

Integrierte Gesundheitsförderung in Betrieben: Startschwierigkeiten und Lösungsvorschläge

Martin Werner

Institut für Sozial- und Präventivmedizin, Bern

Die Schweiz – ein karger Boden

In der Schweiz hat betriebliche Gesundheitsförderung heutzutage noch einen schweren Stand¹. In der Feldphase unseres Forschungsprojektes *Härzas – Gesundheitsförderung in Betrieben*² hatten wir den Eindruck, dass eines der Haupthindernisse das Misstrauen zwischen den beiden Sozialpartnern war, bzw. die Befürchtung von Betriebsleitungen und Belegschaften, Gesundheitsförderung diene v. a. dem Wohle der „Gegenseite“.

Im folgenden wird der Begriff „Belegschaft“ verwendet, wenn von arbeitstätigen Menschen in Betrieben die Rede ist. Eigentlich ist diese undifferenzierte Vereinfachung unzulässig, weil gesundheitsbezogene Arbeitsbelastungen oft geschlechtsspezifisch sind und auch bei ausländischen Arbeitskräften sowie zwischen den betrieblichen Hierarchien je unterschiedlich aussehen und entsprechend auch zu unterschiedlichen Gesundheitsdefiziten und -bedürfnissen führen^{3,4}. Gleichwohl sei hier diese Vereinfachung gestattet, um der grundsätzlichen Frage nachzugehen, ob und wieweit unternehmerische Ziele überhaupt mit gesundheitlichen Bedürfnissen und Zielen von Betriebsangehörigen vereinbar sind.

Unterschiede im Gesundheitsverständnis

Dieses gegenseitige Misstrauen als Hemmschuh betrieblicher Gesundheitsförderung könnte daraus entstehen, dass die Belegschaft und die Betriebsleitung von je verschiedenen Gesundheitsauffassungen ausgehen. Hier gilt es, Begriffsklärung zu leisten. Dabei lohnt es sich, zwei Aspekte der Gesundheit gesondert zu betrachten: „Gesundheit als Ziel“ und „Bedingungen von Gesundheit“.

Gesundheit als Ziel

Bekanntlich umfasst ja der Begriff Gesundheit ein grosses Spektrum von Inhalten: von der blossen Abwesenheit von Krankheit bis zur allumfassenden ökobiopsychosozialen Glückseligkeit der Menschheit.

Wenn wir die sozialepidemiologischen Untersuchungen zum sog. Laienverständnis von Gesund-

heit zu Rate ziehen^{5,6}, können wir stark verkürzt festhalten, dass auf Seiten der Belegschaft die Befindlichkeit und das Leistungsvermögen im Vordergrund stehen: Unter den gesundheitlichen Bedürfnissen stehen i. a. ein hohes Mass an körperlichem und seelischem Wohlbefinden und ein gutentwickeltes Leistungsvermögen an erster Stelle. Beides bedingt natürlich auch die Abwesenheit von Beschwerden und Krankheit.

Die Unternehmen dagegen sind in erster Linie am Leistungsvermögen der Betriebsangehörigen interessiert. Deren Befindlichkeit schlägt für sie besonders auffällig als Krankheit und Fehlzeiten negativ zu Buche. Positive Befindlichkeit dagegen wird nicht unbedingt als leistungssteigernde (Arbeits-) Zufriedenheit anerkannt und gefördert, sondern bisweilen sogar als leistungsbeeinträchtigende Satttheit gefürchtet. Gleichwohl lassen sich zwischen Gesundheitszielen der Belegschaft und den betrieblichen Zielen Ähnlichkeiten ausmachen, zumindest, was die Frage des erwünschten Gesundheitszustandes anbelangt. Einig sind sich beide Seiten, dass Befindlichkeit und Leistungsvermögen wichtige Komponenten darstellen.

Die Differenzen bestehen vielmehr bei den Vorstellungen, wie Gesundheit entsteht, bzw. was gesund oder krank macht:

Bedingungen von Gesundheit

Die Betriebsangehörigen erleben tagtäglich, dass ihre Befindlichkeit und ihre Leistungsfähigkeit durch betriebliche Belastungen wie z. B. Zeitdruck, inkompetente Vorgesetzte und Kollegen oder mangelnde Anerkennung beeinträchtigt werden.

Die oberen Kader sehen dies dagegen häufig anders: der Mensch ist Schmied seines eigenen gesundheitlichen Glücks, und allfällige gesundheitliche Probleme entstehen doch bekanntermassen und offensichtlich selbstverschuldet durch ungesunde Ernährung, mangelnde Bewegung in der Freizeit und Genussmittelmissbrauch (Alkohol und Nikotin).

Beide Seiten haben recht – wenigstens zum Teil: Sowohl die betrieblichen *Verhältnisse*, als auch das *Gesundheitsverhalten* sind ausserordentlich gesundheitswirksam.

Diese unterschiedlichen Auffassungen bringen die Gefahr mit sich, dass durch gegenseitige, aus-

schliessliche Schuldzuweisung jegliche Gesundheitsförderung blockiert wird, obgleich der Betrieb als wichtiger Lebensort auch ein geradezu prädestinierter Ort für Gesundheitsförderung wäre.

Hier fällt den involvierten Gesundheitswissenschaftler die Aufgabe zu, eine konstruktive Diskussion in Gang zu bringen: Zum einen kann sie nachweisen, dass bei den Gesundheitsbedingungen positive Veränderungen im Verhalten und in den betrieblichen Verhältnissen möglich und nötig sind. Zum anderen kann sie die Bereitschaft zu solchen Veränderungen erhöhen, indem sie aufzeigt, welche positiven Gesundheitsziele mit betrieblicher Gesundheitsförderung angestrebt werden, was also beide Seiten dabei gewinnen können. Nachfolgend werden diese konzeptuellen Überlegungen skizziert. Zuvor müssen aber noch die an sich unbestrittenen Zielbereiche Befindlichkeit und Leistungsvermögen um wichtige Aspekte der Gesundheit erweitert werden:

- Gesundheit ist nicht nur blosser Selbstzweck, sondern (v. a. in Form von Leistungsvermögen) Voraussetzung fürs Erreichen anderer Ziele – dies gilt sowohl für die Belegschaft, wie für die Betriebe.
- Leistungsfähigkeit ist nicht nur im Dienste des Arbeitsplatzes zu optimieren, sondern ebenso im Dienste der eigenen Weiterentwicklung, zur Befriedigung sozialer Bedürfnisse und zur Erfüllung sozialer Aufgaben in Familie, Freundeskreis und Gemeinde.
- Etwas, was praktisch der gesamten Spezies Mensch ausserordentlich schwer fällt: das Denken in längeren Zeiträumen – Gesundheitsförderung ist eine lebenslange Aufgabe.

Für die Betriebsangehörigen wie für die Betriebsleitung hat dies nun folgende Konsequenzen:

Massnahmen

Verhaltensprävention

Die Gesundheitswissenschaften müssen und dürfen den Betriebsangehörigen gegenüber nicht verschweigen, dass das lebenslange individuelle und auch das kollektive Gesundheitsverhalten (Ernährung, Bewegung, Erholung, Sozialkontakte und Genussmittelgebrauch) einen entscheidenden Beitrag an die Entwicklung von Gesundheit und Krankheit leisten.

Erfahrungsgemäss sind Menschen oft erst dann bereit, ihren Lebensstil zu verändern, wenn „etwas weh tut“, d. h., wenn die negativen Konsequenzen spürbar werden. Bekanntlich sind solche Beschwerden aber oft bereits Anzeichen für irreversible Schäden. – Wie sollen junge Erwachsene im Alter von zwanzig bis dreissig Jahren dafür gewonnen werden, bei der Gestaltung ihres Lebensstils die Befindlichkeit und das Leistungsvermögen ihres

gesamten späteren Lebens bis weit über die Pensionierung hinaus im Auge zu behalten? Dies ist für die Gesundheitsforschung und die Erwachsenenbildung eine ausserordentliche Herausforderung und eine bis heute nur ansatzweise gelöste Aufgabe. Das oft verpönte Risikofaktorenmodell kann hier eine wichtige Aufklärungsfunktion erfüllen, indem es auf Zusammenhänge zwischen Lebensstil und späterem Gesundheitszustand hinweist. Mittlerweile ist ja hinlänglich bekannt, dass dieses Risikofaktorenkonzept als Gesundheitsförderungsmassnahme bei weitem nicht ausreicht, sondern dass u. a. kollektive Normen und äussere Lebensbedingungen das Gesundheitsverhalten viel stärker beeinflussen als das blosses Wissen um potentielle Schädlichkeit. Demzufolge gehören zu jedem Versuch, den Lebensstil positiv zu beeinflussen, nicht nur die Information über allfällige Risiken, sondern auch das Angebot attraktiver Verhaltensalternativen und v. a. die Veränderung der Lebensbedingungen (Verhältnisprävention).

Verhältnisprävention

Auf Seiten der Betriebsleitungen finden wir immer weit offene Ohren und vollen Konsens, wenn wir Leistungsfähigkeit als Ziel betrieblicher Gesundheitsförderung deklarieren.

Mehr Mühe macht auch hier die Langzeitperspektive. Der Sprecher der Bundesvereinigung der deutschen Arbeitgeberverbände schilderte vor einem Jahr an einer internationalen Fachtagung die Bedenken des von ihm vertretenen Interessenkreises gegenüber betrieblicher Gesundheitsförderung:

„Der Betrieb versteht sich nicht als Gesundbrunnen der Gesellschaft. Erfolg wird der betrieblichen Gesundheitsförderung auf Dauer nur beschieden sein, wenn auch Aufwand und Ertrag in einem angemessenen Verhältnis zueinander stehen⁷“.

Es war der Schlusssatz seines Referates; er konnte deshalb nicht näher darauf eingehen, welche Dauer er meinte – für viele Betriebe ist es leider nur der nächste Jahresabschluss. Immerhin blicken fortschrittliche Firmen schon ins nächste Jahrtausend; Ciba-Geigy z. B. mit ihrem Konzept „Vision 2000“ verändern schon seit einigen Jahren ihre Betriebsstruktur aufgrund von Zukunftsentwürfen, die sich über 10 bis 15 Jahre erstrecken. – Es sei allerdings daran erinnert, dass wir in der Verhaltensprävention den Individuen noch ganz andere Voraussetzungen zumuten: wie erwähnt, erwarten wir von einem 30-jährigen Menschen Verhaltensveränderungen, deren Aufwands-/Ertrags-Verhältnis vielleicht erst in 30–35 Jahren zu ermassen sein wird. Der Betrieb als Gesundbrunnen – warum denn eigentlich nicht? Müssen denn Arbeitsverhältnisse so beanspruchend sein, dass sie gerade noch nicht krank machen? Oder können sie nicht im Gegenteil sogar gesundheitsfördernd gestaltet werden? Könn-

te es nicht sein, dass ein solcher betrieblicher Gesundbrunnen nicht nur der Allgemeinheit nützt, sondern auch Gesundes resp. sogar Überlebenswichtiges für den Betrieb selbst abwirft?

Ein Betrieb, der seine Angehörigen als sein wertvollstes Kapital betrachtet und der dauernd strukturelle Anstrengungen unternimmt, um ein gutes Betriebsklima zu fördern, wird sehr bald über ein Reservoir an qualifizierten Fachkräften verfügen, die leistungswillig und anpassungsfähig sind, weil sie sich mit ihrer Arbeit und ihrem Arbeitsort identifizieren. Die wissenschaftliche Untersuchung entsprechender Projekte bestätigt dies: Es resultieren Verbesserungen in der Kommunikation und Kooperation, erhöhte Mitarbeiterzufriedenheit und höhere Leistungsmotivation mit quantitativ oder qualitativ verbesserten Arbeitsergebnissen⁸. All dies sind angesichts der unsicheren Wirtschaftslage nicht zu verachtende Potentiale für die Betriebe! Deshalb ist Verhältnisprävention nicht nur ein Akt reiner Nächstenliebe, sondern könnte durchaus eine ökonomisch vernünftige Strategie darstellen.

Vorschläge zur Umsetzung

Integrierte betriebliche Gesundheitsförderung

Zeitgemäße betriebliche Gesundheitsförderung soll optimalerweise „integriert“ erfolgen^{9,10}. Die Fachwelt ist sich heute einig, dass zumindest drei Aspekte legitimerweise und wissenschaftlich begründbar zum integrierten Ansatz gehören¹¹:

Eine erfolgversprechende betriebliche Gesundheitsförderung

- integriert Bedürfnisse der Belegschaft mit Bedürfnissen des Betriebes, d.h. sie setzt bei den Bedürfnissen der Belegschaft an, ohne die Erfordernisse des Betriebes zu vernachlässigen,
- fördert sowohl das individuelle Gesundheitsverhalten (*Verhaltensprävention*), als auch betriebliche Strukturen, die der Gesundheit zuträglich sind (*Verhältnisprävention*),
- wirkt so, dass Gesundheit ein Bestandteil der Unternehmenskultur wird; d.h. die Gesundheitsförderung ist idealerweise in die Firmenpolitik integriert¹⁰.

Betriebliche Gesundheitsförderung als Entwicklungsprozess

Integrierte Gesundheitsförderung ist ein komplexes Geschehen, das sich schrittweise entwickeln muss und das u. a. auch eine permanente Abstimmung

unter den Beteiligten erfordert. Z. B. resultiert nur schon die vorgeschlagene Einigung auf ein gemeinsames Ziel und auf beidseitig akzeptierte Ansatzpunkte der Gesundheitsförderung notwendigerweise aus einem Verhandlungsprozess zwischen Betriebsleitung und Belegschaft.

Dabei ist erforderlich, dass beide Seiten bereit sind, den je eigenen Anteil an der Entstehung resp. Bedrohung von Gesundheit anzuerkennen und ggf. zu verändern.

Dieses Aushandeln von Zielen und Ansatzpunkten der Gesundheitsförderung wird immer wieder stattfinden müssen, da sich alle Beteiligten stetig wandeln: Betriebsangehörige werden älter, machen Karriere oder verlassen den Betrieb; der Betrieb erhält neue Führungskräfte und muss sich den wirtschaftlichen Gegebenheiten anpassen; Gesundheitsprofis werden vielleicht für eine gewisse Zeit angestellt und dann durch betriebseigene Verantwortliche abgelöst etc.

Als Arbeitsform für diesen permanenten Aushandlungsprozess haben sich v. a. in Deutschland betriebsinterne Arbeitsgruppen bewährt, wie z. B. der sog. „Arbeitskreis Gesundheit“¹². Eine solche Gruppe setzt sich aus Vertretern der Betriebsleitung, der Belegschaft und aus Fachkräften für Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung zusammen. Sie steuert auch alle weiteren Gesundheitsaktivitäten. Denn die erwähnten Einigungsprozesse sind ja nur Voraussetzung dafür, dass in der Folge eigentliche Innovationen geplant, implementiert, evaluiert und gesteuert werden können. Auf diese nachfolgenden Aufgaben wird an anderen Orten näher eingegangen¹³.

Schlussfolgerung

Als Beitrag zum Aushandlungsprozess zwischen Betriebsleitung und Belegschaft auf der Suche nach Zielen und Ansatzpunkten betrieblicher Gesundheitsförderung schlagen wir also vor, neben dem Wohlbefinden durchaus auch Leistungsfähigkeit als Ziel zu definieren, aber den Fokus örtlich und zeitlich über den Betriebsrahmen hinaus zu erweitern: für die Betriebsangehörigen geht es um eine Erhaltung der Leistungsfähigkeit auch in ihrem Privatbereich und bis weit über die Pensionierungsgrenze hinaus und für die Betriebe ums Erleben der Jahrtausendwende und ums Überleben eines EG-Beitritts resp. Nicht-Beitritts. Diese Sichtweise könnte es ermöglichen, den Betrieb weniger als Schlachtfeld unvereinbarer Interessenskonflikte zwischen einer „leistungsscheuen“ Belegschaft und einer „profitgeilen“ Betriebsführung zu sehen, sondern vielmehr als einen Lebensort, wo langfristige individuelle Gesundheits-Ziele sich mit langfristigen betrieblichen Zielen treffen. Wie gesagt: Der

Betrieb als Gesundbrunnen der Gesellschaft – warum denn eigentlich nicht?

Zusammenfassung

Integrierte betriebliche Gesundheitsförderung berücksichtigt die Bedürfnisse sowohl der Belegschaft wie auch des Betriebes. Sie setzt am Gesundheitsverhalten und den betrieblichen Verhältnissen an. Sie beschränkt sich nicht auf Einzelaktionen, sondern bemüht sich in einem kontinuierlichen Prozess darum, dass die Gesundheit der Belegschaft integrierter Bestandteil der Firmenpolitik wird und bleibt. Ein Haupthindernis betrieblicher Gesundheitsförderung ist das gegenseitige Misstrauen von Betriebsleitung und Belegschaft. Deshalb müssen vor und während der eigentlichen Gesundheitsaktivitäten die interessierten Betroffenen und Beteiligten immer wieder aushandeln, inwiefern es darum geht, die Leistungsfähigkeit der Betriebsangehörigen den Anforderungen des Betriebes bzw. die betrieblichen Verhältnisse dem gesundheitlichen Wohlbefinden der Belegschaft anzupassen. Als Lösung dieses Dilemmas werden eine Erweiterung des Leistungsbegriffs und der Einbezug der Langzeitperspektive vorgeschlagen, was letztlich beiden Sozialpartnern zugute kommen dürfte.

Résumé

Promotion de santé intégrée dans des entreprises

La promotion de santé intégrée dans les entreprises s'oriente aussi bien sur les besoins des employés que sur les besoins des entreprises; elle s'adresse au comportement de santé et aux conditions organisationnelles et remplace des actions isolées par un processus permanent afin de faire de la santé des employés une partie intégrale de la politique opérationnelle de l'entreprise. Un des obstacles principaux semble être la méfiance entre les employés et les employeurs. Pour cette raison il est indispensable que durant ce processus, les deux parties sachent à quel point il s'agit d'adapter l'efficacité des employés aux besoins de l'organisation et à quel point il faut changer les conditions structurelles de l'entreprise en faveur du bien-être de ses employés. Une notion élargie de l'efficacité et de la perspective à long terme est discutée.

Summary

Integrated worksite health promotion

Integrated worksite health promotion takes into account as well the demands of employees as those

of the enterprises and at the same time applies to both, health behaviour and operational conditions of the companies. It is not restricted to a singular action but makes a continuous effort to promote the health of employees as an integrated part of employers' planning and politics. Apprehension between employers and employees seems to be one of the key obstacles of worksite health promotion. Therefore both sides have to keep negotiating to what extent health promotion has to improve efficiency of employees in respect to enterprises or how far operational conditions have to be adjusted to suit the well-being of personnel. A possible solution to solve this dilemma would be a widening of the conception of efficiency and incorporating of long-term thinking.

Literaturverzeichnis

- 1 *Buchmann H.* Betriebliche Gesundheitsförderungsprogramme: Entwicklungstendenzen in der Schweiz. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Hrsg. Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. Köln, 1992:87–89.
- 2 *Noack H, Werner M, Calmonte R, Junker C, Strub B.* Health Promotion in the Workplace: A Randomized Trial in Improving Health and Reducing Risk of Chronic Disease. AGF-Projektberichte, 91/1. Bern: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität, Abteilung für Gesundheitsforschung. 1991:57 pp.
- 3 *Marmot MG, Kogevinas M, Elston MA.* Socioeconomic Status and Disease. In: Badura B, Kickbusch I, eds. Health Promotion Research. WHO Regional Publications. European Series No. 37. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. 1991:113–146.
- 4 *Meier C.* Funktionieren und Widersprechen. Grundlagen zu einer (frauen-)gerechten Gesundheitsförderung. Arbeitsberichte der Abteilung für Gesundheitsforschung. Bern: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität. 1993:67 pp.
- 5 *Bengel J, Belz-Merk M.* Subjektive Gesundheitskonzepte. In: Schwarzer R, Hrsg. Gesundheits-Psychologie. Göttingen: Hogrefe, 1990:105–115.
- 6 *Spijk P.* Definition und Beschreibung der Gesundheit. Ein medizinhistorischer Überblick. Muri: SSGP, 1991:112 pp.
- 7 *Müller E.* Gesundheit als Unternehmensaufgabe aus der Sicht der Arbeitgeber. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Hrsg. Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. Köln, 1992:19–22.
- 8 *Sochert R, Slesina W.* Gesundheitszirkel und andere Beteiligungsverfahren betrieblicher Gesundheitsförderung. Einführung und Zusammenfassung der Ergebnisse. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Hrsg. Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. Köln, 1992:63–65.
- 9 *Noack H, Conrad G, Werner M.* Entwicklung einer gesundheitsfördernden Unternehmenspolitik. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Hrsg. Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. Köln, 1992:27–29.
- 10 *Hildebrandt H.* Gesundheitsfördernde Unternehmenspolitik der Zukunft: Gesundheitsförderung nach innen und aussen. In: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Hrsg. Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. Köln, 1992:130–134.
- 11 Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Hrsg. Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. Köln, 1992:144 pp.
- 12 Anonymous. Arbeitskreis „Gesundheit im Betrieb“. Europäisches Informationszentrum „Gesundheitsförderung im Betrieb“ beim Bundesverband der Betriebskrankenkassen. Gesundheitsförderung im Betrieb, News 1991; 1; 2.

- 13 *Werner M, Noack H.* Betriebliche Gesundheitsförderung als Entwicklungsprozess. Arbeitsberichte der Abteilung für Gesundheitsforschung. Bern: Institut für Sozial- und Präventivmedizin der Universität. 1993.

Yuka Nakamura für die wertvollen Anstösse und Hinweise sowie Katharina Meier und Theres Schütz-Fivian für die technische Unterstützung!

Danksagung

Der Verfasser dankt Horst Noack für die beratende Mitwirkung bei der Konzeption, sowie dem Forschungsteam: Nicole Bachmann, Heinz Bolliger, Roland Calmonte, Bernhard Cloetta, Ivo Foppa, Bettina Isenschmid Gerster, Claudia Meier und

Korrespondenzadresse:

Martin Werner
Abteilung für Gesundheitsforschung
Institut für Sozial- und Präventivmedizin
Universität Bern
Finkenhubelweg 11
CH-3012 Bern/Schweiz