur Anwendung gelangt, steht freilich auf einem anderen Blatt. Was die Verbreitung und Struktur von BGF anbelangt, war die empirische Datenlage lange Zeit äußerst dürftig (Lenhardt 1999, S. 22 ff.). Selbst die Krankenkassen als die wichtigsten institutionellen Maßnahmenträger brachten keine systematischen Informationen über das Leistungsgeschehen in diesem Bereich hervor. Erst seit 2003 veröffentlichen sie in jährlichem Turnus einen „Präventionsbericht“, der auf der standardisierten Erfassung entsprechender Kassenaktivitäten beruht (Arbeitsgemeinschaft 2003, 2004). Im zuletzt vorgelegten Bericht sind für das Jahr 2002 insgesamt 1895 Fälle von BGF dokumentiert, was einer Steigerung um rund 60% gegenüber 2001 (1189 Fälle) entspricht. Besonders hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang, dass die Kassen ihre BGF-Aktivitäten vor allem im *Kleinbetriebssektor* verstärkt haben. Zwar besteht – gemessen an der Betriebsgrößenstruktur der Wirtschaft – nach wie vor ein Übergewicht der größeren Einheiten, jedoch nahm der Anteil der Betriebe mit weniger als 50 Beschäftigten an den dokumentierten BGF-Projekten kräftig von 19,1% auf 31,6% zu. Nichts dagegen hat sich an der unausgewogenen *Branchenverteilung* der BGF-Aktivitäten geändert: Die ausgeprägte Dominanz von Betrieben des verarbeitenden Gewerbes (knapp 52% aller Fälle) besteht unvermindert fort – ein klares Indiz, dass die BGF dem sektoralen Strukturwandel der Wirtschaft deutlich hinterher hinkt.

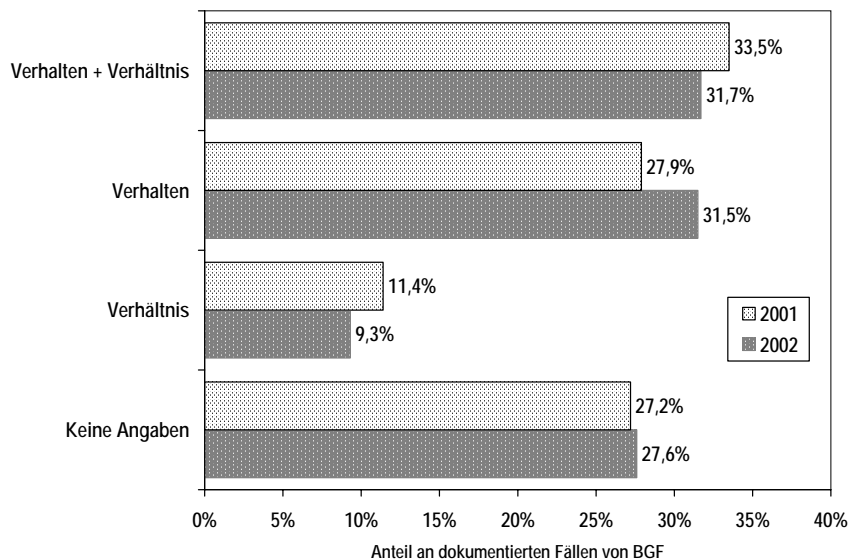
Bei jedem BGF-Projekt lautet die entscheidende Frage zunächst einmal: Mit welchen gesundheitlichen Problemsituationen hat man es wo im Betrieb in welchem Ausmaß zu tun? Zur Gewinnung entsprechender Hinweise gibt es vielfältige Ansatzpunkte. Was deren Nutzung im Rahmen von BGF-Aktivitäten betrifft, vermittelt der Präventionsbericht 2002 folgendes, gegenüber dem Vorjahr kaum verändertes Bild: Mit Abstand am häufigsten (in 72,4% der Fälle) verlegt man sich hierbei auf die Auswertung von Arbeitsunfähigkeitsdaten (AU), oftmals kombiniert mit solchen Instrumenten, die Aufschluss über belastende Arbeitsbedingungen geben können (z.B. Arbeitsplatzbegehungen: 52,1%; Mitarbeiterbefragungen: 40,7%). Die Vermutung liegt allerdings nahe, dass diese *Analyseverfahren* meist relativ unverbunden nebeneinander herlaufen, denn echte Zusammenhangsanalysen, die Belastungs- und Gesundheits-/AU-Daten miteinander verknüpfen, gab es dem Bericht zufolge nur in gut 22% der Fälle. Kritisch zu sehen sind aber auch die Befunde zur Durchführung von *Gesundheitszirkeln*, die anerkanntermaßen ein effektives Instrument zur Ermittlung von Belastungsproblemen wie auch zur Entwicklung von Problemlösungen darstellen: Die Verbreitung dieses partizipationsorientierten Verfahrens ist seit 2001 drastisch – von 28% auf 18% der Fälle – zurückgegangen, selbst in Großbetrieben ab 1500 Beschäftigten sank der Anteil der BGF-Projekte mit Gesundheitszirkeln von einem Drittel auf ein knappes Viertel.

Schon der Präventionsbericht 2001 hatte gezeigt, dass auf dem Gebiet der BGF die *Zusammenarbeit der Krankenkassen mit anderen externen Partnern* z.T. recht unterentwickelt ist. Diesbezüglich hat sich 2002 offenbar nicht allzu viel geändert: Zwar wurde in immerhin der Hälfte der Fälle – etwas mehr als im Vorjahr – von solchen Kooperationen berichtet, diese beziehen sich jedoch zu einem ganz erheblichen Teil auf „externe Partner/gewerbliche Institutionen“, d.h. Dienstleister, die im Auftrag von Kassen BGF-Maßnahmen durchführen. Was hier als externe Kooperation rubriziert wird, ist also im Grunde genommen eine Form des „outsourcings“, dessen Ausmaß im übrigen seit 2001 stark zugenommen hat (27,4% gegenüber 18,4% der Nennungen). Dies muss keineswegs als etwas per se Negatives angesehen werden. Zu denken gibt allerdings die Tatsache, dass demgegenüber die Kooperation mit anderen institutionellen Präventionsakteuren kaum noch ins Gewicht fällt – selbst mit Berufsgenossenschaften wurde nur in 14,5% der Fälle (2001: 15,3%) zusammengearbeitet.

Deutlich negativ entwickelt hat sich den Daten nach zu urteilen das Niveau der *innerbetrieblichen Kooperation* zum Zwecke der *Planung und Steuerung* von BGF-Aktivitäten. Die Frage, ob es eine betriebliche Entscheidungs- und Steuerungsstruktur gäbe, in der verschiedene Akteure – Geschäftsleitung, Betriebsrat, Krankenkasse, ggf. auch Sicherheitsfachkraft, Betriebsarzt oder andere – zusammenwirken (Arbeitskreis Gesundheit o.ä.), wurde lediglich in 53,9% der Fälle bejaht, während es 2001 immerhin noch 66% waren. Zwar ist in Kleinstbetrieben mit 1 bis 9 Beschäftigten der entsprechende Anteilswert stark gestiegen (von 8,3% auf 44,4%!), in allen anderen Betriebsgrößenklassen (bis auf die Kategorie 1500 Beschäftigte und mehr) weist die Verbreitung von BGF-Koordinationsgremien jedoch eine deutlich rückläufige Tendenz auf. Die Problematik dieser Entwicklung zeigt sich daran, dass mit dem Vorhandensein einer kooperativen Planungs- und Steuerungsstruktur im Betrieb die BGF in wichtigen Punkten an Qualität gewinnt: So nimmt den vorliegenden Auswertungen zufolge das Gewicht verhältnisbezogener – d.h. auf die Verbesserung der *Arbeitsbedingungen* ausgerichteter – Maßnahmen erheblich zu, und auch die Durchführung von Gesundheitszirkeln erfolgt sehr viel häufiger.

Ein zentraler Befund des ersten Präventionsberichts war, dass die BGF mittlerweile nicht mehr so stark wie noch zur Mitte der 1990er Jahre von Maßnahmen zur Beeinflussung des individuellen Gesundheitsverhaltens dominiert ist. Diese Aussage lässt sich im Kern auch nach Lektüre des Folgeberichts aufrechterhalten. Ein fortgesetzter Trend hin zur verstärkten verhältnispräventiven Ausrichtung der BGF ist aus den Daten allerdings nicht abzulesen – eher das Gegenteil: So ist der Prozentsatz derjenigen Fälle von BGF, bei denen es (auch) um Maßnahmen zur *Verhältnisprävention* ging (s. Abb. 1, erste und dritte Balkengruppe von oben) von 44,9% auf 41,0% zurückgegangen, während die ausschließlich verhaltenspräventiv ausgerichteten Aktivitäten einen Anteilszuwachs von 27,9% auf 31,5% verzeichnen. Selbst die größeren Betriebe ab 500 Beschäftigten sind hiervon nicht ausgenommen. Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang auch, dass die im Rahmen von BGF erfolgten verhältnispräventiven Aktivitäten sich offenbar in erster Linie (zu 43%) auf materiell-technische Aspekte der Arbeitsumgebung und der Arbeitsplatzgestaltung bezogen. „Veränderungen der Arbeits-/Betriebsorganisation“ spielen im Vergleich dazu schon eine deutlich geringere Rolle (27%), erst recht gilt dies für Maßnahmen zur „Erweiterung von Handlungs- und Entscheidungsspielräumen“, die mit einem Anteil von 5% nur marginal zu Buche schlagen.

Abb. 1: Verhältnis- und verhaltensbezogene Aktivitäten in der betrieblichen Gesundheitsförderung 2001 und 2002 (N = 1189 [2001], [1895 2002] von Krankenkassen dokumentierte Fälle von BGF)



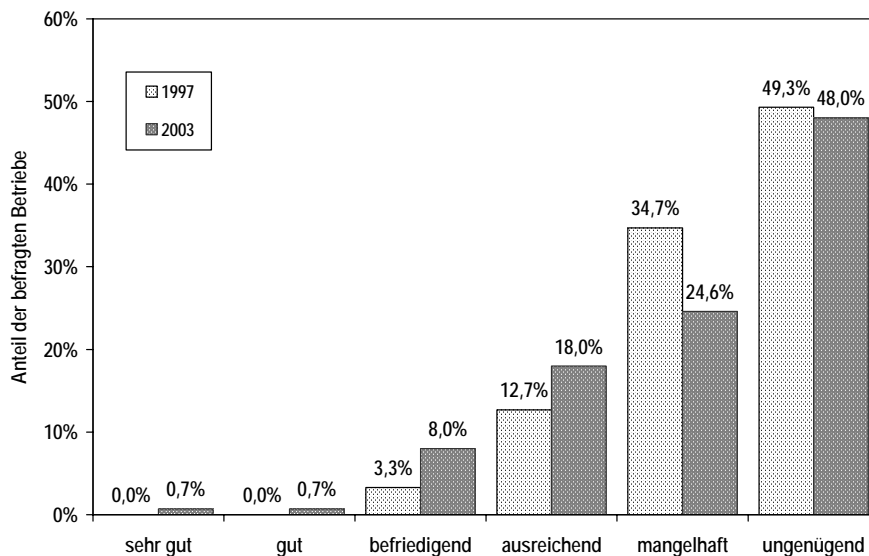
Quellen: Arbeitsgemeinschaft 2003, 2004

Die Ergebnisse des Präventionsberichts 2002 zeigen ferner, in welchem deutlichem Kontrast die BGF-Praxis zu der Dringlichkeit steht, mit der in der Präventionsdebatte das Erfordernis von *Maßnahmeevaluations* betont wird. In lediglich 42% der Fälle hat es irgendeine Form der Erfolgskontrolle gegeben, von einem nennenswerten Fortschritt gegenüber dem Vorjahr (40%) kann demnach nicht gesprochen werden. Dass selbst unter Großbetrieben ab 1500 Beschäftigten, die doch eigentlich über entsprechende Möglichkeiten verfügen müssten, nur eine Minderheit (47%) eine BGF-Erfolgskontrolle durchgeführt hat, bringt den unbefriedigenden Stand auf diesem Gebiet besonders deutlich zum Ausdruck. Betrachtet man zudem die Indikatoren, anhand derer die Erfolge von BGF hauptsächlich beurteilt werden, treten die Defizite der Evaluationspraxis vollends zutage: Schon der schlichten Frage, ob sich im Zuge der BGF-Aktivitäten die Arbeitsplatzstrukturen und Arbeitsabläufe verbessert haben, wird vergleichsweise selten nachgegangen (22,5% bzw. 27,3% der Fälle mit Erfolgskontrolle), Vorher-Nachher-Analysen von Gesundheits- und Belastungsparametern können sogar als echte Ausnahmeerscheinung gelten (6,7%). Stattdessen begnügt man sich häufig damit, die Zufriedenheit des Arbeitgebers oder der Beschäftigten mit der Intervention abzufragen (61,6% bzw. 52,7% der Fälle mit Erfolgskontrolle), die Akzeptanz bzw. Inanspruchnahme von Maßnahmen festzustellen (58,6%) oder auf Verbesserungen des Krankenstandes zu schauen (50,9%).

Der Nachteil der vorstehenden Daten ist, dass sie ausschließlich etwas über BGF-Aktivitäten besagen, die von Krankenkassen als solche rubriziert und getragen werden. Außerhalb dieses institutionellen Kontextes stattfindende BGF wird hierdurch nicht erfasst,

sie muss direkt bei den Betrieben erhoben werden. Zu den wenigen sozialwissenschaftlichen Studien, in denen dies geschehen ist, zählt die Arbeit von *Ulmer/Gröben* (2004). Dabei handelt es sich um eine Wiederholungsbefragung in hessischen und thüringischen Betrieben (Metallverarbeitung und Handel/Banken/Versicherungen; 50 und mehr Beschäftigte), die bereits im Jahre 1997 an einer analogen Fragebogenuntersuchung (Gröben/Bös 1999) teilgenommen hatten. Im Rahmen der Erhebung wurde den Betrieben eine umfangreiche Liste von Maßnahmen aus folgenden Bereichen vorgelegt: Problem-/Bedarfsanalyse (Gefährdungsbeurteilungen, Belastungsanalysen, Fehlzeitauswertungen, Mitarbeiterbefragungen u.a.m.), Verhaltensprävention (z.B. Bewegungs-, Suchtpräventions-, Entspannungs- und Ernährungsprogramme), Qualifizierung (Führungskräfteschulung, Konfliktbewältigungsseminare, Kommunikationstraining etc.) und Verhältnisprävention (verschiedene Verbesserungen der Arbeitszeit-, Arbeitsorganisations- und Arbeitsplatzgestaltung). Hierzu sollten – falls zutreffend – jeweils Angaben bezüglich des Umsetzungsstandes gemacht werden (in der Vergangenheit durchgeführt/abgeschlossen, in Erprobung, Durchführung ab und zu, routinemäßige Durchführung, Durchführung geplant). Den einzelnen Item-ausprägungen wurden – je nach eingeschätzter Bedeutung der betreffenden Maßnahme unterschiedlich gewichtete – Punktwerte zugeordnet und daraus ein Gesamtindex zur Beurteilung des Niveaus der BGF-Praxis gebildet, wobei eine Maximalpunktzahl von 100 erreicht werden konnte.

Abb. 2: Niveau betrieblicher Gesundheitsförderung 1997 und 2003 (Notenskala; N = 150 hessische und thüringische Betriebe mit 50 u.m. Beschäftigten aus den Branchen Metallverarbeitung und Handel/Banken/Versicherungen)



Quelle: *Ulmer/Gröben* (2004)

Im Ergebnis zeigte sich, dass Umfang, Systematisierungsgrad und Regelmäßigkeit der BGF-Aktivität alles in allem recht gering zu veranschlagen sind: Durchschnittlich kamen

die 150 erfassten Betriebe auf einen BGF-Indexwert von lediglich 21,6; gegenüber 1997 (18,8) stellt dies eine nur leichte, statistisch nicht bedeutsame Steigerung dar. Kaum mehr als ein Viertel der Betriebe (27,4%; 1997: 16,0%) erreichte auf einer (durch Transformation der Punkteskala gewonnenen) Schulnotenskala ein wenigstens „ausreichendes“ BGF-Niveau, bei einem fast ebenso großen Anteil (24,6%) waren die diesbezüglichen Aktivitäten als „mangelhaft“, bei knapp der Hälfte (48,0%) sogar als „ungenügend“ einzustufen (s. Abb. 2). Trotz gewisser Verbesserungstendenzen ist BGF also nach wie vor in nahezu drei Vierteln der untersuchten Betriebe faktisch nicht existent.⁶

In der Studie wurden allerdings auch einige Faktoren identifiziert, die die Ausprägung der BGF signifikant positiv beeinflussen. Den deutlichsten Effekt hat hier die Betriebsgröße: Mit wachsender Beschäftigtenzahl steigt der BGF-Indexwert stetig an – von äußerst niedrigen 14,9 Punkten in der Kategorie 50 bis 199 Mitarbeiter bis auf 38,6 Punkte in Betrieben mit 1000 und mehr Beschäftigten. Letztere haben auch zu zwei Dritteln ein mindestens „ausreichendes“ BGF-Aktivitätsniveau (33,4 Punkte aufwärts), während dies auf nur 13,8% der Betriebe aus der untersten Größenklasse zutrifft. Als weitere wirksame Einflussfaktoren erwiesen sich die Rate der Arbeitsunfälle (invers), die subjektive Wertschätzung des Arbeits- und Gesundheitsschutzes und die an BGF geknüpfte Nutzenerwartung, welche allgemein recht hoch ist und zuvorderst die Steigerung des Wohlbefindens der Mitarbeiter, die Anhebung der Arbeitszufriedenheit, die Senkung des Krankenstandes sowie die Erhöhung der Produktivität betrifft. Keinen systematischen Einfluss auf das BGF-Niveau hatten dagegen der regionale Standort (Bundesland), die Branchenzugehörigkeit, die Kenntnis der betrieblichen Arbeitsunfähigkeitsquote, das Vorliegen von Berufskrankheitenanzeigen und – interessanterweise – die angegebene Zahl der im Betrieb auftretenden Arbeitsbelastungen.

4 Ausblick

Den vorliegenden empirischen Daten nach zu urteilen kann weder in quantitativer noch in qualitativer Hinsicht bereits von einem zufriedenstellenden Status der BGF-Praxis gesprochen werden – zu groß der Kreis der Betriebe, in die entsprechende Aktivitäten bislang keinen Eingang gefunden haben, zu groß auch die Defizite in der konkreten Ausgestaltung und Umsetzung dieser Aktivitäten, etwa was die Berücksichtigung verschiedener Interventionsebenen (Verhaltens-/Verhältnisprävention) oder die Evaluation betrifft. Dennoch haben die im Rahmen der BGF entwickelten, ausdifferenzierten und verfeinerten Handlungskonzepte und -instrumente und die damit gemachten Interventionserfahrungen den Horizont des institutionellen wie auch des betrieblichen Umgangs mit arbeitsbedingten Gesundheitsrisiken spürbar erweitert und dafür gesorgt, dass die BGF keine vorübergehende „Modeerscheinung“ geblieben ist, sondern sich als feste Größe im System arbeitsweltbezogener präventiver Gesundheitspolitik etabliert hat. Für letzteres spricht z.B. die Existenz diverser Institutionennetzwerke auf internationaler, nationaler und regionaler Ebene, die der Weiterentwicklung und stärkeren Diffusion der BGF dienen sollen bzw. in denen dies

6 Zu in der Grundtendenz ganz ähnlichen Ergebnissen gelangte eine mit identischer Methodik durchgeführte Untersuchung in Dienststellen und Einrichtungen des öffentlichen Dienstes aus dem Jahre 2000 (Größen 2000).

zumindest eine wichtige Rolle spielt (Europäisches und Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung, Initiative Neue Qualität der Arbeit, Initiative Gesundheit und Arbeit u.a.). Auch ihre vorgesehene Einbettung in ein umfassendes Bundespräventionsgesetz⁷ lässt für die Zukunft eine stabile institutionelle Verankerung der BGF erwarten.

Konzeptionell und *praktisch* wird sich die BGF in der Auseinandersetzung mit tiefgreifenden Umbruchprozessen im System der Erwerbsarbeit bewähren müssen, welche die Problemstellungen und Interventionsbedingungen arbeitsweltbezogener Gesundheitspolitik starken Veränderungen unterwerfen. Größtenteils erst noch zu verarbeiten und zu bewältigen sind etwa die Herausforderungen, die der BGF aus den säkularen *Verschiebungen innerhalb der Wirtschafts- und Beschäftigungsstruktur* erwachsen (Ausweitung des tertiären Sektors, Bedeutungszuwachs wissens- und kommunikationsintensiver Tätigkeiten in Dienstleistung und Produktion, zunehmendes Gewicht von Klein- und Kleinstbetrieben). Als eingriffsfähig muss sich die BGF auch angesichts der Tendenz zur *Deregulierung und Entstandardisierung von Beschäftigungs- und Leistungsbedingungen* erweisen, d.h. des Vordringens vielfältiger „flexibler“ Arbeitsformen (kunden- und nachfragegesteuerte Arbeitszeiten, ergebnisorientierte variable Entlohnungssysteme, Formen neuer Selbstständigkeit, Gruppen- und Projektarbeit u.a.m.), in denen sich z.T. hohe Selbstregulierungsanforderungen mit wachsenden Unsicherheitserfahrungen und einem Trend zur Intensivierung und „Entgrenzung“ der Leistungsverausgabung verbinden (Pröll/Gude 2003). Ein zentrales Aufgabenfeld für die BGF wird sich schließlich aus der *demographischen Alterung des Erwerbstitigenpotenzials* ergeben, da diese mit wachsenden Anforderungen an eine – den allseits postulierten längeren Verbleib im Erwerbsleben überhaupt erst ermöglichende – alter(n)sgerechte Arbeitsgestaltung verbunden ist (Badura u.a. 2003).

Literatur

- Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen; Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen e.V. (MDS), 2003, 2004: Dokumentation 2001, 2002: Leistungen der Primärprävention und der betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß § 20 Abs. 1 und 2 SGB V. Bergisch Gladbach.
- Badura, Bernhard; Schell Schmidt, Henner; Vetter, Christian (Hrsg.), 2003: Fehlzeitenreport 2002. Demographischer Wandel: Herausforderung für die betriebliche Personal- und Gesundheitspolitik: Springer.
- Badura, Bernhard; Litsch, Martin; Vetter, Christian (Hrsg.), 2001: Fehlzeitenreport 2000. Zukünftige Arbeitswelten: Gesundheitsschutz und Gesundheitsmanagement. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Drupp, Michael, 2004: Betriebliche Gesundheitsförderung durch die gesetzliche Krankenversicherung. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 101, Heft 26, S. A 1881-1885.
- Gerlinger, Thomas, 2000: Arbeitsschutz und europäische Integration. Europäische Arbeitsschutzrichtlinien und nationalstaatliche Arbeitsschutzpolitik in Großbritannien und Deutschland. Opladen: Leske + Budrich.

7 Bei Manuskriptabschluss war das eigentliche Gesetzgebungsverfahren zwar noch nicht eröffnet – es lag erst ein Referentenentwurf aus dem Gesundheitsministerium vor –, jedoch wurde zu diesem Zeitpunkt eine baldige Verabschiedung des Gesetzes allgemein als wahrscheinlich betrachtet.

- Gröben, Ferdinand, 2000: Umfrage bei Führungskräften zur Prävention und betrieblichen Gesundheitsförderung im öffentlichen Dienst in Hessen und Thüringen. Universität Karlsruhe (TH), Institut für Sport und Sportwissenschaft, Institutsbericht Nr. 8. Karlsruhe.
- Gröben, Ferdinand; Bös, Klaus, 1999: Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung. Berlin: Edition Sigma.
- Hauß, Friedrich, 1983: Arbeitsbelastungen und ihre Thematisierung im Betrieb. Frankfurt a.M., New York: Campus.
- Karasek, Robert A.; Theorell, Töres, 1990: Healthy Work. Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life. New York: Basic Books.
- Kreis, Julia; Bödecker, Wolfgang, 2003: Gesundheitlicher und ökonomischer Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention – Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz. IGA-Report 3. Essen: BKK Bundesverband.
- Kühn, Hagen, 1993: Healthismus. Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den USA. Berlin: edition sigma.
- Kühn, Hagen, 1982: Betriebliche Arbeitsschutzpolitik und Interessenvertretung der Beschäftigten. Frankfurt a.M., New York: Campus.
- Lenhardt, Uwe, 2004: Der Beitrag von Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Entwicklung einer zeitgemäßen betrieblichen Gesundheitspolitik – Probleme und Entwicklungspotenziale. In: Bertelsmann Stiftung; Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.): Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik – Vorschläge der Expertenkommission (CD-ROM: Ergebnisse der Arbeitsgruppen und Expertisen). Gütersloh: Verlag Bertelsmann Stiftung.
- Lenhardt, Uwe, 2003: Bewertung der Wirksamkeit betrieblicher Gesundheitsförderung. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften, Jg. 11, Heft 1, S. 18-37.
- Lenhardt, Uwe, 1999: Betriebliche Gesundheitsförderung durch Krankenkassen. Rahmenbedingungen – Angebotsstrategien – Umsetzung. Berlin: Edition Sigma.
- Mittler, Hans; Ochs, Peter; Peter, Rudi, 1977: Anwendung arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse im Industriebetrieb. Bonn: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung.
- Osterholz, Uwe; Schott, Susanne, 2001: Das Bonus-Modellvorhaben – auf dem Weg zu einem kennzahlengesteuerten integrativen betrieblichen Gesundheitsmanagement. In: Badura et al. (2001), S. 160-175.
- Priester, Klaus, 2003: Betriebliche Gesundheitsförderung. Voraussetzungen – Konzepte – Erfahrungen. 2. Aufl. Frankfurt a.M.: Mabuse.
- Pröll, Ulrich (Hrsg.), 1998: Arbeit und Gesundheit im Kleinbetrieb. Forschungsergebnisse und Präventionserfahrungen. Dortmund: sfs.
- Pröll, Ulrich, 1991: Arbeitsschutz und neue Technologien. Handlungsstrukturen und Modernisierungsbedarf im institutionalisierten Arbeitsschutz. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Pröll, Ulrich; Gude, Dietmar, 2003: Gesundheitliche Auswirkungen flexibler Arbeitsformen – Risikoabschätzung und Gestaltungsanforderungen. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Forschungsbericht Fb 986. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Rosenbrock, Rolf, 1998: Die Umsetzung der Ottawa-Charta in Deutschland. Prävention und Gesundheitsförderung im gesellschaftlichen Umgang mit Gesundheit und Krankheit. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health P98-201. Berlin: WZB.
- Rosenbrock, Rolf, 1982: Arbeitsmediziner und Sicherheitsexperten im Betrieb. Frankfurt a.M., New York: Campus.
- Sochert, Reinhold, 2002: Klein, gesund und wettbewerbsfähig. Neue Strategien zur Verbesserung der Gesundheit in Klein- und Mittelunternehmen (KMU). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Sochert, Reinhold, 1998: Gesundheitsbericht und Gesundheitszirkel. Evaluation eines integrierten Konzepts betrieblicher Gesundheitsförderung. Betriebliches Gesundheitsmanagement und Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren Bd. 3, hrsg. v. BKK-Bundesverband. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

-
- Ulmer, Jutta; Gröben, Ferdinand, 2004: Gesundheitsförderung im Betrieb: Postulat und Realität 15 Jahre nach Ottawa – Umsetzung des Settingansatzes. Universität Karlsruhe (TH), Institut für Sport und Sportwissenschaft, Institutsbericht Nr. 25FG. Karlsruhe.
- Westermayer, Gerhard; Bähr, Bernhard (Hrsg.), 1994: Betriebliche Gesundheitszirkel. Göttingen, Stuttgart: Hogrefe.

Dr. Uwe Lenhardt
Bundesanstalt für Arbeitsschutz
und Arbeitsmedizin
Gruppe 1.1 „Grundsatzfragen der Prävention
und Forschung, Informationsmanagement“
Nöldnerstr. 40-42
10317 Berlin
Tel: +49.30.515 484 112
eMail: Lenhardt.Uwe@baua.bund.de

Uwe Lenhardt, Jg. 1960, Dr. rer. med., Dipl.-Pol. Wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Arbeitsschwerpunkte: Analyse des Systems arbeitsweltbezogener Prävention, Arbeitsschutzstrategien. Neuere Veröffentlichung: Lenhardt, Uwe; Rosenbrock, Rolf, 2004: Prävention und Gesundheitsförderung in Betrieben und Behörden. In: Hurrelmann, Klaus; Klotz, Theodor; Haisch, Jochen (Hrsg.): Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Huber, S. 293-303.