

Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt

Marion Schneider

Zusammenfassung

Es werden die gesellschaftlichen, politischen und betrieblichen Rahmenbedingungen der Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt Deutschlands unter Einbeziehung internationaler Trends dargestellt. Die wesentlichen künftigen Entwicklungslinien werden herausgearbeitet.

Gesundheitsförderung

Gesundheitsförderung ist ein Gestaltungskonzept, welches über die Prävention hinausgeht. Sie „... zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“ (Ottawa Charta 1986). „Eine Gesundheitsförderung beinhaltet also gegenüber anderen präventiv ausgerichteten Maßnahmen, daß nicht nur der Schutz der Gesundheit oder die Reduzierung von Risikofaktoren intendiert wird, sondern daß die Beschäftigten selbst aktiv für die Förderung ihrer Gesundheit eintreten können. Betriebliche Gesundheitsförderung setzt somit Mitbestimmung der Beschäftigten voraus“ (Bamberg, Duck u. Metz 1998, 19)

Gesundheit

Gesundheit ist in diesem Zusammenhang nicht als Zustand eines Menschen zu sehen, sondern als Fähigkeit zur Situationsbewältigung (vgl. Badura 1996, 228). Die ersten wesentlichen Entwicklungslinien dieser „Saluto-Genese-Vorstellung“ entwickelten der israelische Medizin-Soziologe Aaron Antonovsky (1979/1987) und der Trierer Gesundheitspsychologe Peter Becker (1991). An zentraler Stelle in diesem Modell steht das individuelle Lebensgefühl, die

Lebenseinstellung des einzelnen. Es handelt sich nach Antonovsky um ein Gefühl des Vertrauens,

- daß die im Verlaufe des Lebens auftretenden Belastungen strukturiert, vorhersagbar und erklärbar sind (Gefühl der Strukturiertheit des Lebens oder „comprehensibility“)
- daß man über die Möglichkeiten verfügt, den Anforderungen, die durch die Belastungen ausgelöst werden, gerecht zu werden (Gefühl der Beherrschbarkeit des Lebens oder „manageability“)
- daß diese Belastungen Herausforderungen darstellen, die es wert sind, etwas zu investieren und sich zu engagieren (Gefühl der Sinnhaftigkeit des Lebens oder „meaningfulness“) (vgl. Bös 1996).

Gesundheit ist also ganz entscheidend das Ergebnis von Lebenseinstellung und von persönlichen Werten.

Betriebliche Gesundheitsförderung

Die bisherigen wissenschaftlichen Arbeiten im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung kommen eindeutig zu dem Schluß, daß eine ganzheitliche Betrachtung der Lebensumstände des einzelnen notwendig ist, um Gesundheit zu erzielen oder zu erhalten (Bamberg, Duck u. Metz 1998, 18ff; Stokols, Pelletier u. Fielding 1996). Zu berücksichtigen sind:

- die somatischen und psychosozialen Aspekte der Gesundheit
- die Merkmale der Arbeit, die auf das Wohlbefinden, die Qualifizierung und die Handlungsfähigkeit des Beschäftigten Einfluß haben
- verhaltens- und verhältnisbezogene Maßnahmen im Unternehmen (verhaltensbezogene Maßnahme: z. B. eine Rückenschule, verhältnisbezogene Maßnahme: z. B. Arbeitsplatzgestaltung)

- Mitwirkung/Mitbestimmung im Betrieb

In der WHO-Charta 1996 bereits wird der Begriff Gesundheitsförderung im Zuge der Aktion „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ verabschiedet. Hier wird die Forderung aufgestellt, daß ein Arbeitsplatz als Quelle der Gesundheit dienen soll. 1989 hat die Europäische Union mit der Rahmenrichtlinie über „Die Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer bei der Arbeit“ einen erweiterten Arbeits- und Gesundheitsschutz verabschiedet. Der Arbeitgeber wird verpflichtet, für die Sicherheit und den Gesundheitsschutz der Arbeitnehmer in bezug auf alle Aspekte, die die Arbeit betreffen, zu sorgen (vgl. Bamberg, Duck u. Metz 1998, 22). Gesundheitsförderung ist seit den 80er Jahren immer mehr in den Mittelpunkt gesundheitspolitischer Überlegungen gerückt. Standen anfangs eher die Risikofaktoren wie z. B. Unfallauslöser oder Krankmacher wie z. B. das Rauchen im Mittelpunkt der Überlegungen, Untersuchungen und Arbeiten, so entwickelte sich in den 90er Jahren immer mehr ein ganzheitliches Gesundheitsverständnis. Dies ist bestens dokumentiert durch die beiden Tagungen der Volkswagen-AG zum Thema Gesundheitsförderung 1989 und 1996 in Wolfsburg. Sie dokumentieren zugleich die vereinten Anstrengungen von Wissenschaft und Praxis für eine bedürfnisgerechte Arbeitswelt.

Betriebliche Anforderungen

In vielen deutschen Großunternehmen hat sich in diesem Jahrzehnt das Wissen um die kostensparenden Effekte von präventiven Maßnahmen wie auch die Sorge um den Gesundheitsstand der Mitarbeiter in gesundheitsfördernde Investitionen umgesetzt. Die Entwicklung dieses Prozesses

wurde seitens der Politik unterstützt und vorangetrieben. Forschungsprogramme wurden entwickelt und Forschungsgelder zur Verfügung gestellt. Durch den § 20 SGB V vom 20.12.1988 wurden Umwelt und Betriebe zum Mitgestaltungsfeld der Krankenkassen in Sachen Gesundheit. Es entwickelte sich eine zunehmende Kompetenz der Krankenkassen in diesem Bereich, die sich sehr gut manifestiert in den Broschüren und Arbeiten des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen. Das erworbene Wissen und dessen Instrumentarium hinsichtlich betrieblicher Gesundheitsförderung wurde allen Unternehmen angeboten und basiert auf dem klassischen Wissen des Dreischritts von Analyse, Diagnose und Intervention. Fragebögen, Anleitungen für Gesundheitszirkel und Arbeitskreise Gesundheit sowie qualifizierte Beratung wurden angeboten und qualitätssichernde Maßnahmen der Evaluation angedacht und begonnen.

Gesundheitsberichterstattung

Besonders große Effekte bis heute konnten im Bereich der betrieblichen Gesundheitsberichterstattung erzielt werden. So wurden die Arbeitsunfähigkeitsdaten der Unternehmen unter Wahrung des Datenschutzes zentral gesammelt und die Erkenntnisse der bereits 1994 über 130 Berichte in Unternehmen der Öffentlichkeit kontinuierlich zur Verfügung gestellt (Schröer u. Sochert 1994, Zoike, 1996).

Politische Rahmenbedingungen

Seit 1996 haben sich die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für die Gesundheitsförderung gravierend verschlechtert. Im Bereich der Rehabilitation wurde durch die Kampagne Fango-Tango die bisher gesellschaftlich vereinbarte positive Grundeinstellung zur Rehabilitation zerstört, und es wurden im Zuge der Kostendämpfung Maßnahmen institutionalisiert, die die Möglichkeiten einer Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen zusätzlich einschränkten. So wurden und werden Rehabilitationsanträge durch den Medizinischen

Dienst der Krankenkassen selbst dann abgelehnt, wenn sie vom Arzt und der Krankenkasse befürwortet werden. Mit dem Beitragsentlastungsgesetz vom 01.11.1996 wurde die Prävention aus dem Maßnahmenkatalog der Pflichtaufgaben der Krankenkassen wieder gestrichen – so jedenfalls war zunächst das Verständnis der Gesetzesänderung. Auch hier wurde ein angeblicher Mißbrauch von Versicherungsgeldern im Bereich der Prävention durch Krankenkassen für diese Maßnahme als Anlaß genommen. Jeder soll, so die propagierte politische Auffassung, nunmehr für die eigene Gesundheit selbst verantwortlich sein. Streng genommen entfällt somit auch die Anforderung an die einzelnen Unternehmungen, sich mit dem Gesundheitszustand ihrer Mitarbeiter zu beschäftigen.

Diese politische Entscheidung, getroffen vor etwa eineinhalb Jahren, hat die hoffnungsvollen Entwicklungen einer kleinen, kompakten Branche zerstört. Die wenigen Präventionswissenschaftler und in der Prävention Beschäftigten sind vielfach in ihrer Existenz bedroht. Arbeitsverträge wurden aufgelöst oder befristet, und ganze Abteilungen sind vollständig verschwunden. So gibt es beispielsweise das Gesundheitsberatungszentrum der Betriebskrankenkasse Bayer-Leverkusen nicht mehr. Begründung am Telefon: Die Prävention wurde vom Gesetzgeber gestrichen.

Ich möchte die These aufstellen, daß wir es momentan mit dem Kampf zweier sich ausschließender politischer und struktureller Systeme zu tun haben. Da stehen die Interessen einer mächtigen Industrie und eines großen Dienstleistungssektors, welche beide von der Krankheit der Menschen leben. Demgegenüber hat sich die Branche der Prävention wie auch der Rehabilitation zum Ziel gesetzt, den Menschen gesund zu erhalten bzw. ihn dahingehend zu trainieren. Diesem Widerspruch muß sich die Politik stellen, ob sie will oder nicht. Besonders widersprüchlich sind die 1996 getroffenen politischen Entscheidungen auch wegen folgender Trends:

Unternehmen brauchen Gesundheitsförderung

Es liegen inzwischen eindeutige Belege in großer Zahl, beginnend mit Studien am

Anfang der 80er Jahre, vor, die den volkswirtschaftlichen wie betriebswirtschaftlichen Nutzen von Präventionsprogrammen wissenschaftlich fundieren. Ich verweise hier zunächst auf die größte zusammenhängende Studie der Stanford University School of Medicine unter *Kenneth R. Pelletier* (1997). Diese Artikelsammlung stellt die aktuellste und vollständigste Übersicht über die gesundheitlichen und finanziellen Auswirkungen bestehender Gesundheitsförderungsprogramme am Arbeitsplatz dar. Sie liefert eine tabellarische Zusammenfassung mit Angabe von Zweck, Gestaltung, Stichprobenumfang, Stichprobenbeschreibung, Stichprobenauswahlprotokoll, Dauer der Untersuchung, Bemessungsgrundlage der Auswirkung, Ergebnissen und Quellenangaben für 77 Studien, die sich mit den gesundheitlichen und finanziellen Auswirkungen umfassender Gesundheitsförderungsprogramme am Arbeitsplatz befassen. Ähnliche Untersuchungen gibt es in Deutschland, nur nicht in dieser Form zusammengestellt. Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz rechnet sich – und die von Stanford aufgearbeiteten Studien wurden größtenteils von den Unternehmen selbst finanziert, da diese ein elementares Interesse an dem Kenntniserwerb hatten und haben.

Exemplarisch möchte ich zum einen die Aktivitäten von *Johnson u. Johnson* seit dem Ende der 70er Jahre benennen. Dieses Unternehmen ist weltweit führend im Bereich von Gesundheitspflegeprodukten (Health Care Products) und sah sich zu diesem Zeitpunkt mit rasch steigenden Ausgaben für die Krankheiten seiner Mitarbeiter konfrontiert. Das Unternehmen entschied sich deshalb zu eigenen Ausgaben im Bereich von Lebensstil-Änderungsprogrammen (lifestyle change programs) über einen Zeitraum von drei Jahren, und es konnten signifikante Änderungen bezüglich der Gesundheitsrisiken schon nach einem Jahr und bezüglich der Höhe der Krankheitskosten nach zwei bis drei Jahren festgestellt werden. Darüberhinaus verweist die Studie auf die nicht evaluierten, aber wahrscheinlich noch wesentlich höheren positiven Effekte im Bereich der Produktivitätssteigerung, sowohl der einzelnen Mitarbeiter als auch der Abteilungen (*Fielding* 1994).

Und in diesem Sinne sagt der Vorstandsvorsitzende der VW Betriebskrankenkassen 1996: „Wir sehen die Gesundheitsförderung als ein Instrument an, um unsere Versicherten gesund zu erhalten und somit langfristig Kosten zu verringern. Damit meinen wir auch die Kosten des Unternehmens. Wir sehen uns als dem Unternehmen Volkswagen verbundene Krankenkasse aufgefordert, künftig noch mehr in die betriebliche Gesundheitsförderung zu investieren“ (Henker 1996).

Gesundheitspolitik fordert Gesundheitsförderung

Weltweit spiegelt sich in Erklärungen von WHO wie auch der Europäischen Gemeinschaft der Trend wieder, Prävention und Rehabilitation einen größeren Stellenwert beizumessen. Die Politik in Deutschland hingegen schaltet um auf den Rückwärtsgang und entledigt sich somit ihrer möglichen Orientierungsfunktion.

Volkswirtschaft braucht Gesundheitsförderung

Die Kosten für fehlende Prävention werden immer gravierender und höher. Ich verweise hier nur auf den Band 27 der Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit „Ernährungsabhängige Krankheiten und ihre Kosten“ von 1993, welcher einen Vergleich mit den Ergebnissen des Jahres 1980 ermöglicht. Das Ansteigen der Kosten für verhaltensbedingte Krankheiten führt jedoch nicht zu einer stärkeren Investition in deren Verhütung. Diese kann nur politisch erfolgen. Ich möchte deshalb an dieser Stelle die Forderung nach dem Aufbau einer Präventionsindustrie stellen, welche alle Bereiche gesellschaftlichen Lebens und insbesondere auch die betriebliche Gesundheitspolitik mit berücksichtigt. So sagt der Sprecher des Gesamtbetriebsrats der Volkswagen-AG 1996: „Betriebliche Gesundheitsförderung kann selbst bei optimalem Funktionieren nur dann wirksam sein, wenn außerbetriebliche Lebensumstände nicht deren positive Wirkung neutralisieren. Persönliche Lebenskrisen mit gesundheitlichen Folgen innerbetrieblich aufzufangen, ist in den meisten Fällen unmöglich. Aber auch außerbetrieblich sind vielfältige Maßnahmen denkbar, die in einem guten Ergän-

zungsverhältnis zur betrieblichen Gesundheitsförderung stehen können“ (Bartels 1996).

Diese Aussage ist vielfach wissenschaftlich belegt, wie der Tagungsband und auch Arbeiten aus den USA (Stokols, Pelletier u. Fielding 1996) zeigen. Ein Projekt „Gesundheitsförderung in der Gemeinde Bad Schönborn“ (Woll und Bös 1994) wie auch das Zentrum für aktive Gesundheitsförderung „Bauhof“ als Projekt der Stadt Wolfsburg, der Volkswagen AG und der Volkswagen Betriebskrankenkasse zeigen auch in Deutschland neue, konkrete Möglichkeiten.

Verbraucher wollen Gesundheitsförderung

Bereits 1990 haben in den USA ein Drittel der erwachsenen Bevölkerung dort mindestens ein Mal pro Jahr komplementär- oder alternativmedizinische Angebote wahrgenommen. Die darauf folgenden Untersuchungen fanden heraus, daß 30 bis 73% der an Krankheit leidenden Patienten solche Angebote wahrnahmen, aber auch Gesunde - insbesondere mit höherem Bildungsstand - fragten komplementärmedizinische Angebote nach, und die Nachfrage wächst. Die privaten Ausgaben im Bereich der Komplementärmedizin waren 1990 fast so hoch wie die für die sogenannte Schulmedizin in den gesamten nationalen Ausgaben der USA (vgl. Pelletier et al. 1997, Eisenberg et al. 1993). Diesem Trend entspricht die Tatsache, daß in den USA die Bäderindustrie zu den am schnellsten wachsenden Branchen zählt.

Gesundheitsförderung ist Qualitätsmanagement

Gesundheitsförderung zieht vielfältige positive Effekte im Betrieb nach sich (Kuhn 1996, Roth 1996, Heeg u. Ihlenfeld 1996). Ganz entscheidende Effekte sind die Verbesserung der Produktivität, der Qualität, der Effektivität und der Innovation im Unternehmen, wie insbesondere Roth herausarbeitet. Dies wird unterstützt durch die Untersuchungen von Bernhard Badura, der auf die Notwendigkeit der Erweiterung der Führungsqualifikation im Unternehmen verweist, um künftigen Anforderungen gerecht zu werden (Badura, Münch u. Ritter 1997)

Wissenschaftlicher Ausblick

Eine interdisziplinäre Zusammenarbeit der verschiedenen Wissenschaftsbereiche ist mehr denn je notwendig. Wir wissen heute, daß die Mehrzahl der Krankheiten sehr stark verhaltens- und situationsbedingt sind (vgl. Hurrelmann u. Lösel 1990). Wenn sich eine chronische Krankheit einmal herausgebildet hat, ist sie nur noch sehr schwierig heilbar - aber sie ist im Prinzip durch Prävention vermeidbar. Denken wir an Rauchen, Alkohol, Drogen, Ernährungsfehler, Bewegungsmangel, ungenügende Hygiene, aggressives und autoaggressives Verhalten, ungeschützte Sexualität usw. Deshalb plädiert der wissenschaftliche Ansatz von Public Health dafür, jeder der drei Phasen des Gesundheitswesens: Gesundheitsvorsorge/Prävention - Behandlung/Kur - Pflege/Rehabilitation die nötige Aufmerksamkeit zu widmen (Hurrelmann, Laaser u. Bury 1996).

Politischer Ausblick

Zur Durchsetzung der generellen Verankerung von Prävention wie auch Rehabilitation im Gesundheitswesen ist die Politik umfassend gefordert. Handlungsorientierungen für das nächste Jahrtausend, die einen Zeitrahmen von Jahrzehnten umfassen, sind notwendig. Hier hat die Politik bisher noch nicht reagiert. Ich halte dies auch nur dann für möglich, wenn die Politik bereit ist, professionelles Wissen ganz gezielt in die Entwicklung von politischer Planung und Festlegung der künftigen politischen Rahmenbedingungen mit einzu beziehen.

Für die Gesundheitsförderung bedeutet dies, daß sie im Bereich der Aus-, Fort- und Weiterbildung in folgenden gesellschaftlichen Bereichen entwickelt, gefestigt und verankert wird:

- **Erziehungswesen** - von der Elternschulung über den Kindergarten über die Schule hin zu Fachhochschule und Universität wie auch berufliche Bildung
- **Gesundheitswesen** - von der ambulanten über die stationäre bis hin zur universitären Struktur der Behandlung

- **gesellschaftliche Gesundheitsfürsorge**
– vom Betrieb über die Gemeinde hin zum Landkreis, über das Bundesland bis hin zur nationalen Festlegung von Zielsetzungen und Maßnahmen

Hierzu ist es notwendig, daß sich die Politik auf ihre Aufgabe besinnt, zum Gesamtwohl der Bevölkerung ein politisches Wertesystem zu verankern und volkswirtschaftlich Verantwortung zu übernehmen. Dies geht über das hinaus, was momentan betrieben wird, nämlich Reaktion auf wirtschaftliche und politische Bewegung (Krisenmanagement).

Eine neue Politik setzt ein neues Denken voraus. Es ist nicht ausreichend, einen „Paradigmenwechsel“, wie Gesundheitsminister Seehofer sich in letzter Zeit ausdrückte, vorzunehmen. Es geht um die grundlegende Durchdringung der herrschenden Paradigmen (Ist-Analyse) und die Festlegung von neuen (Soll-Analyse) als politische Zielsetzungen mit der Festlegung eines zeitlich gestaffelten Maßnahmenkatalogs. Eigentlich sind sich alle einig: In der Gesundheitspolitik der Zukunft sollte die Gesundheit im Mittelpunkt stehen. Die Politik der Zukunft betreibt Gesundheitsförderung.

Literatur

- Ottawa-Charta* der Weltgesundheitsorganisation 1986.
- Badura, B.* (1996). Qualitätssicherung und Evaluation betrieblicher Gesundheitsförderung, in: Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz, Tagungsbericht Gesundheitsförderung im Betrieb.
- Badura, B.; E. Münch, W. Ritter* (1997). Partnerschaftliche Unternehmenskultur und betriebliche Gesundheitspolitik. Gütersloh, S. 29f
- Bamberg, E.; A. Ducki, A.-M. Metz* (1998). Handlungsbedingungen und Grundlagen der betrieblichen Gesundheitsförderung. In: Handbuch betriebliche Gesundheitsförderung, Göttingen.
- Bartels, U.* (1996). Aufgabenstellungen betrieblicher Gesundheitsförderung aus der Sicht des Gesamtbetriebsrats der Volkswagen-AG in: Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz, Tagungsbericht Gesundheitsförderung im Betrieb. Dortmund, S. 31
- Bös, K.* (1996). Fitneß im Beruf - eine Aufgabe für die Sportwissenschaft? In: Huber, G. (Hrsg.): Fitneß am Arbeitsplatz. Waldenburg: Sport Consult.
- Eisenberg, D. M.; R. C. Kessler, C. Foster, et al.* (1993). Unconventional Medicine in the United States, *N Engl Journal of Medicine*, Vol. 328, No. 4.
- Fielding, J. E.* (1994). The LIVE FOR LIFE Program of Johnson & Johnson: Direct and Indirect Economic Benefits. In: Opatz, Joseph P., Economic Impact of Worksite Health Promotion, Champaign, IL 1994, S. 209-228, hier insbesondere S. 227.
- Heeg, F. J.; F. Ihlenfeld* (1996). Integration von Sicherheit und Gesundheit in das Qualitätsmanagement. In: Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz, Tagungsbericht Gesundheitsförderung im Betrieb, Dortmund S. 291ff.
- Henker, G.* (1996). Gesundheitsförderung als Aufgabe von Krankenkassen in: Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz, Tagungsbericht Gesundheitsförderung im Betrieb, Dortmund, S. 195.
- Hurrelmann, K.; F. Lösel* (Hrsg.) (1990). Health Hazards. In: Adolescence, Berlin 1990.
- Hurrelmann, K.; U. Laaser, J. Bury* (1996). Theory and Training in Public Health, West Port, CT, S. 5.
- Kuhn, K.* (1996). Zum Stand der betrieblichen Gesundheitsförderung. In: Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz, Tagungsbericht Gesundheitsförderung im Betrieb, Dortmund, S. 131ff.
- Pelletier, K. R.* (1997). A Review and Analysis of the Health and Financial Outcome Studies of Comprehensive Health Promotion and Disease Prevention Programs at the Worksite, Michigan. In: *American Journal of Health Promotion*.
- Pelletier, K. R.; A. Marie, M. Krasner, W. L. Haskell* (1997). Current Trends in the Integration and Reimbursement of Complementary and Alternative Medicine by Managed Care, Insurance Carriers and Hospital Providers. In: *American Journal of Health Promotion*, 12 (2), S. 112-123..
- Roth, S.* (1996). Lean Management, Arbeitsgestaltung und Gesundheit. In: Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz, Tagungsbericht Gesundheitsförderung im Betrieb, Dortmund, S. 259ff.
- Schröer, A.; R. Sochert* (1994). Betriebliche Gesundheitsberichterstattung - Erfahrungen und Perspektiven aus Forschung und Praxis. In: *Z. Präventivmed. Gesundheitsförd.* 6, 39-47.
- Stokols, D.; K. R. Pelletier, J. E. Fielding* (1996). The Ecology of Work and Health: Research and Policy Directions for the Promotion of Employee Health. In: *Health Education Quarterly*, Vol 23 (2), 137-158.
- Woll, A.; K. Bös* (1994). Gesundheit zum Mitmachen. Schorndorf: Hofmann.
- Zoike, E.* (1998). BKK-Krankheitsartenstatistik 1996. In: *Die BKK* 3/98, S. 117-124.

Autorin

Marion Schneider
Klinikzentrum Bad Sulza
Rudolf-Gröschner-Straße 11
99518 Bad Sulza