



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

„Betriebliche Gesundheitsförderung im europäischen
Raum – Ein Vergleich der EU 15“

Verfasserinnen

Claudia Drescher

Silvia Schurian

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Sozial- und Wirtschaftswissenschaften
(Mag. rer. soc. oec.)

Wien, im September 2008

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 157

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Diplomstudium Internationale Betriebswirtschaft

Betreuer:

O.Univ.-Prof. Dr. Kurt Heidenberger

Inhaltsverzeichnis

1	Zur Auswahl des Untersuchungsgegenstandes	19
2	Betriebliche Gesundheitsförderung	20
2.1	Allgemeine Definition von Betrieblicher Gesundheitsförderung.....	20
2.2	Grundlagen der Betrieblichen Gesundheitsförderung.....	20
2.2.1	Die Ottawa-Charta der World Health Organisation	21
2.2.2	Die Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheits- förderung in der Europäischen Union.....	22
3	Wissenschaftlicher Hintergrund der BGF (Pathogenese und Salutogenese)	23
3.1	Merkmale einer Gesunden Organisation	27
4	Aktuelle Entwicklungen in der Arbeitswelt	28
4.1	Demographischer Wandel	28
4.2	Die Arbeitswelt im Wandel – neue Arbeitsbelastungen	32
4.3	Arbeitsbewältigungsfähigkeit	34
5	Die Rolle der Führungskräfte in der Betrieblichen Gesundheitsförderung.....	36
6	Ziele der Betrieblichen Gesundheitsförderung.....	38
6.1	Entwicklung und Verankerung des Managementsystems	38
6.2	Stärkung des Sozial- und Humankapitals.....	39
6.3	Verbesserung von Wohlbefinden und Gesundheit	39
6.4	Steigerung der Produktivität, Qualität und Wirtschaftlichkeit	39
7	Instrumente zur Betrieblichen Gesundheitsförderung.....	41
7.1	Projektmanagement	42
7.2	Analyse von Arbeitsunfähigkeitsdaten (AU–Daten) in der arbeits- bezogenen Gesundheitsberichterstattung	42
7.3	Mitarbeiterbefragung	43
7.4	Mitarbeitergespräche.....	45
7.5	Experteninterview	45
7.6	Gesundheitszirkel	46
7.7	Fokusgruppen.....	47
7.8	Arbeitssituationsanalyse	48
7.9	Kennzahlen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement	50

7.10	Präventionsstrategien.....	51
8	Strategische Entscheidungen in der Prävention	53
8.1	Entscheidungsunterstützungssysteme	53
8.1.1	Zielanalyse als Methode von Entscheidungsunterstützungssystemen	54
8.1.2	Problemanalyse als Methode von Entscheidungsunterstützungs- systemen.....	55
8.1.3	Entwicklung einer Gesamtstrategie.....	55
8.1.4	Health Hazard Appraisal	56
9	Ökonomischer Nutzen der Betrieblichen Gesundheitsförderung.....	60
9.1	Bewertung der Betrieblichen Gesundheitsförderung	61
9.1.1	Kosten-Wirksamkeits-Analyse (KWA)	62
9.1.2	Kosten-Nutzen-Analyse (KNA).....	66
9.1.3	Metaanalyse von KWA- und KNA-Studien	68
10	Evidenz in der Betrieblichen Gesundheitsförderung.....	71
10.1	Der IGA–Report 13 – Wissenschaftliche Evidenz in der BGF	74
10.2	Interventionen zur Förderung der physischen Aktivität.....	74
10.3	Interventionen zur Förderung gesunder Ernährung.....	75
10.4	Interventionen zur Nikotinentwöhnung und Tabakkontrolle	75
10.5	Gesundheitszirkel	76
10.6	Interventionen zur Prävention von psychischen Erkrankungen	76
10.7	Prävention von Muskel-Skelett-Erkrankungen.....	77
11	Betriebliche Gesundheitsförderung auf europäischer Ebene.....	79
11.1	World Health Organization	79
11.2	European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions	79
11.3	European Agency for Safety and Health at Work	79
11.4	European Network for Workplace Health Promotion	80
11.5	Baltic Sea Network on Occupational Health and Safety	81
12	Betriebliche Gesundheitsförderung in den EU 15.....	82
12.1	Zur Erklärung der graphischen Darstellungen	82
12.2	Belgien	83
12.2.1	Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation Sociale	83
12.2.2	Fonds des Maladies Professionnelles.....	85

12.2.3	Prevent – Institution pour la Prevention, la Protection et le Bien-Être au Travail	85
12.2.4	Association Royale des Conseillers en Prevention	86
12.3	Dänemark.....	88
12.3.1	National Research Center for the Working Enviroment.....	88
12.3.2	Working Environment Information Center	89
12.3.3	Danish Working Environment Authority.....	89
12.3.4	Danish Working Environment Research Fund	90
12.3.5	National Center of Workplace Health Promotion.....	91
12.4	Deutschland	92
12.4.1	Arbeitsschutz in Deutschland.....	92
12.4.2	Deutsches Forum Prävention und Gesundheitsförderung	93
12.4.3	Bundesministerium für Arbeit und Soziales.....	94
12.4.4	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin	94
12.4.5	Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung	95
12.4.6	Initiative Neue Qualität der Arbeit.....	96
12.4.7	Arbeitsgemeinschaft Spitzenverbände der Krankenkassen	97
12.4.8	Deutsche gesetzliche Unfallversicherung	97
12.4.9	Deutscher Gewerkschaftsbund	98
12.4.10	Bertelsmann Stiftung.....	98
12.5	Finnland.....	99
12.5.1	Ministry of Social Affairs and Health.....	99
12.5.2	Finnish Institute of Occupational Health.....	100
12.5.3	National Research and Development Centre for Welfare and Health	101
12.5.4	Ministry of Labour.....	101
12.5.5	Safety Technology Authority	102
12.5.6	Institute for Health Promotion Research	102
12.5.7	Finnish Work Environment Fund.....	103
12.5.8	Centre for Occupational Safety	103
12.5.9	Social Insurance Institution	104
12.5.10	Central Organisation of Finnish Trade Unions	105
12.6	Frankreich	106
12.6.1	Ministère du Travail, des Relations Sociales, de la Famille et de la Solidarité	106

12.6.2	Sous Direction chargée des Conditions de Travail.....	107
12.6.3	Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle.....	107
12.6.4	Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle.....	107
12.6.5	Direction de la Sécurité Sociale	108
12.6.6	Conseil Supérieur de la Prévention des Risques Professionnels.....	108
12.6.7	Agence pour l'Amélioration des Conditions de Travail.....	109
12.6.8	Institut National de Recherche et de Sécurité	109
12.6.9	Eurogip.....	110
12.7	Griechenland	111
12.7.1	Hellenic Ministry of Employment and Social Protection	111
12.7.2	Corps of Labour Inspectors.....	112
12.7.3	Hellenic Institute for Occupational Health and Safety	113
12.7.4	Hellenic Workplace Health Promotion Forum	113
12.7.5	Institute of Preventive and Social Medicine.....	114
12.8	Großbritannien.....	115
12.8.1	Health and Safety Commission and Health und Health and Safety Executive	115
12.8.2	National Employment and Health Innovations Network	117
12.8.3	National Health Service.....	117
12.8.4	Health Promotion Agency	118
12.8.5	British Heart Foundation National Centre for Physical Activity and Health	119
12.8.6	British Occupational Health Research Fund.....	120
12.9	Irland	121
12.9.1	Health and Safety Authority	121
12.9.2	Work Research Centre.....	122
12.9.3	Irish Business and Employers Confederation.....	122
12.9.4	Irish Congress of Trade Unions.....	123
12.10	Italien.....	124
12.10.1	Ministerio del Lavoro e della Previdenza Sociale	124
12.10.2	Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro	125

12.10.3	Instituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro	125
12.10.4	Associazione Ambiente e Lavoro	126
12.11	Luxemburg	127
12.11.1	Ministère du Travail et de l'Emploi	127
12.11.2	Ministère de la Santé	128
12.11.3	Inspection du Travail et des Mines	128
12.11.4	Association d'Assurances contre des Accidents	129
12.11.5	Association pour la Santé au Travail du Secteur Financier	129
12.11.6	Service au Santé au Travail de l'Industrie	130
12.11.7	PreventLux – Centre du Promotion du Bien-Être au Travail	131
12.12	Niederlande	132
12.12.1	Ministry of Social Affairs and Employment	132
12.12.2	Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention	133
12.12.3	Netherlands Center of Occupational Diseases	133
12.12.4	Social Partners	134
12.12.5	Netherlands School of Public and Occupational Health	135
12.12.6	Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek	135
12.13	Österreich	136
12.13.1	Sektion Arbeitsrecht und Arbeitsinspektion	136
12.13.2	Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend	137
12.13.3	Fonds Gesundes Österreich	137
12.13.4	Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz	138
12.13.5	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse	139
12.13.6	Österreichisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung ..	139
12.13.7	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt	141
12.13.8	Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger	142
12.13.9	Sozialpartner	142
12.13.10	Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Ergonomie	143
12.14	Portugal	144
12.14.1	Ministério da Saúde	144
12.14.2	Direcção-Geral da Saúde	145
12.14.3	Serviço Nacional de Saúde	145
12.14.4	Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social	146

12.14.5	Instituto Português da Qualidade	146
12.14.6	Instituto de Desenvolvimento e Inspeção das Condições de Trabalho	146
12.14.7	Instituto para a Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho.....	147
12.14.8	Inspeção-Geral do Trabalho.....	148
12.15	Schweden.....	149
12.15.1	Ministry of Employment.....	149
12.15.2	Swedish Work Environment Authority	151
12.15.3	Work Environment Inspectorate.....	151
12.15.4	Stockholm Centre for Public Health	151
12.15.5	Department of Occupational and Environmental Health	152
12.15.6	Swedish Council for Working Life and Social Research.....	153
12.15.7	Swedish Agency for Government Employers.....	153
12.15.8	Government Sector Development Council	154
12.15.9	Labour Market Insurance Company	154
12.15.10	National Institute for Working Life	154
12.15.11	Prevent.....	155
12.15.12	Work Environment Association	155
12.16	Spanien	156
12.16.1	Gesundheitssystem in Spanien.....	156
12.16.2	Ministro de Trabajo e Inmigración	157
12.16.3	Inspección de Trabajo y Seguridad Social	157
12.16.4	Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo	158
12.16.5	Red Española de Seguridad y Salud en el Trabajo.....	158
12.16.6	Comisión de Seguridad Social, Prevención de Riesgos Laborales, Sanidad y Servicios Sociales	158
12.16.7	Confederación Española de Organizaciones Empresariales	159
12.17	Zusammenfassung der Ergebnisse	160
13	Zahlen und Fakten.....	164
13.1	Beeinträchtigung der Gesundheit durch die Arbeit nach Art der Krankheit	164
13.1.1	Beeinträchtigungen der Gesundheit durch die Arbeit nach Ländern in Prozent von Hundert	165
13.1.2	Körperliche versus psychische Beeinträchtigungen	166

13.1.3	Stress nach Ländern	167
13.1.4	Rückenschmerzen nach Ländern.....	168
13.1.5	Darmbeschwerden nach Ländern	169
13.2	Körperliche Arbeitsbelastungen nach Art der Belastung	169
13.2.1	Körperliche Arbeitsbelastungen nach Ländern in Prozent von Hundert	170
13.2.2	Langes Stehen oder Gehen nach Ländern	171
13.2.3	Schmerzen verursachende Arbeitshaltungen nach Ländern.....	172
13.3	Psychische Arbeitsbelastungen.....	172
13.3.1	Knappe Deadlines nach Ländern	173
13.3.2	Hohes Arbeitstempo nach Ländern.....	174
13.3.3	Überforderung nach Ländern	174
13.3.4	Mobbing und Schikane nach Ländern.....	175
13.4	Informiertheit hinsichtlich der Risiken von Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz nach Ländern.....	176
13.5	Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen nach Ländern	177
13.6	Durchschnittliche Abwesenheitstage aufgrund von Krankheit nach Ländern	178
13.7	Zusammenfassung der Ergebnisse	179
14	Conclusio.....	181
15	Literaturverzeichnis	184
15.1	Online Quellen.....	186
16	Anhang 1: Zugrundeliegende statistische Daten	198
17	Anhang 2: Abstract	202
18	Anhang 3: Wissenschaftliche Lebensläufe	204

Folgende Kapitel der vorliegenden Diplomarbeit wurden von Frau Claudia Drescher und von Frau Silvia Schurian gemeinsam verfasst:

Kapitel 1, 12.1. 12.17, 14, 15, 16, 17, 18

Folgende Kapitel der vorliegenden Diplomarbeit wurden von Frau Claudia Drescher verfasst:

Kapitel 2, 4, 6, 7, 8.1.4, 9, 12.5, 12.6, 12.9, 12.13, 12.14, 12.15, 12.16

Folgende Kapitel der vorliegenden Diplomarbeit wurden von Frau Silvia Schurian verfasst:

Kapitel 3, 5, 8, 10, 11, 12.2, 12.3, 12.4, 12.7, 12.8, 12.10, 12.11, 12.12, 13

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Lebenserwartung in den EU 15	30
Abbildung 2: Gesetzliches Pensionsantrittsalter in den EU 15	31
Abbildung 3: Veränderung der Dauer des Arbeitslebens.....	32
Abbildung 4: Gesundheitsausgaben in [%] des BIP	34
Abbildung 5: Haus der Arbeitsfähigkeit.....	35
Abbildung 6: Reduktion krankheitsbedingter Kosten aufgrund von Präventivmaßnahmen	69
Abbildung 7: Reduktion krankheitsbedingter Abwesenheit aufgrund von Präventivmaßnahmen	70
Abbildung 8: Darstellung von Stufen einer Evidenzhierarchie	72
Abbildung 9: Graphische Darstellung des BGF Systems in Belgien.....	83
Abbildung 10: Graphische Darstellung des BGF Systems in Dänemark	88
Abbildung 11: Graphische Darstellung des BGF Systems in Deutschland.....	92
Abbildung 12: Graphische Darstellung des BGF Systems in Finnland	99
Abbildung 13: Graphische Darstellung des BGF Systems in Frankreich.....	106
Abbildung 14: Graphische Darstellung des BGF Systems in Griechenland	111
Abbildung 15: Graphische Darstellung des BGF Systems in Großbritannien.....	115
Abbildung 16: Graphische Darstellung des BGF Systems in Irland.....	121
Abbildung 17: Graphische Darstellung des BGF Systems in Italien	124
Abbildung 18: Graphische Darstellung des BGF Systems in Luxemburg.....	127
Abbildung 19: Graphische Darstellung des BGF Systems in den Niederlanden.....	132
Abbildung 20: Graphische Darstellung des BGF Systems in Österreich	136
Abbildung 21: Graphische Darstellung des BGF Systems in Portugal	144
Abbildung 22: Graphische Darstellung des BGF Systems in Schweden	149
Abbildung 23: Graphische Darstellung des BGF Systems in Spanien.....	156
Abbildung 24: Beeinträchtigung der Gesundheit durch die Arbeit nach die Art der Krankheit.....	165
Abbildung 25: Beeinträchtigung der Gesundheit durch die Arbeit nach Ländern....	166
Abbildung 26: Durchschnittliche Betroffenheit – körperliche vs. psychische Probleme.....	167
Abbildung 27: Stress nach Ländern.....	167
Abbildung 28: Rückenschmerzen nach Ländern	168

Abbildung 29: Darmbeschwerden nach Ländern.....	169
Abbildung 30: Körperliche Arbeitsbelastungen nach Art der Belastung.....	170
Abbildung 31: Körperliche Arbeitsbelastungen nach Ländern	171
Abbildung 32: Langes Stehen oder Gehen nach Ländern.....	171
Abbildung 33: Schmerzen verursachende Arbeitshaltungen	172
Abbildung 34: Knappe Deadlines nach Ländern.....	173
Abbildung 35: Hohes Arbeitstempo nach Ländern	174
Abbildung 36: Überforderung nach Ländern.....	175
Abbildung 37: Mobbing nach Ländern	176
Abbildung 38: Informiertheit hinsichtlich der Risiken von Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz nach Ländern.....	177
Abbildung 39: Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen nach Ländern	178
Abbildung 40: Durchschnittliche Abwesenheitstage aufgrund von Krankheit	179

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Zielorientierte Zusammenfassung des Forschungsstandes.....	27
Tabelle 2: Ziele und angestrebte Ergebnisse der BGF.....	40
Tabelle 3: Möglichkeiten zur Gewinnung standardisierter Daten für das Controlling des Betrieblichen Gesundheitsmanagements	41
Tabelle 4: Sterbewahrscheinlichkeit in den nächsten zehn Jahren, eines 45jährigen Amerikaners.....	58
Tabelle 5 : Anzahl einbezogener Studien in den IGA-Report 13	74
Tabelle 6: Vergleichende Zusammenfassung der Institutionen je Land	162
Tabelle 7: Lebenserwartung in den EU 15 in Jahren.....	198
Tabelle 8: Gesetzliches Pensionsalter in den EU 15 im Jahr 2004	198
Tabelle 9: Veränderungen der Dauer des Arbeitslebens.....	198
Tabelle 10: Gesundheitsausgaben in % des BIP.....	199
Tabelle 11: Statistische Daten der EU 15.....	201

Abkürzungsverzeichnis

AAA	Association d'Assurances contre des Accidents
AAL	Associazione Ambiente e Lavoro
ACSS	Administração Central para o Sistema de Saúde
AG	Aktiengesellschaft
AG2	Arbeitsgruppe 2
AI	Association de l'Industrie
ANACT	Agence pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ARACT	Agences Régionales pour l'Amélioration des Conditions de Travail
ARCoP	Association Royale des Conseillers en Prevention
AschG	Arbeitnehmerschutzgesetz
ASTF	Association pour la Santé au Travail du Secteur Financier
AT	Ausfalltage
AT	Österreich
AU-Daten	Arbeitsunfähigkeitsdaten
AUVA	Allgemeine Unfallversicherungsanstalt
BAuA	Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
BE	Belgien
BGF	Betriebliche Gesundheitsförderung
BHF	British Heart Foundation
BHFNC	British Heart Foundation National Centre for Physical Activity and Health
BIP	Bruttoinlandsprodukt
BIQG	Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen
BMAS	Bundesministerium für Arbeit und Soziales
BMSK	Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz
BOHRF	British Occupational Health Research Fund
BSN	Baltic Sea Network on Occupational Health and Safety
bzw.	beziehungsweise
ca.	circa
CEOE	Confederación Española de Organizaciones Empresariales
CEPYME	Confederación Española de la Pequeña y Mediana Empresa

CLI	Corps of Labour Inspectors
CNAMTS	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
COFTU	Central Organisation of Finnish Trade Unions
COHS	Center of Occupational Health and Safety
COS	Center for Occupational Safety
CSPRP	Conseil Supérieur de la Prévention des Risques Professionnels
CSSPRLSSS	Comisión de Seguridad Social, Prevención de Riesgos Laborales, Sanidad y Servicios Sociales
CT	kontrollierte Studie
DAG	Diréction des Affaires Générales
DCSBET	Division de la Concertation Sociale sur le Bien-Être au Travail
DDTEFP	Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle
DE	Deutschland
DFPGF	Deutsches Forum Prävention und Gesundheitsförderung
DG	Deutscher Gewerkschaftsbund
DGS	Direcção-Geral da Saúde
DGUV	Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung
DHPP	Department of Health Promotion and Prevention
DHS	Department of Health
DHSSPS	Department of Health, Social Services and Public Safety
DIRACT	Diréction de la Recherche sur l'Amélioration des Conditions de Travail
DK	Dänemark
DNBET	Division des Normes sur le Bien-Être au Travail
DNBGF	Deutsche Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung
DOEH	Department of Occupational and Environmental Health
DOSH	Department of Occupational Safety and Health
DPBET	Division de la Promotion du Bien-Être au Travail
DPI	Department of Policy Implementation
DRT	Direction des Relations du Travail
DRTEFP	Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle

DSI	Department of Social Insurance
DSMHCDE	Department of Social Medicine, Health Care Development and Epidemiology
DSRP	Department of Suicide Research and Prevention
DSS	Direction de la Sécurité Sociale
DST	Division de la Santé au Travail
DTRP	Droit du Travail et Relations Professionnelles
DWC	Directorate of Working Conditions
DWERF	Danish Working Environment Research Fund
EBM	Evidenzbasierte Medizin
EG	Europäische Gemeinschaft
EKG	Elektrokardiogramm
EL	Griechenland
ENWHP	European Network for Workplace Health Promotion
ES	Spanien
EU	Europäische Union
EU 15	europäische 15 Mitgliedstaaten
EUROFOUND	European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions
Eurostat	Statistische Amt der Europäischen Gemeinschaften
FFA	Föreningen för arbetarskydd
FGÖ	Fonds Gesundes Österreich
FIOH	Finnish Institute of Occupational Health
FI	Finnland
FMP	Fonds des Maladies Professionnelles
FR	Frankreich
FWEF	Finnish Work Environment Fund
GfG	Gesundheitsqualitätsgesetzes
GÖG	Gesundheit Österreich GmbH
GSDC	Government Sector Development Council
HELA	Health and Safety Executive / Local Authority Enforcement Liason Committee
HHA	Health Hazard Appraisal

HI	Health Inspectors
HIOHS	Hellenic Institute for Occupational Health and Safety
HPA	Health Promotion Agency
HSA	Health and Safety Authority
HSC	Health and Safety Commission
HSE	Health and Safety Executive
HWHPF	Hellenic Workplace Health Promotion Forum
IAG	Initiative der Gesundheit in der Arbeit
IBEC	Irish Business and Employers Confederation
ICTU	Irish Congress of Trade Unions
IDICT	Instituto de Desenvolvimento e Inspeção das Condições de Trabalho
IE	Irland
IGT	Inspeção-Geral do Trabalho
IHPR	Institute for Health Promotion Research
ILO	International Labour Office
INAIL	Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro
INQA	Initiative Neue Qualität der Arbeit
INRS	Institut National de Recherche et de Sécurité
INSHT	Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo
IPQ	Instituto Português da Qualidade
IPSM	Institute of Preventive and Social Medicine
ISA	Information System on Occupational Accidents and Work-related Diseases
ISHST	Instituto para a Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho
ISPESL	Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro
IT	Inspecteurs du Travail
ITGLWF	Italien Textile Garment Leather Worker's Federation
ITM	Inspection du Travail et des Mines
ITSS	Inspección de Trabajo y Seguridad Social
KNA	Kosten-Nutzen-Analyse
KWA	Kosten-Wirksamkeits-Analyse
LA	Local Authorities

LMIC	Labour Market Insurance Company
LU	Luxemburg
MAB	Mitarbeiterbefragung
MAG	Mitarbeitergespräch
Mio.	Millionen
MSS	Ministère chargé de la Sécurité Sociale
MTS	Ministère chargé du Travail et de la Solidarité
NCOD	Netherlands Center of Occupational Diseases
NCWHP	National Center of Workplace Health Promotion
NEHIN	National Employment and Health Innovations Network
NGO	Non-Governmental Organization
NHS	National Health Service
NIHPDP	Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention
NIWL	National Institute for Working Life
NL	Niederlande
NRCWE	National Research Center for the Working Environment
NRDCWH	National Research and Development Centre for Welfare and Health
NSPOH	Netherlands School of Public and Occupational Health
ÖAE	Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Ergonomie
ÖBIG	Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
OHS	Occupational Health and Safety
ÖNBGF	Österreichischen Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung
OÖGKK	Oberösterreichische Gebietskrankenkasse
OSHA	European Agency for Safety and Health at Work
OSHIF	Occupational Safety and Health Inspectorates of Finland
PT	Portugal
QALYs	quality adjusted life years
RCT	randomisierte kontrollierte Studie
RedSST	Red Española de Seguridad y Salud en el Trabajo
ROI	Return on Investment
SAGE	Swedish Agency for Government Employers
SAI	Sektion Arbeitsrecht und Arbeitsinspektion

SCPH	Stockholm Centre for Public Health
SCWLSR	Swedish Council for Working Life and Social Research
SDCT	Sous Direction chargée des Conditions de Travail
SE	Schweden
SII	Social Insurance Institution
SLI	Social Labour Inspectorate
SNS	Serviço Nacional de Saúde
SNSR	Serviço Nacional de Saúde Regional
SPA	Service de Prévention des Accidents
STA	Safety Technology Authority
STI	Service au Santé au Travail de l'Industrie
SUVA	schweizerische Unfallversicherungsanstalt
SV	Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger
SWEA	Swedish Work Environment Authority
TIK	Thematischer Initiativkreis
TNO	Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek
TSLI	Technical and Sanitary Labour Inspectorate
UK	Großbritannien
US Dollar	amerikanischen Dollar
vs.	versus
WEA	Danish Working Environment Authority
WEA	Work Environment Association
WEIC	Working Environment Information Center
WHO	World Health Organization
WHP-NET- NEWS	Netzwerknachrichten zur Betrieblichen Gesundheitsförderung
WIE	Work Environment Inspectorate
WRC	Work Research Centre
z.B.	zum Beispiel

Zum Zweck besserer Lesbarkeit wird in der vorliegenden Diplomarbeit von Personen (wie z.B. Mitarbeiter, Arbeitnehmer) ausschließlich im maskuliner Form gesprochen. Alle Bezeichnungen beziehen sich jedoch gleichermaßen auf das weibliche Geschlecht.

1 Zur Auswahl des Untersuchungsgegenstandes

„Betriebliche Gesundheitsförderung auf europäischer Ebene – Ein Vergleich der EU 15“, wurde von uns als Thema der vorliegenden Arbeit aus mehreren Gründen gewählt. Die Kernfachkombination Innovations- und Technologiemanagement, die wir im Zuge unseres Studiums absolviert haben, bot einen Schwerpunkt Innovations- und Technologiemanagement im Gesundheitswesen an, im Zuge dessen wir uns zum ersten Mal mit betriebswirtschaftlichen Aspekten des Gesundheitswesens und der Gesundheitsförderung auseinander setzten. In weiterer Folge gab unser beruflicher Einstieg in ein Beratungsunternehmen, das sich in seinen Kernkompetenzen mit Gesundheitsförderung im Allgemeinen, und Betrieblicher Gesundheitsförderung im Speziellen beschäftigt, den Anstoß dazu, uns mit dieser Thematik im Zuge der Diplomarbeit näher zu beschäftigen. Grundbegriffe der Betrieblichen Gesundheitsförderung sowie nationale Systeme und vor allem ökonomische Aspekte erschienen uns als wesentliche Bausteine. Im Zuge der ersten Literaturrecherchen wurde uns bewusst, dass auf europäischer Ebene keine vergleichbare Übersichtsarbeit existiert. Dies bestärkte uns in unserer Themenauswahl und führte schlussendlich zu der Entscheidung, eine Ist-Analyse zum Status-Quo der Betrieblichen Gesundheitsförderung auf europäischer Ebene durchzuführen.

Unsere Konzentration auf die europäischen 15 Länder hat dabei ihren Ursprung in folgenden Überlegungen: Einerseits gibt es einen marktwirtschaftlichen Entwicklungsvorsprung der 15 westeuropäischen Staaten im Vergleich zu den neuen osteuropäischen Mitgliedsländern. Dies implizierte für uns, dass es auch bezüglich der Entwicklung und Implementierung von Strukturen und Strategien der Betrieblichen Gesundheitsförderung einen Vorsprung in den EU 15 geben müsste. Andererseits war auch der Zugang zu Informationsquellen sowie zu relevanter Literatur ausschlaggebend. Nicht zuletzt hätte eine Auseinandersetzung mit Systemen und Strukturen in 27 Ländern den Rahmen der vorliegenden Arbeit gesprengt.

2 Betriebliche Gesundheitsförderung

2.1 Allgemeine Definition von Betrieblicher Gesundheitsförderung

Wenn von Betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) die Rede ist, versteht man darunter eine moderne Unternehmensstrategie, die sowohl Unternehmern als auch Mitarbeitern dabei helfen soll, die Herausforderungen der Arbeitswelt zu bewältigen, bzw. die dabei helfen soll die Akteure für diese Herausforderungen fit zu machen. Primäres Ziel der BGF ist es einerseits, Krankenstände allgemein, als auch gezielt arbeitsbedingte Erkrankungen, Berufserkrankungen sowie Arbeitsunfälle zu verringern oder gar zu vermeiden und andererseits das Wohlbefinden und die Gesundheit der Mitarbeiter am Arbeitsplatz zu verbessern, um so die Produktivität und Wettbewerbsfähigkeit eines Unternehmens zu steigern.

[B. Badura, T. Hehlmann; 2003]

Die wesentlichen Faktoren den Gesundheitszustand der Mitarbeiter betreffend, sind den Bereichen Arbeitsplatzumfeld und –organisation, aber auch der Personalpolitik und der Unternehmenskultur sowie dem persönlichen Verhalten der Erwerbstätigen – sowohl innerhalb als auch außerhalb des Unternehmens – zuzuordnen. Arbeitsmediziner, Arbeitspsychologen und Sicherheitsfachkräfte dienen hier nur als Katalysatoren, die ihr Expertenwissen einbringen und so eine hilfreiche Unterstützung bei der Wahrnehmung von Problemen und Mängeln aber auch in der Umsetzung von Maßnahmen darstellen. Die Verantwortung für die Gesundheit kann jedoch nicht an sie delegiert werden. Im Wesentlichen erfordert die BGF ein Zusammenwirken von Unternehmern und Mitarbeitern. Auf der einen Seite muss die Bereitschaft vorhanden sein, Veränderungen anzustreben und Investitionen für die Maßnahmenumsetzung zu tätigen, auf der anderen Seite muss die Akzeptanz und Annahme dieser Maßnahmen gegeben sein, um so für beide Seiten positive Effekte erzielen zu können. [B. Badura, T. Hehlmann; 2003]

2.2 Grundlagen der Betrieblichen Gesundheitsförderung

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen.“ [Ottawa-Charta; 1986]

Das Konzept der Betrieblichen Gesundheitsförderung wurde in der industrialisierten Welt geboren und von Gesundheitsorganisationen als eine zentrale Strategie zum Erreichen der Vision „Gesundheit für alle bis zum Jahr 2000“ eingeführt.

[\[http://www.dngfk.de\]](http://www.dngfk.de)

2.2.1 Die Ottawa-Charta der World Health Organisation

Am 21. November 1986 verabschiedete die World Health Organisation (WHO) im Zuge der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa die sogenannte Ottawa-Charta. Die Charta hatte den Aufruf zum aktiven Handeln, mit dem Ziel der Förderung von Gesundheit zur Schaffung bzw. Erhaltung einer gesunden (Arbeits-)Umwelt, zum Inhalt. [\[http://www.dngfk.de\]](http://www.dngfk.de)

„Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit ebenso betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden.“ [\[http://www.dngfk.de\]](http://www.dngfk.de)

Ferner weist die Ottawa-Charta darauf hin, dass politische, ökonomische, soziale und kulturelle Faktoren sowohl zur Gesundheit beitragen, diese aber auch beeinträchtigen können und dass Menschen nur dann ihre Gesundheitspotentiale entfalten können, wenn sie auch die Bedingungen, die diese Potentiale beeinflussen, mitgestalten dürfen. Auch wird darauf hingewiesen, dass sowohl die sich verändernden Arbeitsbedingungen als auch die familiären Bedingungen und Freizeitbedingungen essentiellen Einfluss auf die Gesundheit und das Wohlbefinden der Menschheit haben. Die Koordination und Organisation von Arbeit, Familie und

Freizeit soll somit zur Förderung der Gesundheit und nicht der Krankheit beitragen.
[<http://www.dngfk.de>]

2.2.2 Die Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in der Europäischen Union

Die Luxemburger Deklaration zur Betrieblichen Gesundheitsförderung wurde im November 1997 von allen Mitgliedern des Europäischen Netzwerkes für Betriebliche Gesundheitsförderung in Luxemburg verabschiedet.

„Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) umfasst alle gemeinsamen Maßnahmen von Arbeitgebern, Arbeitnehmern und Gesellschaft zur Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden am Arbeitsplatz.“ [Luxemburger Deklaration, 1997]

„Dies kann durch eine Verknüpfung folgender Ansätze erreicht werden:

- *Verbesserung der Arbeitsorganisation und der Arbeitsbedingungen*
- *Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung*
- *Stärkung persönlicher Kompetenzen“*

[<http://www.auva.at>]

Sowohl die EG-Rahmenrichtlinie Arbeitsschutz, als auch die wachsende Bedeutung des Arbeitsplatzes und –umfeldes trugen zu den damaligen Aktivitäten zur BGF rund um die Luxemburger Deklaration bei. Gemäß dieser Deklaration waren bzw. sind gesunde und qualifizierte Mitarbeiter nicht nur in sozialer sondern auch in ökonomischer Hinsicht eine wesentliche Voraussetzung für den Erfolg der Europäischen Union. [<http://www.auva.at>]

„Zukünftiger Unternehmenserfolg hängt von gut qualifizierten, motivierten und gesunden Mitarbeitern ab. BGF spielt eine entscheidende Rolle dabei, Mitarbeiter und Unternehmen auf diese Herausforderungen vorzubereiten.“ [<http://www.auva.at>]

3 Wissenschaftlicher Hintergrund der BGF (Pathogenese und Salutogenese)

Wenn wir von Betrieblicher Gesundheitsförderung sprechen, drängt sich unweigerlich die Frage auf, worin eigentlich die Ursachen für Krankheit und Gesundheit des Menschen liegen. Dies kann aus pathogener oder salutogener Sicht beantwortet werden. Vertreter der Pathogenese versuchen Ursachen einer Krankheit aufzuspüren und diese auszuschalten. Ein betriebswirtschaftliches Konzept für die Organisationsstruktur von pathogen ausgerichteten Unternehmen wurde von F.W. Taylor begründet. Hier stellt jeder Mitarbeiter ein kleines Rad im großen Räderwerk eines Unternehmens dar und ist nur insoweit wertvoll, als dass er ohne Schäden und Zwischenfälle agiert. Krankheit stellt in diesem Zusammenhang einen menschlichen Betriebsschaden oder eine Maschinenstörung des menschlichen Organismus dar. [D.Kuhn, D.Sommer; 2004]

Die Salutogenese hat hingegen das Ziel die Ursachen für Gesundheit zu erforschen und diese zu verbessern. Vor allem der Übergang von der Industrie- zur Informationsgesellschaft führte zu neuen Perspektiven. Plötzlich stand der Mensch mit all seinen Fähigkeiten im Mittelpunkt und es werden Unternehmen nicht länger als große Räderwerke sondern vielmehr als soziale Systeme definiert. [D.Kuhn, D.Sommer; 2004] Die Salutogenese geht davon aus, dass Geist, Körper, Mensch und Umwelt in enger Wechselwirkung miteinander stehen. Ein erweiterter Gesundheitsbegriff sieht die Gesundheit als etwas an, das man lernen kann bzw. wozu ein Mensch durch seine Umwelt befähigt werden kann. Alle Erfahrungen, jegliches Handeln und auch alle Konsequenzen die daraus resultieren, haben sowohl psychische als auch körperliche Auswirkungen. Salutogene Potenziale helfen den Menschen Bedrohungen, Kränkungen oder Verlusten vorzubeugen oder diese gegebenenfalls zu bewältigen. Für soziale Systeme gibt es nach wissenschaftlichen Erkenntnissen grundsätzlich drei Arten von salutogenen Potenzialen:

- Bindungen an Gruppen, Menschen oder Kollektive
- Positive Rückmeldungen aus dem sozialen Umfeld
- Gemeinsame Werte, Überzeugungen und Regeln

[B. Badura, T. Hehlmann; 2003]

Der seelische Zustand des Menschen hängt also in erster Linie von der Möglichkeit einer sinnstiftenden Tätigkeit und von der Zuneigung, Aufmerksamkeit und Anerkennung durch Mitmenschen ab. Die Familie, das Arbeitsumfeld aber auch Medien und das Bildungswesen tragen im hohen Maße zur Bildung von Gesundheitspotenzialen bei. Am offensichtlichsten wird diese Tatsache im Zusammenhang mit Mobbing am Arbeitsplatz. Solche belastenden sozialen Beziehungen können verheerende körperliche Folgen nach sich ziehen. Als einer der wesentlichsten Faktoren für eine salutogene Lebensführung gilt die Sinnhaftigkeit des eigenen Handelns und die Versteh- und Beeinflussbarkeit der Lebens- und Arbeitsbedingungen. Jedoch ist es nicht in jedem sozialen System möglich sich mit den Werten, Verhaltensweisen und Regeln zu identifizieren. Auch ist es nicht immer der Fall, dass Abläufe und Entscheidungen von Mitgliedern eines sozialen Systems vorhergesehen, verstanden und akzeptiert werden. Darum wird ein Aufbau von gemeinsamen Werten, Überzeugungen und Regeln als eines der wichtigsten salutogenen Potenziale gesehen. Dadurch wird das Konfliktpotenzial verringert und die Kooperation zwischen den einzelnen Mitgliedern eines Systems erhöht.

[B. Badura, T. Hehlmann; 2003]

*„**Gesundheit** ist eine Fähigkeit zur Problemlösung und Gefühlsregulierung, durch die ein positives seelisches und körperliches Befinden – insbesondere ein positives Selbstwertgefühl - und eine unterstützendes Netzwerk sozialer Beziehungen erhalten oder wieder hergestellt wird.“* [B. Badura, T. Hehlmann; 2003]

Als bedrohlich oder ungewiss empfundene Herausforderungen der Umwelt können dieser Neufassung des Gesundheitsbegriffes zufolge bewältigt werden. Sinngebung und das Verstehen sowie die Beeinflussbarkeit von Lebens- und Arbeitsbedingungen stellen dabei Wege zu dieser Problembewältigung dar (Antonovsky'sche Trias). Emotionen wie Angst, Hilflosigkeit oder Freude verbinden somatische mit sozialen Prozessen, also Geist und Körper. Menschen können diese Gefühle beeinflussen und dabei unerwünschte Emotionen vermeiden und erwünschte Emotionen herbeiführen. Diese Fähigkeit der Gefühlsregulierung ist einer der wichtigsten Pfeiler auf die sich Gesundheitstheorien stützen. [B. Badura, T. Hehlmann; 2003]

Neben diesem erweiterten Gesundheitsbegriff, wird nunmehr auch der Krankheitsbegriff neu definiert. Krankheit bedeutet nicht mehr nur eine körperliche Fehlfunktion, sondern ist auch Ausdruck von seelischem Befinden des Menschen. [B. Badura, T. Hehlmann; 2003]

*„**Krankheit** beinhaltet mehr als nur körperliche Fehlfunktion oder Schädigung. Auch beschädigte Identität oder länger anhaltende Angst- oder Hilflosigkeitsgefühle müssen wegen ihrer negativen Auswirkungen auf Denken, Motivation und Verhalten aber auch auf das Immun- und Herz- Kreislaufsystem als Krankheitssymptome begriffen werden.“* [B. Badura, T. Hehlmann; 2003]

Man kann Kopfschmerzen mit Tabletten bekämpfen, ebenso aber auch mit neuen positiven Herausforderungen. Erwiesenermaßen beeinflusst mentale Stärke die Leistungsfähigkeit von Spitzensportlern und bei Vereinsamung oder Stress leidet das menschliche Immunsystem. Auch nachgewiesen ist die Wirksamkeit von Placebo Medikamenten, sowie höhere Heilungschancen für Krebspatienten mit stabilen sozialen Kontakten. Ganzheitliche Medizin ist nicht nur ein Schlagwort, sondern ein zukunftsweisendes Leitbild. Als ein eigenständiger Teilbereich dieser ganzheitlichen Medizin kann die Betriebliche Gesundheitsförderung verstanden werden. [D.Kuhn, D.Sommer; 2004]

Die Arbeit ist ein Prozess von Problemlösungen und Gefühlsregulierungen. Persönliche Voraussetzungen sowie situative Einflüsse leiten das menschliche Verhalten und die menschlichen Gefühle. Vor allem die situativen Einflüsse sind in Form von Gestaltungen in der Arbeits(um)welt steuerbar und somit die Eckpfeiler des betrieblichen Gesundheitsmanagement. [B. Badura, T. Hehlmann; 2003]

*„Unter **Betrieblichem Gesundheitsmanagement** verstehen wir die Entwicklung betrieblicher Rahmenbedingungen, betrieblicher Strukturen und Prozesse, die die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit und Organisation und die Befähigung zum gesundheitsfördernden Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Ziel haben.“* [B. Badura, T. Hehlmann; 2003]

Den Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen, Arbeitsinhalten und Gesundheit beschreiben Badura und Hehlmann in fünf Thesen:

1. Job-Komplexitätsthese

Arbeit, die kognitive Fähigkeiten wie Nachdenken, Eigeninitiative und eigene Beurteilung der Situation erfordert, führt grundsätzlich zu einem hohen Selbstwertgefühl, zum Gefühl etwas Sinnvolles zu tun und zu kognitiver Kompetenz der Beschäftigten. Jedoch kann eine Überforderung gleichermaßen wie eine Unterforderung dieser kognitiven Fähigkeiten zu gesundheitlichen Problemen führen.

2. Handlungsspielraumthese

Zu viele bzw. zu wenige Handlungsspielräume bei der Arbeit können negative Auswirkungen auf das Wohlbefinden und die Gesundheit der Mitarbeiter haben. Im richtigen Maß sind Handlungsspielräume jedoch förderlich, da sie es erlauben, individuelle Fähigkeiten und Bedürfnisse und Arbeitsinhalte flexibel aufeinander abzustimmen.

3. Soziale Unterstützungsthese

Zwischenmenschliche Beziehungen und soziale Unterstützung innerhalb des Systems eines Unternehmens führen zu positiven Selbstwertgefühlen, zu hohem Commitment, zu hoher Teamfähigkeit und zur besseren Bewältigung von Problemen - vor allem in Zeiten von Spitzenbelastungen.

4. Qualifizierungsthese

Adäquate Qualifizierung der Mitarbeiter ist der Schlüssel zur Vermeidung von Überforderung und vermeidet Schädigungen und gesundheitliche Beeinträchtigungen bei der Bewältigung von Arbeitsaufgaben.

5. Stressthese

Inwieweit eine Situation zu einer persönlichen Herausforderung führt, die die Ausschüttung von Adrenalin (Stresshormon) auslöst, hängt von der individuellen Beurteilung ihrer Bedeutung und den Unterstützungssignalen sowie den Hinweisen aus der Umwelt ab. [B. Badura, T. Hehlmann; 2003] Chronischer Stress führt erwiesenermaßen zu einer Beeinträchtigung des Herz-Kreislauf- sowie des Immunsystems. [K. Heidenberger;1987]

3.1 Merkmale einer Gesunden Organisation

Badura & Hehlmann (2003) fassen in zehn Thesen ihre Vision einer gesunden Organisation wie folgt zusammen:

Merkmale	Gesunde Organisation	Ungesunde Organisation
1. Ausmaß sozialer Ungleichheit (Bildung, Status, Einkommen)	Moderat	Hoch
2. Vorrat an gemeinsamen Überzeugungen, Werten, Regeln (Kultur)	Groß	Gering
3. Identifikation der Mitglieder mit übergeordneten Zielen u. Regeln ihres sozialen Systems (Wir-Gefühl, Commitment)	Stark ausgeprägt	Gering ausgeprägt
4. Vertrauen in die Führung	Hoch	Gering
5. Ausmaß persönlicher Beteiligung an systemischer Willensbildung, Entscheidungsfindung	Hoch	Gering
6. Gegenseitiges Vertrauen, Zusammenhalt unter Mitgliedern	Hoch	Gering
7. Umfang sozialer Kontakte	Hoch	Gering
8. Stabilität, Funktionsfähigkeit primärer Beziehungen	Hoch	Gering
9. Soziale Kompetenz	Stark ausgeprägt und verbreitet	Gering ausgeprägt und verbreitet
10. Sinnstiftende Betätigung (Arbeit, Freizeit etc.)	Stark verbreitet	Wenig stark verbreitet

Tabelle 1: Zielorientierte Zusammenfassung des Forschungsstandes [B. Badura, T. Hehlmann; 2003]

4 Aktuelle Entwicklungen in der Arbeitswelt

Die Anwendung und Umsetzung neuer Managementmethoden – wie zum Beispiel eine Verflachung von Hierarchien oder Outsourcing – sowie neue Formen der Arbeitsorganisation, wie Telearbeit, Job-Sharing oder befristete Beschäftigungsverhältnisse, spiegeln den stetigen Wandel der Arbeitswelt und dessen Auswirkung auf die Erwerbstätigen wieder. Jedoch bringt nicht nur die Entwicklung auf unternehmerischer Ebene, sondern auch die demografische Entwicklung auf gesellschaftlicher Ebene prägende Veränderungsprozesse für die Arbeitswelt mit sich. [Kriener B. et. al; 2004] Aufgrund der Tatsache dass wir uns in einer wachsenden Wissens- und Dienstleistungsgesellschaft befinden in der Eigenverantwortung groß geschrieben wird, hängen sowohl die Wettbewerbsfähigkeit, als auch die Innovationskraft eines Unternehmens wesentlich von der Leistungsfähigkeit seiner Beschäftigten ab. [<http://www.thieme-connect.de>] Immer mehr Unternehmen erkennen dies und reagieren mit der Implementierung einer entsprechenden Personal- und Gesundheitspolitik, um so ihre Mitarbeiter, in Anbetracht der erhöhten Anforderungen, zu unterstützen. [B. Badura, T. Hehlmann; 2003] Sowohl die Erhaltung als auch die Förderung der Arbeitsfähigkeit sind zentrale Themen, wobei besonders Gesundheit, Wohlbefinden sowie Anerkennung und Selbstentfaltung der Mitarbeiter eine wesentliche Rolle spielen. [B. Kriener et al.; 2004]

4.1 Demographischer Wandel

Europa ist mit einem fortschreitenden demographischen Wandel konfrontiert. Sowohl sinkende Geburtenraten, als auch das Ansteigen der Lebenserwartung führen zu einer deutlichen Alterung der Bevölkerung. Gemäß einer Prognose von Eurostat 2004 wird sich in Österreich beispielsweise die Zahl der über 60jährigen Personen von 1,7 Mio. im Jahr 2001 auf etwa 2,9 Mio. im Jahr 2050 erhöhen. Gleichzeitig wird aufgrund von sinkenden Geburtenraten bei der Anzahl der Personen bis 15 Jahre ein Rückgang prognostiziert. Gemäß Eurostat 2004 ist dieser Trend nicht nur auf Österreich beschränkt, sondern gilt in vergleichbarer Weise für ganz Europa. [B. Kriener et al.; 2004]

Der Anstieg der Lebenserwartung und die gleichzeitige Verringerung des Anteils von Personen im erwerbsfähigen Alter (von 15 bis 64 Jahren) bringen weitgreifende wirtschaftliche und soziale Auswirkungen, beispielsweise auf Gesundheits- und Sozialleistungssysteme, mit sich. In Europa werden im Vergleich zum Jahr 2005 bis 2050 15 Mio. weniger 14-jährige und Jüngere leben. Die Zahl der 15 bis 64-jährigen wird im gleichen Zeitraum laut Prognosen um 4 Mio. steigen. Die markantesten Veränderungen werden bei den über 80-jährigen zu beobachten sein: 2050 werden mehr als doppelt (ca. 51 Mio.) so viele Bürger über 80 Jahre alt sein. Eine relativ hohe Lebenserwartung ist somit für die EU-Bevölkerung kennzeichnend. Dafür wird die durchschnittliche Zahl der Jahre betrachtet, die ein Neugeborenes voraussichtlich leben wird, vorausgesetzt die zu diesem Zeitpunkt vorliegenden Lebensbedingungen bleiben unverändert. [Eurostat-Jahrbuch 2006-07]

Abbildung 1 zeigt den Verlauf der Lebenserwartung in den EU 15 von 1994 bis 2004. 1994 lag die Lebenserwartung der Frauen (80,3 Jahre) in den EU 15 ungefähr 6,5 Jahre über jener der Männer (73,8 Jahre). Dieser Unterschied hat sich jedoch im Laufe der Zeit verringert. Die Lebenserwartung hat sich zwischen 1994 und 2004 für Männer um 2,8 Jahre, für Frauen jedoch nur um 1,9 Jahre erhöht. Diese Annäherung der Lebenserwartung zwischen Mann und Frau, lässt sich unter Umständen darauf zurückzuführen, dass die Lebensweisen der Geschlechter sich einander angenähert haben. So bewegen sich Frauen heute immer mehr weg von der Rolle der Hausfrau und Mutter hin zur Karrierefrau. Auch arbeiten gemäß Eurostat Jahrbuch 2006-07 weniger Männer in Wirtschaftsbereichen in denen während des gesamten Arbeitstages große physische Anstrengungen zu leisten sind. [Eurostat-Jahrbuch 2006-07]

Diese demographischen Veränderungen, denen die Gesellschaft auch in den nächsten Jahrzehnten gegenüber stehen wird, wirken sich natürlich auch auf den Arbeitsmarkt aus. Unternehmen müssen aktiv dazu beitragen, dass Arbeitnehmer gesünder älter werden um so den Herausforderungen dieses Wandels gerecht werden zu können. [B. Kriener et al.; 2004]

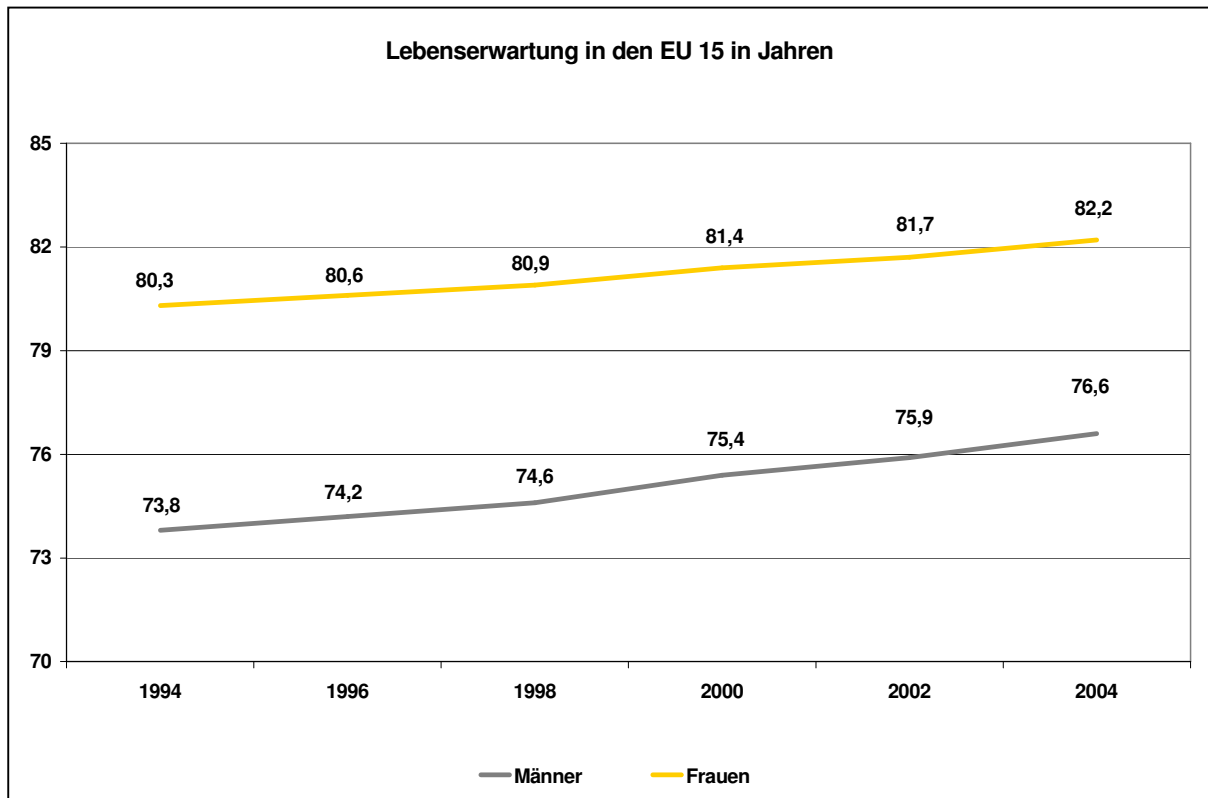


Abbildung 1: Lebenserwartung in den EU 15 [Eurostat: Eurostat Jahrbuch 2006-07]

Um einerseits dem demographischen Wandel gerecht werden zu können und andererseits die staatlichen Alterssicherung gewährleisten zu können, wurde gerade in den letzten Jahren in vielen europäischen Ländern das Pensionsantrittsalter dem EU-Durchschnitt angepasst und hinauf gesetzt (siehe Abbildung 2).

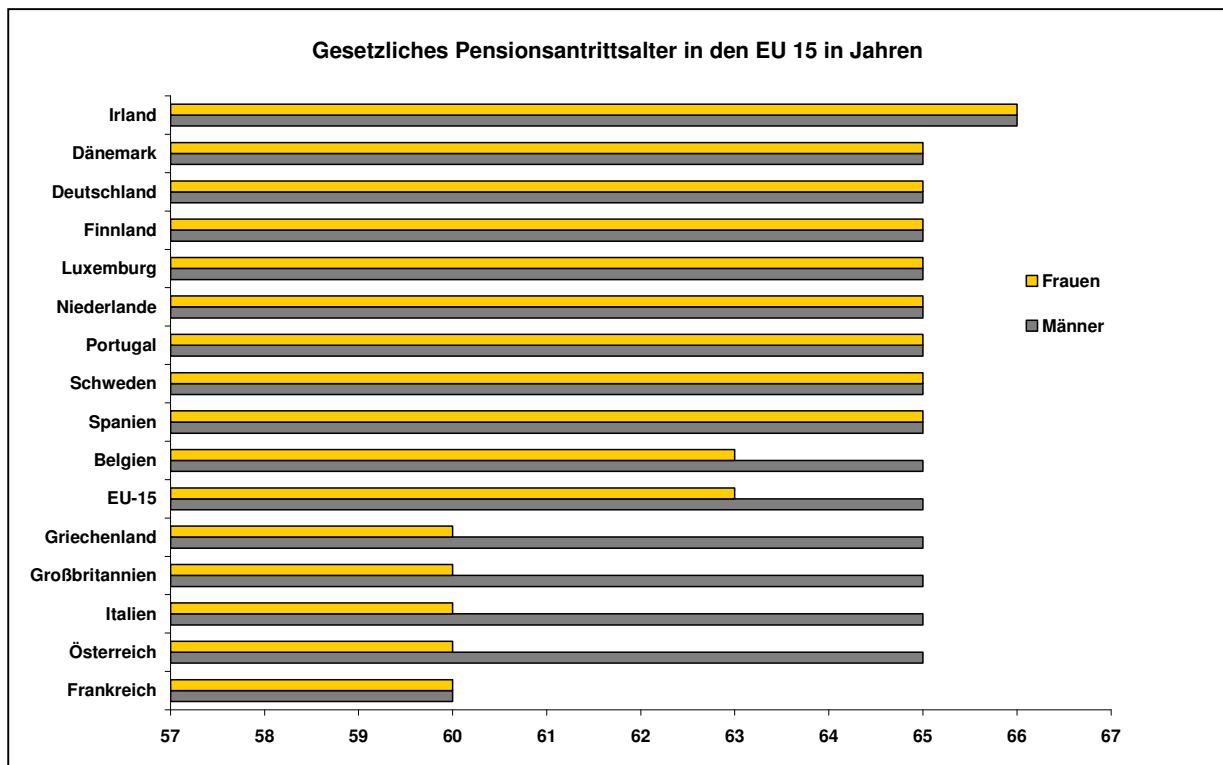


Abbildung 2: Gesetzliches Pensionsantrittsalter in den EU 15 [Eurostat: Eurostat-Jahrbuch 2004]

Ein wichtiger Grund für diesen Schritt ist unter anderem die immer länger andauernde durchschnittliche Ausbildungszeit, die zu einer gewichtigen Verkürzung des Arbeitslebens beiträgt. Abbildung 3 zeigt die Veränderung der Dauer des Arbeitslebens von 1971 bis 2001 in Österreich. [B. Kriener et al.; 2004]

Gemäß den Daten im Statistischen Jahrbuch 2004 dauerte das durchschnittliche Arbeitsleben eines Österreichers im Jahr 1971 beispielsweise 44 Jahre an, die durchschnittliche Ausbildungszeit betrug 17 Jahre und die durchschnittliche Rentendauer 9 Jahre. Im Laufe der Zeit kam es allerdings zu einer deutlichen Verlängerung der Ausbildungszeit sowie zu einem Anstieg der Rentendauer - bedingt durch eine höhere Lebenserwartung aber auch durch eine Herabsetzung des durchschnittlichen Pensionsantrittsalters. Die Folge dieser Veränderungen spiegelt sich in den Werten des Jahres 2001 wieder: Die Dauer des durchschnittlichen Arbeitslebens betrug nur noch 36 Jahre, während sich die Ausbildungszeit um 6 Jahre und die Pensionsdauer um 11 Jahre erhöht haben. [B. Kriener et al.; 2004]

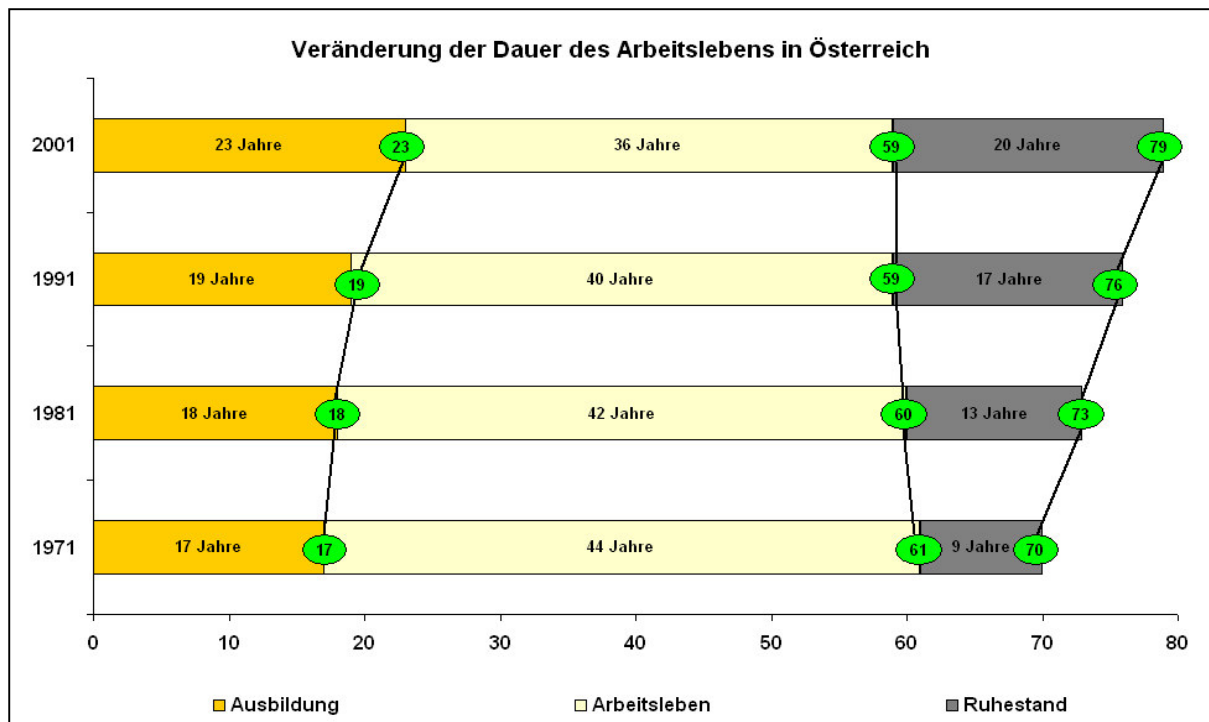


Abbildung 3: Veränderung der Dauer des Arbeitslebens [Statistik Austria: Statistisches Jahrbuch 2004]

4.2 Die Arbeitswelt im Wandel – neue Arbeitsbelastungen

Die fortschreitende Entwicklung, steigende Kosten und höhere Erwartungen in die Produktivität und Wettbewerbsfähigkeit erhöhen immer mehr den Druck auf Unternehmen. Mitarbeiter sind zur Erfüllung dieser Herausforderung die wichtigste Ressource und es bedarf daher einer entsprechenden Förderung des Humankapitals. [B. Badura, T. Hehlmann; 2003] Aktuelle Entwicklungen am Arbeitsplatz wie höhere Eigenverantwortung, hohe Komplexität oder ein hohes Arbeitstempo, führen oft zu arbeitsbedingten Belastungen der Erwerbstätigen und verlangen daher nach einer Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Gerade in den letzten Jahrzehnten erhoffte man sich durch die zunehmende Anwendung computerunterstützter Programme eine Erleichterung, entgegen aller Erwartungen kam es jedoch in vielen Bereichen zu keiner Reduktion der Belastungen, im Gegenteil, psychische Belastungen haben stark zugenommen. [B. Kriener et al.; 2004]

Um diesem Wandel entgegen zu wirken bedarf es daher der Setzung bestimmter Maßnahmen im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung, aber auch im

Bereich des Altersmanagements. Zur Schaffung eines gesunden Arbeitsumfeldes trägt zwar die Umsetzung gesundheitsfördernder Maßnahmen wesentlich bei, die gesundheitsfördernde Unternehmensführung ist jedoch auch von großer Bedeutung. Betriebliche Gesundheitsförderung ist ein Geben und Nehmen - es bedarf einerseits eines entsprechenden Angebotes, andererseits aber auch einer Annahme des selbigen. [H. Geißler, et al.; 2003]

Gemäß der Luxemburger Deklaration sollte sich die Gestaltung und Umsetzung Betrieblicher Gesundheitsförderung an folgenden Leitlinien orientieren:

- *„Partizipation – aktive Miteinbindung der Beschäftigten als Experten für ihre eigene Arbeitssituation und Gesundheit“*
- *„Integration – Betriebliche Gesundheitsförderung sollte sich nicht auf einzelne Aktivitäten beschränken, sondern bei allen wichtigen Entscheidungen und in allen Unternehmensbereichen berücksichtigt werden“*
- *„Systematische Durchführung – ihre wesentlichen Elemente bestehen in der Bedarfsanalyse, Prioritätensetzung, Planung, Durchführung und einer kontinuierlichen Kontrolle und Bewertung der Ergebnisse“*
- *„Ganzheitlichkeit – strukturelle Veränderungen und individuumsbezogene Maßnahmen; die Reduktion von Belastungen und die Stärkung von Gesundheitspotenzialen wird angestrebt“*

[B. Kriener et al.; 2004]

Natürlich ist die Kostenfrage für die Umsetzung und Implementierung von BGF gerade auf Unternehmerseite ein essentieller Faktor. In Abbildung 4 sind die Gesundheitsausgaben in [%] des Brutto-Inland-Produktes (BIP) der EU 15 Staaten im Vergleich von 1995 zu 2003 abgebildet. Der tendenzielle Anstieg der Ausgaben lässt uns auch einen Anstieg der Ausgaben für Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung implizieren. Generell liegen die Gesundheitsausgaben in Frankreich, Schweden, den Niederlanden, Deutschland, Großbritannien und Belgien im Jahr 2003 mit 7,6% bis 8,9% des BIP über dem EU 15 Durchschnitt. Interessant ist auch, dass Österreichs Gesundheitsausgaben im Jahr 2003 (7,1%) gleich hoch waren wie im Jahr 1995. Ferner ist zu erwähnen, dass beispielsweise Portugal aber auch die Niederlande und Deutschland ihre Ausgaben von 1995 bis 2003 im Schnitt um 0,1% bis 0,5% reduziert haben.

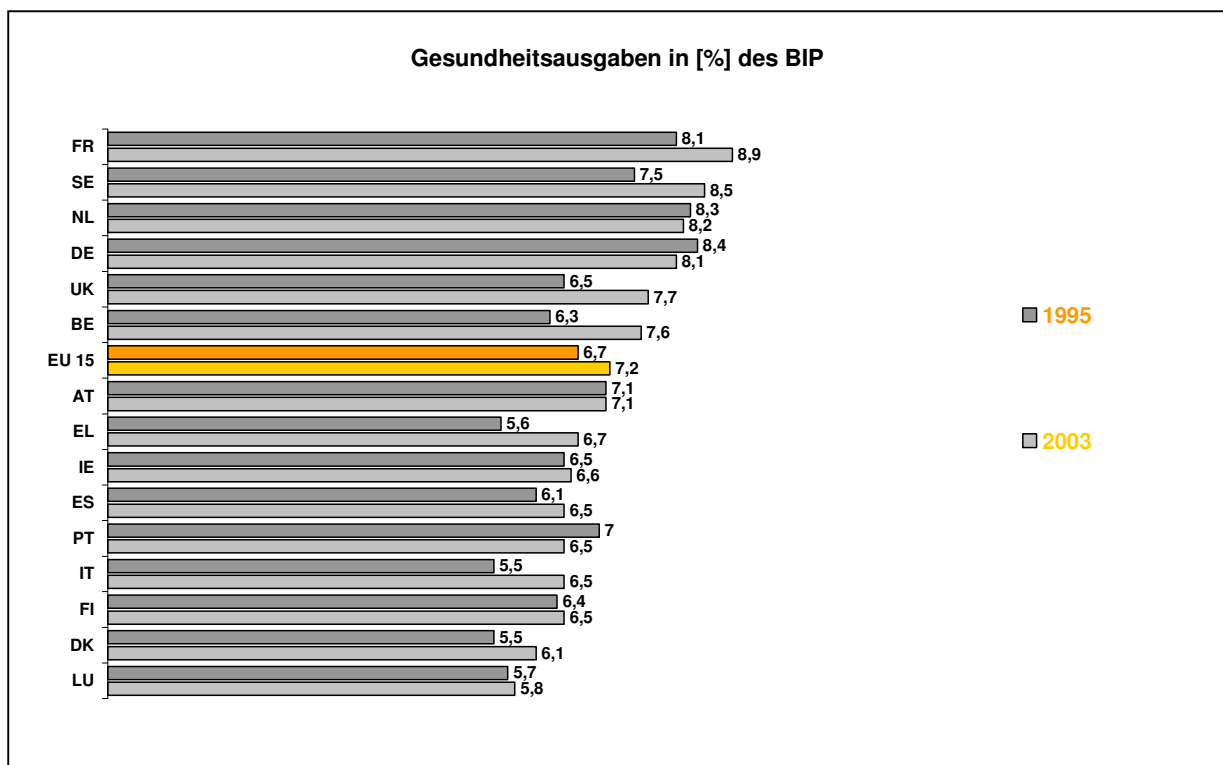


Abbildung 4: Gesundheitsausgaben in [%] des BIP [Eurostat: Eurostat-Jahrbuch 2006-07]

4.3 Arbeitsbewältigungsfähigkeit

Die Betriebliche Gesundheitsförderung dient nicht alleine der Verbesserung des Wohlbefindens von Mitarbeitern. Die Maßnahmen zur Sicherung und Förderung von Arbeitnehmern tragen ferner wesentlich zum Altersmanagement und zur Arbeitsbewältigungsfähigkeit der Mitarbeiter bei. Primäres Ziel hier ist es, alle Mitarbeiter dabei zu unterstützen, sowohl ihre persönlichen Ziele als auch die Ziele des Unternehmens zu erreichen. Einflussfaktoren auf die Arbeitsfähigkeit sind in Abbildung 5 im „Haus der Arbeitsfähigkeit“ dargestellt: [J. Ilmarinen, J. Tempel; 2002]

Wie in der Abbildung ersichtlich, bilden Familie, Verwandte und Freunde das soziale Umfeld eines Menschen. Die unterschiedlichen Auswirkungen dieses sozialen Umfeldes auf die Gesundheit und Leistungsfähigkeit eines Menschen, bilden eine entscheidende Grundlage für dessen Arbeitsfähigkeit. Die Gesundheit wird hier als funktionelle Kapazität, bestehend aus der physischen, mentalen und sozialen Leistungsfähigkeit, verstanden.

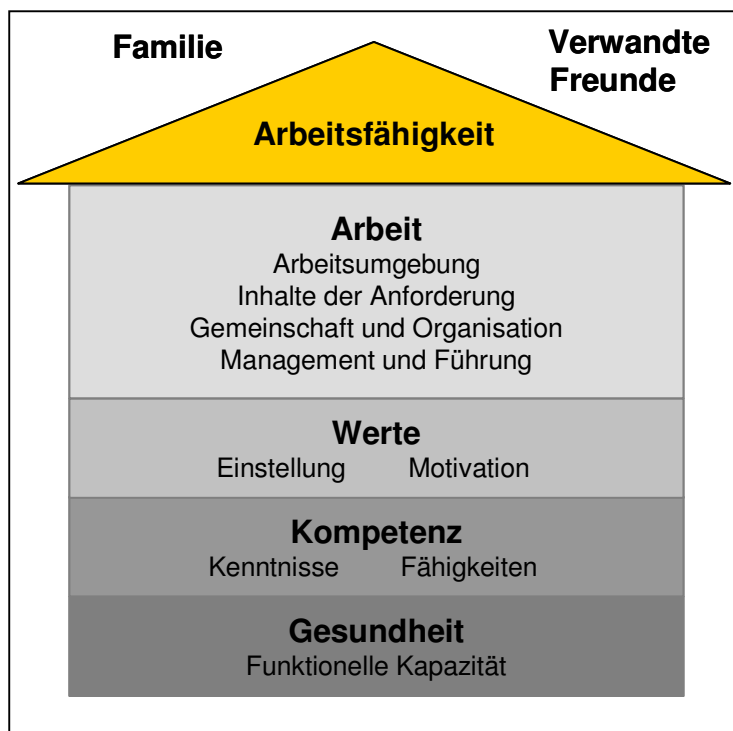


Abbildung 5: Haus der Arbeitsfähigkeit [J. Ilmarine, J. Tempel; 2002]

Der Zweite Stock umfasst die fachliche und soziale Kompetenz. Wesentlich ist hier die Aneignung entsprechender Kenntnisse und Fähigkeiten im Verlauf eines Arbeitslebens. Moralische Werte, die individuelle Einstellung eines Mitarbeiters sowie dessen Kompetenz sich in das Arbeitsleben einzubringen, befinden sich im dritten Stock des Hauses. Im vierten Stock ist schließlich die Arbeit mit allen inhaltlichen und organisatorischen Ansprüchen zu finden. Eine wichtige Rolle nimmt hier vor allem das Management, also die Führungsebene ein. Diese kann wesentlich an einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit von Mitarbeitern beitragen. [J. Ilmarinen, J. Tempel; 2002]

5 Die Rolle der Führungskräfte in der Betrieblichen Gesundheitsförderung

„Der Produktivitätsgrad eines Betriebes wird vor allem von der Leistungsfähigkeit und Willigkeit der in ihm arbeitenden Menschen bestimmt.“ [D.Kuhn, D.Sommer; 2004]

Die Leistungsfähigkeit und vor allem die Leistungswilligkeit von Mitarbeitern hängen, wie bereits erwähnt, im hohen Maße vom Führungsverhalten ab. Gab es früher nur den autoritären, patriarchalischen Führungsstil, bei dem die Geführten einfach das zu tun hatten was ihnen mehr oder weniger befohlen wurde, so wandelte sich auch dieses Bild im Laufe der Zeit. Heute ist es die Hauptaufgabe der Führungskräfte ein Klima zu erzeugen, in dem Mitarbeiter freiwillig bereit sind den Anordnungen ihrer Vorgesetzten Folge zu leisten. Der Grund dafür liegt darin, dass man erkannte, dass autoritäre Führung mehr in „Dienst nach Vorschrift“ als in produktivem Handeln resultierte. Mitarbeitern, die sich mit den Zielen des Unternehmens identifizieren können fällt es leichter Entscheidungen auch dann mitzutragen und zu akzeptieren, wenn sie gegen das eigene Wohlbefinden fallen. [D.Kuhn, D.Sommer; 2004] Anerkennung, Belohnung sowie Förderung von Mitarbeiterpotenzialen beschreiben einen Führungsstil der zu einem Klima des Vertrauens und der gegenseitigen Unterstützung in Betrieben führt. Ignoranz, Bestrafung und Zurücksetzung von Seiten der Führungskraft hat hingegen häufig ein Klima des Misstrauens und der Rivalität zwischen den einzelnen Mitarbeitern zur Folge. [B. Badura, T. Hehlmann; 2003]

Eine der wichtigsten Aufgaben von Führungskräften ist es, eine Basis des Vertrauens zu schaffen. Sichere Arbeitsplätze auch in schweren Zeiten, Raum für Fehler sowie die Anerkennung der Mitarbeiter als zentraler und wichtigster Faktor für das Unternehmen sind vertrauensfördernde Prozesse. Ebenso wichtig ist eine gewisse Kontinuität zwischen dem was innerhalb des Unternehmens umgesetzt wird und dem was nach außen proklamiert wird. Das Schlüsselwort ist hier Loyalität. Loyalität der Beschäftigten gegenüber dem Unternehmen sowie Loyalität des Unternehmens gegenüber seinen Mitarbeitern. Auch die Anerkennung und das Ermöglichen von sozialen Beziehungen sind zentrale Punkte. Die Bewältigung einer gemeinsamen Aufgabe, gemeinsam erlebte Erfahrungen sowie gemeinsame Zusammenkünfte und Aktivitäten außerhalb der Dienstzeit tragen zu einem positiven

Klima bei. Führungskräfte, die es verstehen geleistete Arbeit ihrer Mitarbeiter anzuerkennen, und somit Identifikationsmöglichkeiten mit der Arbeit zu schaffen, tragen zu einem gesundheitsfördernden Umfeld bei. [B. Badura, T. Hehlmann; 2003]

Weitere Merkmale einer gesundheitsfördernden Führungskultur sind die Pflege einer partnerschaftlichen Unternehmenskultur, der Fokus auf eine ausgeglichene Work-Life-Balance, das Ernstnehmen der Meinung von Mitarbeitern sowie der persönliche Dialog mit den Beschäftigten. Auch eine gewisse Vorbildfunktion der Führungskräfte sollte hier nicht unerwähnt bleiben. Die Art, wie Führungskräfte mit ihrer eigenen Gesundheit umgehen, die Gewichtung der Arbeitszeit für Sach- oder Personalfragen sowie die fachliche Qualifizierung der Führungskräfte in Sachen Gesundheitsmanagement sind bedeutende Einflussfaktoren. [B. Badura, T. Hehlmann; 2003]

6 Ziele der Betrieblichen Gesundheitsförderung

Die Ziele der Betrieblichen Gesundheitsförderung resultieren im Regelfall aus den im Hintergrund erkannten Problemen und dem daraus entstandenen Handlungsbedarf. Natürlich können auch vorrausschauende und präventive Perspektiven Ziele darstellen. Allgemein kann man die folgenden Themen als Ziele der Betrieblichen Gesundheitsförderung betrachten:

- Verbesserung der Qualität
- Erhöhung der Innovationsbereitschaft
- Optimierung der Schnittstellengestaltung
- Verbesserung der Kommunikation und Kooperation
- Erhöhung des Wohlbefindens, der Arbeitszufriedenheit und der Motivation
- Reduzierung der Fehlzeiten und daraus resultierenden erhöhten Kosten
- Vermeidung von innerer Kündigung und Fluktuation

[B. Badura, T. Hehlmann; 2003]

Um diese Ziele auf Dauer realisieren zu können, ist die Einführung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements als Einstieg in einen längerfristigen Lern- und Entwicklungsprozess von großer Bedeutung und unumgänglich. [B. Badura, T. Hehlmann; 2003]

Gemäß Badura & Hehlmann (2003) sind im Zuge der Umsetzung und Implementierung eines betrieblichen Gesundheitsmanagements im wesentlichen vier Teilziele von großer Bedeutung:

1. Die Entwicklung und vor allem die dauerhafte Verankerung des Managementsystems
2. Die Stärkung des Sozial- und Humankapitals
3. Die Verbesserung von Gesundheit und Wohlbefinden
4. Die Steigerung von Produktivität, Qualität und Wirtschaftlichkeit

6.1 Entwicklung und Verankerung des Managementsystems

Neben strukturellen Rahmenbedingungen und wesentlichen betriebspolitischen Voraussetzung für die Verankerung und den nachhaltigen Erfolg eines betrieblichen

Gesundheitsmanagements – dem „Wollen“ der Unternehmensführung – bedarf es vor allem der entsprechend professionellen Durchführung von Diagnose, Planung, Evaluation und Intervention, sowie der Integration bestimmter Strukturen und Prozesse. Erst wenn die oberste Managementebene die Wichtigkeit und Notwendigkeit Betrieblicher Gesundheitsförderung erkannt hat, kann deren dauerhafte Umsetzung und Wirksamkeit garantiert werden. [B. Badura, T. Hehlmann; 2003]

6.2 Stärkung des Sozial- und Humankapitals

Ziel jedes Unternehmens ist es, so rasch als möglich durch Investitionen – auch im Zuge der Betrieblichen Gesundheitsförderung – einen entsprechenden Nutzen zu realisieren. Dieser Nutzen kann sich unter anderem in einer verbesserten Zusammenarbeit, höherer Motivation, erhöhter Leistungseffektivität, weniger Krankenständen aber auch in einer besseren Identifikation mit der Arbeit verdeutlichen. Zur Erreichung dieser Effekte sind aber vor allem Investitionen in das Sozial- und Humankapital relevant. [B. Badura, T. Hehlmann; 2003]

6.3 Verbesserung von Wohlbefinden und Gesundheit

Das primäre Ziel der Betrieblichen Gesundheitsförderung liegt in der Steigerung von Gesundheit und Wohlbefinden von Erwerbstätigen. Es ist erwiesen, dass sowohl die Arbeitszufriedenheit, als auch Motivation und Leistungsfähigkeit maßgeblich vom gesundheitlichen Zustand eines Mitarbeiters abhängen und somit Auswirkungen auf die Ergebnisse und in Folge auf die Wettbewerbsfähigkeit eines Unternehmens haben. Ziel ist es hier entsprechende Maßnahmen zu setzen, um positive Effekte hinsichtlich des körperlichen und psychosozialen Wohlbefindens zu erzielen und Risikofaktoren zu reduzieren – nur ein gesunder Mitarbeiter ist auch ein produktiver Mitarbeiter. [B. Badura, T. Hehlmann; 2003]

6.4 Steigerung der Produktivität, Qualität und Wirtschaftlichkeit

Gerade in Zeiten wie diesen führt zunehmender Wettbewerbs- und Kostendruck dazu, dass sich Investitionen in Sozial- und Humankapital in Konkurrenz zu anderen

Unternehmenszielen „beweisen“ müssen. Aus diesem Grund bedarf es aus Sicht der Unternehmer für die Implementierung von BGF nicht nur positiver Effekte auf Mitarbeiterebene, sondern auch auf Unternehmerebene. Essentiell dabei sind vor allem langfristige Erfolge, die sich auf die Wettbewerbsfähigkeit und damit auf die Existenzsicherung auswirken – besonderes Augenmerk liegt somit auf der Steigerung der Produktivität, der Erhöhung der Qualität und auf der Senkung von Kosten. In Folge werden die Ziele und die angestrebten Ergebnisse Betrieblicher Gesundheitsförderung kurz tabellarisch zusammengefasst: [B. Badura, T. Hehlmann; 2003]

Ziele	angestrebte Ergebnisse
1. Entwicklung und dauerhafte Verankerung des Managementsystems	• Entwicklung und Optimierung betriebspolitischer Voraussetzungen • Aufbau und Optimierung struktureller und planerischer Rahmenbedingungen • Durchführung und Optimierung der Kernprozesse
2. Stärkung des Sozial- und Humankapitals (Vernetzung, Vertrauensbildung, Entwicklung gemeinsamer Überzeugungen, Werte, Regeln)	• Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung • Gesundheitsförderliche Organisationsgestaltung • Förderung persönlicher Gesundheitspotentiale
3. Verbesserung von Wohlbefinden und Gesundheit	• Steigerung des psychosozialen Wohlbefindens • Verbesserung des körperlichen Gesundheitszustandes • Verminderung von Risikofaktoren
4. Steigerung von Produktivität, Qualität und Wirtschaftlichkeit	• Verbesserung des Arbeitsverhaltens und der Produktivität • Verbesserung der Qualität und Kundenorientierung • Senkung von Kosten

Tabelle 2: Ziele und angestrebte Ergebnisse der BGF [B. Badura, T. Hehlmann; 2003]

7 Instrumente zur Betrieblichen Gesundheitsförderung

Im Folgenden werden Methoden, Instrumente und Verfahren bzw. Vorgehensweisen zur Umsetzung der Betrieblichen Gesundheitsförderung beschrieben. Aufgrund ihrer vielseitigen Einsatzmöglichkeit, eignen sich manche Instrumente zur Zielerreichung verschieden gut. Sogenannte Frühindikatoren dienen vor allem dazu, bereits zu einem möglichst frühen Zeitpunkt Aussagen über die zu erwartende Zielerreichung treffen zu können. So können Kosten, die auf Grund einer zu späten Intervention entstehen, vermieden werden. Je früher das Wohlbefinden und die Gesundheit gestärkt werden, desto eher kann auch auf Dauer eine Steigerung des psychischen Wohlbefindens erzielt und in Folge psychischen und körperlichen Erkrankungen vorgebeugt werden. Ein wichtiger Schritt zu Beginn der Prävention ist die Datengewinnung bzw. die daraus abzuleitende prognostische Relevanz Betrieblicher Gesundheitsförderung. Neben standardisierten Methoden, wie in Tabelle 2 aufgelistet, gibt es dialogorientierte Verfahren, die Detailfragen erlauben und somit auch Erkenntnisse über Ursache- und Wirkungszusammenhänge verschaffen. [B. Badura, T. Hehlmann; 2003]

Datenquelle	Kausalmodell	Frühindikatoren	Spätindikatoren
Daten aus der Personalabteilung		• Verbesserungsvorschläge • Fortbildungsengagement • Überstunden	• Fluktuation • Fehlzeiten • Frühpensionierung
Daten aus der Arbeitsmedizin	• Pathogenetisch	• Risikofaktoren • Körperlicher Zustand	• Behandlungsbedarf • psychische bzw. körperliche Schäden
Daten aus Mitarbeiterbefragungen	• Pathogenetisch • Salutogenetisch	• Wohlbefinden • Selbstwertgefühl • Arbeitszufriedenheit	• Angst • Depression • Schlafstörungen
AU-Daten der Kassen	• Pathogenetisch		• Fehlzeiten
An die Träger der Unfallversicherung gemeldete Daten	• Pathogenetisch		• Arbeitsunfälle • Berufserkrankungen

Tabelle 3: Möglichkeiten zur Gewinnung standardisierter Daten für das Controlling des Betrieblichen Gesundheitsmanagements [B. Badura, T. Hehlmann; 2003]

7.1 Projektmanagement

„Projektmanagement ist ein umfassendes Führungskonzept, das ermöglichen soll, komplexe Vorhaben termingerecht, kostengünstig und mit hoher Qualität durchzuführen.“ [HD. Litke; I. Kunow; 2000]

Projekte sind durch ihre Einmaligkeit in der Aufgabenstellung gekennzeichnet. Projekte beginnen und enden zu bestimmten Zeitpunkten, wobei die Projektdurchführung im Regelfall im Rahmen einer speziellen Projektorganisation erfolgt. Das Projektmanagement fokussiert auf die Art und Weise der Durchführung von Projekten und bedient sich spezieller Methoden und Instrumente zur Planung, Steuerung und Überwachung eines Projektes. [B. Badura, T. Hehlmann; 2003]

Primäre Aufgabe des Projektmanagements ist es, alle Arbeitsschritte eines Projektes so zu planen, zu organisieren und zu kontrollieren, dass es trotz bestehender Risiken erfolgreich abgeschlossen werden kann. Die Projektleitung benötigt neben einer hohen Führungskompetenz auch ein hohes Maß an Kooperationsfähigkeit aller Beteiligten, ferner obliegt es ihr Teammitglieder zu leiten, zu integrieren und zu motivieren, um so das soziale und psychische Wohlbefinden aller Beteiligten zu stärken. Alles in allem ist das Projektmanagement im Zuge der Betrieblichen Gesundheitsförderung für die Abwicklung eines Projektes, also für dessen Planung und Durchführung, aber auch für dessen Aufbereitung und die Rückmeldung von resultierenden Ergebnissen verantwortlich. Im Folgenden handelt es sich um die wesentlichen Elemente eines Projektmanagements:

- Projektdefinition sowie Ziel- als auch Meilensteinplanung
- Projektstruktur-, -phasen- und –ablaufplanung
- Termin-, Kapazitäten- und Kostenplanung

[B. Badura, T. Hehlmann; 2003]

7.2 Analyse von Arbeitsunfähigkeitsdaten (AU-Daten) in der arbeitsbezogenen Gesundheitsberichterstattung

Die Analyse von Arbeitsunfähigkeitsdaten (AU-Daten) gehört zu den wichtigsten Instrumenten vieler Kranken- und Unfallversicherungen. Diese Form von Berichterstattung hat ihren Ursprung in der Strukturforschung zum Thema Krankheit

und Arbeitswelt im Gesundheitswesen. Die auf branchen- und tätigkeitsbezogenen, sowie auf regionalen und soziodemographischen Merkmalen basierenden AU-Statistiken, bieten neben wichtigen Kenngrößen für die Prävention, auch Hinweise auf arbeits- und allgemeinmedizinischen Präventionsbedarf und zeigen die Entwicklung der gesundheitlichen Lage der Bevölkerung. Zwar können mit diesen Daten für die Mehrheit der arbeitenden Bevölkerung soziodemographische und arbeitsbezogene Merkmale den Gesundheitszustand betreffend veranschaulicht werden, jedoch sind mit diesen Sekundärdaten keine Kausalitätsanalysen möglich. Es lassen sich daraus lediglich Erkenntnisse im Bereich der Risikoprävention schlussfolgern. [B. Badura, T. Hehlmann; 2003]

Gemäß Badura & Hehlmann (2003) sind folgende Ziele essentiell für eine regelmäßige Berichterstattung:

- Die Identifikation von Risikogruppen
- Die Entwicklung spezifischer Maßnahmen zur Prävention für Risikogruppen oder bereits gesundheitlich beeinträchtigte Arbeitnehmer
- Die Evaluation der umgesetzten Maßnahmen

7.3 Mitarbeiterbefragung (MAB)

Die Mitarbeiterbefragung ist ein praktisches Instrument zur Datengewinnung. Sie kann notwendige Informationen über die Einstellung, Denkweise und Wahrnehmung von Arbeit und deren Organisation liefern, aber auch Auskunft über die gesundheitliche Situation von Beschäftigten geben. Primärer Zweck einer Befragung ist es eine strategische Zielsetzung festzulegen, die in Folge durch entsprechende gesundheitsfördernde Maßnahmen erreicht werden soll. Hinsichtlich der Form der Befragung besteht eine große Bandbreite an Alternativen. Es gibt die Möglichkeit einer mündlichen, schriftlichen oder einer elektronischen Mitarbeiterbefragung. Die schriftliche Befragung mittels Fragebögen wird im Regelfall bevorzugt. Mittlerweile tendieren viele Unternehmen jedoch zu computerunterstützten Online-Befragungen. Mündliche Befragungen erfolgen im Regelfall in Form von Interviews, die persönlich aber auch per Telefon geführt werden können.

Die Wahl der Befragungsart hängt von vielen Aspekten ab: Neben dem Zeitfaktor stellt sich hier vor allem die Frage, welche Ziele mit der Befragung verfolgt werden sollen. [B. Badura, T. Hehlmann; 2003]

Um die Qualität der Messung und den aus der Befragung resultierenden Nutzen sicherzustellen, ist es unbedingt erforderlich standardisierte Befragungsverfahren und Messinstrumente zu verwenden. Befragungen können bei einmaliger Umsetzung beispielsweise als Evaluationsinstrument dienen, werden sie aber regelmäßig durchgeführt, kann man sie durchaus als strategische Lerninstrumente einsetzen. Vor allem eine in ein betriebliches Gesundheitsmanagement eingebettete Mitarbeiterbefragung kann dann sinnvoll ausgeschöpft werden, wenn Sinn und Zweck der Befragung aus der strategischen Zielsetzung der Gesundheitspolitik abgeleitet und von den Mitarbeitern wahrgenommen werden können. [B. Badura, T. Hehlmann; 2003]

Essentiell für den Erfolg einer Befragung ist die Rückmeldung der Ergebnisse. Dient die Befragung nur zur Informationsgewinnung der Führungsebene, so reicht ein schriftlicher Ergebnisbericht aus. Soll die Mitarbeiterbefragung jedoch einer Intervention dienen, bietet sich eine Präsentation der Ergebnisse – nicht nur für die Führungsebene sondern auch für die Mitarbeiter – an. In diesem Fall spricht man von einer sogenannten „Survey-Feedback-Technik“. Voraussetzung für eine erfolgreiche Durchführung ist, abgesehen vom Willen des Unternehmens die Ergebnisse auch ernst zu nehmen, dass alle Mitarbeiter ausreichend informiert und in die Zielplanung miteinbezogen werden. Eine entsprechende Transparenz – die Ergebnisse und Informationen sollten für alle frei zugänglich sein – sollte natürlich neben der Wahrung der Anonymität gegeben sein. [B. Badura, T. Hehlmann; 2003]

Im Rahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung ist die wichtigste Form der Mitarbeiterbefragung die sogenannte sozialepidemiologische Mitarbeiterbefragung. Es werden hier verschiedene Arbeits- und Organisationssituationen sowie die Gesundheit der Mitarbeiter evaluiert. Hierzu werden standardisierte und validierte Messinstrumente, welche sich bereits in sozialepidemiologischen Studien bewährt haben, herangezogen.

Man kann dadurch Erkenntnisse gewinnen um in Folge entsprechende Präventionsmaßnahmen umzusetzen. [B. Badura, T. Hehlmann; 2003]

7.4 Mitarbeitergespräche (MAG)

Auch mit diesem Instrument lassen sich allgemeine Meinungen, Trends, Einstellungen und Entwicklungen in einem Betrieb erfassen. Im Regelfall handelt es sich hierbei um Vier-Augen-Gespräche zwischen Vorgesetzten und Mitarbeitern, mit dem Zweck Zielvereinbarungen zu treffen, bisherige Leistungen und den Status-Quo der Qualifikation zu bewerten sowie Weiterbildungsmöglichkeiten und persönliche Anliegen zu besprechen. Ausgangspunkt eines Mitarbeitergesprächs sind die vorhandenen und die zu entwickelnden Ressourcen eines Beschäftigten. Da die Gesprächspartner in den meisten Fällen in einem Abhängigkeitsverhältnis zueinander stehen kann es durchaus der Fall sein, dass der Vorgesetzte selbst Auslöser (Stressor) für gesundheitliche Probleme des Mitarbeiters ist, und der Beschäftigte nicht immer offen und ehrlich antwortet. Aus diesem Grund sollten die Inhalte und die Ergebnisse dieser Gespräche stets hinterfragt und kritisch bewertet werden. [B. Badura, T. Hehlmann; 2003]

7.5 Experteninterview

Nicht nur die Ergebnisse einer Mitarbeiterbefragung stellen ein wichtiges Grundlageninstrument für die Planung und Umsetzung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung dar, auch Experteninterviews bieten eine Möglichkeit, Informationen über die gesundheitliche Situation im Unternehmen zu erhalten. [B. Badura, T. Hehlmann; 2003]

Hierbei handelt es sich um inhaltlich vorstrukturierte Interviews mit Personen, die in ihrer Eigenschaft als Experten oder Sachverständige zu bestimmten Themen befragt werden. Fokussiert wird hierbei auf die Aufgaben und Tätigkeiten sowie das Sach- und Spezialwissen dieser Personen. Im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung ist in diesem Zusammenhang etwa an Arbeitsmediziner, Sicherheitsfachkräfte, Ergonomen und Arbeitspsychologen, aber auch an Geschäftsführer, Führungskräfte und Betriebsräte zu denken. Im Unterschied zur

klassischen Mitarbeiterbefragung werden im Experteninterview eben nicht alle Mitarbeiter befragt, sondern nur einige, um so stellvertretend bestimmte Sachverhalte transparent zu machen. [B. Badura, T. Hehlmann; 2003]

Charakteristisch für Experteninterviews ist ihre Teilstandardisierung. Die Fragestellungen orientieren sich zwar an einem zuvor definierten Fragenkatalog bzw. Leitfaden, die Antwortmöglichkeiten sind allerdings offen. Die Individualität zeigt sich vor allem auch darin, dass während des Gesprächs Fragen noch spontan umformuliert oder Zusatzfragen gestellt werden können. Auch die Reihenfolge der Fragen kann im Zuge des Gesprächsverlaufs verändert werden. Ziel des Interviewers ist es, Neues vom Befragten zu erfahren, wobei auch der Interviewer selbst sein Fachwissen und seine Vorinformationen zum jeweiligen Thema mit einbringt. [B. Badura, T. Hehlmann; 2003]

Experteninterviews werden sowohl zur Diagnose als auch zur Evaluation eingesetzt. Sie haben unter anderem die Funktion der „Felderschließung“, was bedeutet, dass der Interviewer so einen Einblick in aber auch einen Überblick der bisher umgesetzten Aktivitäten bzw. Auskunft hinsichtlich der Erwartungen und Bedingungen vor Ort erhalten soll. [B. Badura, T. Hehlmann; 2003]

7.6 Gesundheitszirkel

Der Gesundheitszirkel ist ein bewährtes und gängiges Diagnose- und Interventionsinstrument im betrieblichen Gesundheitsmanagement. Es handelt sich hierbei um eine Form der Kleingruppe, die sich vor allem mit gesundheitlichen Belastungen und Problemen am Arbeitsplatz beschäftigt. Im Regelfall setzt sich ein Gesundheitszirkel einerseits aus Beschäftigten, andererseits aus Experten wie Personalchefs, Betriebsärzten und/oder Sicherheitsfachkräften zusammen. Die Mitarbeiter werden üblicherweise mittels eines Auswahlverfahrens nominiert. Interessierte jeder Abteilung können für die Teilnahme kandidieren – gibt es mehrere Interessierte kommt es zu einer Abstimmung innerhalb der jeweiligen Abteilung. Die Teilnehmeranzahl eines Zirkels ist im Regelfall auf zwölf Personen beschränkt, die Sitzungen finden während der Arbeitszeit statt und dauern zwischen einer und zwei Stunden. Grundsätzlich sollte ein Gesundheitszirkel in regelmäßigen Abständen über

eine Dauer von ca. vier bis sechs Monaten durchgeführt werden. Der Grundgedanke liegt darin, dass Mitarbeiter im Zuge eines solchen Treffens die Probleme und Belastungen ihren Arbeitsplatz betreffend aufzeigen und gemeinsam mit den Experten besprechen, die Ursachen dafür (mit)analysieren und in Folge Lösungsvorschläge (mit)erarbeiten. Ziel ist es hier, den Mitarbeiter in die Maßnahmengestaltung einzubinden, also aus einem Betroffenen einen Beteiligten zu machen und ihn nicht nur mit Tatsachen und Ergebnissen zu konfrontieren. [B. Badura, T. Hehlmann; 2003]

Im Regelfall ist eine Mitarbeiterbefragung Grundlage für die Arbeit eines Gesundheitszirkels. Die dabei als besonders belastend identifizierten Themen werden meist als Arbeitsauftrag für einen Gesundheitszirkel festgehalten. Aufgrund der geringen Anzahl von Beschäftigten bietet sich der Gesundheitszirkel vor allem in kleinen Unternehmen als Analyseinstrument an. Die Protokolle eines solchen Zirkels werden üblicherweise im Unternehmen veröffentlicht, um so die anderen Mitarbeiter, über die Ergebnisse zu informieren. [B. Badura, T. Hehlmann; 2003]

Im Regelfall werden Gesundheitszirkel von erfahrenen Moderatoren geleitet. Für die Entwicklung und Erstellung von Lösungsvorschlägen sind in erster Linie die Mitarbeiter und die Experten verantwortlich, die Moderatoren sollten nur Hilfestellungen bieten. Da Gesundheitszirkel, wie bereits erwähnt, auf einen Zeitraum von ca. vier bis sechs Monaten angelegt sind, werden sie von Betrieben nur ungern angewandt. Zeitlich wesentlich weniger aufwendig und daher das beliebtere Instrument zur Betrieblichen Gesundheitsförderung sind sogenannte Fokusgruppen die in Kapitel 7.7 näher beschrieben werden. [B. Badura, T. Hehlmann; 2003]

7.7 Fokusgruppen

Unter einer Fokusgruppe versteht man eine spezielle Form der moderierten Gruppendiskussion. In einer kleinen Runde bringen Mitarbeiter ihre Meinungen, Erfahrungen und Ideen zu einem bestimmten Thema bzw. Problembereich mit dem Ziel ein, in möglichst kurzer Zeit möglichst viele unterschiedliche Aspekte eines Themas zu erörtern. Fokusgruppen knüpfen an Methoden von Gesundheitszirkeln an, sind aber wesentlich weniger zeitaufwendig - es handelt sich um ca. zwei bis drei

halb- bis ganztägige Treffen im Abstand von zwei bis drei Wochen. [B. Badura, T. Hehlmann; 2003]

Die Arbeit der Fokusgruppe kann in folgende 4 Kernbereiche unterteilt werden:

1. Problemidentifikation
2. Problemanalyse
3. Ansatzpunkte zur Problemlösung
4. Entwicklung eines Maßnahmenkataloges

[B. Badura, T. Hehlmann; 2003]

Die Wahl der Beteiligten einer Fokusgruppe – ähnlich der beim Gesundheitszirkel – ist letztlich von dem zu bearbeitendem Thema und dem dazu erforderlichen Expertenwissen abhängig. Idealerweise liegt die Gruppengröße hier zwischen sieben und zehn Teilnehmern. Wie Gesundheitszirkel werden Fokusgruppen durch erfahrene Moderatoren geleitet. Die Diskussionen und Ergebnisse werden protokolliert, in Folge ausgewertet und entweder mittels einer Präsentation oder mittels eines schriftlichen Berichts rückgemeldet. [B. Badura, T. Hehlmann; 2003]

7.8 Arbeitssituationsanalyse

Die Arbeitssituationsanalyse ist ein Gruppendiskussionsverfahren, mit Hilfe dessen binnen kürzester Zeit die wichtigsten körperlichen und psychischen Belastungsfaktoren eines Betriebes bzw. einzelner Arbeitsbereiche identifiziert werden können. Auch hier werden Mitarbeiter selbst als Experten ihrer Arbeit gesehen und in die Analyse involviert. In strukturierten Gruppendiskussionen werden sowohl gesundheitsfördernde und motivierende aber auch belastende und krankmachende Faktoren des Arbeitsumfeldes erarbeitet und Verbesserungsvorschläge entwickelt. Daraus resultierend können schließlich Maßnahmen abgeleitet werden, um so eine Verbesserung der Arbeitsumgebung und der Arbeitsorganisation zu erzielen. Auch im Zuge einer Arbeitssituationsanalyse liegen die Anforderungen an den Moderator vor allem in einer hohen Kompetenz auf dem Gebiet der Betrieblichen Gesundheitsförderung, aber auch in einer absoluten Neutralität und einem entsprechenden Respekt gegenüber Meinungen und

Sichtweisen der Gruppenteilnehmer. Gemäß Badura & Hehlmann (2003) werden folgende relevante Schritte und Aspekte einer Arbeitssituationsanalyse angeführt:

1. Die **Auswahl** eines solchen zu analysierenden Bereiches kann beispielsweise aufgrund einer zuvor durchgeführten Analyse der AU-Daten durch die Krankenkasse oder aufgrund von Expertenentscheidungen erfolgen.
2. Die Durchführung von **Führungskräfteworkshops**, um diesen die Thematik aber auch die Methodik der Analyse näher zu bringen und sie in Folge für die Umsetzung von Maßnahmen zu sensibilisieren, ist essentiell.
3. **Mitarbeiterinformationen** hinsichtlich des Inhaltes der geplanten Gruppendiskussion erfolgen in der Regel mündlich durch die direkten Vorgesetzten, sollten aber zusätzlich unbedingt auch schriftlich in Form eines Informationsblattes erfolgen.
4. Arbeitssituationsanalysen erfolgen im Zuge von **Gruppensitzungen**. Teilnehmer sind acht bis fünfzehn Beschäftigte des zu analysierenden Arbeitsbereiches, zusätzlich der Vorgesetzte und, wenn möglich, ein externer Moderator. Jede Gruppendiskussion sollte maximal zweieinhalb Stunden dauern und nach Möglichkeit sollten alle Mitarbeiter des zu analysierenden Bereiches daran teilnehmen.
5. Ein schriftlicher **Ergebnisbericht** wird jeweils nach Abschluss der Diskussion erstellt, um Auskunft über den Diskussionsgegenstand zu geben.
6. Die **Präsentation der Ergebnisse und die Maßnahmenplanung** passiert idealerweise im Zuge eines Workshops. Daran teilnehmen sollten neben der Geschäftsführung die Personalleitung, Vertreter des Betriebsrates, die Führungskräfte der jeweils betroffenen Bereiche, die Sicherheitsfachkraft und der Betriebsarzt.
7. Mittels **Informationsblatt** und/oder zusätzlichen **Informationsveranstaltungen** sollten anschließend die Mitarbeiter über die geplanten Maßnahmen informiert werden.
8. Die **Maßnahmenumsetzung** hat schlussendlich durch das Unternehmen zu erfolgen, gegebenenfalls können weitere Beratungen und Hilfestellungen durch entsprechend qualifizierte Institutionen in Anspruch genommen werden.
9. Eine **Folgeevaluation** ist nach ca. einem halben Jahr nach Maßnahmenumsetzung ratsam. Diese kann durch Interviews mit den Entscheidungsträgern und/oder mit einzelnen Mitarbeitern erfolgen, um so die

Erwartungen, Befürchtungen aber auch den hoffentlich daraus resultierten Nutzen zu erheben.

Auch wenn es nicht gelingt im Zuge einer Arbeitssituationsanalyse Lösungen für gravierende Probleme zu erarbeiten, so kann sie dennoch anderen Diagnose- und Interventionsmethoden wie z.B. Gesundheitszirkeln oder Fokusgruppen als Startpunkt oder Einstieg dienen. [B. Badura, T. Hehlmann; 2003]

7.9 Kennzahlen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement

Um das Gesundheitsmanagement in einem Unternehmen steuern zu können, benötigt man vorab Informationen über den Gesundheitszustand seiner Mitarbeiter und die potentiellen Einflussgrößen wie Belastungen und Ressourcen. Neben bekannten Kennzahlen bedarf es dabei Indikatoren, die unter anderem das Wohlbefinden und die Arbeitszufriedenheit widerspiegeln. Weitere Indikatoren sind aus den Daten der Personalabteilung, der Arbeitsmedizin, der Krankenkassen, aus Mitarbeiterbefragungen sowie aus den Daten der Träger der Unfallversicherungen zu ermitteln. Vor allem die in Folge aufgezählten Kennzahlen stellen hilfreiche Frühindikatoren für Unternehmen dar:

- Krankenstand
- Fluktuationsrate
- Fortbildungsengagement
- Überstundenentwicklung

[B. Badura, T. Hehlmann; 2003]

Fehlzeiten werden in der Betrieblichen Gesundheitsförderung als eine Hauptkennzahl angesehen. Sinnvoll ist es hier den Krankenstand prozentuell auf Abteilungs- oder Bereichsmitarbeiterbasis zu berechnen und schließlich mit anderen Abteilungen zu vergleichen, um so eventuelle abteilungsspezifische Probleme und in Folge dessen Maßnahmen ableiten zu können. Eine weitere Warnfunktion hat die Fluktuationsrate. Hierbei stellt man die Anzahl der freiwillig ausgeschiedenen und ersetzten Mitarbeiter eines Unternehmens innerhalb eines Jahres der gesamten Mitarbeiteranzahl im selben Zeitraum gegenüber. Oft lassen sich alleine so Indizien über die Arbeitszufriedenheit und Arbeitsbedingungen einzelner Bereiche ableiten. Das sogenannte Fortbildungsengagement kann Einblick über den Grad der

Mitarbeiterentfaltung geben. Hierzu wird beispielsweise die Summe der beantragten Fortbildungsanträge eines Quartals durch die Anzahl der gesamten Mitarbeiter des entsprechenden Bereiches im selben Zeitraum dividiert. Zur Errechnung der Überstundenquote dividiert man die Anzahl der Überstunden eines Bereiches bzw. einer Abteilung durch die Gesamtanzahl der Arbeitsstunden eines Unternehmens und stellt sie der anderer Abteilungen gegenüber. Auch hier lassen sich wieder Schlüsse über die Arbeitszufriedenheit bzw. Arbeitsorganisation der jeweiligen Bereiche ziehen. Bei entsprechenden Auffälligkeiten müssen die Gründe dafür ermittelt und analysiert werden. [B. Badura, T. Hehlmann; 2003]

7.10 Präventionsstrategien

In der heutigen Arbeitswelt hat das Gesundheitsmanagement nicht nur die Aufgabe, arbeitsbedingte Erkrankungen und Arbeitsunfälle zu verhindern, sondern vielmehr alle Humanressourcen zu pflegen und zu verbessern bzw. Befindlichkeiten positiv zu beeinflussen. Die Mitarbeiter sollen sich dabei motivieren, mit dem Unternehmen identifizieren und Arbeitszufriedenheit verspüren. Zur Erzielung dieser Effekte ist medizinischer Sachverstand notwendig, er alleine sichert aber noch nicht die Pflege der Humanressourcen. [B. Badura, T. Hehlmann; 2003]

Ethnisch-moralische Leitlinien sind nach wie vor eine essenzielle Basis für den Gesundheitsschutz und damit direkt am Wertschöpfungsprozess beteiligt. Neben einer verstärkten Beratungskompetenz sind Überwachungs- und Kontrollfunktionen im Gesundheitsmanagement notwendig. Hierbei ist es erforderlich eine Balance zwischen den Gesundheitsmanagementzielen, den Unternehmenszielen und den Vorstellungen der beteiligten Arbeitnehmern zu schaffen. [B. Badura, T. Hehlmann; 2003]

Mit Hilfe von Präventionsstrategien sollen Arbeitsunfälle, Berufserkrankungen und arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren vermieden werden und eine wirksame Erste Hilfe sichergestellt werden. [B. Badura, T. Hehlmann; 2003]

Gemäß Badura & Hehlmann (2003) gehören zu den langfristigen Zielen und nachhaltigen Strategien der Prävention:

- Die sicherheitstechnische und betriebsärztliche Betreuung der Betriebe
- Die entsprechende Qualifikation, Motivation und Information der Handelnden
- Die bedarfsorientierte Beratung und Überwachung der Betriebe
- Die Erarbeitung praxisnaher Vorschriften, Regeln und Informationen
- Die Zusammenarbeit zur Förderung der Prävention

8 Strategische Entscheidungen in der Prävention

Das Wort Prävention leitet sich vom lateinischen Wort „prea – venire“ ab, was so viel bedeutet wie vorhersehen oder etwas zuvorkommen. Grundsätzlich kann in der Gesundheitsförderung davon ausgegangen werden, dass es eine Vielzahl von Faktoren gibt, die die Gesundheit beeinflussen. Dazu gehören neben körperlicher Unversehrtheit auch psychische und soziale Umstände sowie politische Rahmenbedingungen. Im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung befinden wir uns auf der Stufe der Primärprävention, die sich von der Sekundär- (frühzeitige Entdeckung) und Tertiärprävention (Rehabilitation) dahingehend unterscheidet, als dass in diesem Stadium noch keine Erkrankungen vorliegen, die man so früh als irgend möglich entdecken bzw. die man zu einem späteren Zeitpunkt behandeln kann. Interventionen und Maßnahmen auf der Stufe der Primärprävention unterscheiden sich naturgemäß sehr stark von jenen auf der Stufe der Sekundärprävention oder der Tertiärprävention. Beispiele für Maßnahmen auf dieser Stufe sind Sicherheitsgurte, Geschwindigkeitsbegrenzungen, Gesetze zum Waffenbesitz, Schulungsprogramme zu den Themen Ernährung, Bewegung oder Stress, Impfungen, Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen, aber auch die Sicherheitspolitik. [K. Heidenberger; 1992]

Die (politischen) Entscheidungsträger im Bereich der Gesundheitsvorsorge haben mehrere Grundsatzfragen zu überdenken. Einerseits stellt sich natürlich die Frage der Ressourcenverteilung auf die einzelnen Interventionsmöglichkeiten der verschiedenen Präventionsstufen. Andererseits sollte eine Ausgewogenheit zwischen menschlichen und wirtschaftlichen Komponenten solcher Entscheidungen gefunden werden. Weiters sind folgende Überlegungen offensichtlich und berechtigt: Welche Maßnahmen weisen die größte Evidenz auf? Welche technischen Standards gibt es und inwiefern sollen diese weiterentwickelt werden? Wie wird das alles finanziert? [K. Heidenberger; 1992]

8.1 Entscheidungsunterstützungssysteme

Für die Planung und Analyse von möglichen Interventionen, sowie für die Entwicklung von Modellen als Entscheidungshilfe, ist es von essenzieller Wichtigkeit,

Ideen und relevante Informationen zu sammeln und diese klar zu strukturieren. Dieser Prozess involviert, vor allem im Bereich der Gesundheitsvorsorge, Experten verschiedenster Disziplinen. Politiker, Statistiker, Soziologen und Psychologen spielen neben Wirtschaftswissenschaftlern und Computerexperten eine wesentliche Rolle. Charakteristisch für Entscheidungsunterstützungssysteme sind unter anderem:

- Das Ziel unstrukturierte und unspezifische Probleme zu bearbeiten
- Flexibilität und Anpassbarkeit zu ermöglichen, um so auf sich ändernde Umweltbedingungen adäquat reagieren zu können
- Die Möglichkeit verschiedene mathematische Modelle oder andere Analysemethoden miteinander zu kombinieren
- Eine leichte Anwendbarkeit für den Endnutzer zu garantieren

[K. Heidenberger; 1992]

Grundsätzlich sind die Adressaten solcher Entscheidungsunterstützungssysteme auf der höchsten Managementebene zu finden. Jedoch gibt es auch Bedarf auf mittleren und unteren Managementebenen. Ein wesentliches Problem das dabei auftritt, sofern es zur Anwendung von Entscheidungsunterstützungssystemen im ganzen Unternehmen kommt, ist ein stark erhöhter Koordinationsaufwand zwischen den einzelnen Ebenen. [K. Heidenberger; 1992]

8.1.1 Zielanalyse als Methode von Entscheidungsunterstützungssystemen

Die Zielanalyse beschreibt einen Prozess der von oben nach unten, also „top-down“ passiert. Hier bildet ein Metaziel die Ausgangslage. Ein Beispiel für ein solches übergeordnetes Ziel wäre es, eine kostengünstige Gesundheitsversorgung, die für alle zugänglich ist, bereitzustellen. Aus diesem Ziel resultieren dann sogenannte Unterziele (zum Beispiel eine flächendeckende Sozialversicherung), die dann wiederum in Teilziele untergliedert werden. Die letzte Zielebene beschäftigt sich dann mit Handlungsalternativen zur Erreichung der vorher definierten Teilziele. In der Zielanalyse werden die Einflussfaktoren und verbundene Systeme so verändert, dass das Metaziel möglichst erreicht wird. Ein wesentlicher Vorteil hier ist, dass Grenzen der Handlungsmöglichkeiten in den einzelnen verbundenen Systemen impliziter Bestandteil bei der Entwicklung einer Entscheidungsstrategie sind. Simulationsmodelle, die es ermöglichen verschiedene Effekte und Konsequenzen

von divergierenden Alternativen zu vergleichen, wären in diesem Zusammenhang als sehr hilfreich zu bewerten. [K. Heidenberger; 1992]

8.1.2 Problemanalyse als Methode von Entscheidungsunterstützungssystemen

Bei der Problemanalyse wird ein Problem in seinen Einzelteilen analysiert und bewertet. Stück für Stück werden einzelne Teilprobleme untersucht, ohne dabei jedoch das ganze System mit in Betracht zu ziehen. Ein wesentlicher Vorteil einer derartigen Vorgehensweise ist, dass man eine sehr gute Beschreibung aller relevanten Teilsysteme erhält und den Umfang der zu beachtenden Einflussgrößen bei der Entscheidungsfindung identifizieren kann. [K. Heidenberger; 1992]

8.1.3 Entwicklung einer Gesamtstrategie

Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass Ziel- und Problemanalyse einander ergänzen. Eine wichtige Aufgabe von Entscheidungsunterstützungssystemen ist es hier, ein probates Mittel zur Verfügung zu stellen, das es erlaubt evidente Erkenntnisse aus beiden Methoden in einer Gesamtstrategie zur Gesundheitsversorgung zu vereinen. Eine Checkliste mit einer Sammlung von relevanten Fragen die das untersuchte System und seine Umwelt betreffen, wird von Experten vorgeschlagen. Dieser Fragenkatalog beinhaltet, unter anderem, folgende Fragen:

- Wer sind die Beteiligten?
- Welche Ziele werden verfolgt?
- Anhand welcher Maßstäbe wird die Zielerreichung gemessen?
- Wer trifft die Entscheidungen?
- Über welche Ressourcen kann der Entscheidungsträger verfügen, bzw. wo gibt es Grenzen?
- Welche Ressourcen und/oder Bedingungen sind Teil der Problemumwelt und können nicht durch den Entscheidungsträger kontrolliert werden?
- Wie ist der Stand der Wissenschaft zu diesem Thema und gibt es Evidenz im Bereich des Vorhabens?

- Sind die Interessen der Bürger berücksichtigt und wird die Strategie nicht von der Meinung eines oder mehrerer Entscheidungsträger dominiert?

[K. Heidenberger; 1992]

Eine Reihe solcher Fragen, in unterschiedlichsten Ausprägungs- und Detailliertheitsgraden können inklusive der dazugehörigen Antworten in einem Entscheidungsunterstützungssystem gespeichert und je nach Bedarf den Verantwortlichen differenziert zur Verfügung gestellt werden. Ähnlich gestaltet sich der Vorschlag, relevante Dimensionen als Cluster zu beschreiben. Es werden zu jeder Dimension Sub-Dimension gebildet, die wiederum weiter unterteilt werden. Ein Beispiel dafür wäre die Dimension des „Kontext“, die sich in die Unterdimensionen „Zweck“, „Antrieb“ und „Nutznießer“ untergliedert, wobei sich die Dimension „Zweck“ wiederum in den Bereichen „Kostenkontrolle“, „Qualitätskontrolle“ und „Kosten-Wirksamkeit“ manifestiert. [K. Heidenberger; 1992]

Graphikprogramme, die es erlauben die Entscheidungssituation zu visualisieren, bilden eine weitere Möglichkeit zur Entscheidungsunterstützung und schlagen somit eine Brücke zwischen geistigen und mathematischen Modellen. Operational Research, und die damit verbundenen Möglichkeiten verschiedene Interventionen unter verschiedenen Umweltbedingungen zu testen, sind weitere Möglichkeiten Entscheidungen, die im Bereich der Gesundheitsförderung angesiedelt sind, zu analysieren. [K. Heidenberger; 1992]

8.1.4 Health Hazard Appraisal (HHA)

Beim HHA handelt es sich um eine Methode die im Wesentlichen einer computerunterstützten Einschätzung des Gesundheitsrisikos der nächsten zehn Jahre dient. Primäres Augenmerk des HHA liegt auf der Verdeutlichung des Zusammenhanges bestimmter Risikofaktoren mit den häufigsten Todesursachen. Die Erkenntnisbasis dazu bilden die Gesundheitsrisiko-Faktoren eines jeden einzelnen Patienten, die wiederum aus speziell dafür konzipierten Fragebögen, ärztlichen Untersuchungen, Röntgen- sowie Laborbefunden resultieren. Anhand dieser Anamnesedaten und Informationen wird schließlich jedem Patienten im Zuge eines persönlichen Gespräches mit einem Arzt Auskunft über sein zu erwartendes

Lebensalter gegeben, vorausgesetzt der Patient behält seine aktuelle Lebenseinstellung sowie die derzeitigen Gewohnheiten bei. In weiterer Folge werden ihm Informationen zur Verfügung gestellt und er wird dahingehend beraten, inwiefern er seine Gewohnheiten ändern kann, um so das Gesundheitsrisiko zu minimieren und sein zu erwartendes Lebensalter zu erhöhen. [J. LaDou et al.; 1975]

Wie im Artikel von LaDou et al. „Health Hazard Appraisal in Patient Counseling“ erläutert wird der angesprochene Risikograd mittels Tabellen bestimmt, die die Sterbewahrscheinlichkeit der durchschnittlichen amerikanischen Bevölkerung abbilden. Diese Tabellen beruhen auf tatsächlichen Sterblichkeitsdaten und wurden von H. Geller, einen Mitarbeiter des amerikanischen Gesundheitsministeriums, erstellt. Der HHA weist so für jede Sterbeprognose eine Reihe von belastenden Faktoren auf, die eben durch spezifisches Entgegenwirken positiv verändert werden können. Typische Risikofaktoren für Herzerkrankungen sind Bluthochdruck, Übergewicht und Rauchen, für Autounfälle der Alkoholkonsum und das Nicht-Verwenden von Sicherheitsgurten. Risikofaktoren wurden für jede Todesursache aufgezeigt und deren Evidenz in zahlreichen Studien von amerikanischen Krankenversicherungsträgern, medizinischen Hochschulen und Krankenhäusern belegt. Die Ergebnisse dieser Studien wurden ferner dazu genutzt, ein System der vorausschauenden Medizin und ein Risikofaktor-Handbuch zu entwickeln. [J. LaDou et al.; 1975]

Tabelle 4 von Geller zeigt, dass ein 45jähriger Amerikaner in den nächsten zehn Jahren an einem Herzinfarkt, Lungenkrebs, Schlaganfall oder Selbstmord durchschnittlich mit einer Wahrscheinlichkeit von 9,2% sterben wird. Unter Anwendung des HHA Risikofaktor-Handbuches käme man hier zu dem Ergebnis, dass sich das Sterberisiko dieses Mannes – sofern er pro Tag eine Packung Zigaretten, dafür aber keinen Alkohol konsumieren würde – von 9,2% auf 11% in den nächsten zehn Jahren erhöhen würde. Es lässt sich nun daraus schließen, dass die Alkoholabstinenz zwar generell sein Sterberisiko positiv beeinflusst, jedoch den Tabakkonsum nicht kompensiert und dieser folglich zu einer 2%igen Risikoerhöhung führt. Das Gesundheitsrisiko dieses Mannes entspricht nun nicht mehr dem eines 45jährigen, sondern verschlechtert sich auf das eines 47jährigen. Interessant ist hier auch die Einschätzung dass, sofern dieser Mann seinen Tabakkonsum einstellt, er

sein Sterberisiko in den nächsten zehn Jahren um 26% reduzieren könnte und die Risikofaktoren damit denen eines 44-jährigen Mannes entsprechen würden. [J. LaDou et al.; 1975]

Rang	Todesursache	Sterbewahrscheinlichkeit
1	Herzinfarkt	3,507%
2	Lungenerkrankungen	0,486%
3	Erkrankungen des Zentralen Nervensystems	0,428%
4	Leberzirrhose	0,370%
5	Selbstmord	0,313%
6	Autounfall	0,313%
7	chronisch rheumatische Herzerkrankung	0,220%
8	Lungenentzündung	0,185%
9	Bösartige Geschwüre in den Eingeweiden und im Rektum	0,185%
10	Andere Herzerkrankungen	0,150%
11	Bösartige Geschwüre im Magens und in der Speiseröhre	0,150%
12	Bluthochdruck	0,150%
13	Bösartige Erkrankungen des lymphatischen Systems	0,093%
14	Tuberkulose	0,093%
	andere Ursachen	2,524%
	Insgesamt	9,167%

Tabelle 4: Sterbewahrscheinlichkeit in den nächsten zehn Jahren, eines 45-jährigen Amerikaners [J. LaDou et al.; 1975]

Durch solche Auswertungen, versucht man einem Patienten bewusst zu machen, welchen Einfluss er selbst auf seine Lebensdauer hat und wie bedeutungsvoll eine Umstellung von Gewohnheiten sein könnte. [J. LaDou et al.; 1975]

Im Artikel von J. LaDou et al. wurde weiters anhand des Beispiels des „Ames Research Center“ die Effektivität des HHA beschrieben. Das „Ames Research Center“ ist Arbeitgeber von 1.600 nationalen Flug- und Weltraumtechnikern, mit einem durchschnittlichen Alter von 44 Jahren. Die Mehrheit der Mitarbeiter nimmt jährlich an einem Gesundheitsüberprüfungsprogramm im Sinne des HHA teil. Hier werden auch Röntgenaufnahmen, EKG-Auswertungen, Stressbewertungen, verschiedenste Laborblutbefunde und diverse weitere medizinische Untersuchungen durchgeführt. Darüber hinaus werden durch die Beantwortung eines Fragebogens der Lebensstil, bekannte Krankheiten, die Familienkrankengeschichte, Gewohnheiten und der emotionale Status erhoben. [J. LaDou et al.; 1975]

Es haben insgesamt 488 Mitarbeiter am HHA teilgenommen. Davon haben 107 zufällig ausgewählte Personen binnen einem Jahr die Untersuchungen und Tests wiederholt. Die Ergebnisse wurden miteinander verglichen und führten zu folgendem Resultat: Die Lebenserwartung dieser 107 Personen hat sich im Durchschnitt um 1,4 Jahre erhöht. Letztendlich wurde mittels eines weiteren Fragebogens die Akzeptanz und Befürwortung des HHA an 162 zufällig ausgewählten Personen evaluiert. Achtzig Prozent der Befragten zeigten eine hohe Akzeptanz des Programms und befürworteten eine jährliche Wiederholung des HHA. Die Hälfte der Befragten erachtete ihre Testresultate als indikative Notwendigkeit für eine zukünftige Änderung ihrer Gewohnheiten. Achtzig Prozent gaben an, einige oder alle notwendigen und empfohlenen Maßnahmen treffen zu wollen, um so ihr Sterberisiko in den nächsten zehn Jahren zu minimieren. [J. LaDou et al.; 1975]

Die Risikoreduzierung anhand des „Ames Research Center“ Beispiels zeigt, dass es sich bei dem „Health Hazard Appraisal“ um eine wirksame Methode zur Prioritäten- und Bewusstseinsveränderung von Lebens- und Gesundheitsgewohnheiten handelt. [J. LaDou et al.; 1975]

9 Ökonomischer Nutzen der Betrieblichen Gesundheitsförderung

Der Ökonomische Nutzen bzw. die Wirksamkeit von Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung und des Arbeitsschutzes wird einerseits an der Verbesserung der Gesundheit der Beschäftigten und andererseits an der Verbesserung des Unternehmenserfolgs gemessen. Diese positiven Gesundheits- aber auch betriebswirtschaftlichen Effekte sind in einer Vielzahl wissenschaftlicher Studien belegt und werden ausführlich in diesem und im Kapitel 10 behandelt.

Grundsätzlich kann man davon ausgehen, dass Unternehmen nur dann bereit sind gesundheitsfördernde Präventivmaßnahmen umzusetzen, wenn dadurch eine Verringerung der krankheitsbedingten Kosten und eine Erhöhung der Leistungseffizienz absehbar sind bzw. wenn in weiterer Folge damit auch höhere Gewinne erzielt werden können. Jedoch sind Kosten und Nutzen solcher Maßnahmenumsetzungen meistens im Voraus nicht konkret messbar. Entscheidungsträger wollen aber im Regelfall im Vorfeld über die tatsächlichen Kosten und den daraus resultierenden Nutzen Bescheid wissen, und dies, wenn möglich, am besten anhand von aussagekräftigen Kennzahlen. Die wesentliche Frage die sich dabei stellt ist, mit welchen Kennzahlen man am besten aufzeigt, ob der Nutzen von Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung deren Kosten übersteigt, um zu entscheiden ob diese nachhaltig in Unternehmen verankert werden sollen. [C. Helmenstein et al.; 2004]

Kosten-Nutzen- und Kosten-Wirksamkeits-Analysen stellen hier die probatesten Methoden dar. Die Bewertung von Kosten-Nutzen-Verhältnissen bzw. die Wirksamkeit der Maßnahmen erfolgt im Regelfall im Zuge einer Evaluierung. Der Unterschied zwischen den beiden Analysemethoden liegt im Wesentlichen in der Bewertung der Veränderungen infolge von Interventionen. Werden diese im Zuge einer Kosten-Wirksamkeits-Analyse in physischen Einheiten (z.B. Laborparameter, gewonnene Lebensjahre etc.) gemessen, so bewertet man sie bei einer Kosten-Nutzen-Analyse monetär. In beiden Fällen stellt man die Veränderungen den eingesetzten Ressourcen, also den Kosten von Maßnahmen, gegenüber. [T. Hoffmann; 2002]

9.1 Bewertung der Betrieblichen Gesundheitsförderung

Probleme bei der Bewertung Betrieblicher Gesundheitsförderung ergeben sich vor allem aus folgenden Gründen:

- Im Regelfall kommt es zu einer zeitliche Verzögerung. Der Nutzen von Maßnahmen wirkt sich üblicherweise erst lange Zeit nach deren Umsetzung positiv auf den Ertrag des Unternehmens aus.
- Die Messung des Nutzens, vor allem in monetärer Hinsicht, gestaltet sich schwierig, zumal dieser meist in verhinderten bzw. nicht stattgefundenen Ereignissen liegt (indirekter Nutzen).
- Auch der Nachweis eines kausalen Zusammenhanges zwischen Interventionen und späteren positiven Effekten erweist sich oft als ein Problem. Vor allem die Auswahl der entsprechenden Kriterien zur Erfolgsmessung gestaltet sich schwierig.

[C. Helmenstein et al.; 2004]

Um eine ökonomische Bewertung durchführen zu können bedarf es zuerst einer Ermittlung der relevanten Kosten. Hierbei unterscheidet man im wesentlichen drei Arten:

- Direkte Kosten
- Indirekte Kosten
- Intangible Kosten

Unter direkten Kosten versteht man jene monetären Aufwendungen, die im Zuge des Verbrauchs von Gütern und Dienstleistungen entstehen, wie Sach- und Personalkosten. Indirekte Kosten beschreiben den arbeitsausfallsbedingten Produktions- und Ressourcenverlust eines Unternehmens. [V. E. Amelung, H. Schumacher; 2004] Als Beispiele seien hier verminderte Arbeitsfähigkeit, Krankheitstage oder Erwerbsunfähigkeit genannt. Zu den intangiblen Kosten zählen Beeinträchtigungen der Lebensqualität, wie Schmerzen, psychische und physische Beschwerden oder entgangene Zeit für Freizeitaktivitäten. Diese Kostenart ist, wenn überhaupt, nur sehr schwer zu erfassen. [<http://www.pharmazeutische-zeitung.de>]

Grundsätzlich ist anzumerken, dass keine standardisierte Berechnungsmethode existiert, welche Kosten von BGF Programmen erfasst. Es ist zwar möglich einzelne

Programme hinsichtlich ihrer Kosten-Nutzen- bzw. Kosten-Wirksamkeits-Relationen zu evaluieren, die Vielfalt und Unterschiedlichkeit von Maßnahmen macht es jedoch nahezu unmöglich einzelne Programme auf nationaler oder gar internationaler Ebene kostentechnisch zu vereinheitlichen. [C. Helmenstein et al.; 2004]

9.1.1 Kosten-Wirksamkeits-Analyse (KWA)

Eine KWA eignet sich zur Beurteilung der Wirksamkeit von Präventivmaßnahmen. Im Gegensatz zur Kosten-Nutzen-Analyse (siehe Kapitel 9.1.2) wird das Ergebnis bei dieser Methode nicht in Geldwerten gemessen. Als Beispiele für Wirksamkeiten seien hier gewonnene Lebensjahre (in Zeiteinheiten), Veränderungen von Fallzahlen (Reduktion von Abwesenheit) oder Veränderungen von Laborparametern (Blutdruck) genannt. [V. E. Amelung, H. Schumacher; 2004] Grundsätzlich werden mittels Kosten-Wirksamkeits-Analysen Interventionen im Vergleich zu einem Basisstatus evaluiert. Eine der wichtigsten Voraussetzung bei der Durchführung ist eine klare Definition von angestrebten Zielen und Kategorien der Zielerreichung. Sind diese nicht a priori festgelegt, kann es beim Auftreten mehrerer positiver oder negativer Effekte im Zuge einer Intervention zu Problemen bei der Zuordnung von Kosten-Wirksamkeits-Relationen kommen. Weiters macht eine unklare Definition den Vergleich von verschiedenen Interventionen miteinander nahezu unmöglich. [F.W. Schwartz, B. Badura et al; 2002]

Gemäß Helmenstein et al. (2004) bedarf es im Zuge einer KWA folgender 3 Schritte:

1. Aufstellung eines Zielbaumes: Das angestrebte Gesamtziel wird in mehrere Unter- und diese wieder in weitere Teilziele gegliedert. Am Ende dieses Zielbaumes stehen die geplanten gesundheitsfördernden Präventivmaßnahmen.
2. Beurteilung der Maßnahmenrelevanz: Die Erreichung von den jeweiligen Unterzielen ist Voraussetzung für die Erfüllung eines übergeordneten (Teil)Zieles.
3. Ergebnisbeurteilung: Feststellung des Nutzenpotentials der einzelnen Maßnahmen.

Bei einer Kosten-Wirksamkeits-Analyse im Bereich medizinischer Behandlungen sprechen Weinstein & Stason (1977) von so genannten Nettokosten bzw. -

wirksamkeiten. Damit meint man die Differenz zwischen den anfallenden Kosten bzw. den erreichten Wirksamkeiten mit, und den anfallenden Kosten bzw. den erreichten Wirksamkeiten ohne der Durchführung der Intervention. Auch hier werden diese beiden Parameter in ein Verhältnis zueinander gesetzt, wobei die Kosten den Zähler und die Wirksamkeiten den Nenner bilden. Je geringer der Ergebniswert, desto höher ist der relative Rang der Intervention.

Folgende Kosten werden bei der Analyse von den Autoren berücksichtigt:

- Direkte Kosten, wie Krankenhausaufenthaltskosten, Personalkosten, Arzneimittelkosten und Verwaltungskosten. (ΔC_{Rx})
- Ungeplante Nebenkosten, z.B. aufgrund von Komplikationen (ΔC_{SE})
- Einsparungen von Folgekosten (Rehabilitations-, Pflegekosten etc.) durch die Intervention aufgrund von Krankheitsvermeidung oder Schmerzlinderung. (ΔC_{Morb})
- Kosten, die zukünftig entstehen, da der Patient aufgrund der Behandlung nicht verstorben ist (z.B. durch spätere, andere Erkrankungen) ($\Delta C_{Rx\Delta LE}$)

Weinstein & Stason (1977) berechnen die Nettokosten somit wie folgt:

$$\Delta C = \Delta C_{Rx} + \Delta C_{SE} - \Delta C_{Morb} + \Delta C_{Rx\Delta LE}$$

Obwohl indirekte Kosten finanzielle Auswirkungen für den Patienten, für das beschäftigende Unternehmen und für die Gesellschaft haben, werden sie von den Autoren in ihrer Kosten-Wirksamkeits-Analyse nicht berücksichtigt. Sie bevorzugen es hingegen allein jene Kosten bzw. Ersparnisse zu berücksichtigen, welche der medizinischen Intervention zugerechnet werden können.

[M. Weinstein, W. Stason; 1977]

Auf der Wirksamkeitsseite sehen Weinstein & Stason (1977) beispielsweise den zu erwartenden Zuwachs an Lebensjahren als quantitatives Entscheidungskriterium. Dabei steht ΔY für die absolute Zunahme an Lebensjahren bei Anwendung einer Intervention gegenüber einer Nichtanwendung. Die Effektivität von Behandlungen im Hinblick auf die subjektive Lebensqualität einzelner Patienten spielt dabei eine sehr wichtige Rolle. Da sich beispielsweise die Lebensqualität eines erlangten

Lebensjahres mit chronischen Schmerzen sehr von einem schmerzfrei erlangten Lebensjahr unterscheidet, betrachtet man ΔE , sogenannte qualitätsgewichtete Lebensjahre („quality adjusted life years“, QALYs). [M. Weinstein, W. Stason; 1977]

Dazu erfolgt im ersten Schritt eine Gewichtung des Gesundheitsstatus. Gesundheitszustände werden beschrieben und einem bestimmten Wert, λ_s , auf einer Intervallskala von null bis eins sowie entsprechenden Lebensjahren, Y_s , zugeordnet. Eins spiegelt dabei den bestmöglichen Zustand „gesund“, und null den schlechtest möglichen Zustand „tot“ wieder. Die Gesundheitswerte werden dann nach subjektivem Ermessen der Patienten zwischen diesen Referenzpunkten eingeordnet. Der Befragte muss zwischen einem eingeschränkten Gesundheitszustand während einer vorgegebenen Lebenserwartung und einem Zustand vollkommener Gesundheit bei kürzerer Lebenserwartung abwägen bis er zwischen den Alternativen indifferent ist. Je mehr Lebensjahre ein Befragter im Krankheitszustand bereit ist, für gesunde Lebensjahre einzutauschen, desto niedriger bewertet er offenbar seinen Gesundheitszustand. Wäre ein Befragter beispielsweise bereit acht Lebensjahre im kranken Zustand gegen vier gesunde Lebensjahre einzutauschen, so liegt seine Gewichtung bei 0,5. In diesem Fall handelt es sich um vier qualitätsgewichtete Lebensjahre (QALYs). Das QALY-Maß ist als Bewertungseinheit vor allem dann geeignet, wenn bei einer Behandlung ein sogenannter „trade off“ zwischen Lebensverlängerung und Lebenserwartung besteht.

[V. E. Amelung, H. Schumacher; 2004]

Die erwartete Anzahl an qualitätsgewichteten Lebensjahren ΔE ergibt sich somit aus ΔY , der absoluten Zunahme an Lebensjahren bei Durchführung einer Behandlung und den die Lebensqualität verbessernden Effekten, ΔY_{Morb} . Hierbei handelt es sich um die subjektiv empfundene Qualitätsverbesserung der Lebensjahre (z.B. Schmerzlinderung oder generelle Schmerzbefreiung) welche wiederum um ΔY_{SE} , unerwünschte Nebeneffekte einer Intervention (z.B. Komplikationen bei einer Operation), korrigiert werden. [M. Weinstein, W. Stason; 1977]

Gemäß Weinstein & Stason (1977) berechnet man die Nettowirksamkeit eines Programms somit wie folgt:

$$\Delta E = \Delta Y + \Delta Y_{\text{Morb}} - \Delta Y_{\text{SE}}$$

Zur Verdeutlichung der oben erläuterten Berechnung der Nettowirksamkeit eines Programms dient folgendes Beispiel von Haddix et al. (1996). Liegt die Lebenserwartung, Y_{S1} , eines Probanden nach Durchführung eines Präventionsprogramms, mit einer Gewichtung der Lebensqualität $\lambda_{s1} = 1$, bei 75 Jahren. Im Gegensatz dazu liegt die Lebenserwartung, Y_{S2} , desselben Probanden ohne Durchführung des Programms und mit einer Gewichtung der Lebensqualität $\lambda_{s2} = 0,70$, bei 30 Jahren. Somit ergibt sich für ΔY eine absolute Zunahme an Lebensjahren bei Anwendung des gesundheitsfördernden Programms gegenüber einer Nichtanwendung (Erhöhung von 30 auf 75 Jahre) in Höhe von 45 Jahren.

[A. Haddix et al., 1996]

$\Delta E = 54$ ergibt sich folglich aus der Differenz der qualitätsgewichteten Lebensjahre je Gesundheitsstatus $(Y_{S1} * \lambda_{s1}) - (Y_{S2} * \lambda_{s2}) = (75 * 1) - (30 * 0,7) = 75 - 21$. Die empfundene Verbesserung der Qualität an Lebensjahren, $\Delta Y_{\text{Morb}} - \Delta Y_{\text{SE}}$, entspricht demnach 9 Jahren, also der Differenz aus ΔE und ΔY . [A. Haddix et al., 1996]

Die Schweizer Unfallversicherungsanstalt (SUVA) entwickelte, als eine weitere Möglichkeit, die Kennzahl **AT₃₀** zur Wirksamkeitsbewertung von Betrieblicher Gesundheitsförderung. Hier liegt der Fokus auf Absenzen bzw. Ausfalltagen.

[C. Helmenstein et al.; 2004]

$$AT_{30} = \frac{\text{Summe der Ausfalltage}}{\text{Summe der Vollbeschäftigten}}$$

Die durchschnittliche Zahl der Ausfalltage pro vollbeschäftigtem Mitarbeiter erhält man indem man die Summe der Ausfalltage durch die Zahl der Vollbeschäftigten dividiert. Es ist darauf hinzuweisen, dass jeder einzelne Krankheitsfall mit einem

Maximum von 30 Tagen Abwesenheitsdauer bewertet wird, um so Ergebnisverfälschungen durch Langzeitabwesenheiten zu vermeiden.

Mit Hilfe der nachstehenden Formel ist in weiterer Folge eine Abschätzung sowohl der direkten, als auch der indirekten Krankheitskosten als Basis für eine Kosten-Wirksamkeits-Analyse möglich. Die Zahl fünf in der unten stehenden Formel dient der Korrektur, und basiert auf statistischen Erfahrungswerten der SUVA.

[C. Helmenstein et al.; 2004]

$$\text{jährliche Krankheitskosten} = \frac{AT_{30} \times \text{jährliche Lohnsumme} \times 5}{365}$$

9.1.2 Kosten-Nutzen-Analyse (KNA)

Die KNA dient der Feststellung der Wirtschaftlichkeit aber auch dem Ertragsvergleich von Investitionen. Die Analyse erfolgt hier im Regelfall auf rein monetärer Basis mittels gängiger Bewertungsverfahren wie zum Beispiel Gewinnvergleichsrechnungen, Rentabilitätsrechnungen und/oder der Kapitalwertmethode. Vor allem bei Projekten, bei denen eine kurzfristige Gewinnerzielung vorrangiges Ziel ist und bei denen sowohl der Kosten- als auch der Nutzeneffekt überschaubar und abgrenzbar ist, kommt eine KNA in Frage.

[C. Helmenstein et al.; 2004]

Amelung & Schumacher (2004) sehen das wohlfahrtstheoretische Prinzip der potenziellen Paretoverbesserung als theoretische Grundlage der KNA. Demnach wird eine Präventivmaßnahme als wohlfahrtsfördernd angesehen, wenn die Summe ihrer geldwerten Vorteile die Summe ihrer Kosten übersteigt. Der monetäre Wert des Nutzens kann somit unmittelbar den Kosten gegenübergestellt werden. Eine gesundheitsfördernde Maßnahme wäre somit dann einzuführen, wenn der monetäre Wert des Nutzens deren Kosten übersteigt oder wenn das Nutzen-Kosten-Verhältnis größer eins ist:

$$\text{Nutzen} - \text{Kosten} > 0 \quad \text{oder} \quad \frac{\text{Nutzen}}{\text{Kosten}} > 1$$

Eine Komponente der KNA im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung ist die sogenannte Ressourcenausfallsrechnung, auch Unfallkostenausfall-, Arbeitsausfall- oder Gewinnausfallrechnung genannt. Hier soll gezeigt werden, dass auftretende Kosten aufgrund von fehlenden oder mangelhaften Gesundheits- und Sicherheitsschutzmaßnahmen die Aufwendungen zur Vermeidung dieser übersteigen. Es werden die Kosten von Präventivmaßnahmen in ein Verhältnis zu Unfall- und krankheitsbedingten Folgekosten gesetzt. Schwierig gestaltet es sich dabei vor allem, den Zusammenhang zwischen Ursache und Wirkung solcher Maßnahmen herzustellen. Ein Personalausfall in der heutigen Zeit impliziert nicht notwendigerweise einen Produktionsausfall, da meist zusätzliche Kapazitäten vorhanden sind um diesen zu kompensieren. [C. Helmenstein et al.; 2004]

Die Berechnung der **Kosten der ungestörten Arbeitsstunde** ist unter anderem eine praxisrelevante Kennzahl, die als Effizienzindikator verwendet werden kann.

$$\text{Kosten der ungestörten Arbeitsstunde} = \frac{\text{Kosten des Arbeits- und Gesundheitsschutzsystems}}{\text{eingekaufte Arbeitsstunden} - \text{Ausfallstunden}}$$

Die **Kosten der ungestörten Arbeitsstunde** definieren somit die Gesundheitsförderungskosten, die für je eine Arbeitsstunde aufgewendet werden müssen, um künftige Ausfälle zu vermeiden. Die Summe aller ungestörten Arbeitsstunden ergibt sich aus der maximalen Arbeitskapazität der Mitarbeiter, den sogenannten eingekauften Arbeitsstunden, abzüglich der bereits aufgetretenen Ausfallstunden. Ziel ist es, die Maßnahmen so zu wählen, dass eine Reduktion der Ausfallstunden sowie der Kosten der ungestörten Arbeitsstunde erfolgt. Nachteil dieser Berechnung ist, dass sowohl indirekter und nicht-monetärer Nutzen von Präventivmaßnahmen, aber auch Arbeitszeitschwankungen gänzlich unberücksichtigt bleiben. [C. Helmenstein et al.; 2004]

Eine weitere Kennzahl zur Bewertung der Gesundheits- und Sicherheitssituation am Arbeitsplatz, ist die sogenannte **Gesundheitsquote**, auch Anwesenheitsquote genannt. Sie setzt die Zahl der anwesenden Mitarbeiter in Verhältnis zum gesamten Personalbestand: [C. Helmenstein et al.; 2004]

$$\text{Gesundheitsquote} = \frac{\text{anwesendes Personal}}{\text{Personalbestand}}$$

Aus Sicht der Unternehmen spricht man dann von einer idealen Gesundheitsquote, solange sich Maßnahmen zur Gesundheits- und Sicherheitsförderung lohnen, also solange der wirtschaftliche Nutzen größer ist als die Kosten für weitere Maßnahmen. [C. Helmenstein et al.; 2004]

Krankheitsbedingte Abwesenheitstage bieten sich am ehesten als monetär zu bewertendes Kriterium im Zuge einer KNA an, wobei in diesem Fall die eingesparten Krankheitskosten den Nutzen bilden. Die KNA alleine ist jedoch, aus bereits erläuterten Gründen, nicht geeignet den Nutzen Betrieblicher Gesundheitsförderung zu messen und darzustellen. [C. Helmenstein et al.; 2004]

9.1.3 Metaanalyse von KWA- und KNA-Studien

Gemäß wissenschaftlichen Erkenntnissen bewirken gezielt umgesetzte Präventivmaßnahmen zur Senkung von Gesundheitsrisiken und Vermeidung von Krankheiten am Arbeitsplatz einen positiven Effekt, und tragen zu einer Reduktion der krankheitsbedingten Abwesenheitskosten bei. In diesem Fall gehen die Studien von einem Return on Investment (ROI), also von einem Kosten-Nutzen-Verhältnis, von 1:2,3 bis 1:5,9 aus. Dies bedeutet, dass beispielsweise für jeden aufgewendeten US Dollar 2,3 US Dollar eingespart werden können. Im Bereich der Abwesenheitszeiten wurden Einsparungen in einem Verhältnis zwischen 1:2,5 bis 1:10,1 nachgewiesen. Jedoch wird immer wieder darauf hingewiesen, dass es generell an Methoden zur Ermittlung des Zusammenhanges zwischen Gesundheit und Leistungseffizienz mangelt. Sowohl die daraus resultierende schwache Evidenzbasis, als auch Qualitätsmängel bei der Bestimmung von Intervention erschweren die Bewertung des gesundheitlichen und vor allem des ökonomischen Nutzens. Der mit einer Maßnahme verbundene finanzielle Nutzen hängt einerseits von seiner Definition, andererseits von den Bezugsgrößen die zu seiner Messung herangezogen werden, ab. [I. Sockoll et al.; 2008]

Chapman veröffentlichte im Jahr 2005 eine Meta-Evaluation mit insgesamt 56 Evaluationsstudien zum Thema Kostenreduktion und Reduktion von

krankheitsbedingter Abwesenheit durch Präventivmaßnahmen. In den folgenden beiden Abbildungen werden die Ergebnisse zusammengefasst. Chapman kommt zu dem Schluss, dass Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung sowohl zu einer Reduktion von krankheitsbedingten Kosten als auch zu einer Verringerung der krankheitsbedingten Abwesenheitsquote führen. [L. Chapman; 2005]

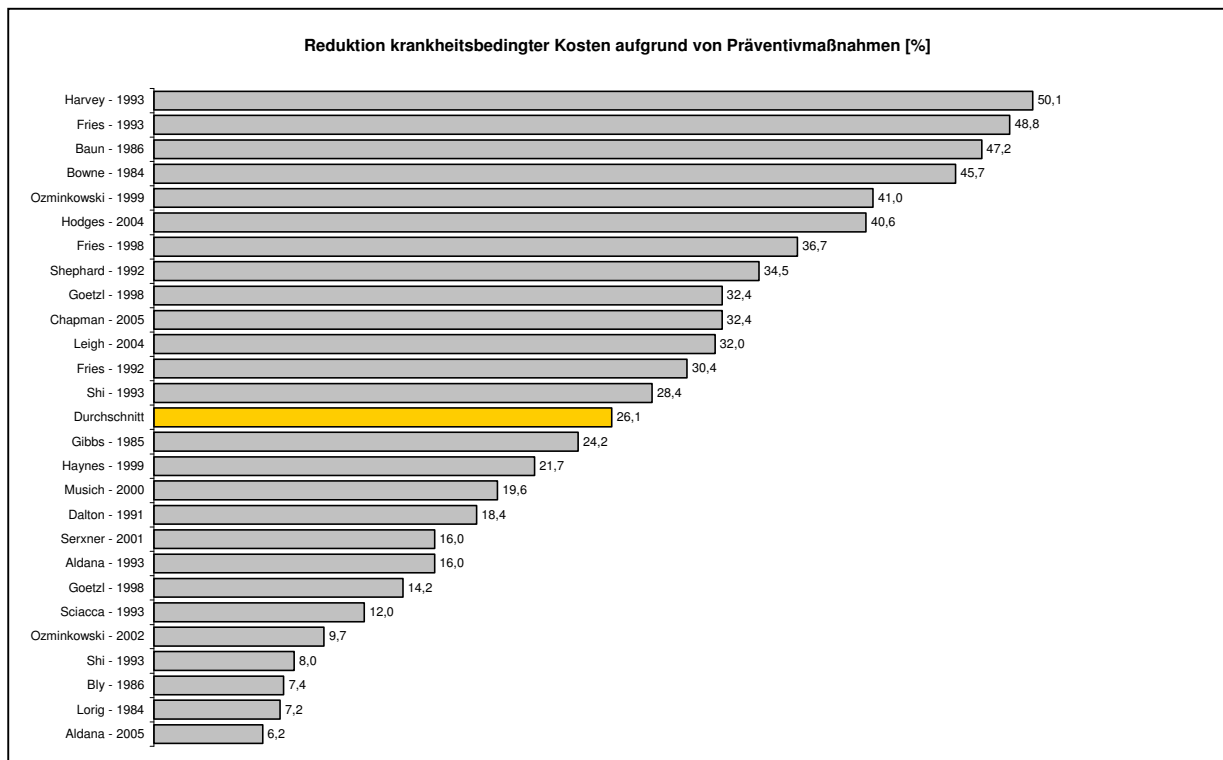


Abbildung 6: Reduktion krankheitsbedingter Kosten aufgrund von Präventivmaßnahmen [Eigene Darstellung]

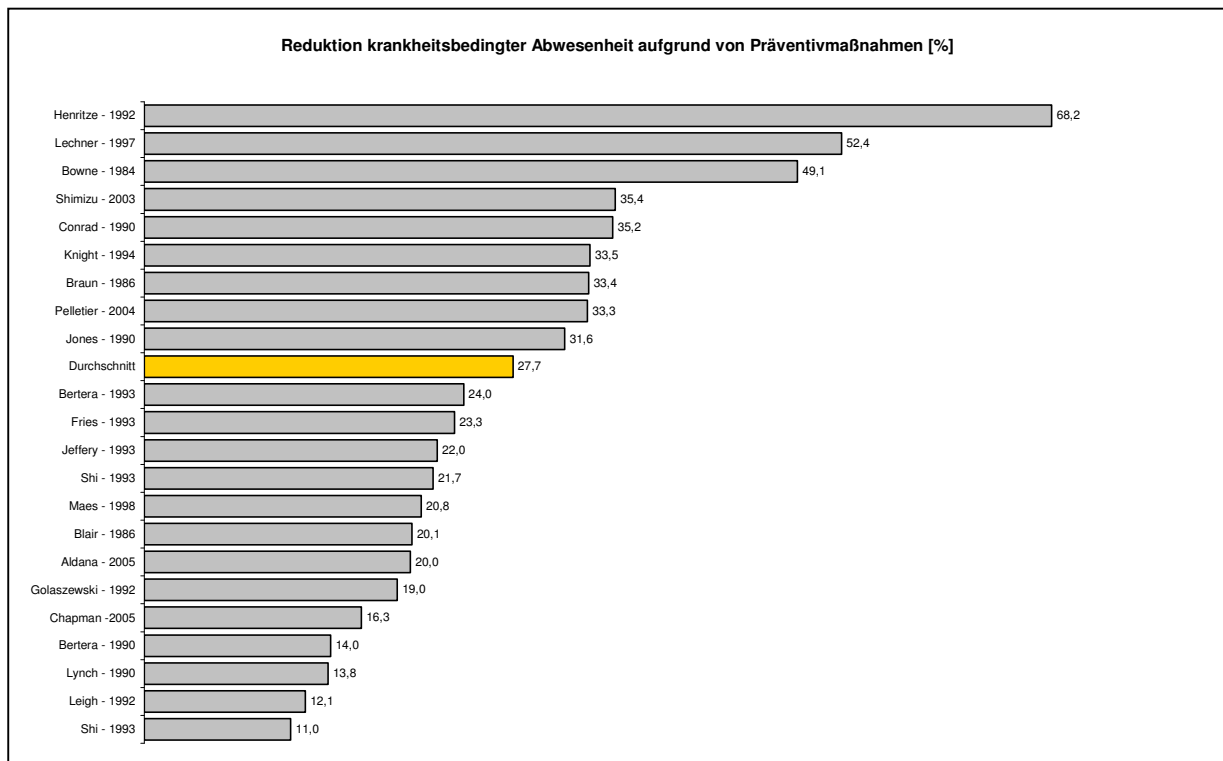


Abbildung 7: Reduktion krankheitsbedingter Abwesenheit aufgrund von Präventivmaßnahmen [Eigene Darstellung]

10 Evidenz in der Betrieblichen Gesundheitsförderung

Betriebliche Gesundheitsförderung ist Inbegriff einer modernen Unternehmensstrategie mit dem Ziel, Arbeitsumgebungen und Arbeitsorganisationen zu optimieren und alle Beteiligten dabei aktiv einzubeziehen. Einerseits soll die Arbeit gesund gestaltet sein (Verhältnisebene), andererseits sollen aber auch Anreize für ein gesundes Verhalten des Einzelnen geschaffen werden (Verhaltensebene). Primäres betriebswirtschaftliches Ziel ist dabei, eine Steigerung der Arbeitszufriedenheit und damit eine Senkung der krankheitsbedingten Kosten und der Abwesenheitstage aufgrund von Krankheit. Gesundheitsförderung im betrieblichen Setting ist für Unternehmensverantwortliche eine Investition, die mit einem monetären oder einem monetarisierbaren Nutzen einhergehen sollte. Evidenzbasierung bedeutet hier nicht mehr, aber auch nicht weniger als die Beurteilung von Erkenntnissen darüber, ob mit bestimmten Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung den erklärten Zielen auch entsprochen werden kann bzw. ob diese erreicht werden können. [I. Sockoll et al.; 2008]

Die Theorie der Evidenzbasierung hat ihren Ursprung in der Medizin, wo sich das Konzept der evidenzbasierten Medizin (EBM) seit Anfang der 90er Jahre entwickelte. Primäres Ziel ist es hier, Entscheidung zwischen Behandlungsalternativen rational und wissenschaftsbasiert treffen zu können. Das Konzept der EBM wurde in weiterer Folge auf viele andere Bereiche übertragen. Im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung ist die Methode der externen Evidenz relevant. Diese ergibt sich aus der Sammlung und Analyse von vorhandenen wissenschaftlichen Studien zum Thema, sowie durch die Erstellung von Übersichtsarbeiten zum derzeitigen Status-Quo, sogenannten Reviews. Da es im Regelfall für die Praktiker nahezu unmöglich ist, alle vorhandene Literatur und alle wissenschaftlichen Studien in Eigenregie zu durchforsten, fällt die Aufgabe der externen Evidenz meist in den Verantwortungsbereich verschiedener wissenschaftlicher Disziplinen. Reviews können sowohl narrativ, als auch systematisch erarbeitet werden, jedoch gibt es bei der Erstellung von narrativen Übersichtsarbeiten keine vordefinierten Kriterien. Es bleibt weitestgehend unklar ob die Recherche der relevanten Literatur vollständig ist. Auch sind Meinungen und Theorien von befragten Wissenschaftlern meist vorherrschend. Im Gegensatz dazu versucht man in systematischen Reviews standardisierte Methoden und Vorgehensweisen anzuwenden, um so Verzerrungen

so weit als möglich zu vermeiden. Es werden klare Aufnahmekriterien für Studien festgelegt und Suchstrategien bestimmt um den Prozess so transparent und nachvollziehbar wie möglich zu gestalten. [I. Sockoll et al.; 2008]

Ein Vorreiter auf dem Gebiet der systematischen Reviews im Bereich des Gesundheitswesens ist die international ausgerichtete „Cochrane Collaboration“, mit dem Hauptziel, durch die Veröffentlichung von Übersichtsarbeiten, die Effekte von Gesundheitsförderung auf eine wissenschaftliche Basis zu stellen. [<http://www.cochrane.org>] Um in ein Review der „Cochrane Collaboration“ aufgenommen zu werden, müssen die angewandten Methoden im Studiendesign weit über die oben beschriebenen Kriterien hinausgehen. Die Evidenzbasierung fordert darüber hinaus auch eine zusammenführende Beurteilung und Interpretation der Ergebnisse. Dies wirft vor allem bei Studien die zu widersprüchlichen Ergebnissen gekommen sind die Frage auf, welcher nun der Vorzug zu geben ist. Sogenannte Evidenzhierarchien sollen dieser Problematik Abhilfe schaffen. Abbildung acht zeigt verschiedene Stufen einer Evidenzhierarchie.

[I. Sockoll et al.; 2008]

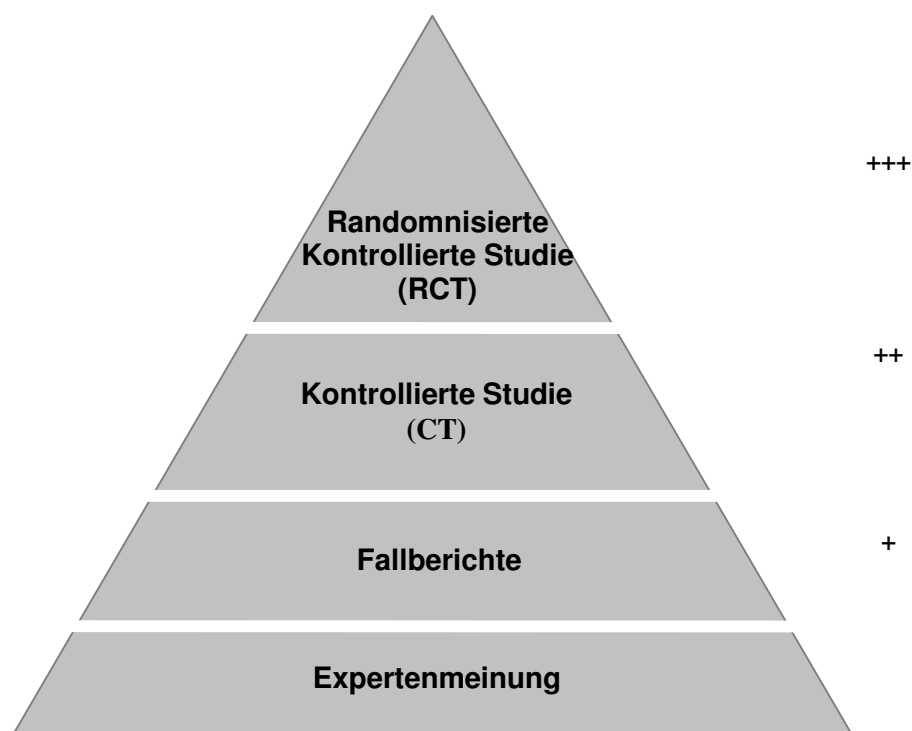


Abbildung 8: Darstellung von Stufen einer Evidenzhierarchie [I. Sockoll et al.; 2008]

Randomisierte kontrollierte Studien (RCT) gelten als jene mit dem höchsten wissenschaftlichen Erkenntniswert. Expertenmeinungen und Fallberichte finden wir hingegen, aus bereits erwähnten Gründen, am unteren Ende einer Evidenzhierarchie. RCTs und CTs (kontrollierte Studien) haben den gemeinsamen Nenner im Vergleich von Versuchs- und Kontrollgruppen. Die Versuchsgruppe kommt in den Genuss von Interventionen, wohingegen die Kontrollgruppe nicht an den Maßnahmen teilnimmt. Im Vorfeld werden einheitliche Zielgrößen für beide Gruppen definiert. Durch den Vergleich dieser Zielparameter soll Erkenntnis darüber erlangt werden, inwiefern die Maßnahmen Einfluss auf die Zielerreichung haben. Im Unterschied zu kontrollierten Studien passiert die Auswahl von Probanden in randomisierten kontrollierten Studien zufällig. Damit will man annähernde Homogenität, unter Berücksichtigung von möglichst allen Einflussgrößen, zwischen den Vergleichsgruppen erreichen. [I. Sockoll et al.; 2008]

Inwieweit die oben genannten Methoden der Evidenzbasierung auch auf den Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung anzuwenden sind wird weltweit heftig diskutiert. Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung sind so verschieden, facettenreich und individuell wie Bedürfnisse und Belastungen in den Betrieben selbst. Dieser Umstand macht eine Vergleichbarkeit von Interventionen bzw. von Studien zu verschiedenen Interventionen ungleich schwerer. [I. Sockoll et al.; 2008] Meist erfüllen wissenschaftliche Arbeiten im Bereich der BGF darüber hinaus nicht strenge methodische Ansprüche und sind nicht in gängigen Datenbanken wie zum Beispiel Medline erfasst. Es gibt im Moment eine Reihe von Diskussionen darüber, inwiefern man qualitätsgesicherte Richtlinien für nicht randomisierte Studien entwickeln kann. Ein Vorschlag hier ist, Projektberichte von Unternehmen zu evaluieren und auf eine Basis zu stellen, die eine Übertragbarkeit auf andere Unternehmen erlaubt. [<http://thieme-connect.de>]

Nichtsdestotrotz versuchte die Initiative der Gesundheit in der Arbeit (IGA) mit ihrem Report aus dem Jahr 2008 die wissenschaftliche Evidenz von Betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention in einer Übersichtsstudie zu erfassen. Es handelt sich dabei um ein systematisches Review, das jedoch nicht in allen berücksichtigten Studien die strengen Kriterien eines Cochrane Reviews erfüllt.

[I. Sockoll et al.; 2008]

10.1 Der IGA–Report 13 – Wissenschaftliche Evidenz in der BGF

Ziel bei der Erstellung des IGA-Reports 13 war es, möglichst alle relevanten Übersichtsarbeiten zum Thema Evidenz in der Betrieblichen Gesundheitsförderung zu erfassen. Recherchiert wurden alle Veröffentlichungen in deutscher und englischer Sprache von Anfang 2000 bis August 2006, die sich mit der Analyse von Maßnahmen zur Verhaltens- und Verhältnisprävention im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung beschäftigten. Die Suche nach relevanter Literatur war genau strukturiert. Folgende Tabelle gibt einen Überblick über die Anzahl der im Report erfassten Übersichtsarbeiten sowie über die Anzahl der in den Übersichtsarbeiten erfassten Einzelstudien: [I. Sockoll et al.; 2008]

Interventionsbereich	Anzahl einbezogener Reviews	Anzahl erfasster Studien
Maßnahmen zur Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens	17	>350
Prävention psychischer Erkrankungen	9	~300
Prävention von Muskel-Skelett-Erkrankungen	19	>400

Tabelle 5 : Anzahl einbezogener Studien in den IGA-Report 13 [I. Sockoll et al.; 2008]

In weiterer Folge dieses Kapitels wollen wir einige Ergebnisse des IGA-Reports 13 im Detail darstellen.

10.2 Interventionen zur Förderung der physischen Aktivität

Hier wurden vier Übersichtsarbeiten analysiert. Es konnte nur eine geringe Wirksamkeit von Bewegungsprogrammen betreffend die Messgrößen Blutfette, Blutdruck, Körpergewicht, Körperbau, Muskelbeweglichkeit und allgemeine Beeinträchtigung der Gesundheit festgestellt werden. Im Bereich der Verhaltensprävention konnten positive Effekte bei der Müdigkeit und Erschöpfung von Mitarbeitern und hinsichtlich der muskuloskelettalen Erkrankungen aufgezeigt werden. Schulungen, die auf individuelle Bedürfnisse der Beschäftigten ausgerichtet sind, zeigen grundsätzlich größere Wirksamkeiten, als Schulungen, die nur Allgemeininformationen vermitteln. Verhältnispräventiv zeigt sich eine mittlere bis starke Evidenz bereits bei relativ kostengünstigen Maßnahmen. Allein das Aufstellen

von Hinweistafeln bringt hier Erfolge. Das zur Verfügung Stellen von Sportgeräten oder Bewegungskursen kann die physische Aktivität ebenfalls fördern. Grundsätzlich hat sich herausgestellt, dass kombinierte Ansätze von Interventionen eine höhere Evidenz aufweisen, als jede Interventionen für sich alleine. [I. Sockoll et al.; 2008]

10.3 Interventionen zur Förderung gesunder Ernährung

Verhaltensmaßnahmen die auf die Ernährungsgewohnheiten abzielen führen tendenziell zu positiven Effekten. Das Essensverhalten kann in Hinblick auf den Verzehr von Obst, Gemüse, Fett und Ballaststoffen beeinflusst werden, wenn auch nicht immer in einem großen Ausmaß. Supervidiert wurden hier auch zwei Übersichtsstudien zur Verhältnisprävention. Fazit daraus ist, dass ein Angebot von gesundem Essen in Kantinen und Automaten, die Kennzeichnung von sowie die Information über gesunde Lebensmittel, durchaus mit steigenden Verkaufszahlen und vermehrten Verzehr von gesunden Nahrungsmitteln am Arbeitsplatz in Zusammenhang stehen. Eines dieser Reviews attestiert hier sogar starke Evidenz. Forschungsbedarf besteht jedoch vor allem noch in der Frage inwiefern Interventionen auch Auswirkungen auf die menschliche Physiologie zeigen. Weiters gibt es auf diesem Gebiet kaum Studien zu alternativen Maßnahmen.

[I. Sockoll et al.; 2008]

10.4 Interventionen zur Nikotinentwöhnung und Tabakkontrolle

Zu diesem Thema lagen den Autoren des IGA-Reports 13 sechs relevante Übersichtsstudien vor. Auf der Ebene der Verhaltensprävention zeigt sich hier die höchste Evidenz bei individuellen, kompetenten und vertiefenden Beratungsangeboten sowie bei Gruppeninterventionen. Nahezu kein Effekt konnte bei Selbsthilfematerialien und sozialer Unterstützung, beispielsweise durch Kollegen, festgestellt werden. Verhältnispräventiv zeigen sich beachtliche Effekte im Bereich von Rauchverboten am Arbeitsplatz. Hier sind deutlich niedrigerer Tabakkonsum und deutlich verbesserte Luftqualität zu bemerken. Allerdings bleibt es fraglich, inwieweit betriebliche Strukturen als auch die eingangs erwähnten Beratungsangebote einen Einfluss auf Aufhörraten haben. Fest steht, dass hinter nahezu allen Maßnahmen eine relativ geringe Anzahl von Menschen steht, die tatsächlich mit dem Rauchen aufhört bzw. dass grundsätzlich wenige Leute dazu bereit sind, an derartigen Programmen teilzunehmen. Finanzielle Incentives steigern zwar die

Teilnahmequoten und erhöhen somit die Reichweite von Programmen, haben aber keinen Einfluss auf die Aufh rquoten. [I. Sockoll et al.; 2008]

10.5 Gesundheitszirkel

Die Evidenz von Gesundheitszirkeln wird von den Autoren des IGA-Reports 13 als schwach bezeichnet. Dies ist allerdings nicht primär auf fehlende Effekte, sondern vielmehr auf fehlende Studien und Reviews in diesem Bereich zurückzuführen. Grundsätzlich kann jedoch davon ausgegangen werden, dass Gesundheitszirkel ihren Beitrag zu ergonomischen, technischen und organisatorischen Veränderungsprozessen in Unternehmen leisten und somit auch für zufriedeneren Mitarbeiter, für sinkende krankheitsbedingte Fehlzeiten und für Reduktionen im Stressbereich (mit)verantwortlich zeichnen. [I. Sockoll et al.; 2008]

10.6 Interventionen zur Prävention von psychischen Erkrankungen

In der Frage der Prävention von psychischen Erkrankungen sind die Studien und Reviews äußerst heterogen und erschweren den Vergleich einzelner Maßnahmen unheimlich. Ein Großteil der vorhandenen Literatur beschäftigt sich mit dem Thema Stress. Weiters sind Interventionen im Bereich der Verhältnisse nahezu nicht untersucht worden, zumindest nicht in einem Ausmaß, das eine Gegenüberstellung von Verhaltens- und Verh ltnisma nahmen erlauben würde. Geringe Kosten, einfache Umsetzbarkeit sowie relativ leichte Analyse und Evaluierung derartiger Maßnahmen, tragen zu einem verstärkten Vorkommen von verhaltensorientierten Ansätzen in der Praxis wie in der Wissenschaft bei. Nicht zuletzt ist noch immer die Annahme vorherrschend, dass Ursachen für psychische Probleme dem Individuum zuzuschreiben sind. [I. Sockoll et al.; 2008]

Nichtsdestotrotz kommt der IGA-Report 13 zu dem Ergebnis, dass individuelle Maßnahmen, wie Entspannungstechniken, Bewegungsprogramme oder Zeitmanagement zu positiven Effekten führen können. Jedoch wird gleichzeitig auch aufgezeigt, dass dies nicht die probaten Mittel sein können um allen Stressquellen entgegenzuwirken. Betriebsklima, Führungsstil und Unternehmenskultur als Ursachen für Stress können dadurch weitestgehend nicht effektiv beeinflusst werden.

Es wird ein Potenzial zu positiven Effekten attestiert, jedoch kamen die einbezogenen Studien hier durchwegs zu unterschiedlichen Ergebnissen. In der Frage der Kombination von Verhaltens- und Verhältnisprävention herrscht größere Homogenität in den Ergebnissen. Eine Reihe von Studien kommt auch hier zum Schluss, dass kombinierte Ansätze, zumindest tendenziell, am effektivsten sind. [I. Sockoll et al.; 2008]

10.7 Prävention von Muskel-Skelett-Erkrankungen

Zum Thema der Muskel-Skelett-Erkrankungen lagen den IGA-Report 13 Autoren 19 Reviews zur Erstellung der Metaanalyse vor. Naturgemäß überwiegt hier die Zahl an verhaltensorientierten Studien, jedoch wurden auch einzelne Verhältnisinterventionen analysiert. Trotz einer relativ hohen Heterogenität zwischen den einzelnen Studien, kann bezüglich der Evidenz der Maßnahmen ein weitestgehend einheitliches Bild gezeichnet werden. [I. Sockoll et al.; 2008]

Im Bereich der Verhaltensinterventionen schneiden die klassischen Schulungen und Trainings, wie die Rücken- und/oder Nackenschule, ergonomische Schulungen und Schulungen im Umgang mit Stress, sehr schlecht ab. Es kann hier weder ein Einfluss auf Fehlzeiten, Symptome oder Dauer der Beschwerden, noch auf das Auftreten von Neuerkrankungen oder die Häufigkeit von bestehenden Erkrankungen festgestellt werden. Ein Autor geht sogar so weit und attestiert eine moderate bis starke Evidenz im Hinblick einer Nicht-Eignung solcher Programme für Prävention von Erkrankungen des Muskel- und Skelettsapparates. Gründe dafür könnten in einer oftmals kurzen Interventionszeit, in der mangelnden individuellen Ausrichtung und in einer zu geringen Intensität liegen. Weiters ist hier anzuführen, dass es sich in diesem Bereich im Optimum um Veränderungen von Gewohnheiten und Verhaltensmustern handeln würde, ein Prozess, der meist eines längeren Zeitraumes bedarf. Die höchsten Wirksamkeiten konnten bei körperlichen Bewegungs- und Übungsprogrammen beobachtet werden. Bei Interventionen die auf körperliche Belastbarkeit, erhöhte Beweglichkeit und Fitness abzielten, konnten sowohl im Bereich der Fehlzeiten durch Muskel-Skelett-Erkrankungen, als auch bei der Anzahl von (Neu)Erkrankungen positive Effekte beobachtet werden. Die Dauer

dieser Interventionen erstreckte sich von drei Monaten bis zu eineinhalb Jahren. [I. Sockoll et al.; 2008]

Das zur Verfügung Stellen von technischen Hilfsmitteln, wie beispielsweise von ergonomischen Tastaturen und Arbeitstischen, oder von Hebe- und Tragehilfen scheint positive Effekte auf körperliche Belastungen zu haben. Moderate Evidenz wird bei der Verwendung von ergonomischen Computermäusen festgestellt, divergierende Ergebnisse gab es im Bereich der ergonomischen Armstützen und Tastaturen. Die Umgestaltung des Arbeitsplatzes oder organisatorische Veränderungen der Arbeit zeigen in Bezug auf Erkrankungen des Muskel-Skelett-Apparates wenige bis keine Effekte. [I. Sockoll et al.; 2008]

Elf der 19 evaluierten Reviews untersuchten auch multifaktorielle Interventionen. Dabei handelt es sich bei Erfolg versprechenden Programmen meist um eine Kombination von verhaltens- und verhältnisorientierten Maßnahmen. Neben den Bewegungs- und Übungsprogrammen scheint dieser Mix den höchsten positiven Effekt auf Muskel-Skelett-Erkrankungen zu haben. [I. Sockoll et al.; 2008]

11 Betriebliche Gesundheitsförderung auf europäischer Ebene

11.1 World Health Organization (WHO)

Die WHO ist unter dem Dach der Vereinten Nationen diejenige Institution, die weltweit für die Entwicklung und Koordination der Gesundheitsagenden zuständig ist. Die Verantwortlichkeiten liegen unter anderem in der Gesundheitsforschung, der Setzung von Gesundheitsstandards, der Richtungsvorgabe in der Gesundheitspolitik sowie in der Unterstützung von Mitgliedsländern, derer es 192 weltweit gibt. Die WHO deckt nahezu alle Gesundheitsthemen ab. „Occupational Health“ und „Workforce Health“ finden auch in der WHO Beachtung. [<http://www.who.int>]

Wie bereits in Kapitel 2.2.1 erwähnt, war die WHO durch die Verabschiedung der Ottawa-Charta im Jahr 1986 maßgeblich an der Entwicklung der Betrieblichen Gesundheitsförderung beteiligt. [<http://www.who.int>]

11.2 European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (EUROFOUND)

EUROFOUND wurde im Jahr 1975 durch den Europäischen Rat gegründet und war eine der ersten Institutionen die sich damit auseinander setzte die Lebens- und Arbeitsbedingungen in Europa zu verbessern, was bis heute ihr wichtigstes Ziel geblieben ist. Die Rolle von EUROFOUND ist es, einerseits selbst Forschung zu betreiben, andererseits bereits vorhandenes Wissen zu sammeln, zu analysieren und an politische Entscheidungsträger, an Unternehmensverantwortliche sowie an Arbeitnehmer- und Arbeitgebervertretungen zu kommunizieren. Schwerpunkte der Forschung bilden dabei folgende Themenbereiche:

- Beschäftigung und Arbeitsbedingungen
- Work- Life-Balance (die Vereinbarkeit von Berufs- und Privatleben)
- Arbeitsbeziehungen und Arbeitsverhältnisse
- Sozialer Zusammenhalt

[<http://www.eurofound.europa.eu>]

11.3 European Agency for Safety and Health at Work (OSHA)

Die OSHA wurde im Jahr 1996 gegründet und hat ihren Sitz in Bilbao, Spanien. Das primäre Ziel dieser Organisation besteht darin, für gesunde, sichere und produktive

Arbeitsplätze in Europa zu sorgen. Die OSHA besteht aus Vertretern der EU 27 Regierungen, Arbeitnehmern und Arbeitgebern. Auf der Ebene der Mitgliedsländer gibt es sogenannte „Focal Points“, welche die Anliegen der OSHA vertreten und meist durch eine landeseigene führende Institution betrieben werden. Eben diese europaweite Vernetzung und die Nähe zu lokalen Akteuren ermöglichen es der OSHA ein möglichst großes Wissen, Erfahrungen, Forschungsergebnisse, Erkenntnisse und gute Praxisbeispiele zu sammeln, zu analysieren und aufzubereiten, um sie letztendlich wieder allen zugänglich zu machen. Dieses zugänglich machen passiert zum Teil über die Homepage - neben dem elektronischen Newsletter „OSHmail“ gibt es auch eine Vielzahl an Informationsmaterial in gedruckter Form. Zusätzlich werden immer wieder Werbekampagnen, wie zum Beispiel die europäische Woche der Sicherheit, gestartet um über Themen zu informieren und für Gesundheitsförderung zu sensibilisieren. Die Unterstützung bei der Auslegung von Gesetzestexten, die die Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit betreffen, fällt ebenso in den Aufgabenbereich der OSHA wie die Beobachtung und Analyse von neuen Risiken. Die Gründung einer eigenen europäischen Beobachtungsstelle für Risiken soll dafür sorgen, Trends und Änderungen in der Arbeitswelt so früh als möglich zu erkennen und diese hinsichtlich ihrer Auswirkung auf die Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit zu bewerten um darauf rechtzeitig reagieren zu können. In weiterer Folge werden Verantwortlichen Denkanstöße in die richtige Richtung und ein Nährboden für Diskussionen über neue Entwicklungen geliefert.

[\[http://osha.europa.eu/about/index.html\]](http://osha.europa.eu/about/index.html)

11.4 European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP)

Das ENWHP wurde im Jahr 1996 gegründet und ist ein Zusammenschluss von Organisationen aus allen Bereichen der Betrieblichen Gesundheitsförderung auf europäischer Ebene. Verantwortliche Ministerien sowie eine Vielzahl von öffentlichen und privaten Instituten der Mitgliedsländer der Europäischen Union der Beitrittskandidaten sowie anderer Staaten des europäischen Wirtschaftsraumes, tragen dieses Netzwerk. Das ENWHP wird von sogenannten „National Forums“, nationalen Kontaktstellen in den einzelnen Ländern, vertreten. Erklärte Vision des Netzwerkes sind „Gesunde Mitarbeiter in gesunden Organisationen“. Die Mission und die Ziele des ENWHP wurden im Jahr 1997 erstmals in Form eines

gemeinsamen europäischen Verständnisses von Betrieblicher Gesundheitsförderung, der Luxemburger Deklaration (siehe Kapitel 2.2.2), festgehalten. Gemeinschaftsprojekte des ENWHP werden durch die Europäische Kommission unterstützt. [<http://www.move-europe.de>] Das ENWHP hat es sich zur erklärten Aufgabe gemacht, Betriebliche Gesundheitsförderung zu verbreiten und die Mitgliedsländer in der Umsetzung von Maßnahmen durch das Bereitstellen von Qualitätskriterien, die Sammlung von vorbildhaften Praxisbeispielen und die Initiierung gemeinsamer Initiativen zu unterstützen. Als Beispiel sei hier die aktuellste Initiative „Move Europe“ genannt, die sich mit der Förderung eines gesunden Lebensstils am Arbeitsplatz beschäftigt. Schwerpunktthemen bilden hier neben der Bewegung und Ernährung auch die psychische Gesundheit und die Raucherentwöhnung. Die Initiative läuft noch bis Ende 2008. [<http://www.ec.europa.eu>]

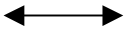
11.5 Baltic Sea Network on Occupational Health and Safety (BSN)

Das BSN ist ein Regionalnetzwerk von zehn Ländern rund um die Ostsee. Mitglieder sind Institutionen Betrieblicher Gesundheitsförderung in Dänemark, Estland, Finnland, Deutschland, Lettland, Litauen, Norwegen, Polen, Schweden und im Nordwesten Russlands. Das Netzwerk erleichtert den Austausch von Information unter den teilnehmenden Ländern und bietet einen einfachen Zugang zu den jeweiligen Ländinformationen. Die Idee dieses Netzwerk zu gründen, kam im Zuge eines WHO Treffens 1995 auf. Ziel dieses Treffens war es, sich von der gegenwärtigen Situation im Bereich der Betriebliche Gesundheitsförderung in den baltischen Ländern ein Bild zu machen und spezielle Programme dazu für Estland, Lettland und Litauen zu entwerfen, um deren Situation und Dienstleistungen in diesem Bereich zu fördern und zu stärken. Die Errichtung des Informationsnetzwerks wurde schließlich von den Teilnehmern des Treffens vereinbart, das FIOH (Finnish Institute of Occupational Health) wurde zum Sekretariat des Netzwerks ernannt und die dazugehörige Website wurde schließlich 1997 online gestellt. [<http://www.balticseaosh.net>]

12 Betriebliche Gesundheitsförderung in den EU 15

12.1 Zur Erklärung der graphischen Darstellungen

Der Darstellungsform in den Graphiken dieses Kapitels liegt folgende Systematik zu Grunde:

-  Rechtecke symbolisieren öffentliche bzw. dem Staat zuzuordnende Institutionen und deren Unterabteilungen.
-  Abgerundete Rechtecke stehen für Versicherungsträger und Krankenkassen.
-  Rauten stellen Sozialpartner dar.
-  Sechsecke bezeichnen unabhängige, das heißt nicht dem Staat zuzuordnende, Institutionen.
-  Ellipsen stehen in jedem Land für das „European Network for Workplace Health Promotion“ (ENWHP).
-  Dreiecke symbolisieren die
▪ „European Agency for Safety and Health at Work“ (OSHA).
-  Verbindungspfeile bilden Kooperationen zwischen den einzelnen Einrichtungen ab.
- Symbole ohne Pfeilverbindung sind keiner direkten Kooperation zuzuordnen; was nicht bedeutet, dass sie in keiner Weise mit anderen Akteuren in Verbindung stehen.
- Die Farbe grau steht immer für alle länderspezifischen Institutionen.
- Die Farbe gelb steht immer für die OSHA.
- Die Farbe orange steht immer für die ENWHP.

12.2 Belgien

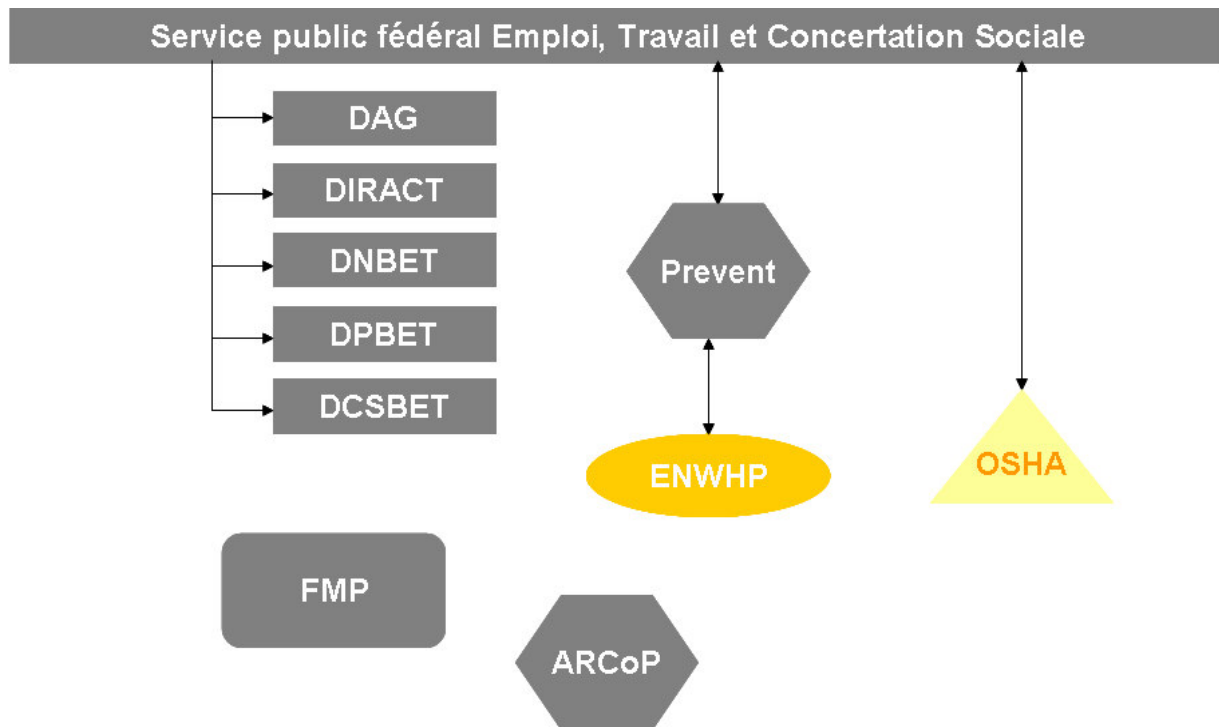


Abbildung 9: Graphische Darstellung des BGF Systems in Belgien [Eigene Darstellung]

12.2.1 Service public fédéral Emploi, Travail et Concertation Sociale

Das belgische Bundesministerium für Beschäftigung, Arbeit und soziale Angelegenheiten unterhält neben klassischen Fach- und Themenbereichen eine eigene Abteilung für die „Vermenschlichung der Arbeit“, die „Direction générale Humanisation du Travail“, welche sich in fünf Organisationseinheiten mit verschiedenen Aufgabenbereichen gliedert: [<http://www.emploi.belgique.be>]

1. Direction des Affaires Générales (DAG)

- Akkumulation und Distribution von Information
- Hauptansprechpartner der europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (OSHA)

2. Direction de la Recherche sur l'Amélioration des Conditions de Travail (DIRACT)

- Wissenschaftliche Forschungstätigkeit auf dem Gebiet der Betrieblichen Gesundheitsförderung, sowie die Verbreitung daraus resultierender Ergebnisse

3. Division des Normes sur le Bien-Être au Travail (DNBET)

- Entwicklung, Interpretation und Evaluation von Standards in der BGF auf nationaler, europäischer und internationaler Ebene
- Entwicklung und Evaluation von rechtlichen Rahmenbedingungen der BGF auf nationaler, europäischer und internationaler Ebene.

4. Division de la Promotion du Bien-Être au Travail (DPBET)

- Förderung der BGF auf nationaler, europäischer und internationaler Ebene, Entwicklung von themenbezogenen Aktivplänen, Förderung und Bewerbung von „Best Cases“ sowie Netzwerkarbeit

5. Division de la Concertation Sociale sur le Bien-Être au Travail (DCSBET)

- Netzwerkpartner für alle Akteure im Bereich der BGF auf nationaler Ebene, Lobbying für neue Standards im Bereich der BGF

[\[http://www.emploi.belgique.be\]](http://www.emploi.belgique.be)

Betriebliche Gesundheitsförderung wird in Belgien als „Bien-Être au Travail“, wörtlich übersetzt als „Wohlbefinden bei der Arbeit“, sehr weit gefasst definiert. Faktoren die hier einfließen sind unter anderem:

- Die Sicherheit am Arbeitsplatz
- Der Schutz der Gesundheit des Beschäftigten
- Die Psychosoziale Gesundheit des Beschäftigten
- Die Ergonomie
- Die Hygiene
- Die Richtige Gestaltung des Arbeitsplatzes

[\[http://www.emploi.belgique.be\]](http://www.emploi.belgique.be)

Wie in vielen anderen europäischen Ländern ist das belgische Ministerium darüber hinaus für die Setzung von rechtlichen Rahmenbedingungen zuständig. Das „Loi sur le Bien-Être au Travail“ und der „Code sur Bien-Être au Travail“ bilden die gesetzlichen Grundlagen für die Gesundheit, Sicherheit und das Wohlbefinden der belgischen Arbeitnehmer. [\[http://www.emploi.belgique.be\]](http://www.emploi.belgique.be) Darüber hinaus bildet das Ministerium die nationale Kontaktstelle der OSHA [\[http://www.osha.eu\]](http://www.osha.eu)

12.2.2 Fonds des Maladies Professionnelles (FMP)

Der FMP, Fonds für arbeitsbedingte Erkrankungen, wurde im Jahr 1964 ins Leben gerufen und untersteht dem Ministerium für Beschäftigung, Arbeit und soziale Angelegenheiten. Hauptaufgabe ist die Sicherstellung der rechtlichen Bestimmungen hinsichtlich der Schäden aus arbeitsbedingten Erkrankungen. Dies geschieht sowohl durch die Ausschüttung von Entschädigungszahlungen für Arbeitnehmer im Falle einer temporären oder ständigen Arbeitsunfähigkeit, als auch durch die Übernahme eines Teils von Rehabilitationskosten und/oder Pflegekosten. Darüber hinaus ist der Fonds auch für die Förderung und Weiterentwicklung dieser gesetzlichen Bestimmungen verantwortlich. Hier informiert FMP vor allem über Präventionsstrategien in den Unternehmen. Weiters werden Studien durchgeführt sowie statistische Daten analysiert und interpretiert und sichergestellt, dass relevante Informationen den Unternehmen zugänglich gemacht werden.

[<http://www.fbz.fgov.be>]

12.2.3 Prevent – Institution pour la Prevention, la Protection et le Bien-Être au Travail

Prevent ist eine multidisziplinäre Institution mit dem Ziel, Berufsrisiken vorzubeugen, die Qualität von Arbeitsbedingungen zu verbessern sowie gesunde Arbeitsabläufe zu fördern. Prevent berät Unternehmen und verfasst und publiziert Informationsmaterialien zu den oben genannten Themengebieten. Prevent fungiert darüber hinaus als Netzwerkpartner, sowohl auf nationaler, als auch auf europäischer und internationaler Ebene und ist die belgische Dependence des ENWHP. Das Ministerium für Beschäftigung, Arbeit und Soziale Angelegenheiten hat seit dem Jahr 2004 einen Kooperationsvertrag mit der Institution. Darin wird Prevent explizit damit beauftragt, als zentrale Schnittstelle in punkto Betrieblicher Gesundheitsförderung auf europäischer Ebene zu fungieren. [<http://www.prevent.be>]

Hauptinhalte der Arbeit von Prevent sind:

- PreventNet: Prevent versucht den aktuellen Entwicklungen in der Medienlandschaft gerecht zu werden und eine Vielzahl der relevanten Informationen im Internet bereitzustellen.

- Printmedien: PreventFocus ist eine monatlich erscheinende Zeitschrift, die sich mit aktuellen Themen der Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz beschäftigt.
- Beratung: Dank einer Infoline bietet Prevent Beratungsleistungen auf drei Ebenen an. Dabei umfasst die erste Beratungsebene die reine Literaturrecherche. Beratung auf zweiter Ebene manifestiert sich in einer vertiefenden Recherche, wohingegen die dritte Beratungsebene bereits ein persönliches Treffen zwischen den Prevent Experten und Unternehmensverantwortlichen beinhaltet.
- Informationsmaterialien: Prevent produziert eine Vielzahl von Informationsmaterialien, von Flyern über Broschüren und Lernunterlagen bis hin zu Forschungsberichten.
- Ausbildung: Prevent bietet sowohl Basisbildung in Hinblick auf die Sensibilisierung für Prävention und Betriebliche Gesundheitsförderung, als auch Spezialbildungsprogramme für Experten an. Weiters werden Informationsveranstaltungen zu aktuellen Themen in den Betrieben organisiert.

[Prevent, 2007]

Alle Arbeitsinhalte von Prevent sind auf spezielle und individuelle Bedürfnisse von Betrieben ausgerichtet. Hauptziel ist es, Betriebliche Gesundheitsförderung in bestehende Unternehmenskulturen zu implementieren, was eine intensive Zusammenarbeit mit unternehmensinternen aber auch mit unternehmensexternen Partnern, wie zum Beispiel Arbeitsmedizinern, Versicherungsanstalten oder anderen Gesundheitsberatern erforderlich macht. [Prevent, 2007]

12.2.4 Association Royale des Conseillers en Prevention (ARCoP)

ARCoP ist eine Non-Profit Organisation die sich aus Beiträgen ihrer Mitglieder finanziert. Nahezu alle Branchen der Wirtschaft sind hier vertreten. Ein repräsentativer Teil der Mitglieder, maximal 40, engagiert sich aktiv für Prävention und Gesundheitsförderung. Durch die Spendengelder werden unter anderem folgende Ziele verfolgt: [<http://www.arcop.be>]

- Betriebliche Gesundheitsförderung soll im allgemeinen gefördert werden.
- Einschlägige Kontakte zu den Experten der Betrieblichen Gesundheitsförderung sowie zu allen Beteiligten auf diesem Gebiet sollen gepflegt und aufrechterhalten werden, um den Wissensaustausch zu ermöglichen.
- Ein Informationsaustausch zwischen den Mitgliedern, und somit zwischen allen Branchen mit ihren speziellen Bedürfnissen soll ermöglicht werden.
- Spezielle Problemstellungen werden wissenschaftlich erforscht und Ergebnisse veröffentlicht.

[\[http://www.arcop.be\]](http://www.arcop.be)

12.3 Dänemark

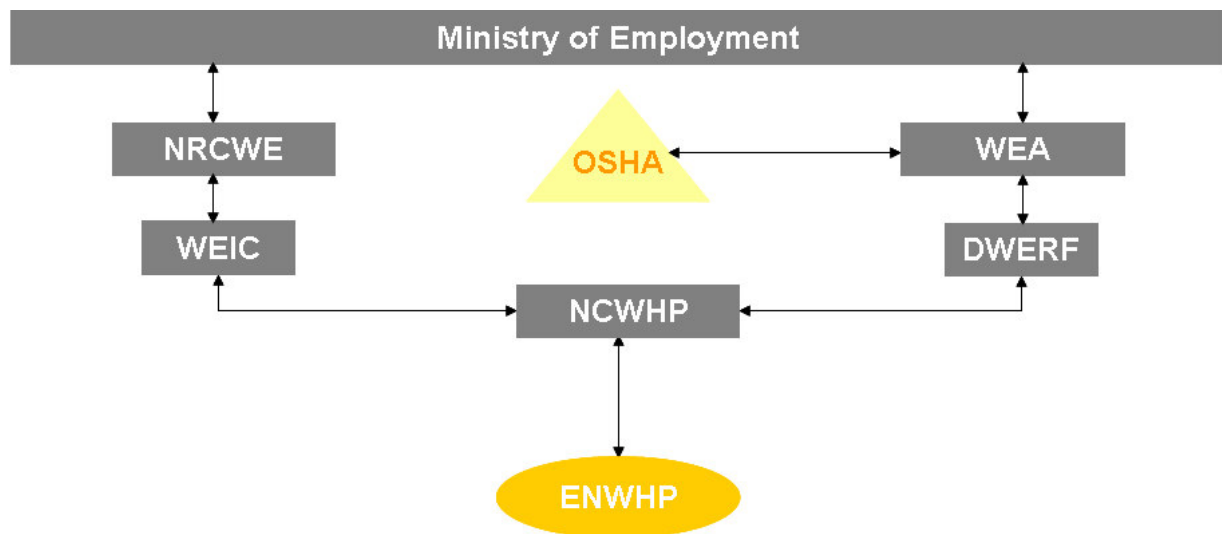


Abbildung 10: Graphische Darstellung des BGF Systems in Dänemark [Eigene Darstellung]

12.3.1 National Research Center for the Working Enviroment (NRCWE)

(Det Nationale Forskningscenter for Arbejdsmiljø)

Das NRCWE ist ein Forschungsinstitut des Arbeitsministeriums mit der Aufgabe durch seine Tätigkeit, unter Berücksichtigung des technischen Fortschrittes, zur Entwicklung einer sicheren und gesunden Arbeitswelt und der sozialen Entwicklung von Unternehmen beizutragen. Die strategischen Forschungsschwerpunkte umfassen unter anderem folgende Themenbereiche:

- Arbeitsunfälle
- Abwesenheit von der Arbeit
- Ergonomie
- Neue Technologien
- Organisation und Management
- Psychische Gesundheit bei der Arbeit

[<http://www.arbejdsmiljoforskning.dk>]

12.3.2 Working Environment Information Center (WEIC)

(Videncenter for Arbejdsmiljø)

Das WEIC ist ein Teil des NRCWE. Das Zentrum ist in erster Linie Informations- und Kommunikationsschnittstelle zwischen Unternehmen, Politik und Wissenschaft. Es initiiert Netzwerktreffen, Seminare und Konferenzen zum Thema Gesundheit am Arbeitsplatz und publiziert das einzige dänische Journal zur Betrieblichen Gesundheitsförderung, das „Arbejdsmiljø“. Darüber hinaus betreibt das WEIC einen Online Shop für Unterlagen, Publikationen und Bücher zum Thema gesunde Arbeitswelten.

[<http://www.arbejdsmiljoviden.dk>]

12.3.3 Danish Working Environment Authority (WEA)

(Arbejdstilsynet)

Dem dänischen Arbeitsministerium unterstellt ist die „Danish Working Environment Authority“, jene Organisation, die durch ihre Tätigkeit zur Schaffung von Gesundheit und Sicherheit in der dänischen Arbeitswelt beitragen soll, und die als die nationale Kontaktstelle der OSHA fungiert. Arbeitsgrundlage der WEA bilden der sogenannte „Working Enviroment Act“ und damit verbundene Gesetze. Zu den Hauptaufgaben zählen:

- Die Durchführung von Unternehmensüberprüfungen und damit verbunden die Überwachung der gesetzlichen Vorschriften. In Dänemark werden alle Unternehmen in regelmäßigen Abständen auf die Einhaltung der Sicherheits- und Gesundheitsvorschriften überprüft. Diese Screenings passieren normalerweise unangemeldet und dauern mindestens zwei Stunden pro Betrieb. Nach einer derartigen Kontrolle werden die Unternehmen mit farbigen Smileys bewertet. Grün steht dabei für keinerlei Beanstandungen von Seiten der WEA, gelb steht für eine Beanstandung, die innerhalb eines vorgegebenen Zeitraumes behoben werden muss, und rot steht für eine Verwarnung oder eine Notiz, die ausgesprochen wurde. Die Bewertungen werden in Folge auf der WEA Homepage veröffentlicht. Firmen mit einer besonders guten Gesundheits- und Sicherheitspolitik können mit einem sogenannten „Health and Safety Certificate“ ausgezeichnet werden. Eine solche erhöht die Reputation des Unternehmens, macht es zu einem

attraktiven Arbeitgeber und motiviert andere Unternehmen es ihm gleichzutun. Die WEA hat darüber hinaus auch das Recht Unternehmen, die sich nicht an die Regeln halten, zu bestrafen und bei bestehender Gefährdung der Arbeitnehmer sogar zu schließen.

- Weiters stellt die WEA eine Vielzahl von Informationsmaterial zur Verfügung. Die Palette reicht vom Flyer, über branchenspezifische Unterlagen bis hin zu einem elektronischen Newsletter zum Thema Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz. Der Newsletter erscheint zehn Mal jährlich und informiert über den neuesten Stand der Forschung, über rechtliche Neuerungen und andere themenspezifische Inhalte.

[<http://www.at.dk>]

12.3.4 Danish Working Environment Research Fund (DWERF)

Durch öffentliche Mittel finanziert hat der „Danish Working Environment Research Fund“ das Ziel, die Forschung auf dem Gebiet der Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz durch Fördermittel zu forcieren. Der DWERF ist organisatorisch in der WEA angesiedelt. Grundsätzlich fördert der Fonds alle Unternehmungen auf diesem Gebiet, die eine Verringerung des vorzeitigen Ausscheidens aus der Arbeitswelt zum Ziel haben. Von 2003 – 2006 wurden Fördergelder in der Höhe von 159 Millionen Dänischen Kronen, umgerechnet ca. 21 Millionen Euro vergeben. Ausgewählte Förderschwerpunkte in der letzten Periode (2003 – 2006) waren:

- Neue Technologien, neue Formen des Management, Leben am Arbeitsplatz
- Arbeiten mit Menschen
- Instrumente der Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt, Gesellschaft und Politik
- Strategien, um Arbeitsunfällen vorzubeugen
- Sicherheit und Gesundheit in kleinen und mittleren Unternehmen

[<http://www.at.dk>]

12.3.5 National Center of Workplace Health Promotion (NCWHP)

(Nationalt netværk vedr. sundhedsfremme på arbejdspladsen)

Zur Hauptaufgabe des „National Center of Workplace Health Promotion“ zählt es, ein Netzwerk aufzubauen und aufrechtzuerhalten das alle nationalen Akteure im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung mit einbezieht. Zwei bis drei Mal im Jahr organisiert das NCWHP Meetings und gemeinsame Initiativen an denen unter anderem Vertreter aller oben genannten Institutionen teilnehmen und sich austauschen. Darüber hinaus bildet es die dänische Kontaktstelle der ENWHP.

[<http://www.enwhp.org>]

12.4 Deutschland

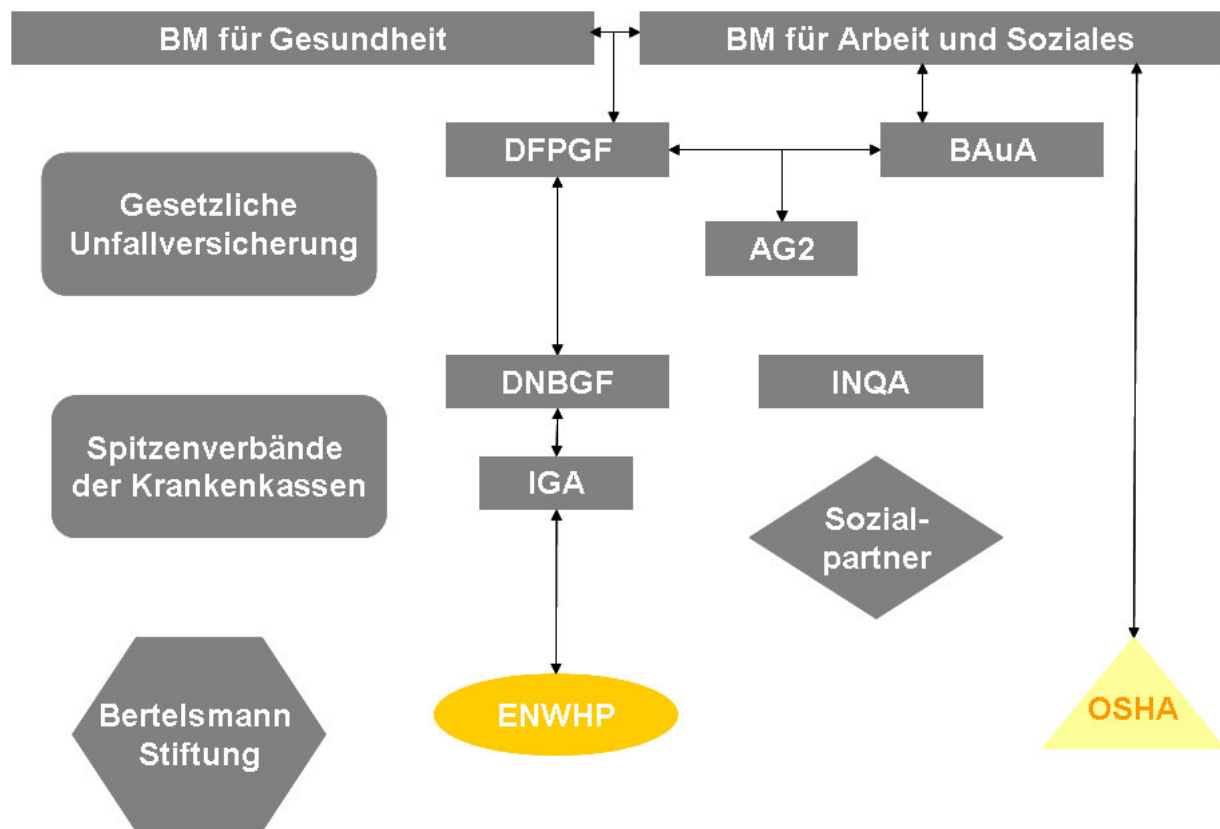


Abbildung 11: Graphische Darstellung des BGF Systems in Deutschland [Eigene Darstellung]

12.4.1 Arbeitsschutz in Deutschland

Arbeitsschutz wird in der Bundesrepublik nicht nur als Maßnahme zur Vermeidung von Arbeitsunfällen und berufsbedingten Erkrankungen definiert, sondern beschreibt vielmehr auch eine Aufgabe für die menschengerechte Gestaltung der Arbeit. Gesetzliche Grundlagen sind in einem Arbeitsschutzgesetz, einem Arbeitssicherheitsgesetz, dem Siebenten Buch Sozialgesetzbuch und in der Gefahrenstoffverordnung verankert. Grundsätzlich zeichnet jeder deutsche Arbeitgeber für die Gesundheit und Sicherheit seiner Mitarbeitenden verantwortlich und wird auch insofern in die Pflicht genommen, als dass er für ständige Verbesserungen im Bereich des Gesundheitsschutzes zu sorgen hat. Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) ist für die Erarbeitung von gesetzlichen Rahmenbedingungen, unterstützt von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) verantwortlich. Überprüfungen und

Kontrollen hinsichtlich der Einhaltung der gesetzlichen Vorschriften, sowie die Einleitung von Konsequenzen bei auftretenden Mängeln obliegt den Arbeitsaufsichtsinstitutionen der einzelnen Bundesländer. [<http://www.baua.de>]

Die gesetzliche Unfallversicherung bildet die zweite Säule des Arbeitsschutzes in Deutschland. Eine Pflichtmitgliedschaft aller Unternehmen ermöglicht einen Schutz der Beschäftigten im Falle von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten.

[<http://www.baua.de>]

12.4.2 Deutsches Forum Prävention und Gesundheitsförderung (DFPGF)

Das deutsche Forum Prävention und Gesundheitsförderung wurde im Jahr 2002 auf Initiative des Bundesministeriums für Gesundheit ins Leben gerufen. In insgesamt vier Arbeitsgruppen werden spezielle Themen im Bereich der Prävention und der Gesundheitsförderung behandelt. Betriebliche Gesundheitsförderung bildet den Schwerpunkt der Arbeitsgruppe zwei (AG2). Geleitet wird diese AG2 gemeinsam vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) und der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA). Primäres Ziel dieser Arbeitsgruppe ist die Verbesserung der Gesundheit deutscher Arbeitnehmer. Wegen der demographischen Entwicklung hin zu einer immer älter werdenden (Arbeits-)Gesellschaft, liegt ein besonderer Schwerpunkt auf der Förderung älterer Arbeitnehmer und auf der Schaffung von Arbeitsbedingungen, die ein gesundes Alter ermöglichen. [<http://www.forumpraevention.de>]

Das Forum hat es sich unter anderem zur Aufgabe gemacht, Empfehlungen für nationale Ziele im Bereich der Prävention und der Betrieblichen Gesundheitsförderung abzugeben. Darüber hinaus werden Projekte, die die Entwicklung von Methoden und Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung vorantreiben, gefördert um eine größtmögliche Standardisierung in diesem Bereich zu erreichen. Das Forum fungiert auch als einer der Hauptimpulsgeber für Aktivitäten der Initiative neue Qualität der Arbeit (INQA) und ist Beirat für das Deutsche Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF), zwei Organisationen, die in weiterer Folge dieses Kapitels näher beschrieben werden. [Bundesministerium für Arbeit und Soziales/BAuA, 2007]

12.4.3 Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS)

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales bildet die nationale Kontaktstelle der OSHA in Deutschland. Das Modellprogramm zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen ist ein Förderprogramm dieses Bundesministeriums mit wechselnden Förderschwerpunkten. Durch das Programm gefördert werden Initiativen, die Konzepte entwickeln oder erproben, welche vor allem in Klein- und Mittelbetrieben dafür sorgen, dass Gesundheitsgefahren rechtzeitig erkannt und bekämpft werden können. Durch die Verknüpfung der Ergebnisse aus der Arbeitsschutzforschung mit Ergebnissen aus den Modellvorhaben, will man eine öffentliche Basis schaffen, um den Wissens- und Technologietransfer zu erleichtern. Zum Zweck der Öffentlichkeitsarbeit gibt es verschiedenste Broschüren und Informationsmaterialien aller Fördervorhaben, sowie jeweils eine eigene Projektwebsite, die auch nach Ende des Projektes gepflegt und aktualisiert wird. Es besteht die Möglichkeit einer Förderung von bis zu 70% der Kosten. [Bundesministerium für Arbeit und Soziales/BAuA, 2007]

12.4.4 Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)

Die BAuA wurde im Jahr 1996 als eine Behörde im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales gegründet. In folgende sechs Fachbereiche ist die Anstalt seit dem unterteilt:

- Strategie und Grundsatzfragen
- Sicherheit und Gesundheit bei Produkten und Verfahren
- Betrieblicher Arbeitsschutz, Gesamtkoordination INQA
- Sicherheit und Gesundheit bei chemischen und biologischen Arbeitsstoffen
- Chemikalien Anmeldung und Zulassung
- Informationszentrum

[<http://www.baua.de>]

Zu den zentralen Aufgaben der BAuA gehören die Beobachtung und Evaluierung von Arbeitsbedingungen, der Gesundheit von Beschäftigten und des Zusammenhanges zwischen Arbeitsbedingungen und individuellen Gesundheitszuständen von Belegschaften. Darüber hinaus unterstützt die Anstalt vor allem auch das BMAS in Fragen der Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz. Weiters beschäftigt sich die

BAuA mit Möglichkeiten zur Prävention in Bezug auf Arbeitsunfälle und arbeitsbedingte Erkrankungen, sowie mit der Entwicklung von Standards für eine gesunde Arbeitswelt. Neben selbstständiger Forschungstätigkeit vergibt die BAuA hier auch immer wieder Aufträge an externe Institutionen. Die Aus- und Weiterbildung im Bereich des Arbeitsschutzes sowie die Entwicklung von Unterlagen zählen ebenso zu den Aufgaben, wie die Bereitstellung von Informationen und die Publikation und Bewerbung dieser. Schlussendlich ist eine Vernetzung mit anderen Akteuren im Bereich des Arbeitsschutzes eine zentrale Aufgabe der BAuA. Kooperiert wird hier sowohl mit Landesbehörden und der gesetzlichen Unfallversicherung, als auch mit anderen themenrelevanten Institutionen oder Personen (Führungskräfte, Betriebsärzte, Gewerkschaften, Fachverbände etc.).

[<http://www.baua.de>]

12.4.5 Deutsches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (DNBGF)

Das Deutsche Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung wurde im Oktober 2003 gegründet. Diese Initiative geht vor allem auf die Forderung des Europäischen Netzwerkes für Betriebliche Gesundheitsförderung (ENWHP) zurück, das die Bildung von informellen Strukturen und nationalen Netzwerken für Betriebliche Gesundheitsförderung forderte. Unterstützt wird das Netzwerk vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales, sowie vom Bundesministerium für Gesundheit. Für die Durchführung der Aufgaben des DNBGF wurde eine eigene Geschäftsstelle eingerichtet, die sogenannte Initiative Gesundheit in der Arbeit (IGA).

[<http://www.dnbgf.de>].

Hauptaufgabe des DNBGF ist es, das Thema Gesundheit in der Arbeit breitenwirksam publik zu machen. Der Aktionsrahmen ist weder regional noch branchenspezifisch beschränkt. Man versteht sich viel mehr als Ansprechpartner für alle Akteure aus diesem Bereich und versucht eine offene Plattform für den Informations- und Erfahrungsaustausch zur Verfügung zu stellen, sowie Kooperationen zwischen verschiedensten Partnern zu ermöglichen. Dieser Erfahrungsaustausch ist nicht nur auf Deutschland begrenzt, sondern findet auch über die Bundesgrenzen hinaus statt. Weitere Aufgaben des DNBGF sind die Aufbereitung von wissenschaftlichen Erkenntnissen, sowie von vorbildhaften

Praxisbeispielen, mit dem Ziel Unternehmensverantwortliche von der Wichtigkeit und dem Nutzen der Betrieblichen Gesundheitsförderung zu überzeugen. [Bundesministerium f. Arbeit und Soziales/BAuA, 2007]

12.4.6 Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA)

Die INQA wurde im Jahr 2001 ins Leben gerufen. Es handelt sich hierbei um ein Bündnis von Bund, Ländern, Sozialpartnern, Sozialversicherungsträgern, Unternehmen und Stiftungen. Gemeinsame Basis ist die Übereinkunft, dass gesunde und zufriedene Mitarbeiter sowie optimale Arbeitsbedingungen, die Grundlage für Innovations- und Wettbewerbsfähigkeit eines jeden Unternehmen sind. Man versucht verschiedene Qualitätskriterien von Arbeit miteinander zu verknüpfen. Primäre Intention von INQA ist es, als Plattform für den Austausch von Wissen zu fungieren, welches Unternehmen brauchen, um sich den neuen Herausforderungen der Arbeitsgestaltung stellen zu können. Über eine Datenbank mit über 100 qualitätsgesicherten Einträgen von vorbildhaften praktischen Beispielen ist es möglich, sich an den Besten der Besten zu orientieren. Darüber hinaus werden Anlässe organisiert, bei denen man ohne Rücksicht auf Konkurrenzbeziehungen, einschlägige Erfahrungen austauschen kann. [Bundesministerium f. Arbeit und Soziales/BAuA, 2007] In sogenannten Thematischen Initiativkreisen (TIK) beschäftigen sich Experten aus verschiedensten Richtungen mit relevanten Themen der Gesundheit am Arbeitsplatz, starten Projekte und versuchen innovative Problemlösungen anzubieten. Folgende Initiativkreise sind im Moment tätig:

- TIK Lebenslanges Lernen
- TIK Neue Qualität der Büroarbeit
- TIK 30,40,50plus - Älterwerden in Beschäftigung
- TIK Traumatische Ereignisse
- TIK Anwendungssicherheit bei chemischen Produkten
- TIK Körper, Geist, Arbeit
- TIK Neue Qualität des Bauens
- TIK Gesund Pflegen
- TIK Arbeitssysteme in der Produktion
- TIK Fit für den Wettbewerb - Neue Wege für den Mittelstand

- TIK Integrierte Prävention in der Arbeitswelt - Neue Wege zur Bekämpfung der chronischen obstruktiven Lungenkrankheiten

[\[http://www.inga.de\]](http://www.inga.de)

12.4.7 Arbeitsgemeinschaft Spitzenverbände der Krankenkassen

Die Betriebliche Gesundheitsförderung durch die Krankenkassen kann grundsätzlich als Ergänzung zu den Aufgaben des gesetzlichen Arbeitsschutzes gesehen werden. Die Spitzenverbände der Krankenkassen nähern sich diesem Thema von der ganzheitlichen Seite. Das bedeutet, dass vor allem auf Langfristigkeit und Nachhaltigkeit von Maßnahmen geachtet wird. Man versucht alle betriebsinternen und betriebsexternen Akteure in Projekte mit einzubeziehen. Betriebsintern will man neben der Unternehmensführung und der Personalabteilung vor allem auch die Arbeitnehmer, Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte erreichen. Zu den externen Partnern zählen neben den Kranken- und Unfallversicherungen unter anderem auch Gesundheitsämter, niedergelassene Ärzte und/oder andere Gesundheitseinrichtungen. Ziel ist es, BGF als eigenständigen Teil in Unternehmensstrategien zu implementieren. Gearbeitet wird sowohl auf der Verhaltens- als auch auf der Verhältnisebene. [Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, 2004]

12.4.8 Deutsche gesetzliche Unfallversicherung (DGUV)

Prävention ist ein großgeschriebenes Thema der DGUV. Vordergründiges Ziel ist hier Arbeitsunfällen und arbeitsbedingten Erkrankungen weitestgehend vorzubeugen. Neben betriebsspezifischen Themen werden aber auch betriebsübergreifende Themen wie Ergonomie, psychische Gesundheit, Aus- und Weiterbildung oder Erste Hilfe berücksichtigt. Die DGUV initiiert Informationskampagnen und organisiert Veranstaltungen zu verschiedenen Themen. Einen wesentlichen Baustein bildet hier auch die Präventionsforschung, die im hohen Maße betrieben wird.

[\[http://www.dguv.de\]](http://www.dguv.de)

12.4.9 Deutscher Gewerkschaftsbund (DG)

Der DG stellt Informationen zum Thema Arbeits- und Gesundheitsschutz für Deutschlands Erwerbstätige bereit. Themen sind neben dem Arbeitsschutzgesetz auch Gefahrenstoffe und psychische Arbeitsbelastungen. Im Bereich der Vorbeugung und Prävention von psychischen Belastungen listet der Gewerkschaftsbund folgende sieben Merkmale eines guten Arbeitsplatzes auf:

1. *„Die Arbeitsaufgabe berücksichtigt die Fähigkeiten des Beschäftigten*
2. *Der Job ist vielseitig*
3. *Die Arbeit ist ganzheitlich*
4. *Sie enthält Handlungs- und Entscheidungsspielräume*
5. *Die betrieblichen Strukturen sind durchschaubar*
6. *Die Aufgaben können gemeinsam bewältigt werden*
7. *Die Arbeit erzeugt Entwicklungsmöglichkeiten“*

[<http://www.dgb.de>]

12.4.10 Bertelsmann Stiftung

Die Bertelsmann Stiftung wurde im Jahr 1977 gegründet und finanziert sich zum Großteil aus Beteiligungen an der Bertelsmann AG. Eine nachhaltige Wirkung ist impliziter Bestandteil und erklärtes Ziel jeder Initiative und jedes Projektes, das durch die Bertelsmann Stiftung finanziert wird. Die Projektpalette ist breit gefächert und reicht vom Bildungs- und Gesundheitswesen, über Gesellschaft und Kultur bis hin zur Wirtschaft. Im Themenbereich Gesundheit unterstützt die Stiftung unter anderem Projekte mit dem Schwerpunkt Mensch und Arbeit. Damit möchte man eine Brücke schlagen, zwischen einer neuen Arbeitswelt mit mehr Selbstbestimmtheit, höherer Eigenverantwortung und Sinnfindung durch die Arbeit und einer Arbeitswelt, die gezeichnet ist von immer höheren Stressniveaus, Unsicherheit und fortschreitender Globalisierung. [<http://www.bertelsmann-stiftung.de>]

12.5 Finnland

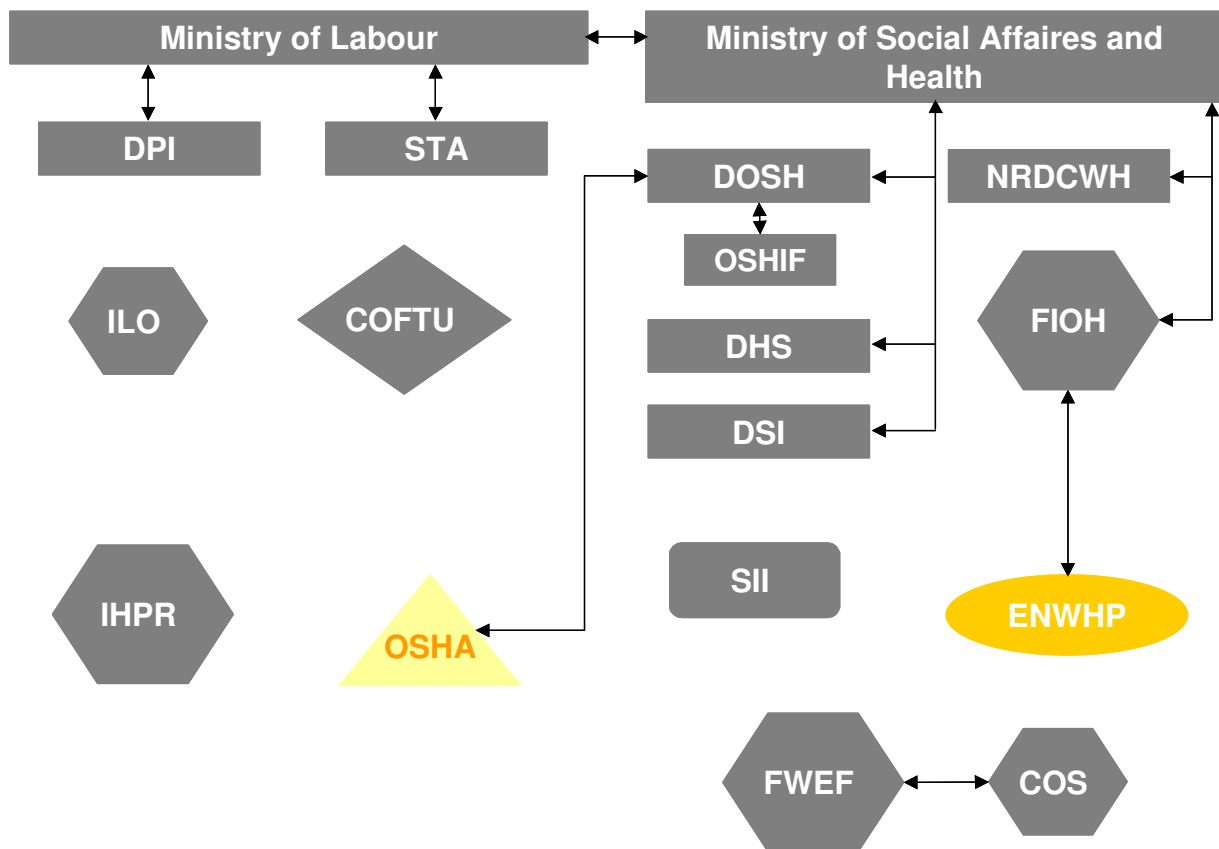


Abbildung 12: Graphische Darstellung des BGF Systems in Finnland [Eigene Darstellung]

12.5.1 Ministry of Social Affairs and Health

(Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö)

Das Ministerium für Soziale Angelegenheiten und Gesundheit ist für die Entwicklung des Sozial- und Gesundheitswesens sowie für die Verbesserung des allgemeinen Wohlbefindens der Bevölkerung mittels präventiver Sozial- und Gesundheitspolitik verantwortlich. [Ministry of Social Affairs and Health, 2004] Das Ministerium beaufsichtigt die einzelnen Behörden im Bereich Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz und ist mit der Gesetzgebung betraut. Es zeichnet darüber hinaus für die Implementierung dieser Gesetze verantwortlich und koordiniert Forschung und internationale Zusammenarbeit im Bereich des allgemeinen sozialen Schutzes sowie der Arbeitssicherheit und der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Das Ministerium unterhält die folgenden drei Abteilungen, die sich mit der Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz beschäftigen:

1. Das „Department of Occupational Safety and Health,, (DOSH)
2. Das „Department of Health” (DHS)
3. Das „Department of Social Insurance” (DSI)

[<http://www.stm.fi>]

Das DOSH ist für die Entwicklung der nationalen Arbeitssicherheit und Gesundheitspolitik sowie für die Koordination der Forschung auf diesem Gebiet und für die Anwendung von Forschungserkenntnissen aus diesem Bereich verantwortlich. Ferner ist DOSH die nationale Kontaktstelle der OSHA in Finnland. [<http://www.stm.fi>] DOSH beaufsichtigt und finanziert acht unabhängige Arbeitsinspektorate, die sogenannten „Occupational Safety and Health Inspectorates of Finland“ (OSHIF). [Ministry of Social Affairs and Health, 2004] Die Entwicklung der Überprüfungsmethoden der OSHIF fällt ebenfalls in den Verantwortungsbereich der DOSH. [<http://www.tyosuojelu.fi>]

Das DHS ist für die Gesetzgebung im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung sowie für die Entwicklung von nationalen Strategien auf diesem Gebiet verantwortlich und unterhält sechs Niederlassungen in den einzelnen Bundesländern. [<http://www.stm.fi>]

DHS entwirft und schafft Gesetze für Entschädigung der Arbeitnehmer im Falle von berufsbedingten Unfällen und Erkrankungen. Durchführende Organe sind hier das nationale Sozialversicherungsinstitut und die Pensionsversicherungsanstalten für Arbeitnehmer. [<http://www.stm.fi>]

12.5.2 Finnish Institute of Occupational Health (FIOH)

(Työterveyslaitos)

Das FIOH ist ein wissenschaftliches Forschungsinstitut, das sich mit der Arbeitssicherheit, der beruflichen Gesundheit und dem Wohlergehen bei der Arbeit befasst. Das Institut fungiert als administrativer Partner des Ministeriums für Soziale Angelegenheiten und Gesundheit. [Ministry of Social Affairs and Health, 2004] Es verfügt über Regionalbüros in sechs Städten Finnlands. Das Hauptbüro und die Verwaltung befinden sich in Helsinki. Das Institut wurde 1945 als Spezialabteilung

des allgemeinen Krankenhauses von Helsinki gegründet. In den späten 40er Jahren wurde ein eigenes Gebäude für das FIOH gebaut, dessen Fertigstellung im Jahr 1951 erfolgte. Regionale Institutionen wurden schließlich in den 70er Jahren gegründet. Das FIOH führt Forschung durch, verbreitet Information, bietet Expertendienstleistungen an und bildet Gesundheits- und Sicherheitsspezialisten aus. Auch ist es mit der Funktion betraut, als nationale Kontaktstelle des ENWHP zu fungieren. Das Ziel des Instituts ist es, für gesunde Arbeiter, eine gesunde Arbeitsgemeinschaft sowie für eine sichere und produktive Arbeitsumwelt zu sorgen.

[<http://www.ttl.fi>]

12.5.3 National Research and Development Centre for Welfare and Health (NRDCWH)

(Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus)

NRDCWH wurde 1992 vom Ministerium für Soziale Angelegenheiten und Gesundheit gegründet, nachdem sein Amtsvorgänger, die „National Agency for Welfare and Health“ abgeschafft wurde. Bei NRDCWH handelt es sich um ein Forschungsinstitut im Bereich des Sozial- und Gesundheitswesens und der Gesundheitsvorsorge. Es schafft Informationen und Gutachten für Entscheidungsträger und andere Interessensgruppen. [Ministry of Social Affairs and Health, 2004] Das Zentrum evaluiert Resultate der Sozialpolitik und entwickelt neue Alternativen und Maßnahmen. Die Kerntätigkeiten liegen in den Bereichen Forschung und Entwicklung sowie Informationsschaffung und –bereitstellung. [<http://www.stakes.fi>]

12.5.4 Ministry of Labour

(Työ- ja elinkeinoministeriö)

Das Arbeitsministerium fördert alle Bereiche des Arbeitsmarktes. [Ministry of Social Affairs and Health, 2004] Es ist für das zentrale Arbeitsrecht zuständig, jedoch nicht für die Sicherheit und die Gesundheit. Dieser Bereich hat, wie bereits erwähnt, das Ministerium für Soziale Angelegenheiten und Gesundheit inne. [<http://www.mol.fi>]

Die Abteilung „Department of Policy Implementation“ (DPI) koordiniert die Tätigkeiten des nationalen Ausschusses zur Unterstützung und Verbesserung der Produktivität

und Qualität des Arbeitslebens, dem sogenannten „International Labour Office“ (ILO). Das ILO schafft und erhält Netzwerke aufrecht, die Information verbreiten und fördert den Gebrauch von Forschungsergebnissen hinsichtlich einer gesundheitsfördernden Entwicklung des Arbeitsumfeldes. Diesem nationalen Ausschuss gehören neben dem Arbeitsministerium, Arbeitsmarktorganisationen und das Ministerium für soziale Angelegenheiten und Gesundheit an. [<http://www.mol.fi>]

12.5.5 Safety Technology Authority (STA)

(Turvatekniikan keskus)

STA wurde im November 1995 als ausführendes Organ des Arbeitsministeriums gegründet und agiert sowohl als Arbeitsinspektorat als auch als Förderer und Entwickler von neuen Technologien im Bereich der Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz. Zu ihren Aufgaben zählt die Aufrechterhaltung, Beaufsichtigung und Förderung technischer Sicherheit, um Personen, Eigentum und Umwelt vor Gefahren zu schützen. [Ministry of Social Affairs and Health, 2004] Die Arbeitsschwerpunkte konzentrieren sich auf die Bereiche Chemikalien- und Prozessindustrie, elektrische Sicherheit, Sicherheitsvorkehrungen, Geräte- und Ausrüstungssicherheit sowie auf die gesetzliche Metrologie (Wissenschaft des Messens). [<http://www.tukes.fi>]

12.5.6 Institute for Health Promotion Research (IHPR)

(UKK-Instituutti)

Das IHPR wurde 1980 zum Zweck der Förderung von Gesundheit mit Sitz in Tampere gegründet. Mittels Forschung, Schulung und Kommunikation unterstützt es die Bevölkerung bei der Führung eines gesunden Lebensstils. Ziel ist es, körperliche Aktivität zu fördern und somit die Zahl an Verletzungen zu reduzieren. IHPR ist ein privates Forschungsinstitut, das sich im Besitz der „Urho Kekkonen Fitness Institute Foundation“ befindet und mit dem Ministerium für Soziale Angelegenheiten und Gesundheit sowie mit der WHO kooperiert. Die Finanzierung wird zum Teil durch öffentliche Forschungszuschüsse gewährleistet. Der Rest wird durch den Ertrag aus Ausbildungs- und Servicedienstleistungen abgedeckt. [<http://www.ukkinstituutti.fi>]

12.5.7 Finnish Work Environment Fund (FWEF)

(Työsuojelurahasto)

Der FWEF wurde 1979 im Zuge der Erlassung des Arbeitsumweltfondgesetzes gegründet. Diverse Arbeitsmarktorganisationen sind in der Verwaltung des Fonds vertreten, sein Tätigkeitsbereich wird durch das Ministerium für Soziale Angelegenheiten und Gesundheit beaufsichtigt. [Ministry of Social Affairs and Health, 2004] Finanziert wird der Fonds aus den Unfallversicherungsprämien der Arbeitgeber. Der FWEF finanziert nationale Forschung, Entwicklung und Information mit dem Ziel die Arbeitsumwelt zu verbessern und die Sicherheit und Produktivität von Arbeitsplätzen zu fördern. Zusätzlich finanziert der Fonds das „Centre for Occupational Safety“ (COS).

[\[http://www.tsr.fi\]](http://www.tsr.fi)

Zuschüsse werden für Projekte, die darauf abzielen alternative Lösungen zu Problemen der Arbeitsorganisation zu finden und/oder die Entwicklung von besseren oder neuen Arbeitsbedingungen voranzutreiben, für Sicherheitsanalysen, für Verbesserungsvorschläge hinsichtlich Arbeits- und Produktionsmethoden sowie für Produktsicherheitsanalysen gewährt. Auch Privatpersonen können vom finnischen Arbeitsumweltfond eine Prämie für eine Diplom- oder Doktorarbeit zum Thema Arbeitsleben und –umfeld erhalten, sofern diese für die weitere Forschung und Entwicklung auf diesem Gebiet relevant ist. Auch werden Präsentationen von Forschungserkenntnissen auf internationalen Konferenzen finanziell unterstützt.

[\[http://www.tsr.fi\]](http://www.tsr.fi)

12.5.8 Centre for Occupational Safety (COS)

(Arbetasrkyddscentralen)

Das COS fördert die Sicherheit, Gesundheit und Produktivität im Bereich der Arbeitswelt. Die Hauptfunktionen sind Expertendienstleistungen hinsichtlich der Entwicklung von gesunden Arbeitsbedingungen. Ferner ist das Zentrum für die Ausbildung und die Veröffentlichung von Informations- und Schulungsunterlagen verantwortlich. Allgemeines Ziel des Zentrums ist es, das Wohlbefinden und den Erfolg im Arbeitsleben nicht nur zu erhalten sondern auch zu steigern. Seine Stärken sind flächendeckende Zusammenarbeit mit anderen Experten, Einbringung von

Kenntnissen sowie das Angebot von kundenorientierten und kostengünstigen Dienstleistungen. Das COS wird von zentralen Arbeitsmarktorganisationen geleitet. Es ist in Zusammenarbeit mit Arbeitgeber- und Arbeitnehmervertretern der Fertigungsindustrien, des Dienstleistungssektors und der Stadtbehörden tätig und finanziert sich durch Zuschüsse vom finnischen „Work Environment Fund“ (FWEF) sowie durch seine Einnahmen für Ausbildungen und Informationsdienstleistungen. [<http://www.balticseaosh.net>]

12.5.9 Social Insurance Institution (SII)

(Kansaneläkelaitos)

SII bietet allen in Finnland wohnhaften Personen jeder Altersstufe einen Basissozialversicherungsschutz. Die Sozialversicherungsinstitution arbeitet unter Beaufsichtigung des Parlaments. Gegründet 1937 diente die SII anfänglich ausschließlich der Pensionsvorsorge. In den 80er und 90er Jahren wurde sie jedoch mit neuen Programmverantwortlichkeiten betraut, so dass ihre Dienstleistungen mittlerweile, wie bereits erwähnt, der gesamten finnischen Bevölkerung zur Verfügung stehen. Aufgabe und Ziel von SII ist es, die Gesundheits- und Pensionsvorsorge der finnischen Bevölkerung zu stärken, und sowohl Autonomie als auch Selbstinitiative in allen Altersstufen zu fördern. [<http://www.kela.fi>]

Jeder finnische Arbeitnehmer hat eine betriebliche Krankenversicherung. Gemäß dem „Occupational Health Act“ wird vom Arbeitgeber verlangt, auf eigene Kosten, den Arbeitnehmern professionelle Betriebliche Gesundheitsförderung zur Verfügung zu stellen, um so arbeitsbedingte Gesundheitsrisiken zu vermeiden. In Finnland wird Betriebliche Gesundheitsförderung von verschiedenen Gesundheitsvorsorgeinstitutionen angeboten. Arbeitgeber können Dienstleistungen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung für ihre Angestellten von einem kommunalen Gesundheitszentrum oder von anderen Organisationen beziehen, die diese Leistungen im Rahmen eines privaten medizinischen Zentrums anbieten. Die relevanten Dienstleistungen können auch von selbständig tätigen Experten auf diesem Gebiet gekauft werden. Die den Arbeitgebern entstehenden Kosten sind gemäß dem Krankenversicherungsgesetz teilweise rückerstattungsfähig. Die

Kostenerstattung beträgt ca. 60% der Kosten für BGF und 50% der erforderlichen und zumutbaren Kosten für medizinische Versorgung. [<http://www.kela.fi>]

12.5.10 Central Organisation of Finnish Trade Unions (COFTU)

(Suomen Ammattiliittojen Keskusjärjestö)

Im Jahr 1907 in Helsinki gegründet ist COFTU heute der größte finnische Gewerkschaftsbund der die Interessen von über einer Million Finnen und deren Familien vertritt. Die Mitgliedsverbände des Gewerkschaftsbundes sind 22 Gewerkschaften aus den Bereichen Industrie, Transport, öffentlicher Sektor und private Dienstleistungen. COFTU beeinflusst den politischen Entscheidungsfindungsprozess nicht nur auf nationaler, sondern auch auf internationaler Ebene. Ziel des finnischen Gewerkschaftsbundes ist es, den Arbeitnehmerstandpunkt in Entscheidungsfindungs- und Gesetzgebungsprozesse einzubringen. Der finnische Gewerkschaftsbund COFTU ist Mitglied folgender Verbände:

- Internationaler Gewerkschaftsbund
- Beratender Gewerkschaftsausschuss der OECD
- Europäischer Gewerkschaftsbund
- Nordischer Gewerkschaftsrat

[<http://www.sak.fi>]

Vertreten durch die zentralen Arbeitsmarktorganisationen können die Sozialpartner landesweite und branchenübergreifende Absprachen treffen, in denen diverse Arbeitsmarktfragen und -bedingungen geregelt werden. Gemeinsam mit der Regierung werden Tarif- und Sozialpakete beschlossen. Ein großer Teil der finnischen Sozialleistungen wurden im Rahmen solcher Pakte vereinbart. [<http://www.sak.fi>]

12.6 Frankreich

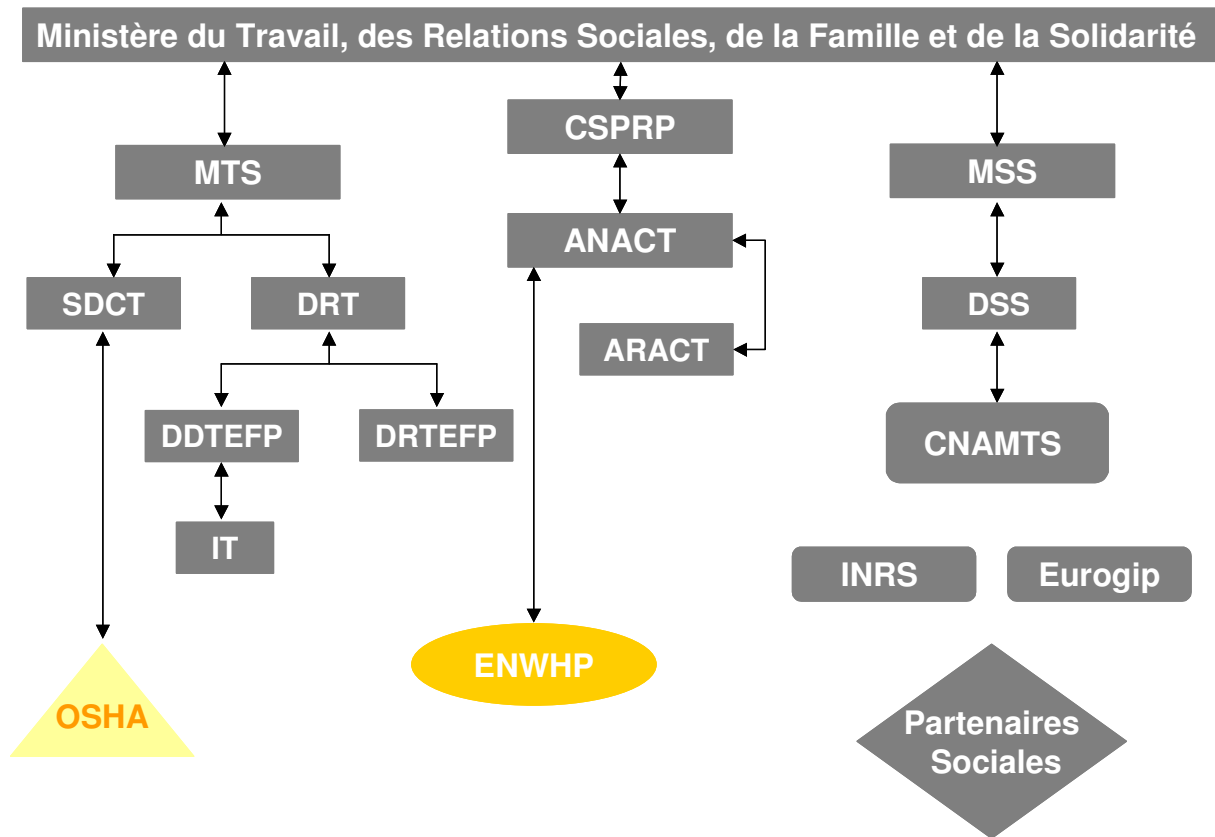


Abbildung 13: Graphische Darstellung des BGF Systems in Frankreich [Eigene Darstellung]

12.6.1 Ministère du Travail, des Relations Sociales, de la Famille et de la Solidarité

Im Jahr 1979 trat erstmals das Arbeitsschutzgesetz „Loi sur la Santé et la Sécurité du Travail“ in Kraft. [<http://www.csst.qc.ca>] Auch hier in Frankreich bildet es das rechtliche Gerüst um die Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz zu regeln und Gefahren im Arbeitsumfeld weitgehend zu verhindern. Das „Ministère du Travail, des Relations Sociales, de la Famille et de la Solidarité“ beschäftigt sich in folgenden zwei Abteilungen operativ mit Betrieblicher Gesundheitsförderung:

- Das „Ministère chargé du Travail et de la Solidarité“ (MTS)
- Das „Ministère chargé de la Sécurité Sociale“ (MSS)

Dem MTS unterstellt sind sowohl die Abteilung „Sous Direction chargée des Conditions de Travail“ (SDCT), als auch die Abteilung „Direction des Relations du Travail“ (DRT). Organisiert ist die DRT in zwei Unterabteilungen mit jeweils eigenen

Aufgabenbereichen, die „Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle“ (DRTEFP) und die " Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle“ (DDTEFP). [<http://www.travail.gouv.fr>]

Die “Direction de la Sécurité Sociale“ (DSS) beschäftigt sich mit Gesundheit am Arbeitsplatz und ist dem MSS unterstellt. [<http://www.travail.gouv.fr>]

12.6.2 Sous Direction chargée des Conditions de Travail (SDCT)

Frankreichs nationale Kontaktstelle der OSHA ist die SDCT. Hierbei handelt es sich um eine Abteilung des Arbeitsministeriums „Ministère chargé du Travail et de la Solidarité“. Ihre grundlegende Aufgabe besteht darin, technische und wissenschaftliche Informationen die auf dem Gebiet der Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz verfügbar sind, zu sammeln zu verbreiten. [<http://www.travail-solidarite.gouv.fr>]

12.6.3 Direction Régionale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (DRTEFP)

Die DRTEFP ist dazu beauftragt, unter der Aufsicht regionaler Behörden und in Zusammenarbeit mit verschiedenen lokalen Institutionen und Partnern, wie regionalen Arbeitsmedizinern und Sicherheitsfachkräften, Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen die Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz betreffend, zu bestimmen und in Folge deren Umsetzung und Ausführung zu überprüfen. Selbiges gilt für die Befolgung und Anwendung des Arbeitsrechtes. [<http://www.nord.pref.gouv.fr>]

12.6.4 Direction Départementale du Travail, de l'Emploi et de la Formation Professionnelle (DDTEFP)

Die Handlungsschwerpunkte der DDTEFP liegen in folgenden Bereichen:

- Koordination der Arbeitsinspektorate

- Unterstützung bei der Umsetzung gesundheits- und sicherheitsfördernder Maßnahmen in Unternehmen
- Erstellung von Ergebnisberichten und Statistiken in Zusammenarbeit mit der DRTEFP

[<http://www.ariege.pref.gouv.fr>]

Inspecteurs du Travail (IT)

Das Aufgabengebiet der Arbeitsinspektoren, „Inspecteurs du Travail“, unterteilt sich in folgende 3 Kernbereiche:

1. Die Kontrolle von Arbeitsverträgen und der Einhaltung von Arbeitszeiten sowie die Überprüfung der Arbeitsplatzbedingungen hinsichtlich Gesundheit und Sicherheit
2. Die Zusammenführung relevanter Akteure und demzufolge auch die Unterstützung bei Verhandlungen sowie die Mithilfe bei Problemlösungen
3. Das Aufklären, Beraten und Informieren von Arbeitgebern, Führungskräften aber auch von Arbeitnehmern bezüglich ihrer Rechte und Pflichten.

[<http://www.infotravail.com>]

12.6.5 Direction de la Sécurité Sociale (DSS)

Die DSS ist der Hauptverband der staatlichen Sozialversicherungsanstalten. Die Hauptaufgabe liegt in der Festlegung der Entschädigungsmodalitäten und -zahlungen im Fall von Betriebsunfällen und Berufserkrankungen. DSS nimmt, in Zusammenarbeit mit dem MSS und in Anlehnung an die Bestimmungen der nationalen Krankenversicherungsanstalt für Arbeitnehmer, „Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés“ (CNAMTS), essentiell an der Ausarbeitung betrieblicher Präventivpolitik teil. [<http://www.ameli.fr>]

12.6.6 Conseil Supérieur de la Prévention des Risques Professionnels (CSPRP)

Ein beratendes Organ im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung ist der CSPRP. Dabei handelt es sich um ein Fachgremium, zusammengesetzt aus Vertretern der Regierung, der Arbeitgeber und Arbeitnehmer sowie verschiedener

(Arbeits-)Gesundheitsexperten. Der CSPRP kann Maßnahmen vorschlagen und wird bei allen Verordnungs- oder Gesetzesentwürfen zum Thema zu Rate gezogen.

[\[http://www.travail-solidarite.gouv.fr\]](http://www.travail-solidarite.gouv.fr)

12.6.7 Agence pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT)

Hierbei handelt es sich um eine Institution, die gegründet wurde, um einerseits die Qualität des Arbeitslebens und die Arbeitsbedingungen Frankreichs Erwerbstätiger zu verbessern, und um andererseits die Leistungseffizienz für Unternehmen durch die Umsetzung von entsprechenden Maßnahmen auf dem Gebiet der Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz zu erhöhen. Ferner ist ANACT damit betraut, Wissen und Informationen zu diesem Themenbereich zu sammeln, zu verbreiten und Unternehmen zu beraten. ANACT hilft Unternehmen und Organisationen innovative Projekte zu entwickeln und umzusetzen, und ermutigt diese dadurch den Faktor Arbeit auf das selbe Level wie andere ökonomische Faktoren (z.B. Produkte, Märkte, Technologien) zu stellen. [\[http://www.anact.fr\]](http://www.anact.fr)

Auf regionaler Ebene ist ANACT durch 25 regionale Dependancen, „Agences Régionales pour l'Amélioration des Conditions de Travail“ (ARACT), vertreten. Das Zusammenwirken von ANACT und ARACT ist in einer Charter definiert. Diese regelt die Mission des Institutes und den Fokus seines Handelns. Die Institution wird von den Sozialpartnern (Partenaires Sociales) und der französischen Regierung getragen. [ANACT 2007]

12.6.8 Institut National de Recherche et de Sécurité (INRS)

INRS ist eine gemeinnützige Organisation die 1947 unter der Schirmherrschaft der nationalen Krankenversicherungsanstalt CNAMTS gegründet wurde. Die Organisation ist der finanziellen Kontrolle des Staates unterworfen. Ihr Budget bezieht die Organisation in erster Linie aus dem nationalen Betriebsunfall- und Krankenversicherungsfonds der CNAMTS.

[\[http://www.inrs.fr\]](http://www.inrs.fr)

INRS versorgt Präventivpartner, wie zum Beispiel Arbeitsmediziner und Sicherheitsfachkräfte, aber auch 460 Arbeitsinspektoren in ganz Frankreich mit ihrem Wissen und Informationen rund um das Thema Arbeitsumfeld. INRS kooperiert darüber hinaus mit einer Vielzahl von Forschern, Ingenieuren, Ärzten, Auszubildenden etc., aus dem Bereich der BGF. Mehr als 650 Personen sind in 18 regionalen Niederlassungen des Institutes beschäftigt. [<http://www.inrs.fr>]

12.6.9 Eurogip

Eurogip wurde von CNAMTS und INRS gegründet. Die Aufgabe von Eurogip liegt darin, rund um das Thema betriebliche Gefahren und Risiken in Europa zu recherchieren und in Folge die Entwicklung von Initiativen hinsichtlich Betrieblicher Gesundheitsförderung auf Basis des europäischen Niveaus voranzutreiben. Dies inkludiert auch die Verschaffung eines Überblickes und die vergleichende Analyse von Ansätzen, Präventivmaßnahmen und vorbildhaften Praxisbeispielen sowie von geltenden Gesetzen und Statistiken. Die enge Zusammenarbeit mit entsprechenden Institutionen und Einrichtungen sowie mit Versicherungsträgern anderer EU Mitgliedsstaaten ermöglicht es Eurogip Informationen, Erkenntnisse und relevante Daten immer am neuesten Stand zu halten und innerhalb Frankreichs als Wissensplattform zu agieren. [<http://www.eurogip.fr>]

12.7 Griechenland

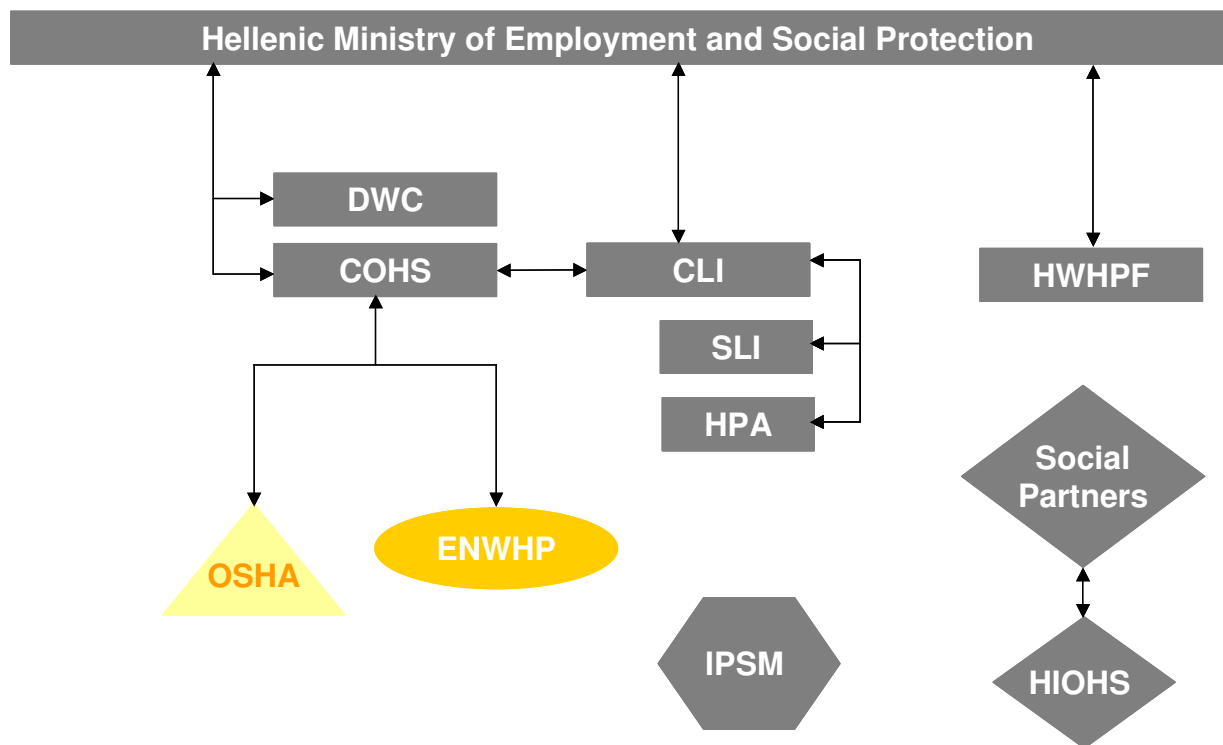


Abbildung 14: Graphische Darstellung des BGF Systems in Griechenland [Eigene Darstellung]

12.7.1 Hellenic Ministry of Employment and Social Protection

(ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΑΠΑΣΧΟΛΗΣΗΣ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ)

Grundsätzlich fällt das Thema Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz, sowie die Vermeidung von arbeitsbedingten Risiken und die Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen in den Verantwortungsbereich des griechischen Ministeriums für Arbeit und Soziales. Das Ministerium beschäftigt sich mit diesen Themen in zwei Abteilungen:

1. Das „Directorate of Working Conditions“ (DWC)

Das DWC ist unter anderem für die Vorbereitung von Gesetzestexten zum Thema und für die Harmonisierung der nationalen Gesetzeslage verantwortlich. Darüber hinaus ist es dafür zuständig, Informationen zu sammeln und weiterzugeben, sowie die politischen Entscheidungsträger in Sachen Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz rechtlich zu beraten.

[<http://www.eurofound.europa.eu>]

2. Das „Center of Occupational Health and Safety“ (COHS)

Das COHS betreibt angewandte Forschung auf dem Gebiet der arbeitsbedingten Risikofaktoren aber auch bezüglich gefährlicher chemischer und biologischer Substanzen in der Arbeitswelt, berät und unterstützt die Arbeitsinspektorate durch die Bereitstellung entsprechender Ausrüstung sowie Leit- bzw. Richtlinien zur Durchführung von Analysen und Begehungen, und führt Schulungen und spezielle Trainings für Arbeitsinspektoren, Sicherheitsfachkräfte und Arbeitsmediziner durch. Seit dem Jahr 1996 bildet das COHS darüber hinaus die nationale Kontaktstelle des ENWHP und der OSHA. [<http://www.enwhp.org>]

12.7.2 Corps of Labour Inspectors (CLI)

(ΣΕΠΕ SEPE)

Die Überwachung der Einhaltung von arbeitsrechtlichen und sicherheitstechnischen Vorschriften in Unternehmen ist auch in Griechenland die Hauptaufgabe von Arbeitsinspektoren. Diese sorgen für die Durchsetzung der rechtlichen Bestimmungen des Ministeriums auf regionaler Ebene. Das CLI ist dabei in zwei Einheiten mit verschiedenen Aufgaben unterteilt:

1. Das „Social Labour Inspectorate“ (SLI)

Das „Social Labour Inspectorate“ hat die Aufgabe, regelmäßige Überprüfungen durchzuführen, und dafür zu sorgen, dass alle arbeitsrechtlichen Bestimmungen eingehalten werden. Man kontrolliert ob Arbeitnehmer sozialversichert und mit einer Arbeitserlaubnis beschäftigt sind. Des weiteren steht SLI sowohl Arbeitgebern als auch Arbeitnehmern mit Rat und Tat in Sachen Arbeitsrecht zur Seite.

2. Das „Technical and Sanitary Labour Inspectorate“ (TSLI)

Das TSLI hat für die Einhaltung der rechtlichen Bestimmungen die Gesundheit und Sicherheit der Arbeitnehmer betreffend Sorge zu tragen. Dazu zählt es, Gefahrenquellen zu identifizieren die zu Arbeitsunfällen oder arbeitsbedingten Erkrankungen führen, sicherheitstechnische Veränderungen im Gefahrenfall herbeizuführen sowie durch Expertenwissen als Berater in diesem Bereich zu fungieren.

[<http://www.eurofound.europa.eu>]

12.7.3 Hellenic Institute for Occupational Health and Safety (HIOHS)

(ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΙΝΣΤΙΤΟΥΤΟ ΥΓΙΕΙΝΗΣ & ΑΣΦΑΛΕΙΑΣ ΤΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ)

Das „Hellenic Institute for Occupational Health and Safety“ ist für die Forschung und Entwicklung technischer Standards im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung, und hier vor allem im Bereich der Prävention, zuständig. Verantwortlich für die Gründung der Institution zeichnen die griechischen Arbeitnehmervvertretungen, Vertretungen der Industrie, der Klein- und Mittelbetriebe sowie des Handels, die im Juli 2001 ein gemeinsames Papier, in dem die Grundfeste der Institution festgeschrieben wurden, verabschiedeten. Im Juni 1992 wurde das HIOHS schlussendlich offiziell als „Non-Profit“ Organisation gegründet. Die Ziele der Organisation sind unter anderem:

- Die Ausarbeitung und Entwicklung von einschlägigen Gesetzesvorschlägen
- Die Review von internationalen Studien und Standards im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung, sowie das zur Verfügung stellen und die Veröffentlichung derselben
- Forschung im Bereich der Wechselwirkung zwischen der Arbeitsumgebung und der Arbeitsverhältnisse auf der einen bzw. der Umwelt- und Lebensverhältnisse auf der anderen Seite, sowie Forschung im Bereich der Gefahrenstoffe und der gefährlichen Arbeitsverhältnisse

[<http://www.elinyae.gr>]

12.7.4 Hellenic Workplace Health Promotion Forum (HWHPF)

Das „Hellenic Workplace Health Promotion Forum“ hat es sich zur Aufgabe gemacht, die Gesundheit der arbeitenden Bevölkerung zu verbessern, sowie gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen in privatwirtschaftlichen Unternehmen und im öffentlichen Sektor zu schaffen bzw. zu fördern. Dieser Vision wird durch die Vernetzung mit nationalen Akteuren entsprochen, wobei hier ein Hauptaugenmerk auf der Bildung und Forcierung von einheitlichen Standards in der Betrieblichen Gesundheitsförderung liegt. Es werden einerseits Projekte und Informationskampagnen geplant, durchgeführt und beworben, andererseits organisiert das HWHPF regelmäßig Vernetzungskonferenzen, um allen relevanten Akteuren im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung eine Plattform zum

Austausch von Informationen zu bieten. Das HWHPF wird durch das griechische Ministerium für Arbeit und Soziales finanziert.

[<http://www.enwhp.org>]

12.7.5 Institute of Preventive and Social Medicine (IPSM)

Das IPSM ist eine private Initiative, die von einem Professor der Medizinischen Universität von Athen ins Leben gerufen wurde. Die Aktivitäten dieses Instituts konzentrieren sich vor allem auf sektorspezifische Forschung auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung. Ein Part dieser Forschungstätigkeit beschäftigt sich mit der Gesundheit am Arbeitsplatz und der Entwicklung von einheitlichen Standards im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung auf nationalem Niveau. Das IPSM wird teilweise durch das Ministerium für Arbeit und Soziales finanziert. [ENWHP, 2004]

12.8 Großbritannien

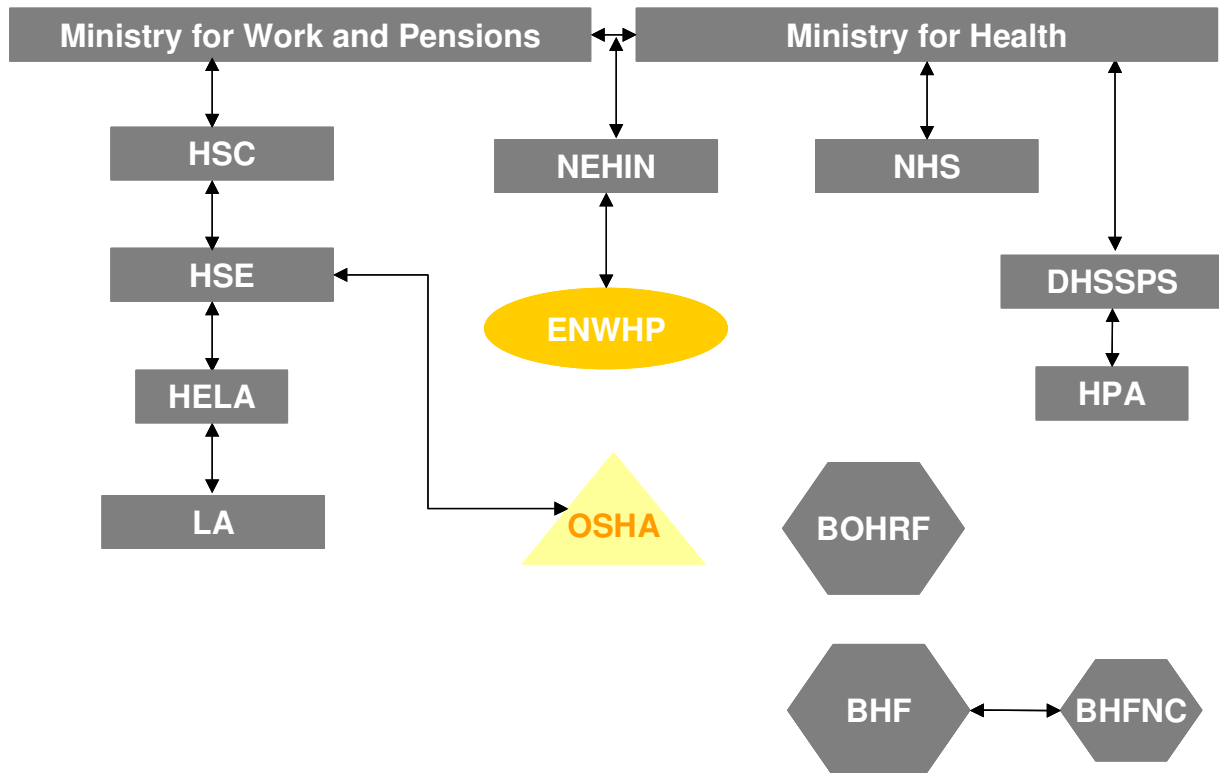


Abbildung 15: Graphische Darstellung des BGF Systems in Großbritannien [Eigene Darstellung]

12.8.1 Health and Safety Commission (HSC) and Health and Safety Executive (HSE)

1974 wurde in Großbritannien mit dem „Health and Safety at Work Act“ ein Gesetz für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz beschlossen. Im Zuge dessen wurden vom „Ministry for Work and Pensions“ zwei Institutionen gegründet:

- Die „Health and Safety Commission“ (HSC)
- Die „Health and Safety Executive“ (HSE)

Hauptaufgabe der HSC ist es, die Gesundheit, die Sicherheit sowie das Wohlbefinden der arbeitenden Bevölkerung Großbritanniens sicherzustellen. Dieser Aufgabe kommt die HSC durch das Vorschlagen neuer Standards, durch intensive Forschungstätigkeit auf dem Gebiet der Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz und durch das Erarbeiten von neuen Gesetzesentwürfen nach. Weiters fällt das Bereitstellen von Informationen und die Durchführung von Beratungsleistungen,

sowie die Kontrolle von Unternehmen in den Aufgabenbereich der HSC. Die „Health and Safety Commission“ besteht aus 20 Mitgliedern. [HSE/HSC, 2002]

Als Unterstützung für die HSC wurde die HSE ins Leben gerufen, welche mit über 4.000 Mitgliedern der HSC beratend und assistierend zur Seite steht, und den britischen Focal Point der OSHA bildet. Die HSE besteht aus multidisziplinären Experten verschiedenster Bereiche wie zum Beispiel Recht, Wirtschaft, Technologie oder Medizin. Eine der Hauptaufgabe der HSE ist es neuen fachlichen Input beim Entwurf von innovativen Standards und Gesetzesentwürfen zu geben. Des weiteren bildet die HSE eine Informationsplattform für alle Bereiche der Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz und unterstützt bzw. initiiert Kampagnen und Projekte: [HSE/HSC, 2002]

- HSE hat einen „SignUp Newsletter“ entwickelt, um Unternehmen über Betriebliche Gesundheitsförderung zu informieren. Es werden gute Praxisbeispiele vorgestellt und themenspezifische aktuelle Informationen zum Stand der Forschung und zur Betrieblichen Gesundheitsförderung angeführt. Ziel ist es, eine Plattform für den einfachen Zugang zu Betrieblicher Gesundheitsförderung zu bilden. Der Newsletter erscheint vierteljährlich und beinhaltet eine Auswahlmöglichkeit spezieller Themen, um Unternehmen und Arbeitnehmern individuell relevante Informationen zur Verfügung zu stellen. Jeder, der sich registriert, erhält den Newsletter kostenlos. [ENWHP, 2004]
- HSE Homepage: Neben dem SignUp Newsletter werden relevante Informationen vor allem auf der HSE Homepage veröffentlicht. Hier hat jeder User die Möglichkeit aus einer Vielzahl von Themen, von A wie Asbest oder Asthma, bis zu Y wie „Young People“, auszuwählen. Zu jeder der rund 60 Rubriken gibt es einen eigenen Link, der alle relevanten Informationen, Ansprechpartner sowie Informationen zu laufenden Projekten online zur Verfügung stellt. [<http://www.hse.gov.uk>]

Um Ihren Aufgaben nachkommen zu können, ist die HSE auf Informationen und fachlichen wie praxisorientierten Input angewiesen. Eine intensive Kooperation der HSE mit über 400 sogenannten „Local Authorities“ (LA), den Gebietskörperschaften und Kommunalbehörden ermöglicht diesen Austausch. [HSE/HSC, 2002]

Diese Kooperation stützt sich auf eine weitere Institution, die sogenannte „Health and Safety Executive / Local Authority Enforcement Liaison Committee“ (HELA). Hauptaufgabe der 1975 gegründeten HELA ist es, für eine intensive Zusammenarbeit zwischen der HSE und den „Local Authorities“ zu sorgen, um einerseits eine adäquate Durchsetzung der gesetzlichen Vorschriften zu garantieren, und um andererseits als Plattform für Informationsaustausch und Diskussionen rund um das Thema Gesundheit und Sicherheit zu fungieren. [HSE/HSC, 2002]

12.8.2 National Employment and Health Innovations Network (NEHIN)

Das „National Employment and Health Innovations Network“ bietet für alle Akteure der Betrieblichen Gesundheitsförderung die Möglichkeit, sich regelmäßig zu treffen und Ideen, Erfahrungen und wissenschaftliche Erkenntnisse auszutauschen. Netzwerktreffen werden vom „Ministry for Work and Pensions“, dem „Ministry for Health“ sowie von der schottischen Regierung finanziert. Weitere Partner des Netzwerkes sind die Regierung von Wales sowie das HSE. NEHIN ist überdies die offizielle Partnerinstitution des „European Network for Workplace Health Promotion“ (ENWHP).

[\[http://website.scmh.org.uk\]](http://website.scmh.org.uk)

12.8.3 National Health Service (NHS)

Das NHS wurde im Jahr 1948 mit dem Ziel gegründet, die Gesundheitsversorgung aller Bürger Großbritanniens sicherzustellen. Diese Institution ist dem „Ministry for Health“ unterstellt und wird durch Steuergelder finanziert. Neben einer Organisation für England existieren auch Partnerorganisationen in Nordirland, Wales und Schottland.

[\[http://www.nhs.uk\]](http://www.nhs.uk)

Das NHS Schottland beschäftigt sich neben der allgemeinen Gesundheitsversorgung vor allem auch mit Betrieblicher Gesundheitsförderung. In Zusammenarbeit mit der schottischen Organisation „Healthy Working Lives“ werden Jahr für Jahr viele Projekte und Initiativen gestartet. Einige Beispiele werden im Folgenden genannt:

- „Safe and Healthy Working“: Eine Telefonhotline für alle Belange des gesunden Arbeitens, sowie der Sicherheit und des Wohlbefindens der arbeitenden Bevölkerung
- „Working Backs Scotland“: Ein multidisziplinäres Expertennetzwerk, welches sicherstellen soll, dass Menschen mit Rückenbeschwerden professioneller Rat und die richtige Behandlung zuteil wird
- „Work Positive“: Ein Stress-Präventionsinstrument, das für Klein- und Mittelbetriebe entwickelt wurde
- „The Workplace Health Course“: Ein Online-Kurs, der die Themen Gesundheit und Sicherheit, den Arbeitsschutz sowie die Gesundheitsförderung für die Nutzer aufbereitet

[<http://www.nhsnss.org>]

12.8.4 Health Promotion Agency (HPA)

Die HPA ist ein Institut der nordirischen Regierung für Gesundheit, Soziales und öffentliche Sicherheit - „Department of Health, Social Services and Public Safety“ (DHSSPS). Gegründet wurde die HPA im Jahr 1990, die primäre Verantwortung dieser Institution liegt seit dem darin, Gesundheitsförderung in Nordirland zu betreiben. Die Vision ist „To make health a top priority for everyone in Northern Ireland“, also die Gesundheit zum Thema Nummer eins für jeden Einwohner Nordirlands zu machen. Die HPA ist zu einem großen Teil in Forschungsaktivitäten, von Universitäten und anderen Institutionen, zum Thema Gesundheitsförderung involviert und spielt daher auch immer wieder eine Rolle in der strategischen Planung des Gesundheitsministeriums (Ministry for Health). HPA lanciert Kampagnen und produziert eine Vielzahl von Informationsmaterialien zu verschiedensten gesundheitsrelevanten Themen. Mit der Zeitschrift „Promoting Health“, die vierteljährlich erscheint, sollen vorbildhafte Praxisbeispiele und Erfahrungen an die Öffentlichkeit gebracht werden. Hauptthemengebiete mit denen sich HPA beschäftigt sind: Ernährung, Bewegung, Drogen- und Alkoholmissbrauch sowie die psychische Gesundheit. HPA ist kein Institut, das sich auf den Bereich der Betrieblichen Gesundheit spezialisiert hat, das Ziel, Gesundheit zum Thema für alle zu machen, schließt den Arbeitsplatz aber sehr wohl mit ein.

[<http://www.healthpromotionagency.org.uk>]

12.8.5 British Heart Foundation National Centre for Physical Activity and Health (BHFNC)

Das BHFNC wurde im Jahr 2000 von der „British Heart Foundation“ (BHF), einem unabhängigen Institut, gegründet. Hauptaufgaben des BHFNC sind unter anderem:

- Ein nationales Interesse an körperlicher Betätigung und Gesundheit aufrechtzuerhalten, sowie dafür Sorge zu tragen, dass dieses Thema eine Rolle in Regierungsinitiativen spielt
- Forschungsergebnisse adäquat in Leitfäden und anderen Materialien aufzubereiten und so der Öffentlichkeit zugänglich zu machen
- Mithilfe einer Homepage, Newslettern, Seminaren und anderen Angeboten für adäquate Betreuung zu sorgen.

[\[http://www.bhfactive.org.uk\]](http://www.bhfactive.org.uk)

Im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung beschäftigt sich die BHFNC vor allem mit der Förderung körperlicher Bewegung am Arbeitsplatz.

[\[http://www.bhfactive.org.uk\]](http://www.bhfactive.org.uk)

Mit dem „Think Fit!“ Programm stellt man hier ein Paket von Informationsmaterialien und Anleitungen zur körperlichen Aktivität am Arbeitsplatz zur Verfügung. Begleitend zum Programm kann man sich auf der „Think Fit!“ Homepage zusätzliche Informationen und Module des Programms herunterladen. Dazu werden noch „Think Fit!“ Seminare von der BHFNC abgehalten, um Aufklärung und Sensibilisierung zum Thema Bewegung am Arbeitsplatz zu betreiben. Die „Legal&General Group“, einer der weltweit führenden Indexfonds-Verwalter, unterstützt die „British Heart Foundation“ seit dem Jahr 2002 mit Sponsorengeldern für verschiedenste Herz- und Kreislauf Vorsorgeprojekte, unter anderem eben auch das „Think fit!“ Programm. Im Jahr 2006 startete die BHFNC die sogenannte „Legal&General and Think fit! Challenge“, ein Wettbewerb, der zur vermehrten Anwendung des „Think fit!“ Programms in Unternehmen führen sollte. Im September desselben Jahres wurde schließlich das Unternehmen „Proctor&Gamble“ als „Gesunder Arbeitgeber des Jahres“ ausgezeichnet. Grund dafür war, dass „Proctor&Gamble“ während eines acht Wochen andauernden Wettbewerbs, seine 350 Mitarbeiter in acht Teams teilte, wobei jedes davon ein anderes Land repräsentierte, und diese Teams in einer Art Weltcup in verschiedensten Sportarten gegeneinander antreten ließ. Neben der

Auszeichnung erhielt das Unternehmen einen Gutschein über rund 4.000 Euro um Sport- und Bewegungsausrüstung für seine Mitarbeiter zu kaufen und damit „Think fit!“ auch nachhaltig im Unternehmen zu verankern.

[<http://www.bhfactive.org.uk/workplace>]

12.8.6 British Occupational Health Research Fund (BOHRF)

BOHRF ist ein britisches Förderinstitut, das im Jahr 1991 ins Leben gerufen wurde. Ziel ist es Forschung zu ermöglichen, die das Wohlbefinden bei der Arbeit sowie, im Zuge dessen, die Produktivität von Mitarbeitern steigert. Der Konnex zur Praxis und die Evidenzbasierung sind dabei wesentliche Kriterien bei der Auswahl von Forschungsprojekten. Gefördert werden grundsätzlich nur Projekte und Forschungsvorhaben, die mit der Gesundheit am Arbeitsplatz in Zusammenhang stehen und hier vor allem Vorhaben aus den Bereichen:

- Biomedizin
- Psychologie
- Generationenbalance
- Produktivität der Mitarbeiter
- Diversität
- Personalmanagement und Personalentwicklung

Die Fördermittel werden teils durch öffentliche Mittel, teils durch Sponsoren aus der Privatwirtschaft aufgebracht. Die Höhe der Förderung ist von Projekt zu Projekt unterschiedlich und wird durch eine unabhängige Kommission festgesetzt.

[<http://www.bohrf.org.uk>]

12.9 Irland

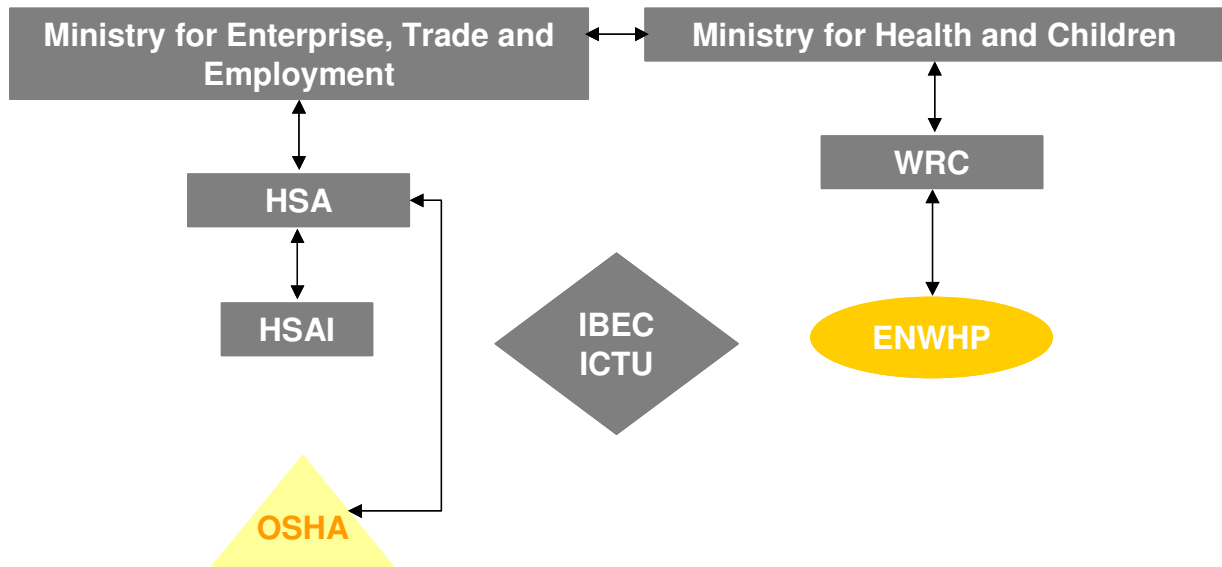


Abbildung 16: Graphische Darstellung des BGF Systems in Irland [Eigene Darstellung]

12.9.1 Health and Safety Authority (HSA)

Die HSA ist die wichtigste Sicherheits- und Gesundheitsinstanz in Irland und zugleich die irische Kontaktstelle der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz (OSHA). Sie ist demnach mit der Verantwortlichkeit betraut, die Einhaltung der Gesetzgebung betreffend die Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz zu kontrollieren und das nationale Netzwerk von Informations- und Wissenslieferanten zu diesem Thema zu koordinieren. HSA arbeitet mit jenen nationalen und lokalen Organisationen und Institutionen zusammen, die eine Schlüsselfunktion im Land innehaben. Essentielle Informationen hinsichtlich beruflicher Sicherheits- und Gesundheitsangelegenheiten können so gesammelt und weitergegeben, und Maßnahmen umgesetzt werden. In Folge kann dies schließlich zur Verbesserung von Irlands Arbeitswelt und somit zur Gesundheit am Arbeitsplatz beitragen. Die Zusammenarbeit mit der Regierung und den Sozialpartnern soll sicherstellen, dass Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz eine Schlüsselpriorität für jeden im Land darstellt. [<http://www.hsa.ie>]

HSA ist dem irischen Wirtschafts- und Arbeitsministerium, „Ministry for Enterprise, Trade and Employment“, unterstellt und wird vom Staat finanziert. Die gesetzliche

Grundlage für die Tätigkeiten bildet der „Safety, Health and Welfare at Work Act“ aus dem Jahr 2005. Gemäß diesem Gesetz müssen irische Arbeitgeber eine Sicherheitserklärung abgeben, in der potentielle Gefahren, die am Arbeitsplatz existieren, identifiziert und in weiterer Folge entsprechende Präventivmaßnahmen aufgelistet werden. [<http://www.ictu.ie>] Zur Überprüfung hinsichtlich der Einhaltung dieser Vorschriften agieren Arbeitsinspektoren (HSAI) indem sie Sicherheitsaudits in Unternehmen durchführen. [<http://www.hsa.ie>]

12.9.2 Work Research Centre (WRC)

Das WRC ist ein Forschungs- und Beratungszentrum, das sich auf dem Gebiet der Arbeit und Gesundheit spezialisiert hat. Die Institution ist dem „Ministry for Health and Children“ unterstellt und bildet darüber hinaus die nationale Kontaktstelle des ENWHP in Irland. Das WRC kooperiert seit 1990 auch mit der WHO und ist seither an der (Weiter-)Entwicklung von Ausbildungsschwerpunkten auf dem Gebiet der Betrieblichen Gesundheitsförderung beteiligt. Ferner ist das WRC auf politischer Ebene aktiv. Sowohl auf nationaler, als auch auf europäischer Ebene hat es maßgeblich an der Entwicklung von gesetzlichen Standards auf dem Gebiet der BGF beigetragen und hat darüber hinaus eine wesentliche Rolle bei der Etablierung von nationalen Infrastrukturen gespielt. [<http://www.enwhp.org>]

12.9.3 Irish Business and Employers Confederation (IBEC)

IBEC, mit Sitz in Dublin und 5 regionalen Niederlassungen, bietet über 7.500 Mitgliedern eine große Bandbreite an Serviceleistungen. IBEC agiert als Kommunikationsplattform und nationales Sprachrohr in Sachen Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz für Irlands führende Industriegewerbe- und Wirtschaftsverbände. Dieses Netzwerk bietet eine große Bandbreite an Serviceleistungen an, welche es Unternehmen und Organisationen ermöglichen, Personalmanagement-Strategien im Hinblick auf Gesundheit und Sicherheit zu entwickeln und vor allem zu implementieren. Ein Expertenteam bietet hierbei professionelle und praktische Hilfestellung und stellt themenrelevante Informationen zur Verfügung. Es werden Probleme analysiert, Lösungsvorschläge ausgearbeitet und Unternehmen bei der Umsetzung von Interventionen unterstützt. [<http://www.ibec.ie>]

Darüber hinaus bietet IBEC, durch das sogenannte „Occupational Health and Safety Service“, folgende Dienstleistungen an:

- Ausbildungslehrgänge für Sicherheitsvertrauenspersonen und Sicherheitsverantwortliche, Erste-Hilfe Kurse sowie Schulungen hinsichtlich neuer gesetzlicher Regelungen die Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz betreffend
- Seminare zum Thema Betriebliche Gesundheitsförderung
- Management- und Personallehrgänge ausgerichtet auf bestimmte Tätigkeits- und Bedürfnisprofile
- Allgemeine Sicherheits- und Gesundheitsaudits für Unternehmen und Organisationen

[<http://www.ibec.ie>]

Occupational Health and Safety(OHS) - Wallchart

Die „OHS-Wallchart“ enthält Grundinformationen über die Kernbereiche der irischen Gesetzgebung auf dem Gebiet der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Es handelt sich hierbei um ein Plakat, das sowohl Arbeitgebern als auch Arbeitnehmern einen Überblick über die gesetzlichen Bestimmungen geben soll. [<http://www.ibec.ie>]

12.9.4 Irish Congress of Trade Unions (ICTU)

ICTU wurde 1894, mit dem Ziel als Sprachrohr der irischen Arbeitnehmer zu agieren, in Dublin ins Leben gerufen. In Folge gründete ICTU 1912 eine politische Partei, die „Irish Labour Party and Trade Union Congress“ (ILPTUC), welche sich vor allem für die Rechte der Arbeitnehmer einsetzt. Dazu gehören auch die Bereiche Betriebliche Gesundheitsförderung und Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz. Die Mission von ICTU ist es, gemeinsam mit der irischen Regierung, mit Arbeitgebern, Genossenschaften und anderen themenrelevanten Akteuren, ein gutes und gesundes Arbeitsleben zu ermöglichen, sowie alle dafür nötigen Rahmenbedingungen aus dem Bereich Prävention zu fördern und zu fordern. Durch seine Funktion als Sozialpartner kann ICTU ferner Einfluss auf politische Grundsatzentscheidungen in Schlüsselbereichen ausüben. [<http://www.ictu.ie>]

12.10 Italien

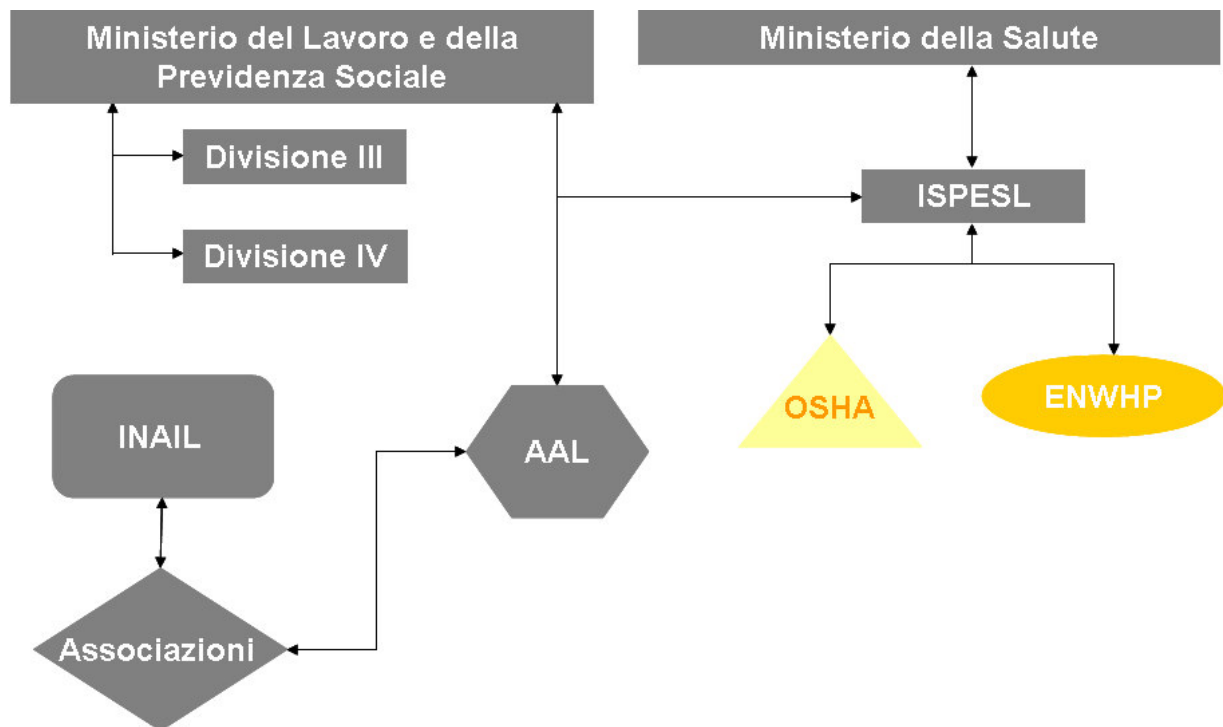


Abbildung 17: Graphische Darstellung des BGF Systems in Italien [Eigene Darstellung]

12.10.1 Ministerio del Lavoro e della Previdenza Sociale

Auch für das italienische Arbeitsministerium ist die Gesundheit und Sicherheit jedes Arbeitnehmers ein erklärtes Ziel. Am 19. September 1944 wurde in Italien ein Arbeitsschutzgesetz erlassen, das seither, wie in vielen anderen europäischen Ländern, laufend ergänzt und verbessert wurde. [<http://www.lavoro.gov.it>]

Die Abteilungen III und IV (Divisione III und Divisione IV) des Ministeriums sind für den Schutz der Arbeitsbedingungen und die Gesundheit und Sicherheit bei der Arbeit zuständig. Die Abteilung III kümmert sich dabei um Veröffentlichungen von Listen der qualifizierten Experten im Bereich der Arbeitsmedizin und der Sicherheitstechnik. Weiters stellt man hier finanzielle Mittel für die Forschung im Bereich der Verhütung von Arbeitsunfällen zur Verfügung. Die Sammlung und Veröffentlichung relevanter Ergebnisse, sowie verschiedenste Informations- und Beratungsleistungen, fallen ebenso in den Aufgabenbereich wie die Organisation von Veranstaltungen und Konferenzen zum Thema Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz. Die Abteilung

IV ist dafür zuständig, sich mit internationalen Akteuren im Bereich der Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz zu vernetzen und an der Entwicklung von neuen Gesetzen und Richtlinien in diesem Bereich mitzuarbeiten. [<http://www.lavoro.gov.it>]

12.10.2 Istituto Superiore per la Prevenzione e la Sicurezza del Lavoro (ISPESL)

ISPESL ist ein durch öffentliche Gelder finanziertes Institut, das vom italienischen Gesundheitsministerium damit beauftragt wurde, sich mit allen Aspekten der Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz auseinanderzusetzen. Teil seiner Beschäftigung sind Forschung und Analyse der relevanten Faktoren, aber auch die Entwicklung von Kriterien zur Vorbeugung und Verhinderung von arbeitsbedingten Erkrankungen sowie von Arbeitsunfällen. ISPESL fungiert aufgrund seiner umfassenden Kenntnisse zu dieser Thematik auch als Experte und Berater für die Entwicklung von politischen Strategien und Gesetzesentwürfen. Das Institut berät selbst auch Unternehmen und führt Ausbildungs- und Trainingsprogramme durch. ISPESL ist darüber hinaus die nationale Kontaktstelle der ENWHP und der OSHA. [<http://www.ispesl.it/>]

12.10.3 Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL)

Bei INAIL handelt es sich um ein staatliches Versicherungsinstitut für Arbeitsunfälle. Primäres Ziel ist, neben der Versicherung von Beschäftigten in risikoreichen Arbeitsumfeldern, die Ermöglichung einer sozialen und gesellschaftlichen Wiedereingliederung von Arbeitsunfallopfern sowie die Reduktion der Häufigkeit von Arbeitsunfällen. Diese Versicherung ist hier für alle Arbeitnehmer verpflichtend und deckt mit ihren Leistungen Schäden, die aus Arbeitsunfällen und arbeitsbedingten Erkrankungen entstehen. Die frühzeitige Erkennung von Risikoquellen aber auch präventive Interventionen sind Herzstücke der Arbeit von INAIL. Hier kooperiert das Versicherungsinstitut sehr eng mit Arbeitnehmervertretungen und Berufsverbänden. Wesentliche Arbeitsaufträge sind hier die Bereitstellung relevanter Informationen und die persönliche Beratung, um sicherzustellen, dass alle Arbeitsschutzbestimmungen vollständig und richtig angewandt werden. Seit dem Jahr 1999 besteht die Möglichkeit besonders innovative Betriebe aus Hochrisikobranchen finanziell zu fördern, sofern diese bereit sind, neue technologische Systeme zur Prävention

einzusetzen, oder Informations- und Schulungsberatungen für ihre Mitarbeiter durchzuführen. Ein weiteres Augenmerk von INAIL liegt auf der Sensibilisierung der Zielgruppe für vorhandene Gefahren und auf der Implementierung von gesundheitsfördernden Unternehmenskulturen.

INAIL publiziert Informationsmaterialien, betreibt Forschung, führt einschlägige Studien durch und tritt immer wieder durch die Organisation und Durchführung von Konferenzen und Informationsveranstaltungen in Erscheinung. Weiters ist das Institut auch Veranstalter von Lehrgängen und Schulungen zum Thema Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz. [<http://www.inail.it>]

12.10.4 Associazione Ambiente e Lavoro (AAL)

Die AAL ist eine „Non-Profit“ Organisation mit dem Ziel, die Gesundheit und die Sicherheit der italienischen Bevölkerung am Arbeitsplatz zu fördern. Dieser Aufgabe wird durch wissenschaftliche Forschung, durch die Ausarbeitung und Analyse von Problemlösungsvorschlägen, durch Bereitstellung von Informationen sowie durch das Angebot von Ausbildungs- und Schulungsprogrammen entsprochen. Darüber hinaus werden immer wieder Projekte initiiert. „The Threat of Life“ ist ein solches Projekt der AAL, das dazu dient schnell, unbürokratisch und leicht zu Informationen betreffend Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz zu gelangen. Ins Leben gerufen wurde dieses Projekt in Kooperation mit der „Italian Textile Garment Leather Worker's Federation“ (ITGLWF). Unterstützt wird es darüber hinaus vom (ISPESL). „The Threat of Life“ basiert auf und agiert mit drei verschiedenen Instrumenten:

- ilfilodellavita@amblav.it, an diese e-mail Adresse können alle Fragen bezüglich der Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz gerichtet werden; Anfragen von Seiten der Gewerkschaften und von Unternehmen der Textil- und Lederbranche werden bevorzugt behandelt.
- Video: Es wurde ein Video über die Hauptrisikquellen bei Arbeitsplätzen in der Textil-, Bekleidungs-, und Lederbranche gedreht und den betroffenen Unternehmen zur Verfügung gestellt.
- Broschüre: Es wurde eine 36seitige Broschüre zum Thema Gesundheit und Sicherheit von Frauen in der Textil-, Leder- und Schuhindustrie produziert.

[<http://www.amblav.it/>]

12.11 Luxemburg

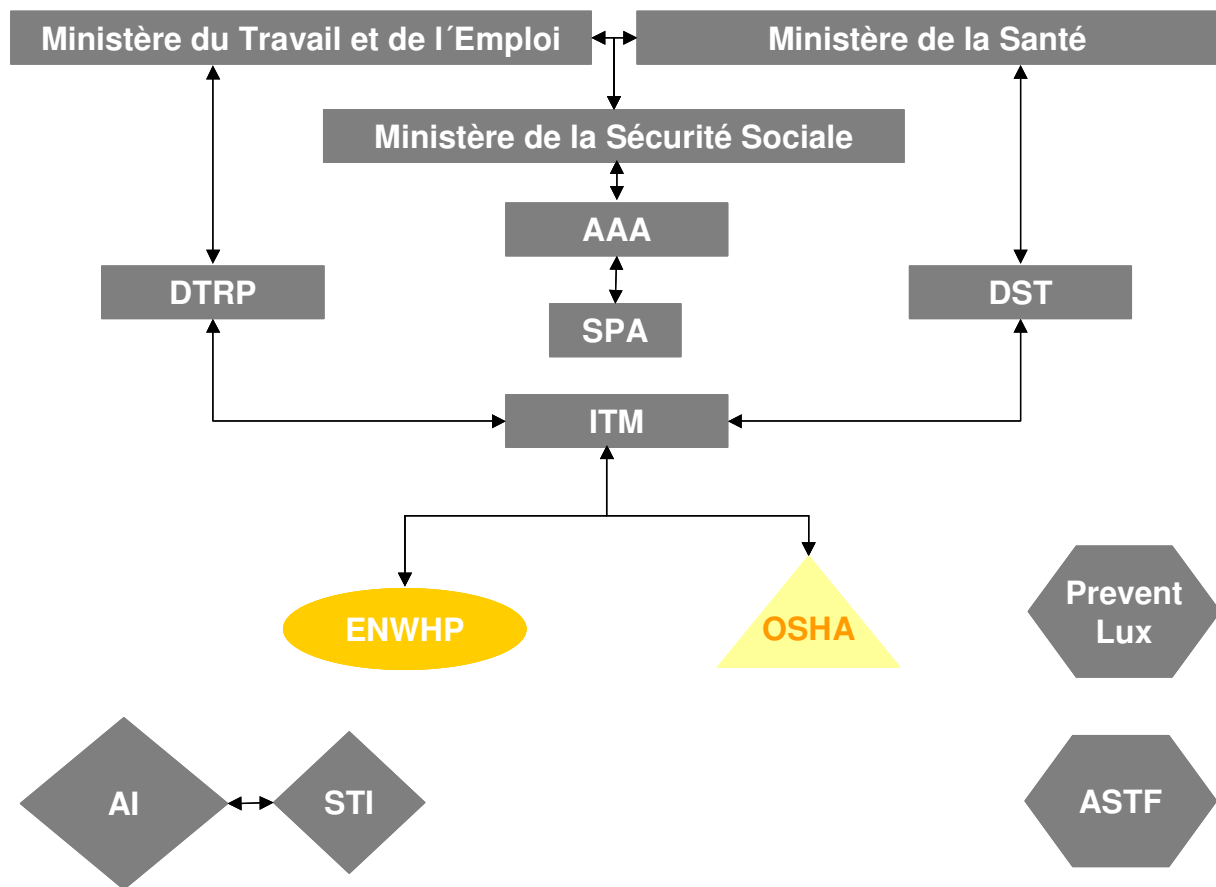


Abbildung 18: Graphische Darstellung des BGF Systems in Luxemburg [Eigene Darstellung]

12.11.1 Ministère du Travail et de l'Emploi

Das Ministerium für Arbeit und Beschäftigung setzt sich vor allem in der Abteilung „Droit du Travail et Relations Professionnelles“ (DTRP) mit Betrieblicher Gesundheitsförderung auseinander. Themenschwerpunkte der Abteilung sind unter anderem:

- Arbeitsrecht und Arbeitsbedingungen
- Implementierung und Umsetzung europäischen Rechts auf nationaler Ebene
- Stress, Mobbing sowie psychische Belastung und sexuelle Belästigung am Arbeitsplatz
- Soziale Verantwortung von Betrieben
- Soziale Verantwortung der Globalisierung in der Arbeitswelt
- Kontakt mit internationalen Organisationen

Eine Institution, nämlich die „Inspection du Travail et des Mines (ITM)“, unterstützt das Ministerium bei der Umsetzung der oben beschriebenen Aufgabenbereiche und bildet sozusagen die Exekutive der Betrieblichen Gesundheitsförderung in Luxemburg. [<http://www.mte.public.lu>]

12.11.2 Ministère de la Santé

Auch das luxemburgische Gesundheitsministerium unterhält eine eigene Abteilung für Gesundheit am Arbeitsplatz – „Division de la Santé au Travail“ (DST). Einerseits werden hier arbeitsmedizinische Dienst- und Serviceleistungen koordiniert und supervidiert, andererseits liegt hier die Verantwortung für die Bereitstellung von Informationen betreffend die Arbeit mit Gefahrenstoffen. Auch die Kontrolle der Einhaltung von gesetzlichen Arbeitsschutzbestimmungen obliegt dem Ministerium. Gleiche Chancen für Menschen mit Behinderung, für Frauen und für Ältere zu schaffen, stellt einen weiteren Schwerpunkt der Arbeit des „Ministère de la Santé“ dar. Mit der operativen Durchführung wird auch hier die ITM betraut.

[<http://www.ms.etat.lu>]

12.11.3 Inspection du Travail et des Mines (ITM)

Der Aufgabenbereich der ITM ist zweigeteilt. Einerseits kümmert sie sich um die Beziehungen und Bedingungen am Arbeitsplatz, andererseits um die Gesundheit und die Sicherheit der Arbeitnehmer. In Punkto Arbeitsplatzbeziehungen- und -bedingungen ist ITM verantwortlich für die Konfliktprävention und weiterführend für die Konfliktlösung, die Überwachung der Einhaltung von Arbeitszeiten und Mindestlöhnen, sowie für die Überwachung von Wahlen innerbetrieblicher Personalvertreter. Im Bereich der Kontrolle der Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz kooperiert ITM sehr eng mit dem Gesundheitsministerium und ist in diesem Bereich verantwortlich für die Überprüfung der Einhaltung der arbeitsrechtlichen der sicherheitstechnischen Bestimmungen sowie des Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz. Weitere Aufgaben liegen im Bereich der Aus- und Weiterbildung. Hier werden Schulungen und Ausbildungen von Arbeitsinspektoren und Sicherheitstechnikern angeboten. Im Bereich der Prävention agiert das ITM darüber hinaus als Berater der Ministerien. Enge Kooperationen mit

Experten und Partnern verschiedenster Fachbereiche sind impliziter Bestandteil der Arbeit von ITM. ITM ist der luxemburgische Partner des ENWHP und der OSHA.

[<http://www.itm.lu>]

12.11.4 Association d'Assurances contre des Accidents (AAA)

AAA wurde bereits im Jahr 1902 gegründet und untersteht dem „Ministère de la Sécurité Sociale“. Einer der Aufgabenbereiche von AAA ist es, Prävention im Bereich von Arbeitsunfällen und arbeitsbedingten Erkrankungen zu betreiben. Dies geschieht gebündelt im sogenannten “Service de Prévention des Accidents“ (SPA). Ursprünglich bestand die Aufgabe dieser Servicestelle darin, Regeln und Vorschriften im Bereich der Unfall- bzw. Krankheitsprävention zu entwickeln, und diese auch in den einzelnen Betrieben zu kontrollieren und zu überwachen. Im Laufe der Zeit entwickelte sich das SPA immer mehr hin zu einer zentralen Informationsplattform und Beratungsstelle für Unternehmen, und beschäftigte sich intensiver mit der Implementierung und Evaluierung von praxisnahen Modellen in diesem Bereich. AAA bietet Ausbildungsprogramme an, verfügt über eine eigene Informationsplattform (Médiathèque) und startet immer wieder öffentlichkeitswirksame Informationskampagnen zum Thema. Darüber hinaus gibt es bei AAA Förderprogramme. Gefördert werden neben Aus- und Weiterbildungen auch Unternehmen, die sich im Rahmen von Projekten oder von Investitionen näher mit dem Thema Sicherheits- und Risikomanagement beschäftigen wollen.

[<http://www.aaa.lu>]

12.11.5 Association pour la Santé au Travail du Secteur Financier (ASTF)

Die ASTF öffnete am 01. Jänner 1995 ihre Pforten. Grund dafür war das im Juni des Vorjahres beschlossene Gesetz die Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz betreffend. In diesem Gesetz wurde zum Beispiel verankert, dass Besuche von Arbeitsmedizinern im Falle von Neuanstellungen oder bei Rückkehr von Mitarbeitern aus längeren Krankenständen verpflichtend sind. Darüber hinaus regelt das Gesetz die ergonomische Bewertung und Überprüfung von Arbeitsplätzen und enthält weitere Bestimmungen zum Thema Arbeitsschutz. [<http://www.astf.lu>]. ASTF ist ein überbetrieblicher Zusammenschluss von Arbeitsmedizinern, Arbeitspsychologen und

Ergonomen, die die Erfüllung und Überprüfung dieser gesetzlichen Pflichten als ihre Dienstleistung im Finanzsektor anbieten. [<http://www.enwhp.org>]

ASTF berät Unternehmen überdies in Sachen Konfliktlösung, Mobbing oder Burnout, bietet Seminare und Workshops an und setzt sich intensiv damit auseinander, inwiefern Prävention und Gesundheitsförderung möglichst öffentlichkeitswirksam verbreitet werden kann. Die Organisation von Tagungen, Konferenzen und Diskussionen zum Thema gehören ebenso zum alltäglichen Geschäft von ASTF, wie die Durchführung von Schulungen und Trainings. [<http://www.astf.lu>]

12.11.6 Service au Santé au Travail de l'Industrie (STI)

Das STI wurde im Dezember 1994 auf Initiative des luxemburgischen Industriellenverbandes, der „Association de l'Industrie (AI), als eine „Non-Profit“ Organisation gegründet. Die Mitglieder dieser Organisation sind vorwiegend Arbeitgeber aus der Industriebranche. Derzeit handelt es sich hierbei um 432 Unternehmen mit ungefähr 46.500 Beschäftigten. STI wird durch einen Teil (0,10%) der Versicherungsbeiträge seiner Mitglieder an die „Assurance contre les Accidents“ finanziert. Das STI bietet Ausbildungsprogramme für Arbeitsmediziner an und ist befugt, neben anderen fakultativen, auch die durch das bereits erwähnte Gesetz vom Juni 1994 obligatorisch gewordenen arbeitsmedizinischen Prüfungen abzunehmen. Weiters agiert STI für seine Mitglieder als Berater und fokussiert dabei auf arbeitsmedizinische und juristische Agenden. Prävention und die Vermeidung von Arbeitsunfällen sowie von arbeitsbedingten Erkrankungen sind natürlich auch für STI ein wichtiges Anliegen. Dieser Herausforderung stellt sich die Organisation durch eine eigene Abteilung. Grundlage der Arbeit bildet hier ein standardisiertes und strukturiertes Vorgehen, das eine Begehung der Betriebe ebenso einschließt wie persönliche Gespräche mit Unternehmensverantwortlichen und Mitarbeitern. Es werden Maßnahmen und Interventionen vorgeschlagen und, falls die Geschäftsführung zustimmt, in einer Maßnahmenvereinbarung schriftlich festgehalten. STI begleitet die Umsetzung der Interventionen und bietet hier zum Beispiel Führungskräfte- und/oder Mitarbeiterschulungen zu speziellen Themen an.

[<http://www.sti.lu>]

12.11.7 PreventLux – Centre du Promotion du Bien-Être au Travail

PreventLux ist die luxemburgische Variante von Prevent in Belgien. Prevent dehnte seine Aktivitäten mit der Gründung von PreventLux im Jahr 2005 auch auf Luxemburg aus. [Prevent, 2007]. Wie die Niederlassung in Belgien bietet PreventLux mit einem multidisziplinären Team an Experten von der Informationsbereitstellung, über wissenschaftliche Forschungstätigkeit bis hin zur Beratung und Schulung im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung, eine reiche Palette an Aktivitäten. Sowohl die Aufgaben wie auch die Zielsetzungen decken sich zu einem Gutteil mit denen von Prevent in Belgien, worauf wir an dieser Stelle verweisen wollen.

[<http://www.preventlux.lu>]

12.12 Niederlande

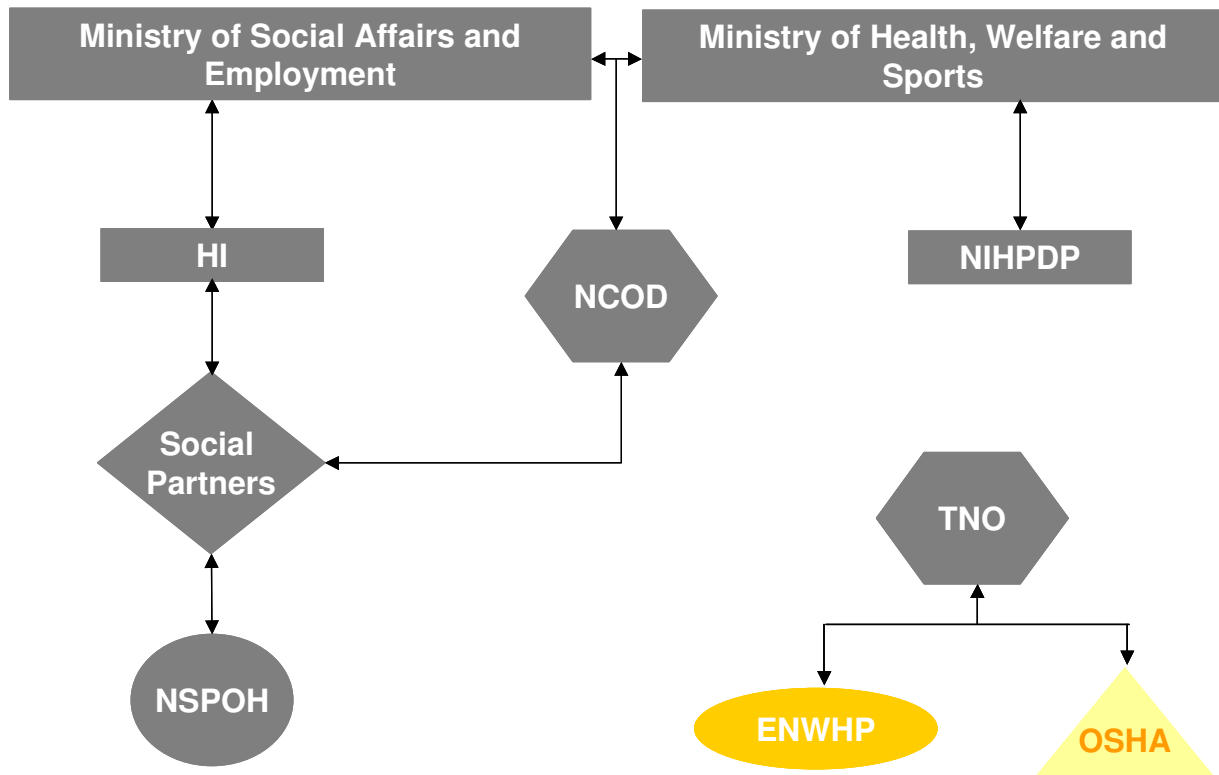


Abbildung 19: Graphische Darstellung des BGF Systems in den Niederlanden [Eigene Darstellung]

12.12.1 Ministry of Social Affairs and Employment

(Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid)

Das niederländische Ministerium für Beschäftigung und soziale Angelegenheiten ist in erster Linie für die Schaffung von gesetzlichen Rahmenbedingungen, die Sicherheit und die Gesundheit der Erwerbstätigen betreffend, zuständig. Der sogenannte „Safety and Health Act“ beinhaltet rechtliche Vorschriften zum Arbeits- und Gesundheitsschutz. Die Einhaltung dieser wird durch Arbeitsinspektoren, sogenannte „Health Inspectors“ (HI), überprüft. Missachtungen werden gegebenenfalls sanktioniert. In den Niederlanden wird jedoch den Arbeitgebern und Arbeitnehmern ein großes Maß an Selbstständigkeit und Eigenverantwortung zugestanden. Sie sind die Hauptverantwortlichen im System der Betrieblichen Gesundheitsförderung, es liegt an Ihnen, Vereinbarungen hinsichtlich der Gestaltung des Arbeitsumfeldes zu treffen. [<http://www.internationalezaken.szw.nl>]

Ein erklärtes Ziel des Ministeriums ist es, Abwesenheitstage aufgrund von Krankheit einzudämmen. Um dies zu erreichen, forciert man Informationsnetzwerke und ermöglicht Austausch und Kommunikation zwischen Unternehmern und Gesundheitsexperten. Die Philosophie lautet, dass eine gute innerbetriebliche Gesundheitspolitik nur dann stattfinden kann, wenn allen Verantwortlichen entsprechendes Wissen und entsprechende Informationen zur Verfügung stehen.

[<http://www.internationalezaken.szw.nl>]

12.12.2 Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention (NIHPDP)

(Nationaal Instituut voor Gezondheidsbevordering en Ziektepreventie)

Das NIHPDP entwickelt Programme und startet Initiativen zur Förderung von Gesundheit und zur Vorbeugung von Erkrankungen. Das Institut unterstützt Gemeinden, öffentliche Einrichtungen und Unternehmen dabei, eine Gesundheitspolitik zu entwickeln und zu implementieren. Neben Schulungen, Trainings- und Ausbildungsprogrammen sind die Entwicklung von Informationsunterlagen, das Lobbying für Gesundheitsförderung sowie die Vernetzung mit nationalen und internationalen Partnern, Bestandteil der Arbeit von NIHPDP. Das jährliche Budget beläuft sich auf rund 7,5 Millionen Euro und wird zu einem Drittel vom Ministerium für Gesundheit, Wohlbefinden und Sport, dem „Ministry of Health, Welfare and Sports“, gestellt. Mit über 120 Mitarbeitern betreut NIHPDP um die 20 Großprojekte im Bereich der Gesundheitsförderung pro Jahr.

[<http://www.nigz.nl>]

12.12.3 Netherlands Center of Occupational Diseases (NCOD)

(Nederlands Centrum voor Beroepsziekten)

Das NCOD ist die nationale Drehscheibe betreffend Informations- und Wissensaustausch im Bereich der arbeitsbedingten Erkrankungen. Das Zentrum ist ein unabhängiges Institut der Universität von Amsterdam, das mit einer Vielzahl von themenrelevanten Akteuren, einschließlich der Regierung und der Interessensvertretungen in Kontakt steht und kooperiert.

[<http://www.occupationaldiseases.nl>] Das primäre Ziel von NCOD ist es,

Verbesserungen im Bereich der Prävention, der Diagnose, der Behandlung und der Beobachtung von arbeitsbedingten Erkrankungen herbeizuführen. Intensive Forschungstätigkeit, Sammlung und Verbreitung von Wissen sowie eine möglichst lückenlose statistische Aufzeichnung der Erkrankungsfälle und deren Ursachen, sollen dabei den Schlüssel zum Erfolg bilden. [<http://www.enwhp.org>]

12.12.4 Social Partners

(Sociale Partners)

Die Sozialpartner in den Niederlanden kooperieren in Sachen Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz in den jeweiligen Branchen sehr eng miteinander. Diese Kooperationen manifestieren sich in Katalogen, den sogenannten „Health and Safety Catalogues“, welche eine Sammlung von Informationen, Lösungsansätzen, Maßnahmenvorschlägen und besten Praxisbeispielen aus dem Bereich der Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz zum Inhalt haben, und zur Orientierung für Arbeitnehmer und Arbeitgeber dienen. Ziel ist es damit, den Arbeitnehmern und den Unternehmensverantwortlichen eine Grundlage für die Implementierung einer betrieblichen Gesundheitspolitik zu bieten. Es bleibt dabei jedem freigestellt, sich jenen Mix an Maßnahmen und Interventionen herauszusuchen, der für das Unternehmen passend ist. Ist diese Entscheidung jedoch einmal getroffen, sind die Betriebe verpflichtet, diese auch im Betrieb zu implementieren und einen eigenen betriebsinternen „Health and Safety Catalogue“ zu entwerfen. Seit Jänner 2007 wird diese Vereinbarung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern auch vom niederländischen Arbeitsinspektorat auf grobe Mängel überprüft.

[<http://www.osha.europa.eu>]

Eine weitere Aufgabe der Sozialpartner besteht darin, die Interessen der Arbeitnehmer bzw. der Arbeitgeber gegenüber der Regierung entsprechend zu vertreten, und diese durch das zur Verfügung stellen von Informationen und Erfahrungsberichten von deren eigenen Bedürfnissen zu überzeugen. Dies passiert durch die Dachverbände der jeweiligen Gewerkschaften bzw. Interessensvertretungen. [<http://www.osha.europa.eu>]

12.12.5 Netherlands School of Public and Occupational Health (NSPOH)

Gegründet im Jahr 2003 ist die NSPOH ein Forschungs- und Bildungsinstitut mit dem Schwerpunkt Gesundheit. Die NSPOH entstand aus einer Vereinigung der „Netherlands School of Public Health“ und der „Netherlands School of Occupational Health“. Experten von medizinischen- und sozialmedizinischen Universitäten sowie nationaler Forschungsinstitutionen haben sich hier zusammengeschlossen, um die Gesundheit und das Wohlbefinden der niederländischen Bevölkerung nachhaltig zu verbessern. Es werden spezielle Aus- und Weiterbildungsprogramme angeboten. Die Vernetzung mit externen Partnern ist darüber hinaus eine Hauptaufgabe der NSPOH. Neben einer Vielzahl von Partnern aus dem universitären Bereich kooperiert man auch mit Beratungsunternehmen und Sozialversicherungsträger.

[\[http://www.nspoh.nl\]](http://www.nspoh.nl)

12.12.6 Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek (TNO)

Das TNO ist die offizielle niederländische Kontaktstelle des ENWHP sowie der OSHA. Es handelt sich hierbei um ein unabhängiges Forschungsinstitut mit dem Schwerpunkt angewandte Forschung und Entwicklung. Das Institut ist in fünf verschiedene Kernbereiche unterteilt, wobei der Bereich „Quality of Life“ für die Betriebliche Gesundheitsförderung relevant ist. Neben Einflussfaktoren wie Ernährung, Bewegung, Sport und der Gesundheitsversorgung haben auch die Arbeitsbedingungen einen großen Einfluss auf die Lebensqualität und sind daher Bestandteil der Forschungstätigkeit von TNO. [\[http://www.tno.nl\]](http://www.tno.nl) Im Forschungsbereich der betrieblichen Gesundheit und Sicherheit ist TNO führend in den Niederlanden und hat eine einzigartige Stellung durch seine guten Kontakte zur niederländischen Privatwirtschaft. Dies ermöglicht es dem Institut einerseits innovative Schritte zu gehen, andererseits Meinungsbildner und Verantwortliche von der Wichtigkeit und Relevanz Betrieblicher Gesundheitsförderung zu überzeugen.

[\[http://www.enwhp.org\]](http://www.enwhp.org)

12.13 Österreich

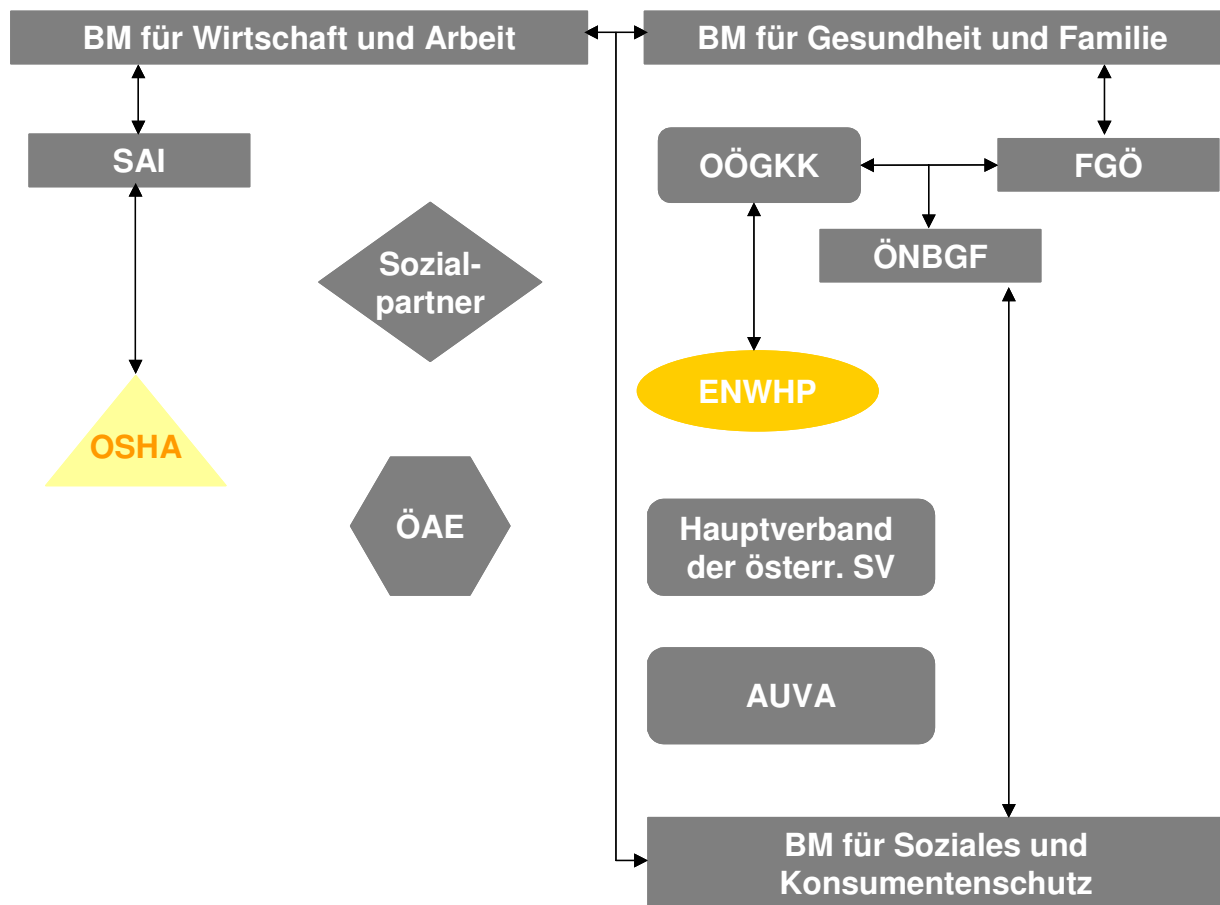


Abbildung 20: Graphische Darstellung des BGF Systems in Österreich [Eigene Darstellung]

12.13.1 Sektion Arbeitsrecht und Arbeitsinspektion (SAI)

Das in den 80ern und in den folgenden Jahren mehrmals novellierte Arbeitnehmerschutzgesetz (AschG), welches vor allem dem Schutz und der Gesundheit der Arbeitnehmer dient, gilt als Grundstein der Betrieblichen Gesundheitsförderung in Österreich. Das AschG spielt vor allem im Bereich der Humanisierung der Arbeitswelt eine wesentliche Rolle. 1992 wurde den sozialen Krankenversicherungen per Gesetz die Aufgabe übertragen, Gesundheitsförderung in ihren Leistungskatalog aufzunehmen. [<http://osha.europa.eu>]

Das zentrale Arbeitsinspektorat, das dem Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit unterstellt ist, ist gemäß dem Arbeitnehmerschutzgesetz und dem Arbeitsinspektionsgesetz dazu beauftragt, Defiziten und Missständen im Sicherheits-

und Gesundheitsschutz bei der Arbeit entgegenzuwirken. Ferner fungiert das zentrale Arbeitsinspektorat als nationale Kontaktstelle für die OSHA. Es überprüft die Einhaltung gesetzlicher Bestimmungen zum Thema Arbeitsschutz in den Betrieben vor Ort, steht informierend und beratend zu allen Fragen auf dem Gebiet der Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes zur Seite, und trägt dadurch zur Vermeidung von Unfällen und arbeitsbedingten Erkrankungen bei. Darüber hinaus ist die Arbeitsinspektion sowohl für die Weiterentwicklung der Arbeitssicherheit und des Gesundheitsschutzes, als auch für die Sensibilisierung und die Akzeptanz der Gesellschaft zur Thematik verantwortlich. Die Arbeitsinspektoren, die auch Vorträge und Schulungen zum Thema Arbeitsschutz anbieten, verfügen über fundiertes rechtliches, arbeitsmedizinisches und technisches Wissen. Das SAI unterhält über 19 regionale Niederlassungen. [<http://www.bmwa.gv.at>]

12.13.2 Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend

Schon in den 80er Jahren hat das Bundesministerium für Gesundheit, Familie und Jugend den Aufbau und die Entwicklung von gesundheitsfördernden Netzwerken forciert. Seit 1974 ist die kostenlose Vorsorgeuntersuchung ein fixer Bestandteil des österreichischen Gesundheitssystems. Für nichtversicherte Personen übernimmt das Gesundheitsressort des Ministeriums die Untersuchungskosten. Das 2006 verabschiedete Gesundheitsqualitätsgesetzes (GfG) schafft eine gesetzliche Grundlage zur Verankerung von Betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention in Österreich. Das GfG orientiert sich an der Ottawa-Charta und stellt jährlich einen gewissen Budgetrahmen für die Umsetzung von Präventivmaßnahmen und Aktivitäten zum Thema zur Verfügung. [<http://www.bmgfj.gv.at>]

12.13.3 Fonds Gesundes Österreich (FGÖ)

1988 gründeten Gesundheitspolitiker das Forum Gesundes Österreich, das später in Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) umbenannt wurde. Der FGÖ ist neben den Bereichen Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen (ÖBIG) und Bundesinstitut für Qualität im Gesundheitswesen (BIQG) ein Geschäftsbereich der Gesundheit Österreich GmbH (GÖG). Der FGÖ ist eine Organisation, die speziell für Gesundheitsförderung eingerichtet wurde und als Informations- und

Koordinationsplattform dient. Einen von sechs Schwerpunkten stellt die Betriebliche Gesundheitsförderung dar. Mit der Verabschiedung des Gesundheitsförderungsgesetz (GfG) im Jahr 2006 wurde der Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) mit der Durchführung von Maßnahmen und Initiativen betraut. Organisatorisch stärkt das Gesetz die Ausweitung der Aufgaben des Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) und seiner finanziellen Mittel. Jährlich stehen ihm 7,25 Millionen Euro aus öffentlichen Mittel für die Umsetzung von Gesundheitsförderungsaktivitäten zur Verfügung. [<http://www.fgoe.org>]

Zwischen dem Fonds Gesundes Österreich (FGÖ) und dem Österreichischen Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (ÖNBGF) besteht nicht nur eine enge Kooperation, sondern der FGÖ stellt auch eine wichtige Plattform für die Beteiligung Österreichs an diversen EU-Aktivitäten dar. Der Fonds Gesundes Österreich finanziert Modellprojekte für spezifische Zielgruppen. Es gibt Ausbildungslehrgänge, einen österreichischen Preis für Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF-Oskar) sowie Projekte, die von der OÖGKK und dem Österreichischen Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (ÖNBGF) konzipiert und initiiert werden. [<http://www.fgoe.org>]

12.13.4 Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz

1999 startete das Bundesministerium für Soziales und Konsumentenschutz (BMSK) das Pilotprojekt "Gemeinsam in eine gesunde Zukunft" im eigenen Haus. An einer Fragebogenerhebung haben sich ca. 50% der Mitarbeiter des BMSK beteiligt und ihre Verbesserungsvorschläge zum Thema Gesundheit mitgeteilt. Um diesen Vorschlägen gerecht zu werden, wurden viele der gewünschten Themen mit Hilfe von Arbeitsmedizinern, Personalvertretung und externen Experten umgesetzt. Schließlich entstand eine breite Palette an gesundheitsfördernden Angeboten, die von Ernährungsvorträgen, über Rückenschule, Qi Gong und Nichtraucher-Seminaren bis hin zur Stressprävention reicht. In Folge wurde das Programm erweitert und jährliche Schwerpunktthemen (2008 steht das Thema psychische Gesundheit Burn-Out und Stressprävention im Mittelpunkt) wurden festgelegt. Ziel ist es, Krankheiten am Arbeitsplatz vorzubeugen, Gesundheitspotenziale zu stärken sowie das Wohlbefinden und die Zufriedenheit am Arbeitsplatz zu verbessern. Es ist im

Interesse des BMSK in Kooperation mit dem ÖNBGF und dem FGÖ diese Projekte und Schwerpunkte auch in österreichischen Unternehmen zu verankern.
[<http://www.bmsk.gv.at>]

12.13.5 Oberösterreichische Gebietskrankenkasse (OÖGKK)

Da die OÖGKK die erste Institution in Österreich war, die Gesundheitsförderungsprogramme initiiert, durchgeführt und unterstützt hat, wurde sie 1996 mit der Einrichtung der nationalen Kontaktstelle des ENWHP in Österreich betraut. Seit dem Jahr 2000 fungiert sie darüber hinaus auch als Kontaktstelle für das Österreichische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (ONBGF). Hier umfasst ihr Aufgabenbereich den Aufbau und die Wartung einer nationalen und regionalen Gesundheitsdatenbank (z.B. Krankenstandsauswertungen und Daten aus Gesundheitsbefragungen in Unternehmen), die Kooperation mit Unternehmen bei der Durchführung und in Folge dessen die Dokumentation von BGF-Projekte sowie die Vermittlung von kompetenten Partnern. Auch betätigt sich die OÖGKK im Bereich der Entwicklung und Durchführung von Innovationsprojekten, stellt Experten zur Verfügung, die bei Gesundheitsförderungsprojekten mitarbeiten und bietet Seminare, wie z.B. „MbM – Mitarbeiter bewegen Mitarbeiter“, an. [<http://www.netzwerk-bgf.at>]

12.13.6 Österreichisches Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (ÖNBGF)

Wie bereits erwähnt agiert die Oberösterreichische Gebietskrankenkasse (OÖGKK) seit ihrer Gründung als Koordinationsstelle für das österreichische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (ONBGF). In jedem Bundesland ist seither eine Regionalstelle und somit ein kompetenter Kooperationspartner anzutreffen. Hierbei handelt es sich um „Non-Profit“ Organisationen und Krankenkassen.

[<http://www.netzwerk-bgf.at>]

Aufgabe des Österreichischen Netzwerkes für Betriebliche Gesundheitsförderung:

- *„Bestandsaufnahme aller wichtigen Aktivitäten auf dem Gebiet der Betrieblichen Gesundheitsförderung und darauf basierend die Erstellung eines nationalen Statusberichtes“*

- „Organisation des Austausches von Informationen und Erfahrungen auf nationaler Ebene“
- „Organisation und Durchführung eines nationalen Informationstages“
- „Rekrutierung von Netzwerkpartnern auf nationaler Ebene und Unterstützung bei der Gründung von Projektgruppen“
- „Übermittlung von Informationen an die Europäische Kommission über das im Bundesverband der Betriebskrankenkassen in Essen eingerichtete Netzwerksekretariat“
- „Öffentlichkeitsarbeit für das betriebliche Gesundheitsförderungsprogramm auf nationaler Ebene“
- „Evaluierung der durchgeführten betrieblichen Gesundheitsförderungsprogramme“
- „Lieferung von Beiträgen für die WHP-NET-NEWS (Netzwerknachrichten zur Betrieblichen Gesundheitsförderung) um den Stand und die Entwicklung der Betrieblichen Gesundheitsförderung im jeweiligen Mitgliedsstaat darzustellen“

[<http://www.netzwerk-bgf.at>]

Ziel des ÖNBGF ist es auch, alle Betriebe publik zu machen, die nicht nur Maßnahmen zur Optimierung der betrieblichen Rahmenbedingungen entwickeln, sondern diese auch umsetzen. Dazu hat das Österreichische Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung (ÖNBGF) ein dreistufiges System entwickelt. Es werden Kriterien auf einer einheitlichen Basis geschaffen mit Hilfe derer Betriebliche Gesundheitsförderung bewertbar und in Hinblick auf ihre Nachhaltigkeit nachvollziehbar gemacht werden kann. Standardisierte Betriebliche Gesundheitsförderung kann darüber hinaus qualitativ und quantitativ evaluiert werden. Um diese Vorhaben den Unternehmen einerseits näher zu bringen und andererseits attraktiv zu gestalten, wird entsprechend Öffentlichkeitsarbeit betrieben und es werden Zuschüsse gewährt. [<http://www.netzwerk-bgf.at>]

Das 3-Stufen-System:

1. Stufe: BGF - Charta

Durch die Unterzeichnung der Charta bekennen Unternehmen ihre Absicht sich den Grundsätzen der Betrieblichen Gesundheitsförderung zu verpflichten und ihre Unternehmenspolitik an diesen Prinzipien zu orientieren.

2. Stufe: BGF-Gütesiegel

Das BGF-Gütesiegel wird an all jene Unternehmen vergeben, die Betriebliche Gesundheitsförderung umgesetzt haben und durch besondere Innovativität hervorzuheben sind. Sowohl die Bewerbungen als auch die Nominierungen erfolgen mittels einer standardisierten Bewerbungsvorlage durch die Regionalstellen des Österreichischen Netzwerkes für Betriebliche Gesundheitsförderung (ÖNBGF).

3. Stufe: Preis für Betriebliche Gesundheitsförderung

Der Preis für Betriebliche Gesundheitsförderung zeichnet herausragende Projekte der Betrieblichen Gesundheitsförderung aus. Die Bewertung der eingereichten Projekte erfolgt wiederum auf Grund von vordefinierten Qualitätskriterien. Der BGF-Preis wird nur an Unternehmen verliehen, die alle fünf Phasen eines Gesundheitsförderungsprojektes durchlaufen haben (Konstituierung, Diagnose, Planung, Umsetzung und Evaluation/Bewertung der Ergebnisse) und bereits Gütesiegelträger sind.

[<http://www.netzwerk-bgf.at>]

12.13.7 Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA)

Die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt (AUVA), die 1947 im Zuge des Sozialversicherungs-Überleitungsgesetz gegründet wurde, hat den gesetzlichen Auftrag zur Unfallverhütung und zur Bekämpfung von arbeitsbedingten Erkrankungen. Unternehmen mit weniger als 50 Dienstnehmern bietet die AUVA finanzielle Zuschüsse zur Entgeltfortzahlung nach Unfällen und Krankheiten. Ferner bietet sie Beratungen für Arbeitgeber und Arbeitnehmer an. Die AUVA verfügt über eigene Labors und leistet damit Forschungs- und Entwicklungsarbeit im Bereich der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes bei der Arbeit. [<http://osha.europa.eu>]

Die Betriebliche Gesundheitsförderung ist unter anderem ein Präventionsansatz der sozialen Krankenversicherung mit der die AUVA kooperiert. Der gesetzliche Arbeitnehmerschutz wird dadurch maßgeblich unterstützt. Neben allen Sozialversicherungsträgern arbeitet die Allgemeine Unfallversicherungsanstalt auch mit anderen Organisationen zusammen, nämlich solchen die sich um

Gesundheitsförderung und Unfallverhütung kümmern und Bereiche abdecken, für welche die AUVA nicht zuständig ist. [<http://www.auva.at>]

12.13.8 Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger (SV)

Seit 1. Dezember 2003 ist der Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger Partner des ÖNBGF. Durch diese Zusammenarbeit ist es auch für den Hauptverband der Österreichischen Sozialversicherungsträger möglich, Einfluss auf die Entwicklung und Implementierung von Betrieblicher Gesundheitsförderung zu nehmen, sowie an der Vernetzung der verschiedenen Akteure teilzuhaben. Ziel ist es, gemeinsam mit dem ÖNBGF, an der Weiterentwicklung Betrieblicher Gesundheitsförderung zu arbeiten und der Gesellschaft ein Verständnis und einen Überblick von BGF zu verschaffen. Man versucht kompetente Ansprechpartner regional zu etablieren, wichtige Institutionen wie Sozialpartner in die Entwicklung mit einzubinden und den Informationsaustausch zwischen allen Beteiligten zu sichern. Unter dem Motto „Hilfe zur Selbsthilfe“ ist es ein Anliegen der Sozialversicherungsträger gesundheitsgerechte Verhaltensweisen so vielen Menschen als möglich bewusst zu machen, sowie Anregungen zur Prävention und Reduktion von krankmachenden Faktoren in der Arbeitswelt zu geben. Die Schwerpunkte bei Gesundheitsförderungsprojekten liegen dabei in den Bereichen Ernährung, Bewegung, Betriebliche Gesundheitsförderung und Unfallverhütung. [<http://www.hauptverband.at>]

12.13.9 Sozialpartner

Österreichs Sozialpartner setzen sich aus Interessensvertretungen der Arbeitgeber und der Arbeitnehmer zusammen. Gesetzlich dazu verpflichtet die Interessen ihrer Mitglieder zu vertreten sind jedoch lediglich die Wirtschaftskammer und die Kammer für Arbeiter und Angestellte. Die wichtigsten Organisationen mit freiwilliger Mitgliedschaft sind die Industriellenvereinigung und der Österreichische Gewerkschaftsbund. Die Interessenvertretungen verfügen im Regelfall über eigene Experten auf dem Gebiet des Sicherheits- und Gesundheitsschutz bei der Arbeit, bieten Schulungen und Kurse zum Thema an und stellen auch entsprechendes Informationsmaterial zur Verfügung. Der sogenannte Arbeitnehmerschutzbeirat setzt

sich unter anderem aus Vertretern beider Interessensgruppen zusammen, somit haben die Sozialpartner auch in Österreich die Möglichkeit Einfluss auf Entscheidungen der nationalen Politikentwicklung und der nationalen Gesetzesbeschließung hinsichtlich Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz auszuüben, und die Interessen ihrer Mitglieder zu vertreten.
[<http://osha.europa.eu>]

12.13.10 Österreichische Arbeitsgemeinschaft für Ergonomie (ÖAE)

Hierbei handelt es sich um einen 1975 gegründeten Verein des Institutes für Betriebswissenschaften, Arbeitswissenschaft und Betriebswirtschaftslehre der Technischen Universität Wien, der es sich zur Aufgabe gemacht hat einen Beitrag zur menschengerechten Arbeitsgestaltung zu leisten. Durch das Zusammenführen von Experten auf dem Gebiet der Ergonomie und anderen Wissenschaftlern versucht die ÖAE diesem Ziel gerecht zu werden. Die ÖAE bietet eine Kommunikations- und Informationsplattform für all jene die an den neuesten Erkenntnissen und Lösungsansätzen betreffend Ergonomie – auch am Arbeitsplatz - interessiert sind. Darüber hinaus veranstaltet die Arbeitsgemeinschaft Tagungen, Vorträge und Diskussionsveranstaltungen sowie Seminare zur besprochenen Thematik.
[<http://www.imw.tuwien.ac.at>]

12.14 Portugal

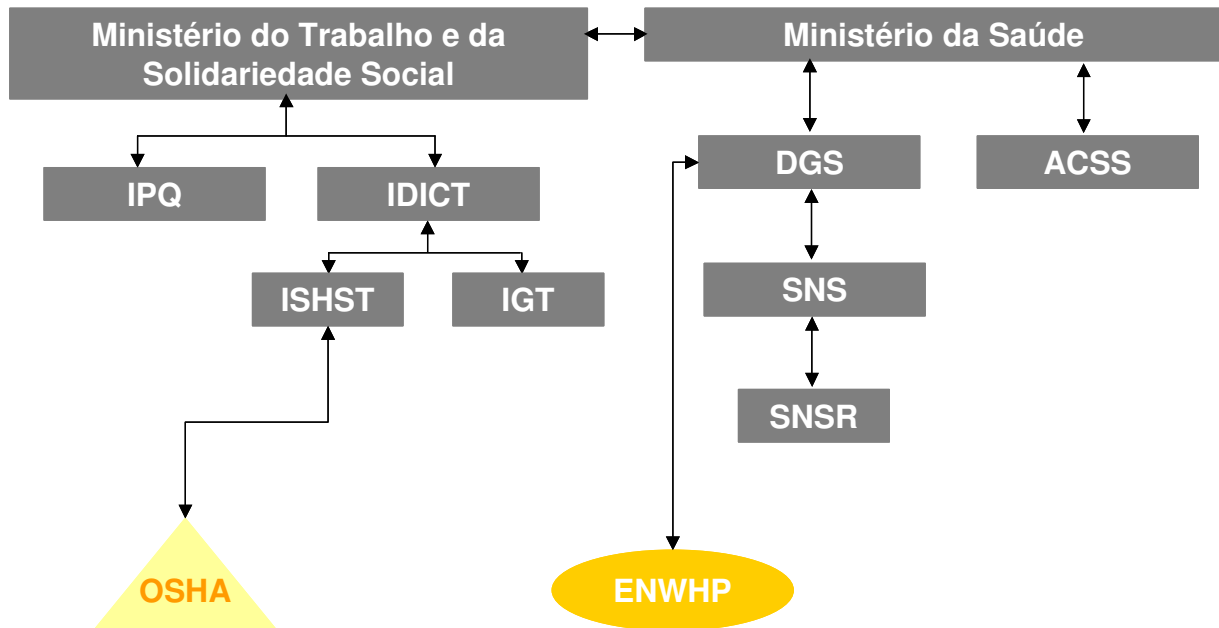


Abbildung 21: Graphische Darstellung des BGF Systems in Portugal [Eigene Darstellung]

12.14.1 Ministério da Saúde

Primäre Aufgaben des Gesundheitsministeriums, „Ministério da Saúde“, in Portugal sind sowohl die Festlegung und Regulierung von Vorschriften bezüglich des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, als auch die Koordinierung und Überwachung des „Serviço Nacional de Saúde“ (SNS), das weiter unten beschrieben wird. Das portugiesische Gesundheitsministerium unterhält eine eigene Abteilung, „Direcção-Geral da Saúde“ (DGS), die mit der Entwicklung und Implementierung von gesundheitsfördernden Maßnahmen, unter anderem auch am Arbeitsplatz, betraut ist. Neben dem DGS unterhält das Gesundheitsministerium ebenso das „Administração Central para o Sistema de Saúde“ (ACSS). In dessen Aufgabenbereich liegt die Unterstützung im Bereich der Politikentwicklung sowie die strategische Planung im Gesundheitssektor. [Barros P, de Almeida Simões J.; 2007] Damit garantiert das ACSS die Entwicklung einheitlicher Gesundheitsprogramme und Maßnahmeninstrumente. [<http://www.misau.gov.mz/>]

12.14.2 Direcção-Geral da Saúde (DGS)

Wie bereits erwähnt, steht die Ausarbeitung, Koordinierung und Umsetzung von Maßnahmen betreffend Betriebliche Gesundheitsförderung im Mittelpunkt des Interesses von DGS. Es werden hier vor allem auch wissenschaftliche Erkenntnisse sowie „Models of good Practice“, mit dem vorrangigen Ziel Unternehmensverantwortliche und Entscheidungsträger von der Wichtigkeit und dem Nutzen Betrieblicher Gesundheitsförderung zu überzeugen, aufbereitet. Seit 1996 fungiert DGS darüber hinaus als nationale Kontaktstelle des ENWHP in Portugal und initiiert in Zusammenarbeit mit regionalen Gesundheitsorganisationen verschiedene Initiativen zum Thema „Gesundes Arbeitsleben“. [<http://www.dgs.pt/>]

12.14.3 Serviço Nacional de Saúde (SNS)

Das portugiesische Gesundheitssystem – Betriebliche Gesundheitsförderung miteingeschlossen - wird von dem nationalen Netzwerk SNS und seinen auf regionaler Ebene zuständigen verantwortlichen Einrichtungen „Serviço Nacional de Saúde Regional“ (SNSR) organisiert und koordiniert. Geleitet wird das SNS wiederum vom portugiesischen Gesundheitsministerium, genauer gesagt ist die Zuständigkeit in der Dependence „Direcção-Geral da Saúde“ (DGS) ansässig. Zu den Aufgaben von SNS zählen die strategische Entwicklung der Bevölkerungsgesundheit, die Beaufsichtigung und Kontrolle von portugiesischen Krankenhäusern sowie die Verantwortlichkeit für regionale Erste Hilfe Zentren. [Barros P, de Almeida Simões J.; 2007] Auf regionaler Ebene agiert das Netzwerk vor Ort in Betrieben mittels Arbeitsmedizinern und anderen Experten auf diesem Gebiet. Unterstützt wird SNS von einem nationalen Expertengremium unter Einbeziehung institutionaler Interessensgruppen auf dem Gebiet der Betrieblichen Gesundheitsförderung, sowie von Sozialpartnern und anderen relevanten Wirtschaftsverbänden. Das Netzwerk ist einerseits für die Koordination arbeitsmedizinischer Dienst- und Serviceleistungen zuständig, andererseits obliegt ihm auch die Verantwortung der Informationsbereitstellung betreffend Arbeit, Gesundheit und Prävention - sowohl für die Regierung, die privatwirtschaftlichen Unternehmen aber auch für interessierte Privatpersonen. [<http://www.enwhp.org>]

12.14.4 Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social

Das „Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social“ beauftragt das „Instituto Português da Qualidade“ (IPQ) damit, zur Sicherheit und Gesundheit portugiesischer Arbeitnehmer beizutragen. In seiner Arbeit kooperiert das Ministerium darüber hinaus mit anderen nationalen Gebietskörperschaften und öffentlichen Organisationen, sowie mit externen privatwirtschaftlichen Beratungsunternehmen, deren Schwerpunkt im Bereich Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz liegt. Auch in Portugal ist es das Arbeitsministerium mit dem ihm unterstellten Arbeitsinspektorat, das für die Überwachung der Einhaltung von gesetzlichen Vorschriften in diesem Bereich zuständig ist. [<http://www.mtss.gov.pt>]

12.14.5 Instituto Português da Qualidade (IPQ)

IPQ ist ein portugiesisches Normungs- und Qualitätssicherungsinstitut. Seinen Aufgaben kommt IPQ in erster Linie mittels intensiver Forschungs- und Entwicklungstätigkeit auf dem Gebiet der Sicherheit und Gesundheit, sowie durch Weiterentwicklung und Bewertung von Normen, Maßnahmen und neuen technischen Standards nach. Der Aktionsrahmen des Institutes ist weder regional noch branchenspezifisch beschränkt, vielmehr versteht sich IPQ als Ansprechpartner für alle Akteure auf diesem Gebiet. IPQ steht darüber hinaus zum Zweck des Informations- und Erfahrungsaustausches in enger Kooperation mit diversen europäischen Partnerinstitutionen. [<http://www.iso.org>]

12.14.6 Instituto de Desenvolvimento e Inspeção das Condições de Trabalho (IDICT)

IDICT obliegen sowohl die Bereiche Prävention und Berufsrisiken, als auch die Überprüfung und Sicherstellung der Einhaltung von gesetzlichen Vorschriften in Portugal. Zur Verbesserung und Erleichterung der Organisation, Umsetzung und Kontrolle dieser Tätigkeitsfelder, wurden die Agenden des Institutes im Jahr 2004 auf zwei Bereiche unterteilt:

1. Das Institut für betriebliche Gesundheit, Sicherheit und Hygiene - „Instituto para a Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho“ (ISHST)
2. Das Arbeitsinspektorat - „Inspecção-Geral do Trabalho“ (IGT)

[<http://www.ishst.pt>]

12.14.7 Instituto para a Segurança, Higiene e Saúde no Trabalho (ISHST)

ISHST ist auf nationaler Ebene maßgeblich für Fragen betreffend die Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz und die Vorbeugung von Berufserkrankungen und arbeitsbedingten Erkrankungen zuständig. Darüber hinaus fungiert ISHST als nationaler Hauptansprechpartner der europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (OSHA). Aufgrund seiner umfassenden Kenntnisse auf dem Gebiet der Prävention von arbeitsbedingten Gesundheitsrisiken ist ISHST vor allem auch Experte und Berater, sowohl für Unternehmen als auch für politische Entscheidungsträger. Neben dieser Funktion als multidisziplinärer Berater, bietet das Institut aber auch zahlreiche Aus- und Weiterbildungsprogramme im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung an, und ist maßgeblich in die Entwicklung, Aufklärung und Sensibilisierung zum Thema involviert.

[<http://pt.osha.europa.eu>]

Der Tätigkeitsbereich des ISHST erstreckt sich grundsätzlich auf die vier Teilbereiche:

1. Regulierung und Zertifizierungen von Dienstleistungen im Arbeitsschutz
2. Zentrale Kontaktstelle für Fragen zur Aus- u. Weiterbildung im Bereich des Arbeitsschutzes
3. Forschung und Durchführung einschlägiger Studien und Statistiken
4. Öffentlichkeitsarbeit und Sensibilisierung der Zielgruppe für vorhandene Gefahren im Arbeitsalltag und Vermittlung der Relevanz Betrieblicher Gesundheitsförderung

[<http://pt.osha.europa.eu>]

12.14.8 Inspeção-Geral do Trabalho (IGT)

Die Haupttätigkeit des portugiesischen Arbeitsinspektorates (IGT) besteht in der Förderung und Sicherstellung der Einhaltung von gesetzlichen Bestimmungen, sowie von technischen Standards und Arbeitsbedingungen. IGT ist in ganz Portugal aktiv, durch seine ausführenden Organe ist IGT in allen Regionen Portugals vertreten. Darüber hinaus ist IGT an der Entwicklungen von Maßnahmen beteiligt, die zur Verbesserung von Betriebsbedingungen im allgemeinen beitragen sollen.

[<http://staging2.ilo.org>]

12.15 Schweden

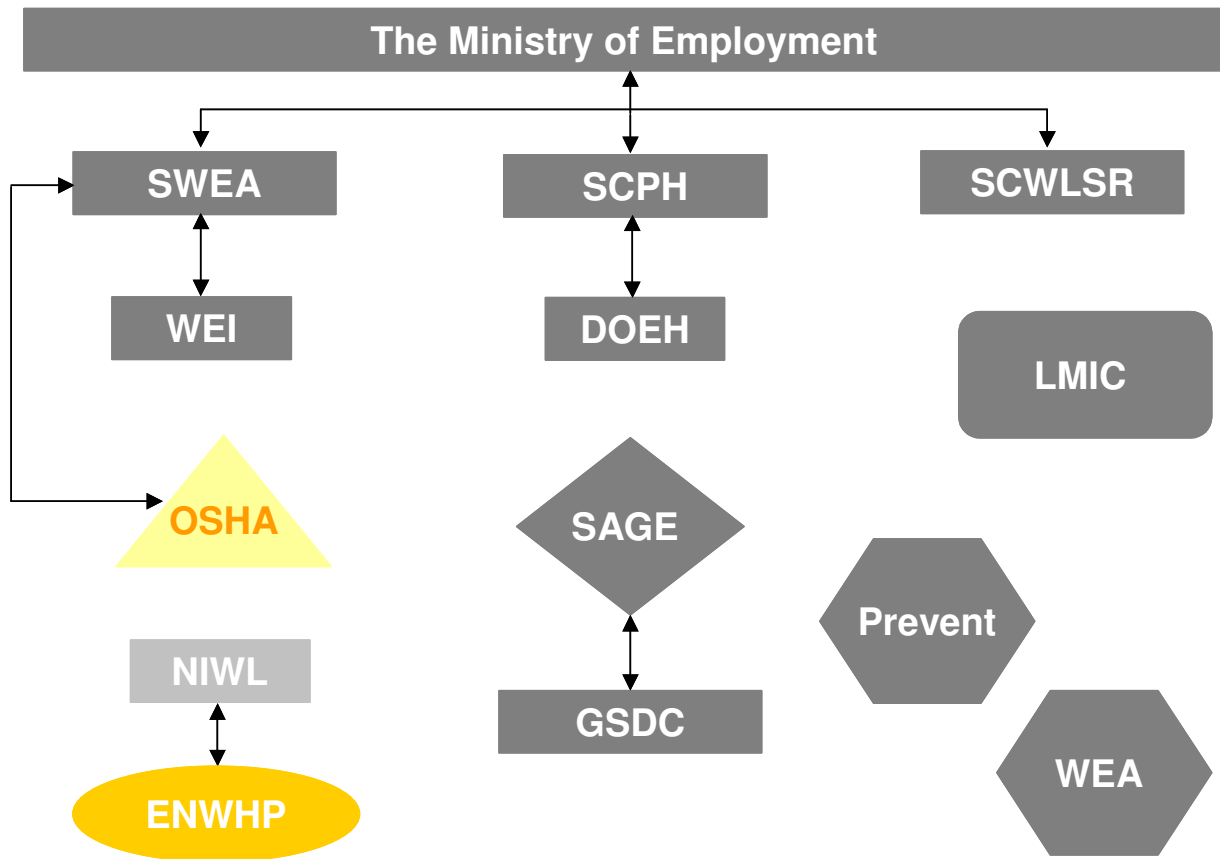


Abbildung 22: Graphische Darstellung des BGF Systems in Schweden [Eigene Darstellung]

12.15.1 Ministry of Employment

(Arbetsmarknadsdepartementet)

Das schwedische Arbeitsministerium unterhält insgesamt neun verschiedene Abteilungen. Eine eigene Abteilung, die „Work Environment Authority“, ist für das Arbeitsgesetz und für das Arbeitsumfeld verantwortlich. Sie befasst sich im Speziellen mit der Vermittlung bei arbeitsrechtlichen Streitfragen, der Antidiskriminierungsgesetzgebung, der Arbeitszeitenregelung sowie mit der nationalen Lohngarantie zum Schutz der Arbeitnehmer. [<http://www.sweden.gov.se>]

Die gesetzlichen Grundlagen hinsichtlich der Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz in Schweden wurden 1978 im sogenannten „Work Environment Act“ geregelt. Dieser enthält bestimmte Weisungen für allgemeine Arbeitsbedingungen und setzt darüber hinaus Ziele für ein gutes Arbeitsumfeld. Eine zentrale

Bestimmung des Gesetzes lautet: „*Betriebsbedingungen müssen den menschlichen, physischen und geistigen Fähigkeiten angepasst werden. Das Ziel muss sein, dass die Arbeitnehmer selbst ihre Arbeitssituation beeinflussen können.*“ Dieser Abschnitt betont, dass das Arbeitsumfeld menschlichen Bedürfnissen angepasst werden soll, und nicht umgekehrt. Psychosoziale Anforderungen müssen dabei zusätzlich zu technischen und ergonomischen Faktoren in Betracht gezogen werden. Standpunkte von Arbeitnehmern sollen die Grundlage für Maßnahmen bilden und Mitarbeiter sollten in die Planung und Organisation ihrer Aufgaben involviert werden, um so Betriebsbedingungen verbessern zu können. [<http://www.av.se>]

Das Gesetz legt die Verantwortlichkeit für die Gestaltung des Arbeitsumfeldes und demnach für die Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz in erster Linie in die Hände der Arbeitgeber. Folgende Verantwortlichkeiten werden besonders betont:

- Interne Kontrolle und betriebliche Steuerung
- Einführung, Anweisung und Ausbildung von Mitarbeitern
- Arbeitsmodifizierung und Rehabilitation im Fall von eingeschränkter Arbeitsfähigkeit
- Berücksichtigung der individuellen Qualifikationen der Arbeitnehmer

[<http://www.av.se>]

Das Gesetz schreibt weiters vor, dass der Arbeitgeber systematisch planen, leiten und Tätigkeiten untersuchen soll, um sicher stellen zu können, dass das Arbeitsumfeld den rechtlichen Anforderungen entspricht. [<http://www.osha.europa.eu>]

Die Arbeitnehmer sollen unter anderem durch die Bekanntgabe möglicher riskanter Zustände und Situationen die Unternehmensverantwortlichen bei der Umsetzung des Gesetzes unterstützen. „*Arbeitgeber und Angestellte sollen zusammenarbeiten und ein gutes Arbeitsumfeld schaffen*“ [<http://www.av.se>]

12.15.2 Swedish Work Environment Authority (SWEA)

(Arbetsmiljö Verket)

Die SWEA wurde 2001, im Zuge der Zusammenlegung von zehn lokalen Arbeitsinspektoraten und des staatlichen Amtes für betriebliche Sicherheit und Gesundheit, als eine eigene Abteilung des Arbeitsministeriums gegründet. Sie ist von der Regierung und vom Parlament mit der Sicherstellung des Arbeitsschutzes in Schweden betraut worden und bildet darüber hinaus die nationale Kontaktstelle der OSHA. Ferner ist die SWEA eine Aufsichtsautorität, mit dem Ziel mögliche Gefahren, bestimmte Krankheitsbilder und Unfälle im Arbeitsalltag zu reduzieren und das Arbeitsplatzumfeld zu verbessern. Es werden Vorschriften und Richtlinien die betriebliche Gesundheit und Sicherheit betreffend entworfen, zudem ist SWEA auch für die arbeitsbedingten Unfallsstatistiken (ISA Statistik) in Schweden zuständig.

[\[http://www.av.se\]](http://www.av.se)

12.15.3 Work Environment Inspectorate (WEI)

(Inspektionerna Arbetsmiljö)

Das schwedische Arbeitsinspektorat ist SWEA unterstellt und für die Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz verantwortlich. Es gibt zehn lokale Arbeitsinspektorate, die mit der Überprüfung hinsichtlich der Befolgung der gesetzlichen Auflagen im ganzen Land betraut sind. Strafen werden in erster Linie bei Arbeitsunfällen und/oder bei Nachlässigkeit oder böswillige Absicht seitens der Arbeitgeber auferlegt.

[\[http://www.av.se\]](http://www.av.se)

12.15.4 Stockholm Centre for Public Health (SCPH)

(Centrum för Folkhälsa)

SCPH hat Regionalverantwortlichkeit auf dem Gebiet des Gesundheitswesens und der Gesundheitsverbesserung in Stockholm. Seine Hauptaufgaben sind die Gesundheit der Bevölkerung in Stockholm zu überwachen und darüber zu berichten. Ferner ist SCPH mit der Entwicklung und Unterstützung bzw. mit der Implementierung von präventiver Gesundheitsförderung betraut. Es kooperiert hier eng mit dem „Karolinska-Institut“ in Stockholm, einer der größten medizinischen

Universitäten Europas, aber auch mit anderen Akteuren auf dem Gebiet wie Gewerkschaften, Gesundheitsexperten und NGO's. SCPH versucht die Öffentlichkeit mittels speziell ausgerichteten Kampagnen und Informationsmaterialien rund um das Thema Gesundheit zu sensibilisieren. Um dem unterschiedlichen Fokus zum Thema Gesundheit gerecht zu werden, ist SCPH in vier Abteilungen unterteilt:

1. Das „Department of Health Promotion and Prevention“ (DHPP)
2. Das „Department of Occupational and Environmental Health“ (DOEH)
3. Das „Department of Social Medicine, Health Care Development and Epidemiology“ (DSMHCDE)
4. Das „Department of Suicide Research and Prevention (DSRP)

[<http://www.folkhalsoguiden.se>]

12.15.5 Department of Occupational and Environmental Health (DOEH)

(Miljöpolicy för Centrum för Folkhälsa)

DOEH ist die Abteilung für berufliche und umweltbedingte Gesundheit des SCPH. Hier fokussiert man auf die Förderung von Gesundheit und eines gesunden Arbeitslebens, indem man die Thematik rund um arbeitsbedingte Gesundheitsprobleme wissenschaftlich erarbeitet. An der Zusammenarbeit sind diverse Experten wie Ärzte, Verhaltenswissenschaftler, Statistiker, Umwelt- und Arbeitsinspektoren, Ergonomen, Hygieniker, medizinische Sozialarbeiter und Psychologen beteiligt. Der Tätigkeitsbereich von DOEH umfasst im Detail:

- Arbeit mit Patienten
- Erforschung von Gesundheitsproblemen
- Einbringung von Expertenkenntnissen
- Prävention
- Ausbildung und Information

[<http://www.folkhalsoguiden.se>]

DOEH nutzt darüber hinaus verschiedene Vertriebskanäle, wie das schwedische Journal „Arbets & Miljömedicin“, eine Website, Seminare, Berichte, Rundschreiben und Informationsblätter, um seine Arbeit und daraus resultierende Erkenntnisse publik zu machen und der Bevölkerung näher zu bringen.

[<http://www.folkhalsoguiden.se>]

12.15.6 Swedish Council for Working Life and Social Research (SCWLSR)

(Forskningsrådet för Arbetsliv och Socialvetenskap)

Dieser Rat für Arbeitsleben und Sozialforschung wurde 2001 im Zuge der Fusion des schwedischen Rates für Soziale Forschung „Swedish Council for Social Research“ und dem schwedischen Rat für Arbeitslebenforschung „Swedish Council for Work Life Research“ von der schwedischen Regierung gegründet. Der Rat unterstützt Grundlagenforschung und angewandte Forschung indem er die Forschung und Entwicklung im Bereich der betrieblichen Gesundheit und Sicherheit finanziert. Die Hauptaufgabe des Rates besteht demnach darin, Aneignung von Wissen im Zusammenhang mit dem Arbeitsleben und dem Verstehen von sozialen Beziehungen und Prozessen, unter anderem durch folgende Aktivitäten, zu fördern:

- Förderung und Unterstützung von Grundlagen- und angewandter Forschung
- Identifikation von wichtigen Forschungsbedürfnissen
- Dialog, Verbreitung der Information und Weitergabe von Wissen
- Förderung der Zusammenarbeit zwischen Forschern, sowohl national als auch international, vor allem in EU-Programmen

[<http://www.fas.forskning.se>]

12.15.7 Swedish Agency for Government Employers (SAGE)

(Medlemsorganisationen för Statliga Arbetsgivare)

SAGE ist der Arbeitgeberverband staatlicher Autoritäten und staatseigener Unternehmen. Als solcher ist SAGE für zentrale Verhandlungen sowie für die strategische Entwicklungen und für die Koordination von Aktivitäten zum Thema betriebliche Gesundheit zuständig. SAGE wurde am 1. Juli 1994 gegründet, hat 250 Mitglieder und wird durch seine Mitgliedsbeiträge finanziert. SAGE erhält keine direkte Finanzierung von der Regierung. Zu seinen Aufgaben gehört das Führen von Verhandlungen mit Gewerkschaften hinsichtlich der Entlohnung und der Gestaltung von Arbeitsbedingungen, sowie Hilfestellung bei der Auslegung und Interpretation der Arbeitsgesetzgebung und deren Regelungen. SAGE bietet demnach auch einen Rechtsbeistand in arbeitsrechtlichen Gerichtsverfahren.

[<http://www.arbetsgivarverket.se>]

12.15.8 Government Sector Development Council (GSDC)

(Utvecklingsrådet för den Statliga Sektorn)

GSDC ist für nationale Entwicklungstätigkeiten im Bereich betrieblicher Gesundheit und Sicherheit zuständig. Zur Hauptaufgabe des Rates zählt es, lokale Entwicklungsprojekte mittels finanzieller Unterstützung zu fördern, er fungiert ferner als Netzwerkpartner zwischen Regierungsinstitutionen, erstellt Richtlinien, stellt Bücher und Informationen bereit und organisiert Seminare und Konferenzen zum Thema Betriebliche Gesundheitsförderung. Der Rat stellt die Finanzierung für solche Projekte bereit, welche am Arbeitsmarkt eingeführt und von Arbeitgebern und Gewerkschaften vereinbart wurden. Ratsvorsitzender ist die schwedische „Agency for Government Employers“ (SAGE). [<http://www.utvecklingsradet.se>]

12.15.9 Labour Market Insurance Company (LMIC)

(AFA Försäkring)

LMIC, eine Gemeinschaftsorganisation von Versicherungsgesellschaften, bietet bei Arbeitslosigkeit, im Krankheitsfall, bei Karenz oder im Todesfall Versicherungsschutz. Ein wichtiger Aufgabenbereich der LMIC liegt in der Unterstützung und Förderung von Forschung und Projekten, die zur Verbesserung des Gesundheitswesens und des Arbeitsumfeldes beitragen. LMIC finanziert sich aus den Beiträgen der Arbeitgeber und Arbeitnehmer. [<http://www.afa.se>]

12.15.10 National Institute for Working Life (NIWL)

(Arbetslivsinstitutet)

NIWL war Schwedens nationales Zentrum für Forschung im Bereich der Arbeitsumwelt und Betrieblicher Gesundheitsförderung. Zugehörig zum Institut war die Fachbibliothek „Working Life Library“, die sowohl Forschern als auch der Öffentlichkeit zur Verfügung stand. Das Institut bot Lehrgänge im Bereich des Arbeitsschutzes und der BGF, aber auch Kurzurse und Seminare zu diesen Themengebieten an. Am 1. Juli 2007 wurde NIWL, aufgrund eines Beschlusses vom schwedischen Parlament, geschlossen. Die Fachbibliothek wurde daraufhin in die Universitätsbibliothek von Stockholm eingegliedert. NIWL fungierte bis zum Zeitpunkt

seiner Schließung als nationale Kontaktstelle des ENWHP. Zum jetzigen Zeitpunkt steht noch nicht fest, wer zukünftig diese Funktion in Schweden übernehmen wird.

[<http://www.arbetslivsinstitutet.se>]

12.15.11 Prevent

Prevent ist Schwedens wichtigster Wissenslieferant und Seminaranbieter im Bereich der betrieblichen Gesundheit und Sicherheit. Es handelt sich hierbei um einen Verein dessen Eigentümer das Bündnis schwedischer Unternehmen und das schwedische Gewerkschaftsbündnis sind. Die Aufgaben des Vereines liegen in der Bereitstellung von Ausbildungs- und Arbeitsmaterialien, sogenannten „Factbooks“, sowie in der Organisation von Kursen und Konferenzen, aber auch im Wissenstransfer rund um den Bereich BGF durch die Veröffentlichung der Zeitschrift "Arbetsliv". Ferner obliegt es dem Verein Methoden und Vorkehrungen zu entwickeln, um Arbeitsbedingungen zu verbessern und in Folge gesunde Arbeitsabläufe zu fördern. In Zusammenarbeit mit der „Labour Market Insurance Company“, die gemeinschaftlich von der Gewerkschaft und von Arbeitgeberorganisationen geführt wird, legt Prevent sein Augenmerk auf die Erhebung von Krankenstandsdaten, um sicherzustellen, dass sofort auf Tendenzen und Veränderungen im Bereich des Arbeitslebens reagiert werden kann. [<http://www.prevent.se>]

12.15.12 Work Environment Association (WEA)

(Arbetsmiljöforum)

Der Verein ist eine „Non-Profit“ Organisation die sich mit der Förderung von Gesundheit und der Entwicklung von Arbeitsbedingungen sowohl in Unternehmen, als auch im öffentlichen Dienst befasst. WEA veröffentlicht das Journal „Du och jobbet“, beantwortet Fragen in Zusammenhang mit dem Arbeitsumfeld, organisiert Seminare, empfiehlt Bildungseinrichtungen und verkauft Literatur zum diskutierten Thema. Die Organisation hat ihren Ursprung in einem Verein zum Schutz der Gesundheit von Arbeitern – „Föreningen för arbetarskydd“ (FFA). FFA wurde bereits im Jahr 1905 nach dem Prinzip gegründet, dass das Zusammenwirken zwischen Arbeitgebern und Angestellten wesentlich ist um positive Änderung am Arbeitsplatz zu bewirken. [<http://www.arbetsmiljoforum.com>]

12.16 Spanien

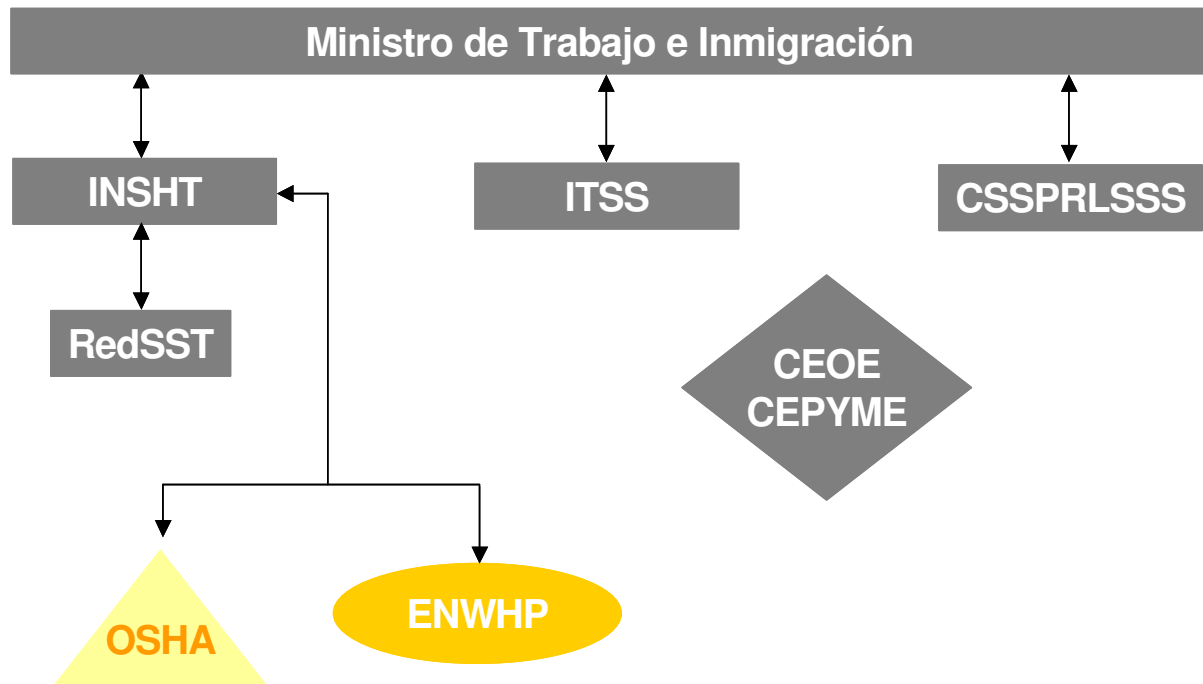


Abbildung 23: Graphische Darstellung des BGF Systems in Spanien [Eigene Darstellung]

12.16.1 Gesundheitssystem in Spanien

Die Organisationsstruktur des spanischen Gesundheits- und Sicherheitssystems gliedert sich in folgende drei Schlüsselfunktionsebenen:

1. Die staatliche Arbeits- und Gesundheitsadministration
2. Die Sozialpartner
3. Die Unternehmen

[<http://www.mtas.es>]

Der Staat ist dabei mit der Gesetzgebung und der Entwicklung von Standards, also mit der Förderung betrieblicher Sicherheit und Gesundheit, aber auch mit der Entwicklung von Informationssystemen und der Durchführung von Bildungsmaßnahmen betraut. Er ist ferner für die Setzung von Sanktionen bei Nicht-Einhaltung der vorgeschriebenen Standards verantwortlich. Neben der Vertretung der Interessen von Arbeitgebern und Arbeitnehmern, kooperieren Spaniens Sozialpartner auf dem Gebiet der Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz sehr eng miteinander. Vorrangiges Ziel ist es, eine entsprechende Grundlage für die

Implementierung betrieblicher Gesundheitspolitik zu schaffen. Darüber hinaus sind auch spanische Unternehmen dazu aufgefordert an der Verbesserung und Weiterentwicklung der Gesundheit und des Sicherheitsschutzes im eigenen Betrieb zu arbeiten. Die richtige Auswahl von Maßnahmen ist hier insofern wichtig, als dass davon die Akzeptanz derselben seitens der Mitarbeiter abhängt. [<http://www.mtas.es>]

12.16.2 Ministro de Trabajo e Inmigración

Das Ministerium für Arbeit und Soziales, „Ministro de Trabajo e Inmigración“, ist in erster Linie für die Ausarbeitung und Implementierung der Arbeits- und Sozialpolitik in Spanien verantwortlich. Das Ministerium wurde um 1920 ins Leben gerufen und hat seither immer mit der selben Zuständigkeit, nämlich mit Belangen rund um Arbeit und Gesundheit, zu tun. Der Verantwortungsbereich erstreckt sich von der Planung der Sozial- und Arbeitspolitik, über die Umsetzung der Gesundheits- und Beschäftigungspolitik im Arbeitsalltag in Zusammenarbeit mit entsprechenden verantwortlichen Einrichtungen, bis hin zur Leitung des Sozialversicherungssystems. [<http://www.eurofound.europa.eu>]

Die betriebliche Sicherheit und Gesundheit in Spanien hat sich im Laufe des letzten Jahrzehnts, vor allem aufgrund der Definition und Umsetzung von Präventivmaßnahmen für den Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung, wesentlich verbessert. Unternehmen ab 250 Mitarbeitern müssen heute gesundheitsfördernde Interventionen etablieren um ihren Mitarbeitern so ein gesundes Arbeitsumfeld bieten zu können. [<http://empleo.mtas.es>]

12.16.3 Inspección de Trabajo y Seguridad Social (ITSS)

Bei ITSS handelt es sich um das spanische Arbeitsinspektorat. Wie in den anderen europäischen 15 Ländern ist diese Institution auch in Spanien für die Überwachung der Einhaltung von gesetzlichen Vorschriften, den spanischen Arbeits- und Gesundheitsschutz betreffend, verantwortlich. Das ITSS ist dem Ministerium für Arbeit und Soziales unterstellt. [<http://www.mtas.es>]

12.16.4 Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (INSHT)

INSHT, das nationale Institut für Sicherheit und Hygiene am Arbeitsplatz, garantiert im Rahmen seiner Funktion die Entwicklung, Bereitstellung und Weitergabe von Informationen hinsichtlich der Sicherheit, Hygiene und Gesundheit am Arbeitsplatz. Darüber hinaus ist das Institut mit der Aufgabe betraut, Standards im Bereich der Gesundheit und Sicherheitspolitik am Arbeitsplatz auf nationaler Ebene zu entwickeln. Auch das Angebot von einschlägigen Aus- und Weiterbildungen ist Bestandteil der Arbeit des Institutes. Weiters sind Lobbying für Gesundheitsförderung und Prävention sowie die Vernetzung mit nationalen und internationalen Akteuren sind wesentlicher Bestandteil der Arbeit des INSHT. [<http://www.mtas.es>]

Es handelt sich hierbei um ein Institut das dem Arbeitsministerium unterstellt ist. Kooperationspartner sind sowohl Sozialpartner als auch öffentliche Einrichtungen und privatwirtschaftliche Unternehmen. INSHT hat darüber hinaus eine Doppelrolle inne. Es ist einerseits nationale Kontaktstelle der Europäischen Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz (OSHA) in Spanien und ferner nationaler Ansprechpartner des Europäische Netzwerks für Betriebliche Gesundheitsförderung (ENWHP). [<http://es.osha.europa.eu>]

12.16.5 Red Española de Seguridad y Salud en el Trabajo (RedSST)

RedSST ist die Bezeichnung für das spanische Netzwerk für Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz. Es dient allen Interessierten als nationale Drehscheibe zum Austausch von Informationen und Kenntnissen mit dem Schwerpunkt Berufsrisiken, Betriebliche Gesundheitsförderung und Prävention. RedSST wird vom INSHT koordiniert. [<http://es.osha.europa.eu>]

12.16.6 Comisión de Seguridad Social, Prevención de Riesgos Laborales, Sanidad y Servicios Sociales (CSSPRLSSS)

CSSPRLSSS ist eine Expertenkommission die im Auftrag des Ministeriums für Arbeit und Soziales tätig ist. Die Kommission, zusammengesetzt aus Vertretern der Regierung, Sozialpartnern und verschiedenen Experten, erarbeitet Strategien, Lösungsansätze sowie Präventivmaßnahmen zu folgenden Schwerpunktthemen:

- Berufliche Gesundheit und Sicherheit
- Sozialversicherungssystem
- Chancengleichheit

[\[http://www.ceoe.es\]](http://www.ceoe.es)

12.16.7 Confederación Española de Organizaciones Empresariales (CEOE)

Die spanische Arbeitgebergewerkschaft (CEOE) wurde 1977 gegründet und vertritt seither die Interessen der spanischen Privatwirtschaft. Die spezifischen Interessen von kleineren Unternehmen werden vom spanischen Bündnis Klein- und Mittelbetriebe „Confederación Española de la Pequeña y Mediana Empresa“ (CEPYME), einer nationalen Organisation die ebenfalls ein Mitglied der CEOE ist, vertreten. Die CEOE führt laufend Wirtschafts-, Sozial- und Arbeitsmarktanalysen durch. Primäres Ziel sind dabei die Entwicklung innovativer Lösungsansätze zur Förderung von Gesundheit und zur Vorbeugung von Erkrankungen am Arbeitsplatz, aber auch die Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit spanischer Unternehmen.

[\[http://www.ceoe.es\]](http://www.ceoe.es)

12.17 Zusammenfassung der Ergebnisse

Grundsätzlich zeigt sich in den von uns untersuchten Ländern ein relativ einheitliches Bild in den Strukturen und Systemen der Betrieblichen Gesundheitsförderung.

In allen EU 15 ist das Arbeitsministerium der wichtigste öffentliche Akteur auf dem Gebiet der Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz. In sieben der untersuchten Länder beschäftigt sich darüber hinaus das Gesundheitsministerium mit BGF (Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Luxemburg, Österreich und Portugal). Die Ministerien setzten sich entweder in eigenen Abteilungen oder in eigens dafür eingerichteten Forschungs- und/oder Gesundheitsförderungsinstituten mit der Thematik auseinander. In allen 15 Ländern ist die Regierung (im Speziellen das Arbeits- oder Gesundheitsministerium) für die Schaffung von rechtlichen Rahmenbedingungen zur Sicherheit und Gesundheit am Arbeitsplatz zuständig. Betriebliche Gesundheitsförderung findet überall Eingang in einschlägige Gesetze.

In zehn von 15 untersuchten Ländern gibt es öffentliche Institute die sich auch mit Gesundheitsförderung im betrieblichen Kontext beschäftigen. In Finnland, Griechenland, Irland, Österreich und Portugal waren keine staatlichen Einrichtungen zu finden. Die Aufgabenbereiche erstrecken sich einheitlich von der Sammlung, Aufbereitung und Verbreitung themenrelevanter Information, über die Sensibilisierung und Beratung bis hin zur Aus- und Weiterbildung von Akteuren und Experten. Unabhängige Einrichtungen waren in neun Ländern zu finden (Belgien, Deutschland, Finnland, Griechenland, Großbritannien, Italien, Luxemburg, Österreich und Schweden). Ihr Arbeitsinhalt unterscheidet sich gemäß unseren Recherchen nicht von jenem der eben beschriebenen öffentlichen Institute. Auffallend ist, dass in Irland und Portugal weder öffentliche noch unabhängige Akteure zu finden waren.

Forschung auf dem Gebiet der BGF wird in acht Ländern durch eigens dafür eingerichtete Institute betrieben. Staatliche Forschungsinstitute gibt es in Dänemark, Finnland und Irland, private Forschungsinstitute in Frankreich, Griechenland den Niederlanden, Portugal und Schweden. Dies impliziert jedoch nicht, dass in den übrigen sieben Ländern keine Forschung stattfindet. Vielmehr ist Forschung hier zumeist Bestandteil der Aufgaben von Ministerien oder anderen Akteuren.

Die Kontrolle von gesetzlichen Rahmenbedingungen durch Arbeitsinspektorate erfolgt in zwölf Ländern. In Belgien, Frankreich und Italien waren auch nach gründlicher Recherche keine derartigen Kontrollorgane zu finden.

Versicherungen (vor allem Sozial- und Unfallversicherungen) sind naturgemäß sehr daran interessiert die Bevölkerung gesund zu halten, um dadurch Kosten zu vermeiden. Dieser Umstand veranlasst Versicherungsträger einiger Länder sich auch mit BGF zu beschäftigen. In Deutschland, Finnland, Frankreich, Italien, Österreich und Schweden konnten wir gezielte Aktivitäten in diesem Bereich erkennen. Grundsätzlich sind wir davon ausgegangen, dass Krankenkassen ein mindestens genauso großes Interesse an Prävention haben wie Versicherungsanstalten. Sind es, wie eben erwähnt, Versicherungen in sechs Ländern, so sind es nur drei Länder (Belgien, Deutschland und Österreich) in denen sich die Krankenkassen mit der Thematik der Betrieblichen Gesundheitsförderung auseinandersetzen.

In Deutschland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Irland, Italien, Luxemburg, den Niederlanden, Österreich, Schweden und Spanien beschäftigen sich die Sozialpartner explizit mit Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz. Hier ist anzumerken, dass nicht nur die Arbeitnehmervertretungen, sondern auch die Arbeitgebervertretungen (in Luxemburg, den Niederlanden und Österreich) involviert sind.

Nationale Wissensplattformen und Netzwerke zum Thema sind in Dänemark, Deutschland, Griechenland, Großbritannien, Österreich, Portugal und Spanien zu finden. Förderinstitutionen für Betriebliche Gesundheitsförderungsprojekte und Forschung auf diesem Gebiet gibt es in Dänemark, Finnland und Großbritannien.

Gemessen an der Anzahl an Einrichtungen sind die größten Aktivitäten in Deutschland (8), Finnland (8), Großbritannien (7), Österreich (8) und Schweden (7) zu erkennen, die wenigsten in Belgien (4) und Irland (4). Die restlichen sieben Länder befinden sich im Mittelfeld mit jeweils fünf oder sechs Institutionen die sich mit BGF auseinander setzen.

Tabelle 6 gibt einen zusammenfassenden Überblick der einzelnen Institutionen in den untersuchten Staaten:

Einrichtungen / Länder	BE	DK	DE	FI	FR	EL	UK	IE	IT	LU	NL	AT	PT	SE	ES
Arbeitsministerium	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Gesundheitsministerium				x	x		x			x		x	x		
staatliche Gesundheitsförderer	x	x	x		x		x		x	x	x			x	x
unabhängige Gesundheitsförderer	x		x	x		x	x		x	x		x		x	
Forschungsinstitute		x		x	x	x		x			x		x	x	
Arbeitsinspektorate		x	x	x		x	x	x		x	x	x	x	x	x
Versicherungsanstalten			x	x	x				x			x		x	
Krankenkassen	x		x									x			
Sozialpartner			x	x	x	x		x	x	x	x	x		x	x
nationale Netzwerke		x	x			x	x					x	x		x
BGF-Fördergeber		x		x			x								

Tabelle 6: Vergleichende Zusammenfassung der Institutionen je Land [Eigene Darstellung]

Wenn wir eingangs erwähnt haben, dass die Strukturen der BGF in den von uns untersuchten Ländern nahezu einheitlich aufgebaut sind, so waren doch zwei Extreme auszumachen. Folgt die Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz in Großbritannien und in Irland sehr stark einer Hierarchie die zentral von der Regierung geleitet wird, so ist der Prozess der Entwicklung einer BGF Strategie in den Niederlanden ein offener und dynamischer Dialog zwischen der öffentlichen Hand und privatwirtschaftlichen Unternehmen. In allen übrigen EU 15 Ländern ist die Struktur der BGF nicht in einem auffallenden Ausmaß einer stark staatlichen oder stark privatwirtschaftlichen Richtung zuzuordnen. Großteils sind eine Reihe von Institutionen beider Seiten neben- und/oder miteinander tätig.

Betrachtet man die Inhalte der Gesundheitsförderung im betrieblichen Setting, so mussten wir feststellen, dass die Schwerpunkte vor allem auf der Verhaltensprävention und hier auf klassischen Themen wie physischer Aktivität oder gesunder Ernährung liegen. Psychische Arbeitsbelastungen wie Stress, Burnout oder Mobbing waren auch in nahezu allen untersuchten Ländern als Themen zu finden. Jedoch kommen wir nicht umhin darauf aufmerksam zu machen, dass Dinge wie Sinnfindung, Führungsqualität, Handlungsspielräume oder gemeinsame Werte und Regeln als Basis für Gesundheit in keinem Land expliziter Bestandteil einer BGF Strategie waren. Einzig Belgien bildet für uns einen Ausreißer „nach oben hin“. Hier

wird in diesem Zusammenhang zumindest von „Vermenschlichung der Arbeit“ („Humanisation du Travail“) gesprochen.

Abschließend merken wir an, dass wir bezüglich der Ergebnisse und Beschreibung der Ländersysteme keinen Anspruch auf Vollständigkeit erheben.

13 Zahlen und Fakten

Die Gewährleistung von Sicherheit und Gesundheit der arbeitenden Bevölkerung ist, wie bereits mehrmals erwähnt, erklärtes Ziel aller Mitgliedstaaten der Europäischen Union. Arbeitsbedingungen sollen derart gestaltet sein, dass sie ein gesundes und langes Erwerbsleben erlauben. Neben den bereits in Kapitel 11.2 genannten Aufgaben führt die „European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions“ (EUROFOUND) seit dem Jahr 1990 alle fünf Jahre sogenannte „European Working Conditions Surveys“ durch, um Veränderungen von Einflussfaktoren auf die Arbeitsbedingungen abzubilden und diese auf einer quantitativen Ebene zu erfassen.[EUROFOUND, 2007]

Die neuesten Daten wurden mit der „Fourth European Working Conditions Survey“ im Jahr 2005 erhoben und im Jahr 2007 veröffentlicht. Gemäß unserer Recherchen und auch gemäß Veröffentlichungen der EUROFOUND handelt es sich hierbei um die fundiertesten zur Verfügung stehenden Daten auf europäischer Ebene in diesem Bereich. Die Probanden wurden zufällig und nach dem Prinzip der „random walk“ Methode ausgewählt und persönlich in den eigenen vier Wänden interviewt. Vorab wurde jedes Land in geographische Zonen geteilt, aus denen wiederum eine Adresse zufällig ausgewählt wurde, von welcher aus der „random walk“ startete. Insgesamt wurden Interviews mit über 30.000 Personen durchgeführt. Der Fragebogen bestand aus rund 100 Fragen. [EUROFOUND, 2007] Wir beziehen uns in den folgenden Ausführungen ausschließlich auf die veröffentlichten Zahlen der „Fourth European Working Conditions Survey“ aus dem Jahr 2005. Berechnungen und Interpretationen der Daten wurden eigenständig vorgenommen.

13.1 Beeinträchtigung der Gesundheit durch die Arbeit nach Art der Krankheit

Arbeitsbedingte Erkrankungen sind Störungen der Gesundheit, die ganz oder zum Teil durch Arbeitsbedingungen verursacht oder negativ beeinflusst werden. Berufskrankheiten hingegen sind Schädigungen der Gesundheit, die durch eine versicherte Tätigkeit entstehen und den Anspruch auf Entschädigung durch den Unfallversicherungsträger innehaben. Berufskrankheiten können meist kausal mit der Ausübung einer bestimmten Tätigkeit in Zusammenhang gebracht werden und sind häufig chronisch. [<http://www.arbeitsinspektion.gv.at>]

Da die Daten der Studie auf der Befragung von Personen, und somit auf Selbsteinschätzungen basieren, gibt es dahingehend keine scharfe Abgrenzung. Gefragt wurde ob die Arbeit negativen Einfluss auf die Gesundheit hat, und wenn ja in welcher Form, Mehrfachantworten waren möglich.

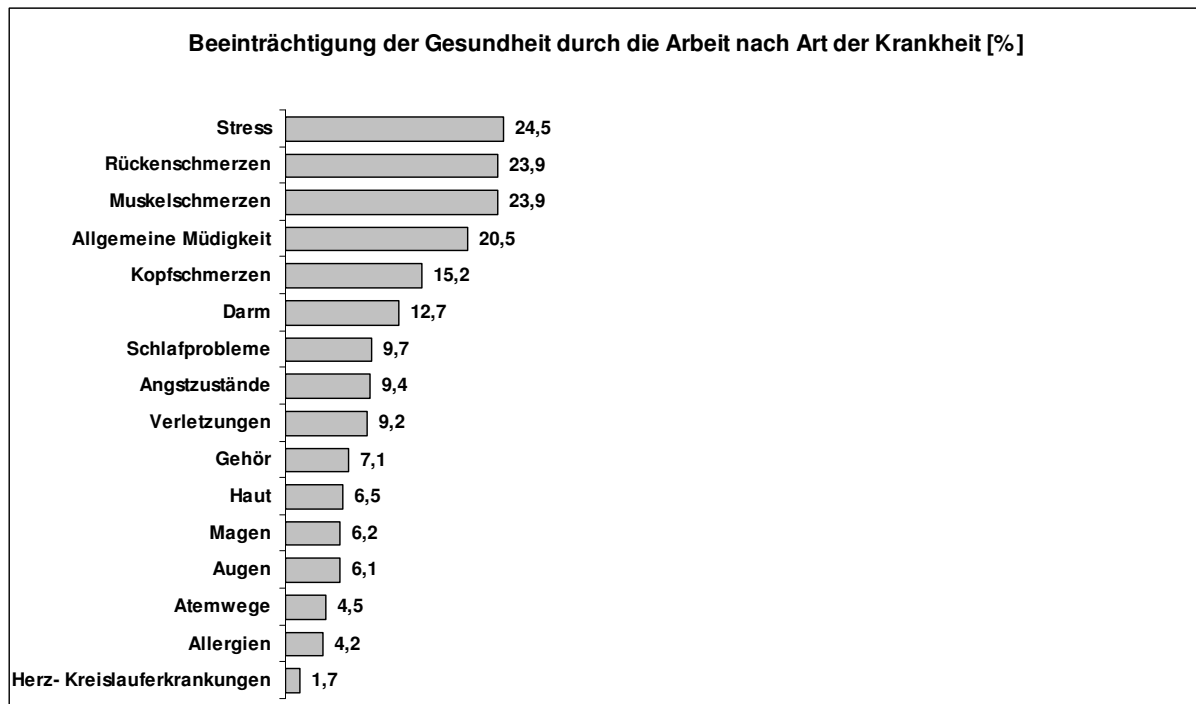


Abbildung 24: Beeinträchtigung der Gesundheit durch die Arbeit nach die Art der Krankheit [Eigene Darstellung]

Wenig überraschend rangieren die Volkskrankheiten Stress und Rückenschmerzen auf Platz eins der arbeitsbedingten Beeinträchtigungen, dicht gefolgt von Muskelschmerzen und allgemeiner Müdigkeit. Mehr als die Hälfte der Befragten klagen über Beschwerden des Muskel- oder Skeletapparates (58,4%), 45% fühlen sich müde oder gestresst. Immerhin 12,7% der Befragten glauben, dass die Arbeit mit ihren Darmproblemen in Zusammenhang steht.

13.1.1 Beeinträchtigungen der Gesundheit durch die Arbeit nach Ländern in Prozent von Hundert

Berechnet man die durchschnittlichen Beeinträchtigungen der Gesundheit pro Land und setzt sie in ein Verhältnis zueinander, sodass sie in Summe 100% ergeben, zeigt sich folgendes Bild:

In Großbritannien sind die Befragten mit 2,8% am wenigsten durch ihre Arbeit in ihrer Gesundheit beeinträchtigt. Österreich liegt hier um 1,3 Prozentpunkte über dem EU 15 Durchschnitt von 6,3%. Den Ausreißer nach oben bildet eindeutig Griechenland mit 14,5%.

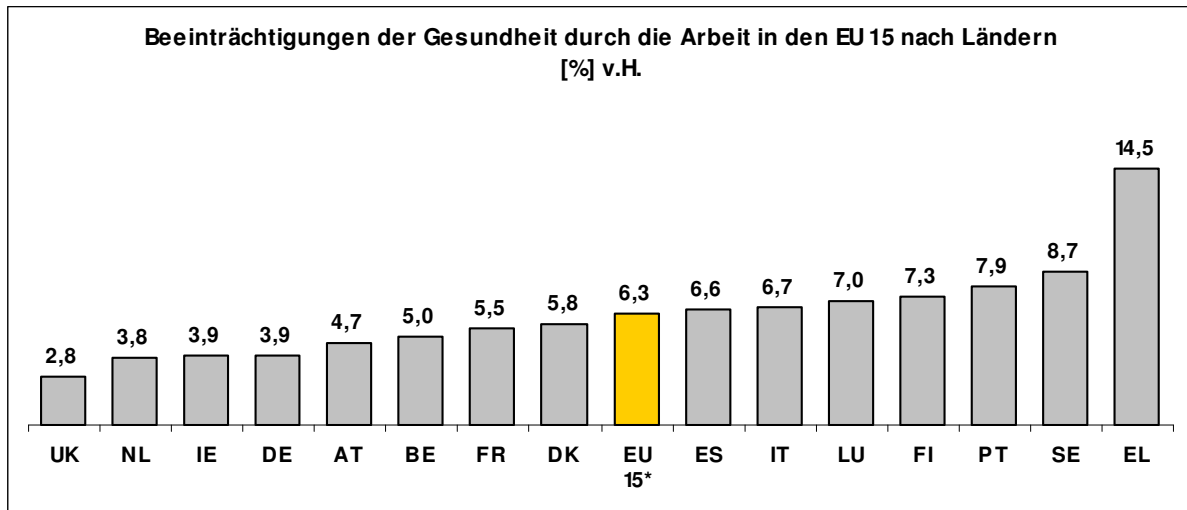


Abbildung 25: Beeinträchtigung der Gesundheit durch die Arbeit nach Ländern [Eigene Darstellung]

13.1.2 Körperliche versus psychische Beeinträchtigungen

Für Abbildung 27 werden die Erkrankungen Stress, allgemeine Müdigkeit, Schlafprobleme und Angstzustände zusammengefasst und als psychische Probleme definiert. Gegenübergestellt werden diese den übrigen in Abbildung 25 angeführten Erkrankungen, hier zusammengefasst und als körperliche Probleme bezeichnet. Weiters werden die durchschnittlichen prozentuellen Betroffenheiten pro Kategorie – psychische vs. körperliche Probleme kalkuliert:

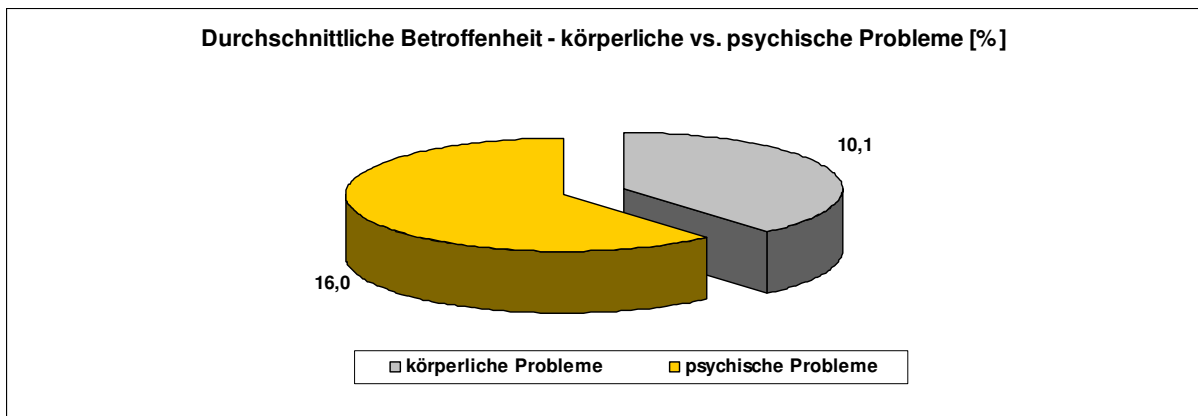


Abbildung 26: Durchschnittliche Betroffenheit – körperliche vs. psychische Probleme [Eigene Darstellung]

Die Betroffenheit von psychischen Problemen stellt sich als rund 1,6-mal höher heraus als die Betroffenheit von körperlichen Problemen. Steigender Leistungsdruck, ein höheres Arbeitstempo und sich rasch verändernde Arbeitsbedingungen könnten in Zusammenhang mit dem hohen Anteil an psychischen Problemen stehen. Jeder zehnte Befragte bringt seine körperlichen Beschwerden mit der Arbeit in Zusammenhang.

13.1.3 Stress nach Ländern

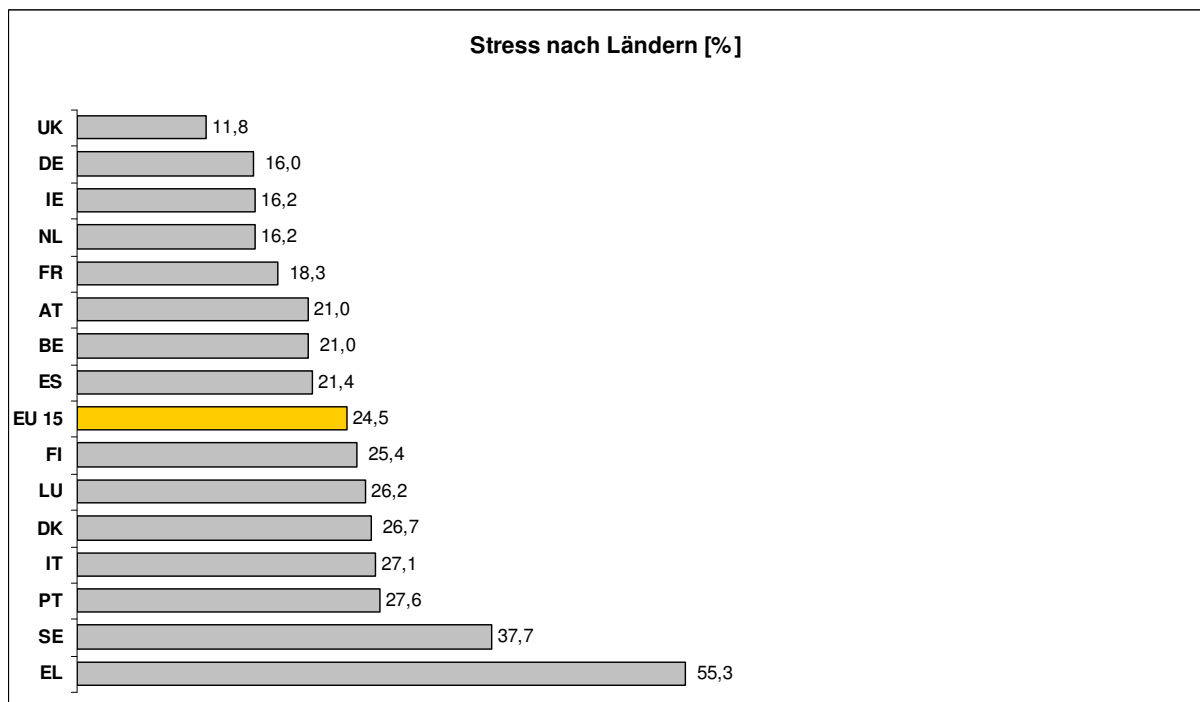


Abbildung 27: Stress nach Ländern [Eigene Darstellung]

Durchschnittlich fühlen sich in den EU 15 24,5% der Befragten in ihrer Gesundheit durch Stress in der Arbeit beeinträchtigt. Mit unter 20% sind Erwerbstätige in Großbritannien, Deutschland, Irland, den Niederlanden und Frankreich am wenigsten betroffen. Griechenland bildet eindeutig den Ausreißer nach oben. Hier geben über die Hälfte der Befragten (55,3%) an, dass Stress in der Arbeit ihre Gesundheit beeinträchtigt.

13.1.4 Rückenschmerzen nach Ländern

Im EU 15 Durchschnitt sind 23,9% der Befragten von Rückenschmerzen betroffen, die sie auf die Arbeit zurückführen. Großbritannien, die Niederlande und Irland weisen die geringste Betroffenheit (<15%) auf, wohingegen in Spanien (29,8%), Portugal (30,7%) und vor allem in Griechenland (47%) Rückenschmerzen im EU 15 Vergleich am häufigsten vorkommen. Tendenziell könnte man ein Nord–Süd Gefälle in den Extremwerten attestieren, wobei hier aber auch Finnland (26,2%), Luxemburg (26,9%) und Schweden (29,1%) im unteren Feld zu finden sind.

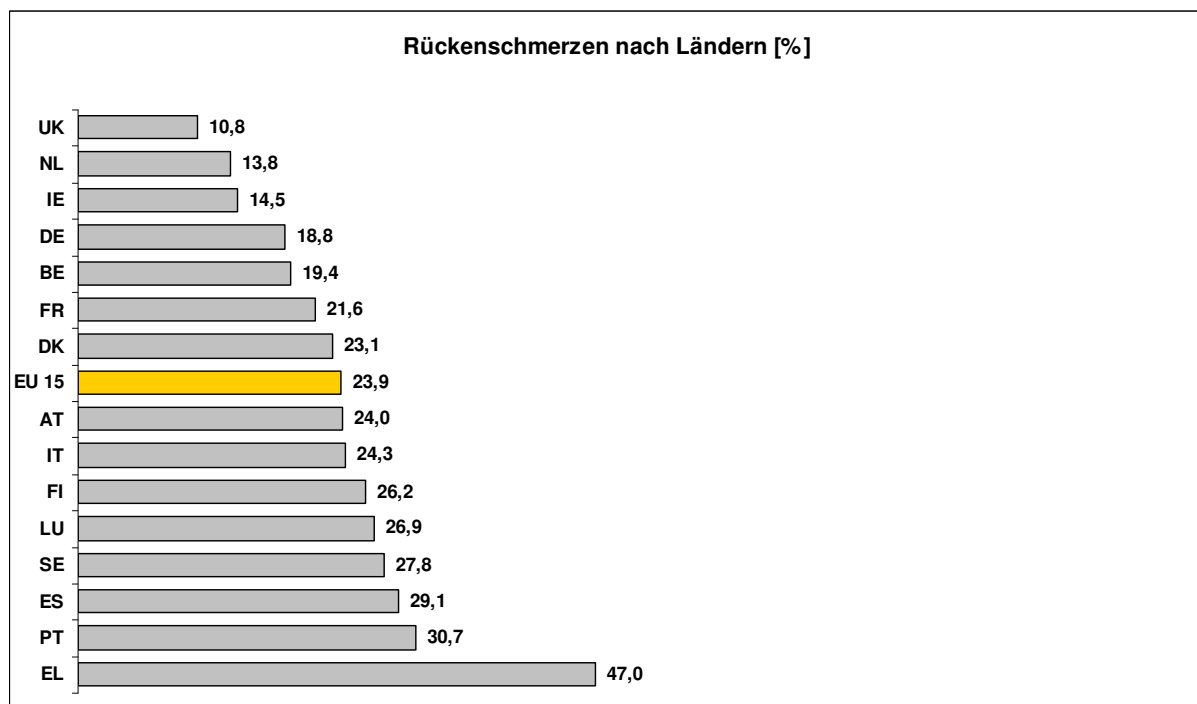


Abbildung 28: Rückenschmerzen nach Ländern [Eigene Darstellung]

13.1.5 Darmbeschwerden nach Ländern

Immerhin klagen durchschnittlich rund 13% der Befragten über Darmbeschwerden die sie auf die Arbeit zurückführen. Griechenland mit 27,6% Betroffenheit bildet auch bei diesem Krankheitsbild das Schlusslicht vor Portugal (16%) und Luxemburg (15,3%). Am besten schnitten hier wieder Deutschland (5,4%), Großbritannien (6,2%) und Irland (8,3%) ab. Österreich rangiert mit 8,5% Betroffenheit auf Platz vier.

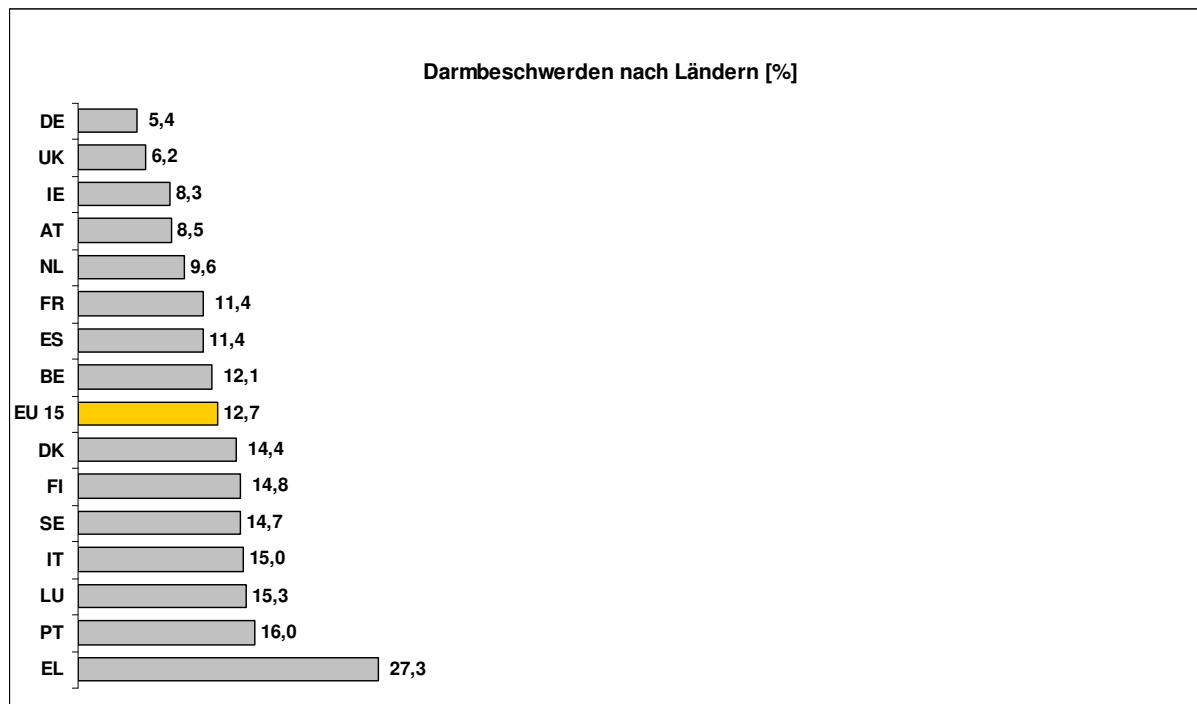


Abbildung 29: Darmbeschwerden nach Ländern [Eigene Darstellung]

13.2 Körperliche Arbeitsbelastungen nach Art der Belastung

Die „Fourth European Conditions Survey“ fragte die Probanden explizit nach der Art der Belastung (in Kategorien vorgegebenen), denen sie bei der Arbeit ausgesetzt sind. Die Antworten aus den europäischen 15 ergeben folgende Verteilung nach Belastungen in % (Mehrfachantworten waren möglich).

Nahezu drei Viertel der Befragten geben an, dass sie langem Stehen oder Gehen ausgesetzt sind, 62,5% machen ständig wiederholende Hand- oder Armbewegungen und 44,13% klagen über Schmerzen verursachende Arbeitshaltungen. Für ein Drittel der Befragten beinhaltet die Arbeit Heben und Tragen von Lasten. Wir wollen an dieser Stelle noch einmal die Nummern zwei und drei der Beeinträchtigungen der

Gesundheit durch die Arbeit (Rücken– und Muskelschmerzen) in Erinnerung rufen, und können nicht umhin, hier auf einen möglichen Zusammenhang hinzuweisen. Die Arbeitsbedingungen in Europa scheinen zu Erkrankungen des Muskel- und Skelettsapparates ihren Beitrag zu leisten. Die Wichtigkeit einer ergonomisch gesunden Gestaltung von Arbeitsplätzen erscheint uns in diesem Zusammenhang von hoher Relevanz.

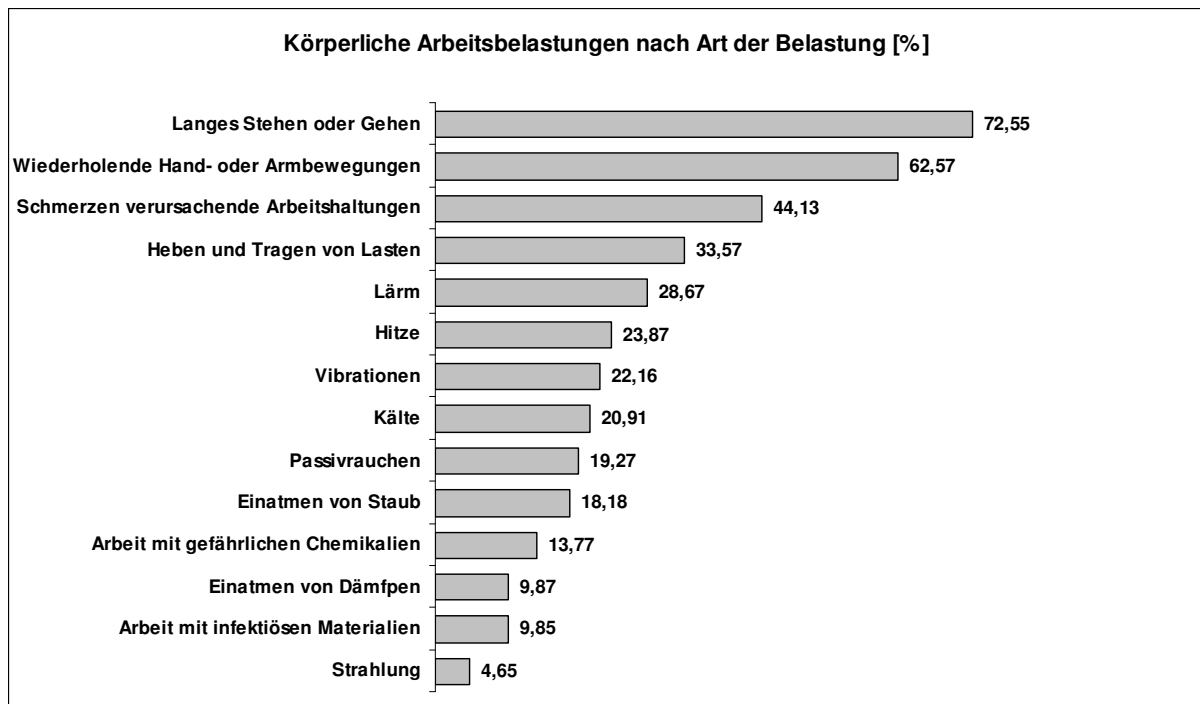


Abbildung 30: Körperliche Arbeitsbelastungen nach Art der Belastung [Eigene Darstellung]

13.2.1 Körperliche Arbeitsbelastungen nach Ländern in Prozent von Hundert

Der EU 15 Durchschnitt der körperlichen Arbeitsbelastungen liegt bei 6,3% von Hundert. Die meisten Belastungen weist hier Griechenland auf, das mit 8,5% von Hundert um 2,3% über dem Durchschnitt liegt. Die wenigsten Belastungen sind in den Niederlanden (4,9%), Irland (5,1%), Großbritannien (5,3%) und Luxemburg (5,5%) zu finden. Österreich (5,9%) liegt hier nur an neunter Stelle, knapp über dem EU 15 Durchschnitt. Grundsätzlich ist hier jedoch zu bemerken, dass hier kein Ausreißer nach oben oder unten zu finden ist.

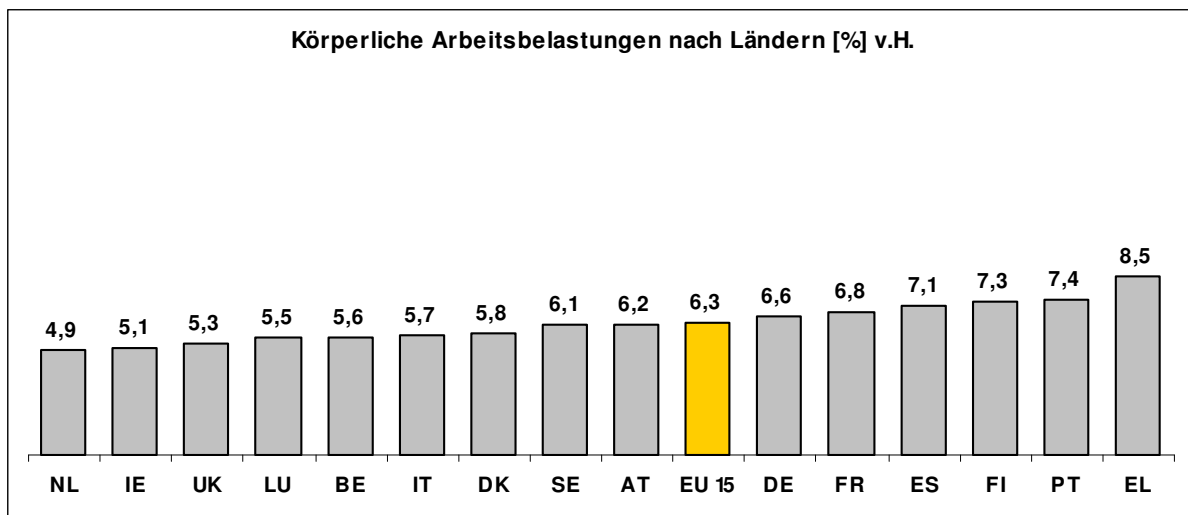


Abbildung 31: Körperliche Arbeitsbelastungen nach Ländern [Eigene Darstellung]

13.2.2 Langes Stehen oder Gehen nach Ländern

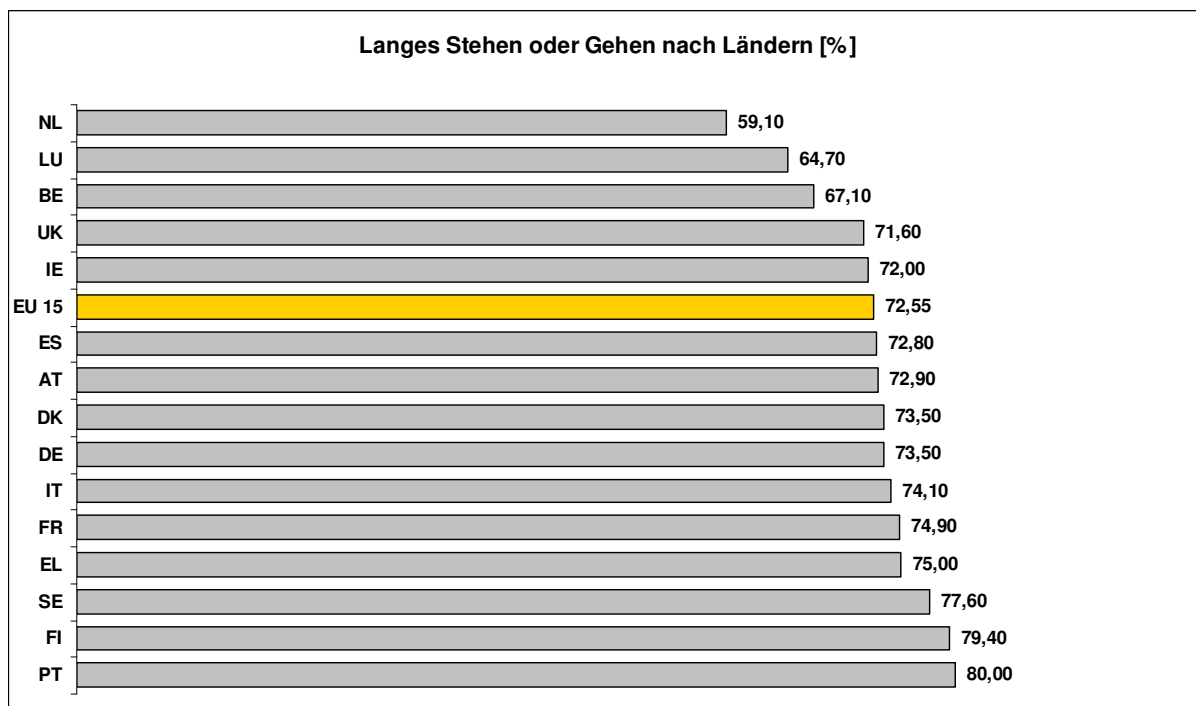


Abbildung 32: Langes Stehen oder Gehen nach Ländern [Eigene Darstellung]

72,55% der Befragten geben im EU Durchschnitt an, dass Langes Gehen oder Stehen Teil ihres Arbeitsalltages ist. Portugal bildet mit 80% Betroffenheit hier die Spitze vor Finnland (79,40%) und Schweden (77,60%). Niederländische Arbeitnehmer schneiden hier mit 59,10% vor Luxemburg (64,70%) und Belgien

(67,10%) am besten ab. Ein ähnliches Bild zeigt sich bei den Belastungen durch sich wiederholende Armbewegungen. Grundsätzlich sind hier bei der Verteilung keine länderspezifischen Auffälligkeiten für uns zu bemerken.

13.2.3 Schmerzen verursachende Arbeitshaltungen nach Ländern

Der EU 15 Durchschnitt liegt bei 44,13%. Griechenland (66,20%) und Portugal (57,10%) liegen, gleich wie in der Frage der Beeinträchtigung der Gesundheit durch Rückenschmerzen, auf den letzten Rängen. Auch an dieser Stelle wollen wir auf den eventuell bestehenden Zusammenhang hinweisen. Am wenigsten von Schmerzen verursachenden Arbeitshaltungen betroffen sind Befragte aus den Niederlanden (24,80%), Großbritannien (30,40%) und Irland (31,60%). Österreich finden wir in dieser Frage klar unter dem europäischen Durchschnitt auf Platz zwölf mit 50,10% Betroffenheit.

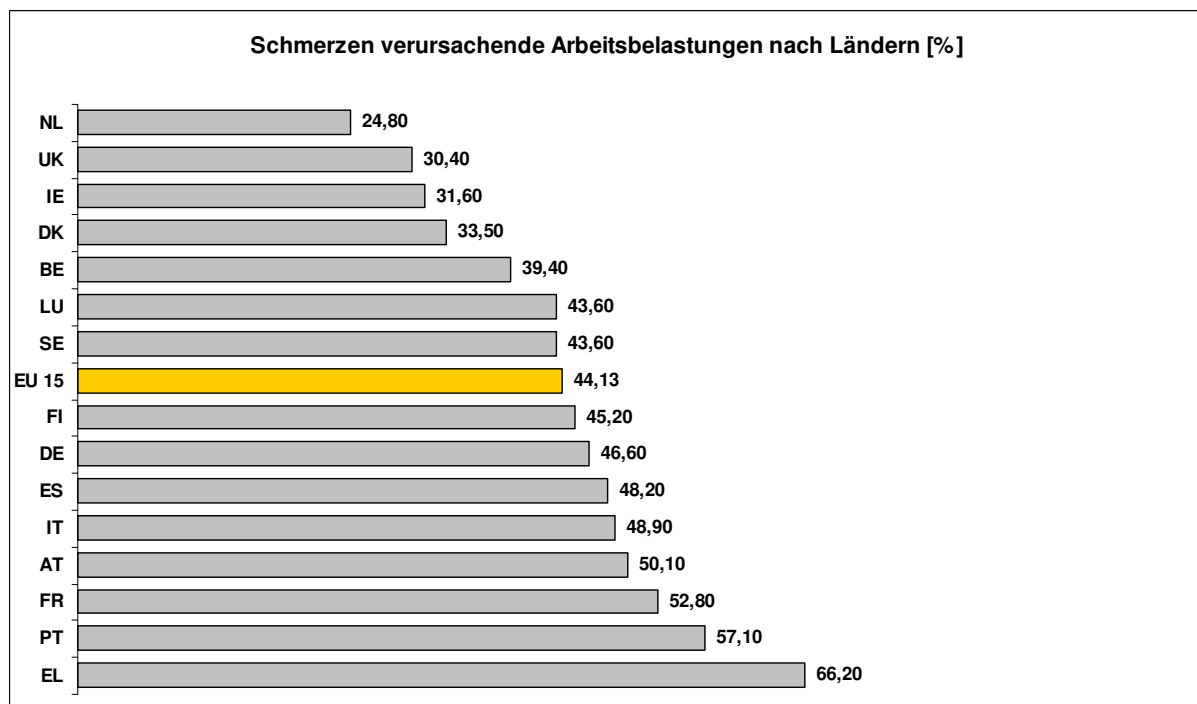


Abbildung 33: Schmerzen verursachende Arbeitshaltungen [Eigene Darstellung]

13.3 Psychische Arbeitsbelastungen

In der "Fourth European Working Conditions Survey" wird im Gegensatz zu den körperlichen Arbeitsbelastungen nicht explizit nach den psychischen

Arbeitsbelastungen gefragt. Nichtsdestotrotz finden diese Eingang in diverse Fragen zu den Themen Arbeitsorganisation, Arbeitsinhalte sowie Gewalt und Diskriminierung am Arbeitsplatz. Stress wurde im Kapitel 13.1 am häufigsten als Beeinträchtigung der Gesundheit durch die Arbeit genannt. Aus diesem Grund wollen wir im folgenden Abschnitt einige für uns relevante Fragen, vor allem zum Thema Stress, darstellen.

13.3.1 Knappe Deadlines nach Ländern

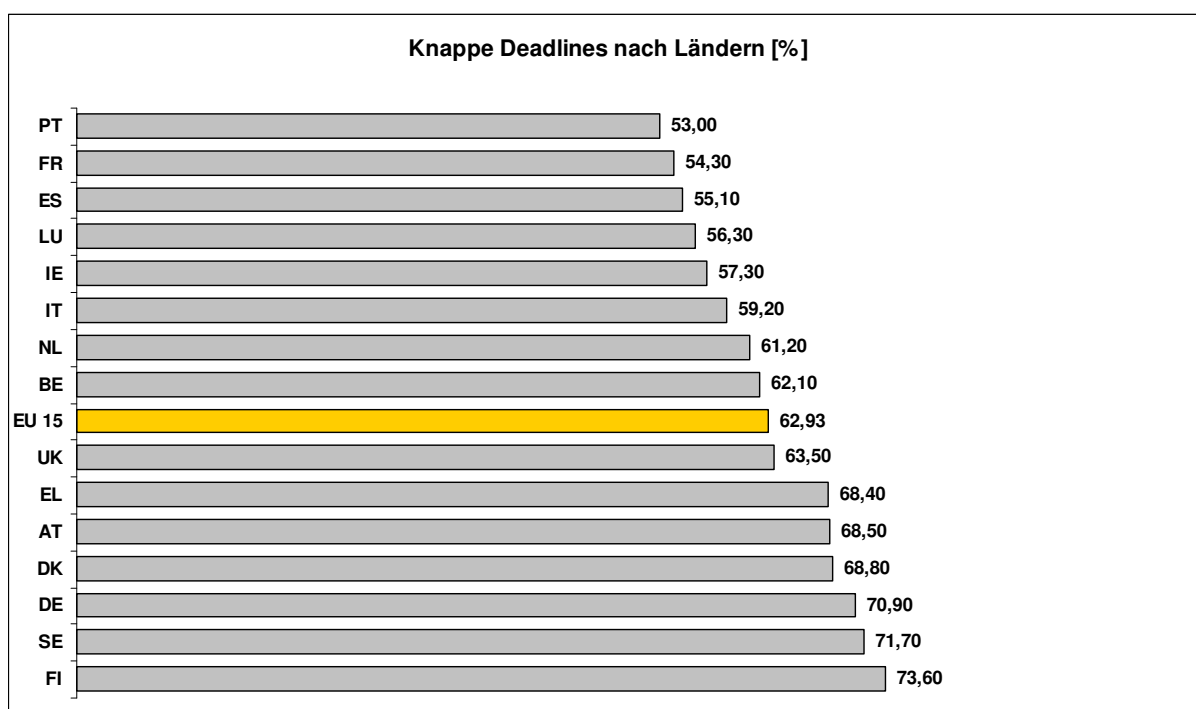


Abbildung 34: Knappe Deadlines nach Ländern [Eigene Darstellung]

Im Durchschnitt sind 62,93% der Arbeitnehmer mit knappen Abgabeterminen konfrontiert. Deutschland (70,9%), Schweden (71,70%) und Finnland (73,60%) sind hier auf den letzten Rängen zu finden. Im Gegensatz dazu befindet sich Portugal mit nur 53% Betroffenheit vor Frankreich (54,30%) und Spanien (55,10%) im Vorderfeld. Grundsätzlich ist in dieser Frage eine relativ hohe Betroffenheit zu bemerken. Wir wollen auch noch darauf hinweisen, dass sich auch hier ein Süd-Nord Gefälle abzuzeichnen scheint. Vor allem Portugal und Griechenland, die bei den Beeinträchtigungen der Gesundheit durch die Arbeit und den körperlichen Arbeitsbelastungen im Schlussfeld zu finden waren, schneiden im Vergleich zu einigen nördlichen Ländern verhältnismäßig gut ab.

13.3.2 Hohes Arbeitstempo nach Ländern

Irland (42%) und Großbritannien (46,70%) finden sich hier auf den Spitzenplätzen. Portugal (51,2%) neben Luxemburg (56,80%) und Spanien (60%) im Mittelfeld, und Finnland (77,7%) und Schweden (85%) wieder auf den letzten Rängen. Der Durchschnitt der 15 Länder ist mit 63,37% annähernd gleich hoch wie der EU 15 Durchschnitt bei knappen Deadlines. Auffällig ist hier ein relativ hoher Unterschied vor allem zwischen Spitzenreitern und Schlusslichtern. So ist die Betroffenheit in Schweden mehr als doppelt so hoch wie in Irland.

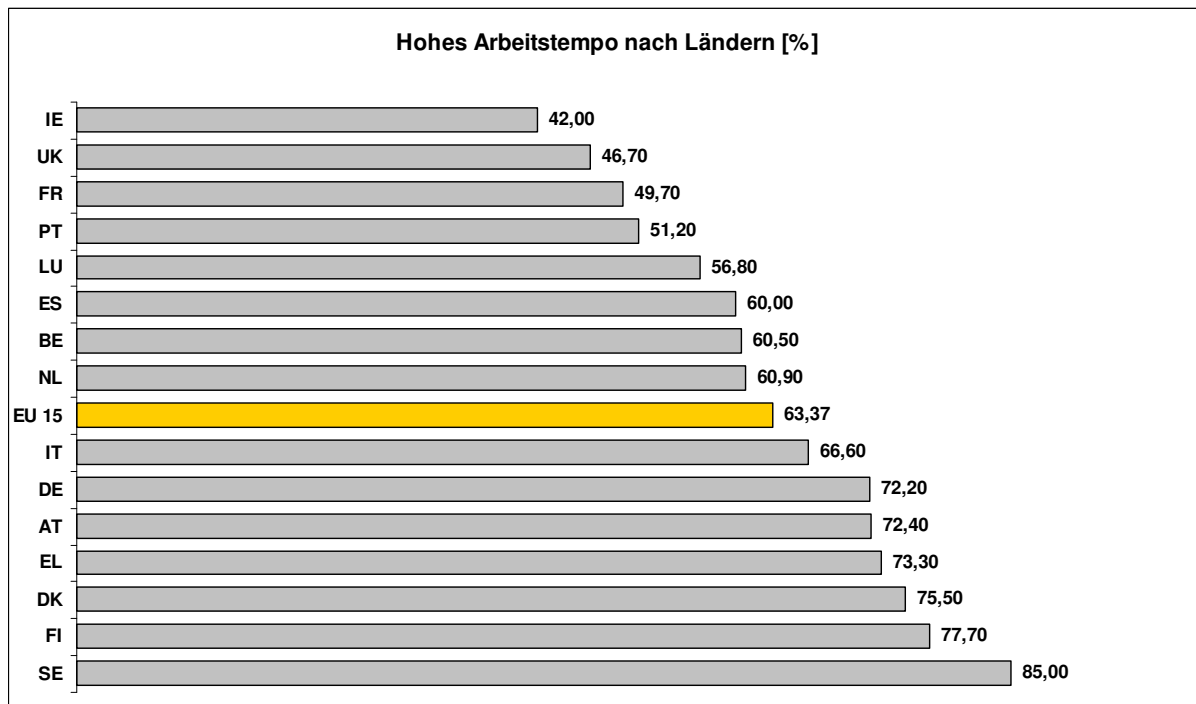


Abbildung 35: Hohes Arbeitstempo nach Ländern [Eigene Darstellung]

13.3.3 Überforderung nach Ländern

Hier wurde Folgendes in der „Fourth European Working Conditions Survey“ gefragt: „Welche der folgenden Alternativen beschreibt Ihre Arbeitsfähigkeiten am besten?“ Zur Auswahl standen folgende Antwortkategorien:

- „Ich brauche mehr Training um meine Aufgaben gut zu erfüllen.“
- „Meine Fähigkeiten entsprechen meinen Aufgaben.“
- „Meine Fähigkeiten erlauben es mir, weitere Aufgaben zu übernehmen.“

Die erste Antwortkategorie ist dahingehend interessant, als dass sie unserer Meinung nach, die Frage der Überforderung beinhaltet. Obwohl Unterforderung wohl

auch Einfluss auf das psychische Wohlbefinden von Arbeitnehmern hat, war die dritte Kategorie für uns nicht ausreichend spezifisch formuliert um sie als solche klassifizieren zu können. Die grundsätzliche Tatsache, dass man aufgrund seiner Fähigkeiten noch zusätzliche Aufgaben bewältigen kann, heißt für uns nicht, dass man sich mit seinen derzeitigen Arbeitsinhalten unterfordert fühlt.

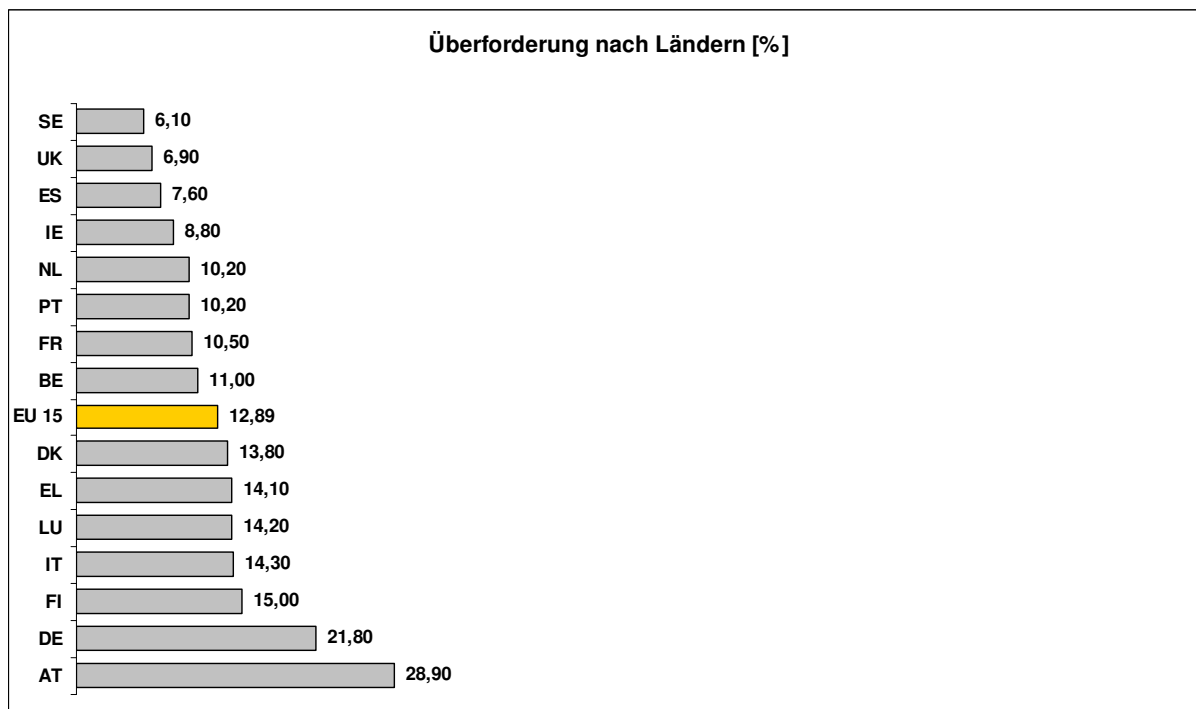


Abbildung 36: Überforderung nach Ländern [Eigene Darstellung]

Immerhin gibt im Durchschnitt rund jeder zehnte Befragte an, mehr Training zu benötigen, um seine Arbeitsaufgaben gut erfüllen zu können. In Österreich ist es nahezu jeder Dritte, in Deutschland jeder Fünfte. Schweden (6,10%) und Großbritannien (6,90%) sind hiervon am wenigsten betroffen. Auffallend ist hier vor allem Schweden, das in der Frage knapper Deadlines und des hohen Arbeitstempos jeweils im Schlussfeld zu finden war, hier jedoch an erster Stelle steht. Begründung dafür könnte ein hohes Bewältigungsvermögen der schwedischen Befragten im Umgang mit Stressoren sein.

13.3.4 Mobbing und Schikane nach Ländern

Beim Thema Mobbing und Schikane wurden die Studienteilnehmer gefragt, ob sie in den letzten zwölf Monaten Mobbinghandlungen oder Schikanen am Arbeitsplatz

ausgesetzt waren. Wie in Abbildung 37 ersichtlich liegt der EU 15 Durchschnitt in dieser Frage bei 7,25%, wobei die wenigsten Fälle in Italien (2,3%), Spanien (2,8%), Schweden (3,4%) und Portugal (3,6%) zu verzeichnen sind. Luxemburg (11,3%), die Niederlande (12%) und vor allem Finnland (17,2%) bilden hier die Schlusslichter. An dieser Stelle können wir jedoch nicht umhin darauf hinzuweisen, dass vielerorts kein offener Umgang mit derlei Themen stattfindet, weshalb wir hier auf weitere Interpretationen der Daten verzichten wollen.

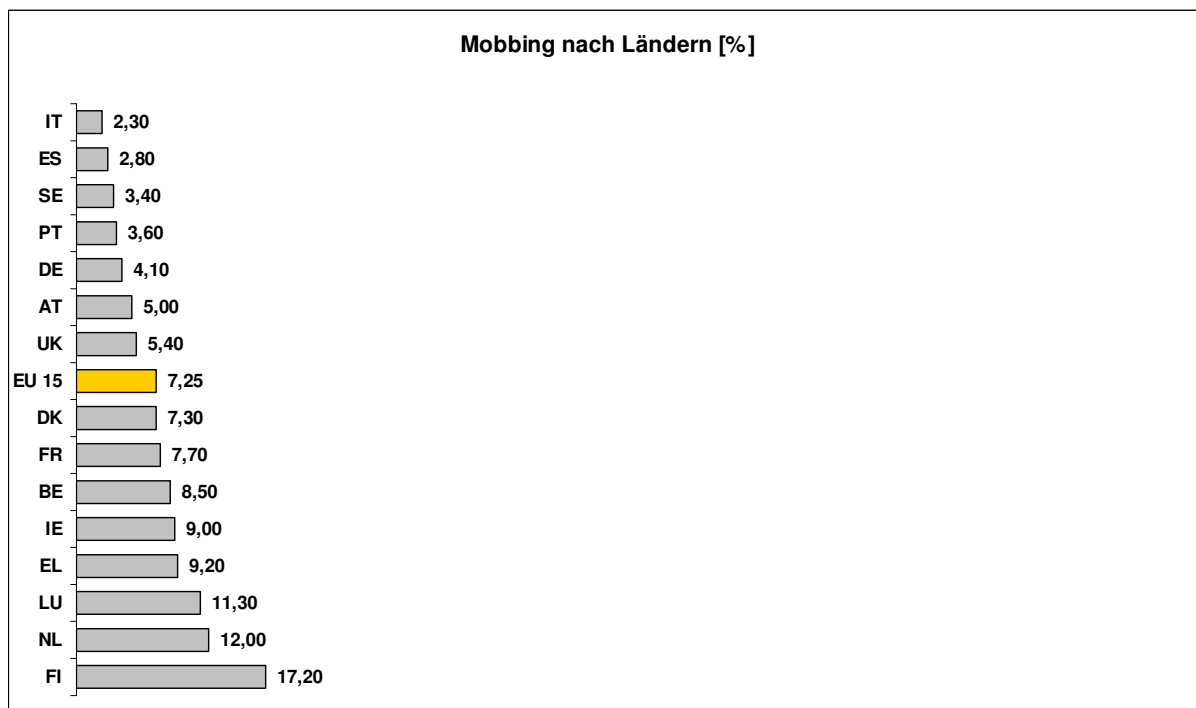


Abbildung 37: Mobbing nach Ländern [Eigene Darstellung]

13.4 Informiertheit hinsichtlich der Risiken von Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz nach Ländern

Auf die Frage wie gut die Befragten über die Gesundheits- und Sicherheitsrisiken am Arbeitsplatz informiert sind, haben im EU 15 Durchschnitt 82,6% geantwortet, sich sehr gut bzw. gut informiert zu fühlen. Mit 96,5% wissen Erwerbstätige in Finnland mit Abstand am besten vor Großbritannien (89,8%), Deutschland (89,4%) und Irland (89%) über Risiken ihre Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz betreffend Bescheid, wohingegen sich Arbeitnehmer in Frankreich mit 68,9% am schlechtesten informiert fühlen. Das gute Abschneiden von Finnland in dieser Frage ist für uns

überraschend. Liegt es doch in der Frage zu den körperlichen und vor allem zu den psychischen Arbeitsbelastungen durchwegs unter dem EU 15 Durchschnitt.

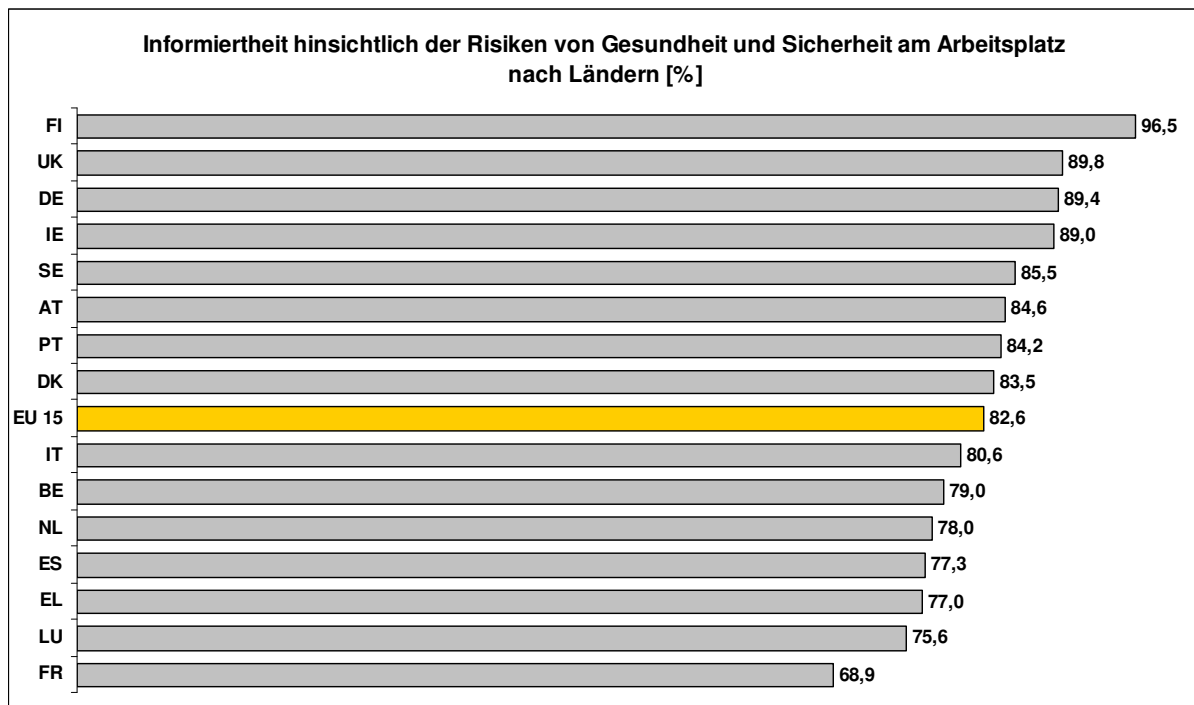


Abbildung 38: Informiertheit hinsichtlich der Risiken von Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz nach Ländern [Eigene Darstellung]

13.5 Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen nach Ländern

Wie in Abbildung 39 ersichtlich, sind in den EU 15 sind durchschnittlich 84,5% der Befragten sehr zufrieden oder zufrieden mit ihren Arbeitsbedingungen. Mit nur 59,9% herrscht die höchste Unzufriedenheit betreffend die Arbeitsbedingungen in Griechenland. Dies ist nicht weiter verwunderlich, war doch Griechenland in der Frage der Beeinträchtigungen der Gesundheit durch die Arbeit sowie in der Frage der körperlichen und psychischen Arbeitsbelastungen durchwegs auf den letzten Rängen zu finden. Auch wenig zufrieden mit den Arbeitsbedingungen sind die Befragten in Italien (76,2%) und Spanien (78,6%). Auch hier ist anzumerken, dass vor allem Italien in den weiter oben gestellten Fragen fast immer unter dem EU 15 Durchschnitt zu finden war. In Dänemark (93,4%), Großbritannien (92,7%) und Österreich (89,6%) herrscht hingegen die größte Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen. Es zeichnet sich auch hier wieder ein Nord-Süd Trend ab. Mit

Ausnahme von Portugal (84,9%) befinden sich alle südlichen EU Mitgliedsstaaten in dieser Frage unter dem EU 15 Durchschnitt.

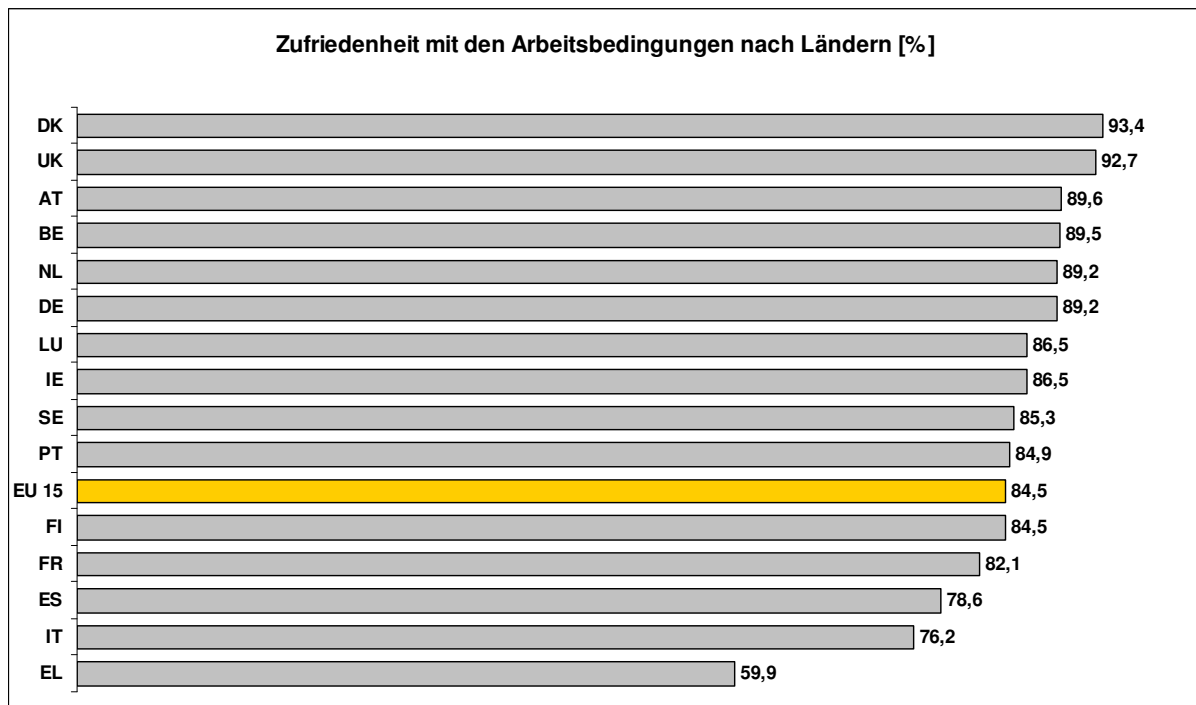


Abbildung 39: Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen nach Ländern [Eigene Darstellung]

13.6 Durchschnittliche Abwesenheitstage aufgrund von Krankheit nach Ländern

Hier wurden die Studienteilnehmer danach gefragt, wie viele Tage sie in den letzten 12 Monaten der Arbeit aufgrund von gesundheitlichen Problemen ferngeblieben sind. Folgendes Bild zeichnet sich hier ab: Im Durchschnitt waren die Befragten 5,4 Tage krankheitsbedingt nicht in der Arbeit. Die meisten Abwesenheitstage sind in Finnland (8,5) den Niederlanden (8,6) und Portugal (8,6) zu verzeichnen. Am wenigsten Krankenstände gibt es in Griechenland (2,8), Österreich (3,4), Deutschland (3,5) und Spanien (3,8). Vor allem der erste Platz von Griechenland in dieser Frage verwundert uns. Jedoch könnte dies unter Umständen auch darauf zurückzuführen sein, dass griechische Arbeitnehmer Angst davor haben ihren Arbeitsplatz zu verlieren, wenn sie diesem zu lange fernbleiben, was wiederum die schlechten Ergebnisse bei den arbeitsbedingten Beeinträchtigungen sowie in der Frage der körperlichen und psychischen Belastungen bestärken würde.

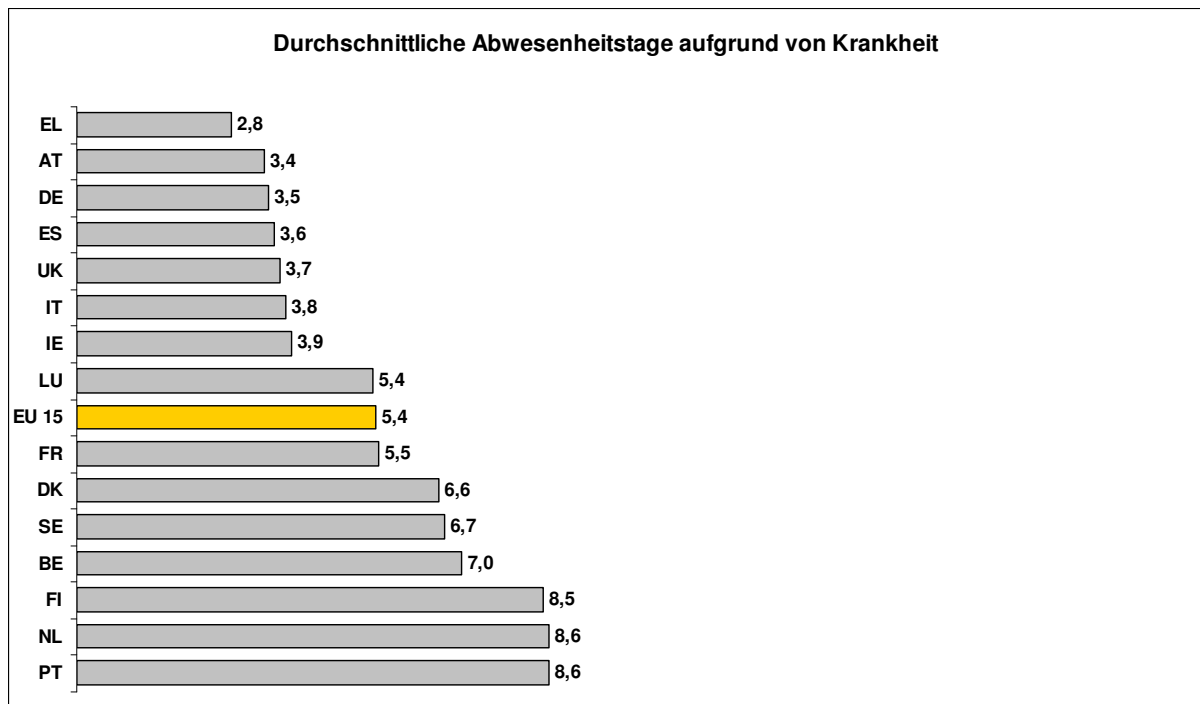


Abbildung 40: Durchschnittliche Abwesenheitstage aufgrund von Krankheit [Eigene Darstellung]

13.7 Zusammenfassung der Ergebnisse

Bei der Frage der körperlichen Beeinträchtigungen der Gesundheit durch die Arbeit ist Griechenland ein negativer Ausreißer. Auch schnitt dieses Land bei den Fragen zu körperlichen und psychischen Arbeitsbelastungen sowie bei der Frage nach der Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen schlecht ab. In Griechenland sind im EU 15 Vergleich die meisten Menschen in der Landwirtschaft und in der Hotel- und Restaurantbranche beschäftigt. Hier sind natürlich Arbeitsbelastungen naturgemäß besonders hoch, und somit auch die Beeinträchtigungen der Gesundheit durch die Arbeit ein Stück weit erklärbar. Auch sind in diesen Branchen Saisonarbeit und keine fixen Anstellungsverhältnisse üblich, was vice versa zu wenig Arbeitsplatzsicherheit und unter Umständen zur bereits erwähnten Angst vor dem Zuhause bleiben im Krankheitsfall führen könnte.

Es ist für uns ein Nord-Süd Gefälle im Bereich der arbeitsbedingten Beeinträchtigungen der Gesundheit, sowie bei den körperlichen Arbeitsbelastungen zu bemerken. Vor allem in Portugal, Spanien und Italien gibt es im Vergleich zu den nördlichen Mitgliedsländern einen relativ hohen Anteil von Beschäftigten in Produktionsbetrieben und im Baugewerbe. Auch hier ist darauf hinzuweisen, dass in

diesen Branchen die körperlichen Arbeitsbelastungen und damit auch die gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch die Arbeit tendenziell höher sind als zum Beispiel im Dienstleistungsbereich.

Die wirtschaftliche Struktur der nördlichen EU 15 Länder zeichnet sich hingegen durch einen deutlich höheren Anteil von Beschäftigten im (Finanz)Dienstleistungsbereich aus. In diesen Branchen gibt es tendenziell hohe Stresslevels, viele Deadlines und hohe Arbeitstempi. Dies manifestiert sich auch in den Daten der „Fourth European Working Conditions Survey“, wo in der Frage der psychischen Belastungen eher ein Süd-Nord Gefälle zu bemerken ist.

Auffälligkeiten aufgrund von Unterschieden in den Systemen der Betrieblichen Gesundheitsförderung waren für uns nicht zu bemerken. Einzig der Hinweis auf das relativ gute Abschneiden von Ländern wie Großbritannien und Irland sei in diesem Zusammenhang erwähnt. Hier könnte man darauf schließen, dass stark staatlich zentralisierte Strukturen, sowie eine stark staatlich ausgerichtete Strategie zum Erfolg führen. Jedoch sind auch die Niederlande, die in ihrer Strategie den Unternehmen ein sehr hohes Maß an Selbstständigkeit zugestehen, immer im Vordergrund zu finden.

14 Conclusio

Auf europäischer Ebene ist Betriebliche Gesundheitsförderung längst kein Neuland mehr. Spätestens seit der Verabschiedung der Ottawa-Charta im Jahr 1986, wurde eine europaweite Basis für dieses Thema geschaffen. Eine Reihe von europäischen Organisationen, wie die „European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions“, die „European Agency for Occupational Health“, oder das „European Network for Workplace Health Promotion“ setzen sich mit Gesundheit am Arbeitsplatz auseinander und sind mit allen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union vernetzt.

Betriebliche Gesundheitsförderung wird dabei immer mehr zu einem impliziten Bestandteil nachhaltiger Unternehmenspolitik. Sinkende Geburtenzahlen und das Ansteigen der Lebenserwartung einerseits, sowie die Konfrontation mit neuen Herausforderungen durch den Wandel des Industrie- hin zum Dienstleistungszeitalter andererseits, sind Bausteine unserer sich ändernden Arbeitswelt. Umso wichtiger ist es für Unternehmen, sich mit Themen wie Gesundheit und Wohlbefinden der Mitarbeiter auseinander zusetzen, um so einen möglichst langen, gesunden und produktiven Verbleib im Arbeitsleben zu ermöglichen. Gesundheit soll dabei nicht allein als das Nicht-Vorhandensein körperlicher Gebrechen oder Funktionsstörungen definiert werden. Vielmehr sind auch Faktoren wie persönliche Handlungsspielräume, Sinnfindung, Werte und Regeln, Führungskultur und soziale Unterstützung Teil eines gesunden Arbeitslebens.

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass Unternehmen nur dann bereit sind gesundheitsfördernde Maßnahmen umzusetzen, wenn damit ein ökonomischer Nutzen verbunden ist. Mit Hilfe betriebswirtschaftlicher Analyse- und Bewertungsmethoden, wie der Kosten-Nutzen- oder der Kosten-Wirksamkeits-Analyse, können Entscheidungshilfen geschaffen werden. Krankheits- und Unfallkosten bzw. entstandene Kosten aufgrund krankheitsbedingter Fehlzeiten zählen hierbei zu den aussagekräftigsten ökonomischen Variablen um finanzielle Auswirkungen zu bewerten. Jedoch sehen sich Analysemethoden im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung mit einigen Problemen konfrontiert. Im Regelfall schlägt sich der Nutzen solcher Interventionen erst nach einiger Zeit im Ertrag eines Unternehmens nieder. Weiters gibt es Probleme bei dem Nachweis von kausalen

Zusammenhängen zwischen Interventionen und positiven Effekten, zumal der Nutzen meist indirekt ist, also in nicht stattgefundenen Ereignissen liegt. Chapman attestiert in seiner Meta Evaluation aus dem Jahr 2005 ein Einsparungspotenzial bei krankheitsbedingten Kosten und eine Verringerung der krankheitsbedingten Abwesenheitsquote aufgrund von Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung.

Mit dem Wissen um die Effizienz von Interventionen stellt sich die Frage um die Effektivität der Maßnahmen. Evidenzbasierung ist mittlerweile auch in der Betrieblichen Gesundheitsförderung zu einem wesentlichen Thema geworden. Grundsätzlich kommt man hier zu dem Ergebnis, dass eine Kombination von verhaltens- und verhältnisorientierten Maßnahmen durchwegs die größte Evidenz aufweist. Weiters ist davon auszugehen, dass Maßnahmen, die wenig individuell orientiert sind, im Gegensatz zu jenen, die vertiefend auf den Menschen eingehen, relativ geringe oder keine Evidenzen aufweisen. Ebenso zeigt sich, dass es besser ist Interventionen über einen längeren Zeitraum durchzuführen. Fakt ist jedoch auch, dass Maßnahmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung so verschieden, facettenreich und individuell sind, wie Bedürfnisse und Belastungen in den Betrieben selbst. Dieser Umstand erschwert die Vergleichbarkeit von Interventionen in wissenschaftlichen Studien ungemein.

Auf nationaler Ebene zeigt sich ein durchwegs einheitliches Bild in den von uns untersuchten EU 15 Ländern. Betriebliche Gesundheitsförderung spiegelt sich in allen nationalen Gesetzen zum Thema Arbeitsschutz wieder. Involvierte Partner sind meist entweder Ministerien für Arbeit und/oder Gesundheit, die nach unten hin mit einer Reihe von Institutionen zusammenarbeiten. Die Bereitstellung von Information, Beratungsleistungen, Vernetzungsarbeit, Projektarbeit sowie vor allem Forschung und Entwicklung sind neben der finanziellen Unterstützung Hauptaktionsfelder in nahezu allen untersuchten Ländern. Unterschiede waren in den Systemen nur marginal zu erkennen. So ist Betriebliche Gesundheitsförderung unter anderem in Großbritannien und Irland ein sehr zentralistisch implementiertes Thema. Hier gibt es klare nationale Strukturen bis in die letzte Ebene. Die Niederlande hingegen gewähren den Betrieben eine hohe Selbstständigkeit, und verfolgen auch eine Strategie der Partizipation bei der Entwicklung von Gesundheitspolitiken in den

Unternehmen. Wenn wir eingangs von einer weiter gefassten Definition des Gesundheitsbegriffs sprachen, ist anzumerken, dass Betriebliche Gesundheitsförderung in den EU 15 noch nicht überall so weit definiert wird. Bis dato beschäftigt man sich durchwegs eher mit Themen wie Ernährung, Bewegung oder Tabakkonsum. Jedoch in einigen Ländern ist uns eine weiter gefasste Definition von Gesundheit begegnet. Sehr wohl bewegt man sich unserer Meinung nach aber immer mehr in diese Richtung. Nahezu überall finden Themen wie Stress, Burnout oder Mobbing mit ihren Phänomenen und Ursachen Beachtung. Begriffe wie Unternehmenskultur, Handlungsspielräume oder Sinnfindung sind uns während des Verfassens dieser Diplomarbeit selten untergekommen. Betrachtet man statistische Daten zu arbeitsbedingten Erkrankungen und körperlichen Arbeitsbelastungen, zeigt sich tendenziell ein Nord-Süd Gefälle, wohingegen Zahlen zur Frage der psychischen Arbeitsbelastungen eher auf ein Süd-Nord Gefälle hindeuten. Dies führen wir vor allem auf marktwirtschaftliche Strukturen zurück. Vor allem in Griechenland sind sehr viele Menschen in der Gastronomiebranche und in der Landwirtschaft beschäftigt, in Italien, Spanien und Portugal gibt es neben der Gastronomie, einen relativ hohen Anteil von Beschäftigten in Produktionsbetrieben sowie im Baugewerbe, ein Umstand, der körperliche Arbeitsbelastungen sowie daraus resultierende gesundheitliche Beschwerden fördert. Im Gegensatz dazu ist in den nördlichen EU 15 Ländern ein höherer Anteil von Beschäftigten im Dienstleistungssektor zu finden. Naturgemäß gibt es in dieser Branche tendenziell hohe Stresslevels, viele Deadlines und hohe Arbeitstempi, was sich auch in den von uns untersuchten statistischen Daten manifestiert.

Betriebliche Gesundheitsförderung befindet sich auf dem Weg zum Ziel. Es ist zwar erklärtes Ziel aller untersuchten Länder für den Schutz und die Gesundheit der Arbeitnehmer zu sorgen, jedoch wollen wir darauf hinweisen, dass es eine Vielzahl von Einflussfaktoren gibt, die die Gesundheit fördern oder aber auch belasten können, jedoch in Strategien und Programme noch nicht ausreichend implementiert sind. An dieser Stelle wollen wir noch einmal auf die in Kapitel 3 diskutierten salutogenen Potenziale verweisen. Auffallend war für uns auch, dass BGF kaum Eingang in die Ausbildung von künftigen Unternehmensverantwortlichen findet, was uns als ein wesentlicher Beitrag hin zu einem ganzheitlichen Verständnis für Unternehmensentwicklung scheinen würde.

15 Literaturverzeichnis

Amelung V. E., Schumacher H.; *Managed Care - Neue Wege im Gesundheitsmanagement*; Wiesbaden; Gabler 2004; S. 234-241

ANACT French National Agency for the Improvement of Working Conditions; *Participative Organisational Change*; Frankreich, ANACT 2007; S. 2-5

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen; *Dokumentation 2004 Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung in der Primärprävention und Betrieblichen Gesundheitsförderung gemäß §20 Abs. 1 und 2 SGB V*; Essen; Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen, Medizinischer Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen 2005; S. 9-12

Badura B., Hehlmann T.; *Betriebliche Gesundheitspolitik: Der Weg zur gesunden Organisation*; Berlin/Heidelberg; Springer 2003; S. 3–4, S. 9, S. 14-19, S. 38-54, S. 73-85, S. 189-259

Barros P, de Almeida Simões J. *Portugal: Health System Review. Health Systems in Transition Vol. 9 No. 5*; WHO 2007; S. 22-28

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin; *Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2005 – Unfallverhütungsbericht Arbeit*; Dortmund; Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2007; S. 76–83, S. 91–95

Chapman L. S.; *Meta-Evaluation of Worksite Health Promotion Economic Return Studies: 2005 Update*; The Art of Health Promotion 2005; S. 1-10

European Network for Workplace Health Promotion; *ENWHP Toolbox – A European Collection of Methods and Practices for promoting Health at the Workplace*, Woerden; ENWHP 2004; S. 152

Eurostat; *Eurostat-Jahrbuch 2004*; Europäische Gemeinschaften; Luxemburg 2004; S. 49

Eurostat; *Eurostat-Jahrbuch 2006-07*; Europäische Gemeinschaften; Luxemburg 2007; S. 59-60; S. 109,

Galanopoulou E., Konstantakopoulos G.; *Workplace Health Promotion in Greece; ENWHP Country Profile – Greece*; Athen; ENWHP 2004; S. 1-4

Geißler H., Bökenheide T., Geißler-Gruber B., Schlünkes H., Rinninsland G.; *Der Anerkennende Erfahrungsaustausch. Das neue Instrument für die Führung*; Frankfurt; Campus 2003; S. 16-19

Haddix A. C., Teutsch S. M., Shaffer P. A., Dunet D. O; *Prevention Effectiveness - A Guide to Decision Analysis and Economic Evaluation*; New York; Oxford University Press 1996; S. 103-140

Health and Safety Executive, Health and Safety Commission; *The Health and Safety System in Great Britain*; Norwich; HSEBooks 2002; S. 4-6, S. 11-15

Heidenberger K., *Stressbedingte Herz-Kreislauf-Erkrankungen aus ökonomischer Sicht*; Das öffentliche Gesundheitswesen 49 1987; S. 567-571

Heidenberger K., *Strategic Decision Support in Preventive Health Care*; Socio Economic Planning Sciences 1992; Vol. 26; S. 129-146

Helmenstein C., Hofmarcher M., Kleissner A., Riedel M., Röhrling G., Schnabl A.; *Ökonomischer Nutzen Betrieblicher Gesundheitsförderung*; Wien; Institut für Höhere Studien 2004; S. 10-15

Hoffmann T.; *Die gesundheitsökonomische Analyse medizinischer Maßnahmen*; Frankfurt; Peter Lang 2002; S. 64-66

Ilmarinen J., Tempel J.; *Arbeitsfähigkeit 2010*; Hamburg; VSA 2002; S. 92

Kriener B., Neudorfer E., Künzel D., Aichinger A.; *Gesund durchs Arbeitsleben: Empfehlungen für eine zukunfts- und alternsorientierte betriebliche Gesundheitsförderung in Klein- und Mittelunternehmen*; Wien; diepartner.at 2004; S. 14 -28

Kuhn D., Sommer D.; *Betriebliche Gesundheitsförderung Ausgangspunkte-Widerstände-Wirkungen*; Wiesbaden; Gabler 2004; S. 5-8

LaDou J., Sherwood JN, Huges L; *Health Hazard Appraisal in Patient Counseling (Preventive Medicine)*; The Western Journal of Medicine 1975; S. 177-180

Litke H.; Kunow I.; *Projektmanagement*; Planegg; STS 1998; S.16

Ministry of Social Affairs and Health; *Occupational Safety and Health in Finland*; Hermes, Tampere 2004; S. 13-18

Parent-Thirion A., Fernández Marcíaa E., Hurley J, Vermeylen G.; Fourth European Working Conditions Survey; Dublin 2007; European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions; S. 1-5, S. 93-94, S. 101-104, S. 111-127

Prevent; *Rapport annuel 2006*; Brüssel; Prevent 2007; S. 5-6; S. 14-21

Schwartz F. W., Badura B., R. Busse, R. Leidl, H. Raspe, J. Siegrist, U. Walter; *Das Public Health Buch - Gesundheit und Gesundheitswesen*; München; Urban & Fischer 2002; Seite 465

Statistik Austria; *Jahrbuch 2004*; Wien; Statistik Austria 2005; S. 34

Sockoll I., Kramer I., Bödeker W.; *IGA Report 13 - Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung und Prävention – Zusammenstellung der wissenschaftlichen Evidenz 2000 bis 2006*; Essen/Dresden/Bonn/Siegburg; BKK Bundesverband, BGAG-Institut Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, AOK-Bundesverband, Arbeiter-Ersatzkassen-Verband 2008; S. 5-12, S. 14, S. 16, S. 27-35, S. 52-55; S. 58-66

Weinstein M. C., Stason W. B.; *Foundations of Cost –Effectiveness Analysis for Health and Medical Practices*; The New England Journal of Medicine 1977; S. 716-721

15.1 Online Quellen

Allgemein

<http://www.arbeitsinspektion.gv.at>
<http://www.arbeitsinspektion.gv.at/AI/Gesundheit/Berufskrankheiten/default.htm>;
01.05.2008; 14:00

<http://www.auva.at>
<http://www.auva.at/mediaDB/107403.PDF>;
16.02.2008; 13:15

<http://www.cochrane.org>
<http://www.cochrane.org/docs/descrip.htm>;
02.05.2008; 10:30

<http://www.dngfk.de>

http://www.dngfk.de/files/19/1986_Ottawa-Charta.pdf;

16.02.2008; 16:30

<http://www.pharmazeutische-zeitung.de>

<http://www.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=202>

26.07.2008; 14:45

<http://www.thieme-connect.de>

<http://www.thieme-connect.de/ejournals/abstract/gesu/doi/10.1055/s-2004-833772>;

17.05.2008; 13:00

<http://www.thieme-connect.de/ejournals/abstract/gesu/doi/10.1055/s-2003-812675>;

17.05.2008; 14:00

Betriebliche Gesundheitsförderung auf europäischer Ebene

<http://www.balticseaosh.net>

<http://www.balticseaosh.net/background.php>;

30.01.2008; 18:30

<http://www.balticseaosh.net/purpose.php>;

30.01.2008; 19:00

<http://www.balticseaosh.net/strategy.php>;

30.01.2008; 19:45

<http://www.ec.eu>

http://www.ec.europa.eu/health/ph_overview/previous_programme/promotion/network_s_enwhp_promotion_en.htm;

23.03.2008; 15:45

<http://www.eurofound.europa.eu>

<http://www.eurofound.europa.eu/about/index.htm>;

22.03.2008; 10:15

<http://www.move-europe.de>

<http://www.move-europe.de/index.php?id=20>;

23.03.2008; 15:15

<http://www.osha.eu>

http://www.osha.europa.eu/about/index_html;

23.03.2008; 14:00

<http://www.who.int>

<http://www.who.int/about/en/>;

22.03.2008; 16:30

<http://www.who.int/topics/en/>;

22.03.2008; 17:00

http://www.euro.who.int/AboutWHO/Policy/20010827_2?language=german;

22.03.2880; 17:15

Belgien

<http://www.arcop.be>

<http://www.arcop.be/Default.asp?SHORTCUT=79>;

13.01.2008; 10:30 Uhr

<http://www.arcop.be/Default.asp?SHORTCUT=97>;

13.01.2008; 11:15 Uhr

<http://www.emploi.belgique.be>

<http://www.emploi.belgique.be/defaultTab.aspx?id=332;>

12.01.2008; 11:45

<http://www.emploi.belgique.be/defaultTab.aspx?id=556;>

12.01.2008; 13:30

<http://www.fbz.fgov.be>

http://www.fbz.fgov.be/fr/fmp_fr01.htm;

13.01.2008; 14:30

<http://www.osha.eu>

http://osha.europa.eu/about/partners/focal_points/#BE

14.01.2008; 18:30

<http://www.prevent.be>

<http://fr.prevent.be/net/net01.nsf/p/MM70-03Prevent;>

12.01.2008; 09:30 Uhr

[http://fr.prevent.be/net/net01.nsf/p/E5578996EB634E7EC1256D260030773,](http://fr.prevent.be/net/net01.nsf/p/E5578996EB634E7EC1256D260030773)

12.01.2008; 10:45

Dänemark

[http://www.arbejdsmiljoforskning.dk,](http://www.arbejdsmiljoforskning.dk)

<http://www.arbejdsmiljoforskning.dk/Om%20os.aspx;>

21.12.2007; 14:20

<http://www.arbejdsmiljoviden.dk>

<http://www.arbejdsmiljoviden.dk/Navigation/ServiceNavigation/English.aspx;>

22.12.2007; 16:00

<http://www.at.dk>

<http://www.at.dk/sw12158.asp;>

22.12.2007; 17:30

<http://www.at.dk/sw12178.asp;>

22.12.2007; 20:35

<http://www.at.dk/sw12179.asp;>

22.12.2007; 20:45

<http://www.at.dk/sw12199.asp;>

22.12.2007; 19:00

<http://www.at.dk/sw12200.asp;>

22.12.2007; 19:30

<http://www.at.dk/sw12201.asp;>

22.12.2007; 20:15

<http://www.at.dk/sw12408.asp;>

23.12.2007; 14:30

<http://www.enwhp.org>

<http://www.enwhp.org/index.php?id=200;>

23.12.2007; 15:15

Deutschland

<http://www.baua.de>

http://www.baua.de/de/Informationen-fuer-die-Praxis/Rechtsgrundlagen-und-Vorschriften/Arbeitsschutzsystem_20in_20Deutschland.html_nnn=true;

26.10.2007; 10:00

http://www.baua.de/de/Ueber-die-BAuA/Ueber-die-BAuA.html_nnn=true

[http://www.baua.de/de/Ueber-die-BAuA/Aufgaben-und-Organisation/Organisation der BAuA.html nnn=true](http://www.baua.de/de/Ueber-die-BAuA/Aufgaben-und-Organisation/Organisation_der_BAuA.html_nnn=true);
26.10.2007; 11:30

<http://www.bertelsmann-stiftung.de>
<http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-0A000F14-A4CEFA17/bst/hs.xsl/2086.htm>;
04.11.2007; 09:30
<http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xchg/SID-0A000F14-A4CEFA17/bst/hs.xsl/51683.htm>;
04.11.2007; 10:15

<http://www.dgb.de>
<http://www.dgb.de/themen/arbeitschutz/index.html>;
27.10.2007; 18:00
[http://www.dgb.de/themen/arbeitschutz/psych belastung/gute arbeit.htm](http://www.dgb.de/themen/arbeitschutz/psych_belastung/gute_arbeit.htm);
27.10.2007; 18:30

<http://www.dguv.de>
<http://www.dguv.de/inhalt/forschung/index.jsp>;
03.11.2007; 19:15

<http://www.dnbgf.de>
<http://www.dnbgf.de/index.php?id=5>;
26.10.2007; 18:30

<http://www.forumpraevention.de>
http://www.forumpraevention.de/dfpg/cms/index8057.html?inst=forum-praevention_1234&snr=5470&t=Ziele+und+Aufgaben;
26.10.2007; 14:00

<http://www.inqa.de>
<http://www.inqa.de/Inqa/Navigation/inqa.html>;
27.10.2007; 15:15
<http://www.inqa.de/Inqa/Navigation/Inqa-die-Initiative/thematische-initiativkreise.html>;
27.10.2007; 16:00

Finnland

<http://www.kela.fi>
<http://www.kela.fi/in/internet/english.nsf>;
31.01.2008; 19:45
<http://www.kela.fi/in/internet/english.nsf/NET/081101135751EH?OpenDocument>;
31.01.2008; 20:15

<http://www.mol.fi>
http://www.mol.fi/mol/en/01_ministry/index.jsp;
26.01.2008; 15:30
http://www.mol.fi/mol/en/05_international/02_ilo/index.jsp;
26.01.2008; 16:15

<http://www.sak.fi>
<http://www.sak.fi/english/whatsnew.jsp?location1=1&sl2=1&lang=en>;
31.01.2008; 18:00
<http://www.sak.fi/english/thisissak.jsp?location1=5&sl2=1&lang=en>;
31.01.2008; 18:30
<http://www.sak.fi/english/thisissak.jsp?location1=5&sl2=2&lang=en&id=31064>;
31.01.2008; 19:15

<http://www.stakes.fi>

<http://www.stakes.fi/EN/index.htm>;

26.01.2008; 14:15

<http://www.stakes.fi/EN/Aiheet/healthservices/index.htm>;

26.01.2008; 15:30

<http://www.stakes.fi/EN/Tutkimus/index.htm>;

26.01.2008; 14:45

<http://www.stm.fi>

<http://www.stm.fi/Resource.phx/eng/subjt/index.htx>;

25.01.2008; 18:00

<http://www.stm.fi/Resource.phx/eng/subjt/health/envir/index.htx>;

25.01.2008; 18:45

<http://www.stm.fi/Resource.phx/eng/subjt/safet/index.htx>;

25.01.2008; 18:30

<http://www.stm.fi/Resource.phx/eng/subjt/safet/awork/index.htx>;

25.01.2008; 19:15

<http://www.stm.fi/Resource.phx/eng/subjt/safet/oshdepart.htx>;

25.01.2008; 19:00

<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2004/11/hm1101115401134/passthru.pdf>;

25.01.2008; 19:45

<http://www.tsr.fi>

<http://www.tsr.fi/english/>;

27.01.2008; 15:45

<http://www.tsr.fi/english/finnish.html>;

27.01.2008; 16:15

<http://www.tsr.fi/english/summary.html>;

27.01.2008; 19:30

<http://www.ttl.fi>

<http://www.ttl.fi/internet/english>;

29.01.2008; 18:15

<http://www.ttl.fi/internet/english/organization>;

29.01.2008; 18:30

<http://www.ttl.fi/Internet/English/Organization/Centres+of+Expertise/Health+and+Work+Ability/>;

29.01.2008; 19:15

<http://www.tukes.fi>

<http://www.tukes.fi/en/>;

27.01.2008; 9:15

<http://www.tukes.fi/en/Tieto-meista/>;

27.01.2008; 10:00

<http://www.tyosuojelu.fi>

<http://www.tyosuojelu.fi/fi/workingfinland>;

25.01.2008; 20:15

<http://www.ukkinstituutti.fi>

<http://www.ukkinstituutti.fi/en/>;

27.01.2008; 11:30

<http://www.ukkinstituutti.fi/en/institute>;

27.01.2008; 11:45

<http://www.ukkinstituutti.fi/en/services>;

27.01.2008; 12:15

Frankreich

<http://www.ameli.fr/>

<http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/connaitre-l-assurance-maladie/getting-informed-about-health-insurance/health-insurance/introduction-of-cnamts.php>;

21.10.2007; 16:15

<http://www.anact.fr/>

http://www.anact.fr/portal/page/portal/AnactWeb/NOTINPW_PAGES_TRANSVERSE_S/8_ENGLISH;

21.10.2007; 17:15

<http://www.ariège.pref.gouv.fr/>

http://www.ariège.pref.gouv.fr/sections/l_etat_en_ariège/les_services_deconce/direction_du_travail;

20.10.2007; 10:30

<http://www.csst.qc.ca/>

http://www.csst.qc.ca/Portail/fr/lois_politiques/index_loi.htm;

20.10.2007; 14:30

<http://www.eurogip.fr/>

<http://www.eurogip.fr/index.php?chlang=fr>;

21.10.2007; 19:15

<http://www.infotravail.com/>

http://www.infotravail.com/inspection-du-travail_625_76-p.html;

21.10.2007; 13:30

<http://www.inrs.fr/>

<http://en.inrs.fr/>;

21.10.2007; 18:45

[http://en.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParIntranetID/OM:Rubrique:D1B6D891DB5BF813C1256E5300388D8D/\\$FILE/Visu.html](http://en.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/IntranetObject-accesParIntranetID/OM:Rubrique:D1B6D891DB5BF813C1256E5300388D8D/$FILE/Visu.html);

21.10.2007; 14:45

<http://www.nord.pref.gouv.fr/>

http://www.nord.pref.gouv.fr/page.php?P=data/prefecture_services_etat/srv_region/travail_emploi_et_formation_p/;

20.10.2007; 11:15

<http://www.travail.gouv.fr/>

<http://www.travail.gouv.fr/ministere/presentation-organigramme/ministre-du-travail-relations-sociales-solidarite-autorite-sur/direction-generale-du-travail-dgt.html>;

20.10.2007; 9:45

<http://www.travail-solidarite.gouv.fr/>

<http://www.travail-solidarite.gouv.fr/actualite-presse/dossiers-presse/conseil-superieur-prevention-risques-professionnels-bilan-perspectives-sante-au-travail-2004-2005-.html>;

21.10.2007; 15:30

http://www.travail-solidarite.gouv.fr/result_recherche.php3?recherche=workplace+health+promotion&x=7&y=8;

21.10.2007; 18:00

Griechenland

<http://www.elinyae.gr>
www.elinyae.gr/.../HELLENIC%20INSTITUTE%20FOR%20OCCUPATIONAL%20HEALTH%20AND%20SAFETY.1133778903355.pdf;
12.10.2007; 14:30

<http://www.enwhp.org>
<http://www.enwhp.org/index.php?id=244>;
10.10.2007; 12:15
<http://www.enwhp.org/index.php?id=213>;
10.10.2007; 16:00

<http://www.eurofound.europa.eu>
<http://www.eurofound.europa.eu/comparative/tn0710019s/gr0710019q.htm>;
01.05.2008; 10:30

Großbritannien

<http://www.bhfactive.org.uk>
<http://www.bhfactive.org.uk/workplace/index.html>;
10.11. 14:45
<http://www.bhfactive.org.uk/pages/about.html>;
10.11.10.2007, 15:15
<http://www.bhfactive.org.uk/workplace/currentprojects.html#web>;
10.11.2007, 16:30

<http://www.bohrf.org.uk>
<http://www.bohrf.org.uk/index.html>;
17.02.2008; 09:15
<http://www.bohrf.org.uk/content/support.html>;
17.02.2008; 10:00
http://www.bohrf.org.uk/content/fund_pol.html;
17.02.2008; 10:15

<http://www.healthpromotionagency.org.uk>
<http://www.healthpromotionagency.org.uk/AboutHPA/hpa.htm>;
16.02.2008;18:00

<http://www.hse.gov.uk>;
09.11.2007, 10:45

<http://www.nhs.uk>
<http://www.nhs.uk/aboutnhs/Pages/About.aspx>;
11.11.2007; 14:00

<http://www.nhsnss.org>
http://www.nhsnss.org/pages/about/about_us.php?id=12;
10.11.2007; 10:30

<http://www.website.scmh.org.uk>
<http://website.scmh.org.uk/80256FBD004F6342/vWeb/wpKHAL6MREVS>;
11.11.2007; 16:30

Irland

<http://www.enwhp.org/>
<http://www.enwhp.org/index.php?id=241>;
27.10.2007; 15:00

<http://www.hsa.ie/>

http://www.hsa.ie/eng/About_Us/http://www.ictu.ie/;
26.10.2007; 15:45
http://www.hsa.ie/eng/About_Us/Role_of_the_HSA/http://www.hsa.ie/;
26.10.2007; 15:30
http://www.hsa.ie/eng/About_Us/Vision_and_Goals/http://www.hseni.gov.uk/;
26.10.2007; 16:00
http://www.hsa.ie/eng/Work_Safely/Workplace_Health/;
26.10.2007; 15:00
<http://www.hsa.ie/eng/Enforcement/http://www.hseni.gov.uk/>;
26.10.2007; 15:15

<http://www.hseni.gov.uk/>
http://www.hseni.gov.uk/about_us.htm;
28.10.2007; 14:30
http://www.hseni.gov.uk/index/one_2_one_advisory_services/employment_medical_advisory_service.htm;
28.10.2007; 15:15

<http://www.ibec.ie/>
http://www.ibec.ie/ibecweb.nsf/wvDocHTML/About_Us?OpenDocument;
28.10.2007; 10:15
http://www.ibec.ie/ibec/ibecdolib3.nsf/vHRMLookupHTML/Member_Services_HS?OpenDocument;
28.10.2007; 11:00

<http://www.ictu.ie/>
<http://www.ictu.ie/about/history.html>;
27.10.2007; 16:15
<http://www.ictu.ie/rightsatwork/rights/healthsafety.html>;
27.10.2007; 16:45

Luxemburg

<http://www.aaa.lu>
<http://www.aaa.lu/prevention/index.html>;
03.01.2008; 16:00

<http://www.astf.lu>
<http://www.astf.lu/spip.php?rubrique9&lang=fr>;
03.01.2008; 19:00
<http://www.astf.lu/spip.php?rubrique9&lang=fr>;
03.01.2008; 19:40

<http://www.enwhp.org>
[http://www.enwhp.org/index.php?id=64&no_cache=1&sword_list\[\]=Luxemburg](http://www.enwhp.org/index.php?id=64&no_cache=1&sword_list[]=Luxemburg);
03.01.2008; 20:15

<http://www.itm.lu>
<http://www.itm.lu/itm/fonctionnement/responsabilites-de-l-inspection-du-travail-et-des-mines/>;
04.01.2008; 09:15
<http://www.itm.lu/itm/missions>;
04.01.2008; 10:00

<http://www.ms.etat.lu/>
http://www.ms.etat.lu/MED_TRAV/missions.html;
03.01.2008; 13:45

<http://www.mte.public.lu>
http://www.mte.public.lu/ministere/organisation/dep_travail/index.html;
03.01.2008; 11:00

<http://www.preventlux.lu>
<http://www.preventlux.lu/p/MM10-03>;
04.01.2008; 18:30

<http://www.sti.lu>
<http://www.sti.lu/historique.html>;
07.01.2008; 19:30
<http://www.sti.lu/services.html#3>;
07.01.2009; 20:15

Niederlande

<http://www.enwhp.org>
[http://www.enwhp.org/index.php?id=64&no_cache=1&sword_list\[\]=netherlands](http://www.enwhp.org/index.php?id=64&no_cache=1&sword_list[]=netherlands);
08.12.2007; 12:15
[http://www.enwhp.org/index.php?id=254&no_cache=1&sword_list\[\]=netherlands](http://www.enwhp.org/index.php?id=254&no_cache=1&sword_list[]=netherlands);
09.12.2007; 13:00

<http://www.internationalezaken.szw.nl>
http://internationalezaken.szw.nl/index.cfm?fuseaction=dsp_rubriek&rubriek_id=13018&lijstm=0,310_6059;
07.12.2007; 19:00
http://internationalezaken.szw.nl/index.cfm?fuseaction=dsp_rubriek&rubriek_id=13036&lijstm=0,310_6059,324_6475;
07.12.2007; 19:45

<http://www.nigz.nl>
http://www.nigz.nl/index_en.cfm?act=esite.tonen&a=6&b=51;
08.12.2007; 15:15

<http://www.nspoh.nl>
<http://www.nspoh.nl/page.ocl?pageID=1&mode=&version=&MenuID=0>;
08.12.2007; 18:30

<http://www.occupationaldiseases.nl>
<http://www.occupationaldiseases.nl/index.php?TID=53&ShowTypeID=2>;
08.12.2007; 11:30

<http://www.osha.eu>
http://nl.osha.europa.eu/systems/index_html#2;
08.12.2007; 09:45

<http://www.tno.nl>
<http://www.tno.nl/home.cfm?context=overtno&content=overtno&laag1=overtno>;
09.12.2007; 16:00

Österreich

<http://www.auva.at>
http://www.auva.at/esvapps/page/page.jsp?p_pageid=120&p_menuid=63050&pub_id=78319&p_id=3#pd818459;
18.11.2007; 16:15
http://www.auva.at/portal/index.html?ctrl:cmd=render&ctrl>window=auvaportal.channel_content.cmsWindow&p_menuid=63050&p_tabid=3;
18.11.2007; 16:30

<http://www.bmgfj.gv.at>
<http://www.bmgfj.gv.at/cms/site/standard.html?channel=CH0771&doc=CMS1201505682652>;
17:11.2007; 12:30

<http://www.bmsk.gv.at>
<http://www.bmsk.gv.at/cms/site/detail.htm?channel=CH0498&doc=CMS1119514324183>;
17:11.2007; 10:00

<http://www.bmwa.gv.at>
<http://www.bmwa.gv.at/BMWA/Schwerpunkte/Arbeitsrecht/Arbeitsinspektion/default.htm>;
17:11.2007; 14:45

<http://www.fgoe.org>
<http://www.fgoe.org/der-fonds/organisation/g-foerderungsgesetz>;
17:11.2007; 15:30

<http://www.hauptverband.at>
http://www.hauptverband.at/portal/index.html?ctrl:cmd=render&ctrl>window=hvbportal.channel_content.cmsWindow&p_menuid=58289&p_tabid=3;
17:11.2007; 11:15

<http://www.imw.tuwien.ac.at>
<http://www.imw.tuwien.ac.at/oeae>;
18:11.2007; 18:30

<http://www.netzwerk-bgf.at>
http://www.netzwerk-bgf.at/portal/index.html?sessionid=D1B49A071CCBD43E1B63906D1D856E70?ctrl:cmd=render&ctrl>window=bgfportal.channel_content.cmsWindow&p_menuid=66228&p_tabid=2;
17:11.2007; 16:45

http://www.netzwerk-bgf.at/portal/index.html?ctrl:cmd=render&ctrl>window=bgfportal.channel_content.cmsWindow&p_menuid=64776&p_tabid=2;
17:11.2007; 16:15

<http://www.osha.europa.eu>
<http://at.osha.europa.eu/legislation>;
16.11.2007; 17:15

<http://at.osha.europa.eu/systems/auva.stm>;
18:11.2007; 15:30

<http://at.osha.europa.eu/systems/sozpartner.stm>;
18:11.2007; 14:15

Portugal

<http://www.dgs.pt>;
03.11.2007; 10:35

<http://www.enwhp.org/>
<http://www.enwhp.org/index.php?id=251>;
03.11.2007; 9:30

<http://www.ishst.pt/>
http://www.ishst.pt/IDICT_p01.aspx?Cat=Cat_Noticias_SubNoticias1&Prd=A000000000002639&lang=;
04.11.2007; 10:30

<http://www.iso.org/>
http://www.iso.org/iso/about/iso_members/iso_member_body.htm?member_id=2054;
03.11.2007; 16:45

<http://www.misau.gov.mz/>
http://www.misau.gov.mz/pt/misau/dns_direccao_nacional_de_saude;
04.11.2007; 13:30

<http://www.mtss.gov.pt/>
<http://www.mtss.gov.pt/english.asp;>
03.11.2007; 15:30

<http://www.osha.europa.eu/>
[http://pt.osha.europa.eu/;](http://pt.osha.europa.eu/)
04.11.2007; 9:45

<http://www.staging2.ilo.org/>
<http://staging2.ilo.org/public/english/employment/gems/eeo/law/portugal/dep5.htm;>
04.11.2007; 14:45

Schweden

<http://www.afa.se>
02.12.2007; 13:45

[http://www.arbetsgivarverket.se\]](http://www.arbetsgivarverket.se)
http://www.arbetsgivarverket.se/t/Page_121.aspx;
24.11.2007; 9:15

<http://www.arbetslivsinstitutet.se>
[http://www.arbetslivsinstitutet.se/en/;](http://www.arbetslivsinstitutet.se/en/)
25.11.2007; 13:45

<http://www.arbetsmiljoforum.com>
http://www.arbetsmiljoforum.com/inenglish/in_english.asp;
02.12.2007; 15:30

<http://www.av.se>
[http://www.av.se/inenglish/lawandjustice/workact/;](http://www.av.se/inenglish/lawandjustice/workact/)
25.11.2007; 10:30
<http://www.av.se/inenglish/lawandjustice/workact/chapter03.aspx;>
25.11.2007; 11:15
[http://www.av.se/inenglish/aboutus/;](http://www.av.se/inenglish/aboutus/)
25.11.2007; 12:00
[http://www.av.se/inenglish/inspection/;](http://www.av.se/inenglish/inspection/)
25.11.2007; 11:30

<http://www.fas.forskning.se>
http://www.fas.forskning.se/fas_templates/Page_546.aspx;
23.11.2007; 20:00

<http://www.folkhalsoguiden.se/>
<http://www.folkhalsoguiden.se/AvdEnhet.aspx?id=1228;>
01.12.2007; 11:45
[http://www.folkhalsoguiden.se/upload/Om_CFF/About_Occupational_and_Environmental_Health.pdf;](http://www.folkhalsoguiden.se/upload/Om_CFF/About_Occupational_and_Environmental_Health.pdf)
25.11.2007; 16:15

<http://www.osha.europa.eu>
<http://se.osha.europa.eu/legislation;>
23.11.2007; 17:45

<http://www.prevent.se/>
http://www.prevent.se/in_english/default.asp;
01.12.2007; 10:30

<http://www.sweden.gov.se>
<http://www.sweden.gov.se/sb/d/8281>;
23.11.2007; 19:15

<http://www.utvecklingsradet.se>
<http://www.utvecklingsradet.se/3630>;
25.11.2007; 17:00

Spanien

<http://www.ceoe.es/>
<http://www.ceoe.es/ceoe/contenidos.item.action?id=9961968&type=9961968&menuId=9961968>;
03.01.2008; 13:30
<http://www.ceoe.es/ceoe/contenidos.type.action?type=0864321&menuId=0864321>;
03.01.2008; 12:45

<http://www.empleo.mtas.es/>
http://empleo.mtas.es/insht/en/enlaces/administracion_en.htm;
06.01.2008; 17:15

<http://www.eurofound.europa.eu/>
<http://www.eurofound.europa.eu/emire/SPAIN/MINISTRYOFLABOURANDSOCIALSECURITY-ES.htm>;
03.01.2008; 11:15

<http://www.mtas.es/>
http://www.mtas.es/guiaingles07/texto/guia_10_22_1.htm;
04.01.2008; 14:15
http://www.mtas.es/guiaingles07/texto/guia_10_22_2.htm;
04.01.2008; 15:00
http://www.mtas.es/Insht/en/principal/insht_en.htm;
04.01.2008; 15:30

<http://www.osha.europa.eu/>
<http://es.osha.europa.eu/>;
03.01.2008; 11:15
<http://es.osha.europa.eu/index.stm> - QUE
06.01.2008; 15:15

16 Anhang 1: Zugrundeliegende statistische Daten

ad Abbildung 1: Lebenserwartung in den EU 15 in Jahren						
	1994	1996	1998	2000	2002	2004
Männer	73,8	74,2	74,6	75,4	75,9	76,6
Frauen	80,3	80,6	80,9	81,4	81,7	82,2

Tabelle 7: Lebenserwartung in den EU 15 in Jahren [Eurostat 2007]

ad Abbildung 2: Gesetzliches Pensionsalter in den EU 15 in Jahren		
	Männer	Frauen
Frankreich	60	60
Österreich	65	60
Italien	65	60
Großbritannien	65	60
Griechenland	65	60
EU 15	65	63
Belgien	65	63
Spanien	65	65
Schweden	65	65
Portugal	65	65
Niederlande	65	65
Luxemburg	65	65
Finnland	65	65
Deutschland	65	65
Dänemark	65	65
Irland	66	66

Tabelle 8: Gesetzliches Pensionsalter in den EU 15 im Jahr 2004 [Eurostat 2005]

ad Abbildung 3: Veränderungen der Dauer des Arbeitslebens			
	Ausbildung	Arbeitsleben	Ruhestand
1971	17	44	9
1981	18	42	13
1991	19	40	17
2001	23	36	20

Tabelle 9: Veränderungen der Dauer des Arbeitslebens [Statistik Austria 2004]

ad Abbildung 4: Gesundheitsausgaben in % des BIP		
	1995	2003
Luxemburg	5,7	5,8
Dänemark	5,5	6,1
Finnland	6,4	6,5
Italien	5,5	6,5
Portugal	7	6,5
Spanien	6,1	6,5
Irland	6,5	6,6
Griechenland	5,6	6,7
Österreich	7,1	7,1
EU 15	6,7	7,2
Belgien	6,3	7,6
Großbritannien	6,5	7,7
Deutschland	8,4	8,1
Niederlande	8,3	8,2
Schweden	7,5	8,5
Frankreich	8,1	8,9

Tabelle 10: Gesundheitsausgaben in % des BIP [Eurostat 2007]

ad Kapitel 13: Zahlen und Fakten der EU 15

	EU 15	BE	DK	DE	FI	FR	EL	UK	IE	IT	LU	NL	AT	PT	SE	ES
Beeinträchtigungen der Gesundheit durch die Arbeit in % der Betroffenen																
Hörprobleme	7,1	4,5	6,1	4,8	11,6	4,4	10,3	2,6	4,1	7,7	5,8	3,8	6,7	9,9	15,3	9,5
Augenprobleme	6,1	6,8	2,1	3,4	7,6	6,9	11,2	1,7	2,9	9,1	10,0	2,0	5,5	10,6	4,6	7,5
Hautprobleme	6,5	4,3	5,9	5,0	10,7	4,4	15,7	2,7	5,6	5,7	5,6	3,4	5,0	5,2	9,9	7,7
Rückenbeschwerden	23,9	19,4	23,1	18,8	26,2	21,6	47,0	10,8	14,5	24,3	26,9	13,8	24,0	30,7	27,8	29,1
Kopfschmerzen	15,2	10,5	15,9	12,0	15,7	11,9	35,4	7,0	8,7	16,9	16,7	8,7	11,6	23,9	19,7	14,1
Magenbeschwerden	6,2	6,7	5,3	4,2	5,2	6,4	18,7	1,4	1,9	6,5	10,4	2,7	4,8	4,5	10,5	3,9
Muskelschmerzen	23,9	17,2	30,0	14,8	32,8	18,8	45,7	9,4	13,8	22,3	23,8	15,6	20,0	28,8	38,2	27,0
Beschwerden der Atemwege	4,5	2,4	2,5	1,9	6,9	3,2	14,8	2,7	1,9	2,8	3,6	3,9	3,8	7,8	4,5	4,7
Herz- und Kreislauferkrankungen	1,7	0,6	0,8	1,4	1,9	1,5	2,7	0,1	0,6	2,1	1,8	1,3	2,7	3,1	2,7	1,7
Verletzungen	9,2	6,5	6,3	8,2	8,4	9,1	23,8	3,5	6,5	8,6	9,5	4,8	9,7	9,3	12,0	11,9
Stress	24,5	21,0	26,7	16,0	25,4	18,3	55,3	11,8	16,2	27,1	26,2	16,2	21,0	27,6	37,7	21,4
Allgemeine Müdigkeit	20,5	18,7	16,8	11,3	21,5	20,1	58,5	9,1	15,2	24,7	23,5	14,8	5,5	26,7	15,9	24,8
Schlafprobleme	9,7	9,0	9,6	4,4	13,1	9,1	17,2	5,9	6,2	8,1	11,5	6,9	6,2	10,8	19,4	7,6
Allergien	4,2	2,6	3,1	2,3	7,4	3,7	11,1	0,8	1,8	4,3	5,1	2,5	2,5	4,7	7,3	4,0
Angstzustände	9,4	6,6	2,0	1,5	6,6	10,8	35,3	6,1	7,0	12,6	10,6	2,6	1,3	13,6	16,6	8,4
Darmprobleme	12,7	12,1	14,4	5,4	14,8	11,4	27,3	6,2	8,3	15,0	15,3	9,6	8,5	16,0	14,7	11,4
Körperliche Arbeitsbelastungen in % der Betroffenen																
Vibrationen	22,2	18,7	16,8	28,8	21,6	21,8	30,6	15,4	20,1	24,4	18,8	15,9	24,3	33,3	15,1	26,8
Lärm	28,7	25,2	30,0	32,9	37,0	31,9	34,9	23,7	25,7	23,9	23,4	20,0	24,3	31,9	34,2	31,0
Hitze	23,9	22,9	20,5	23,7	24,9	26,7	44,5	16,4	14,6	18,9	23,1	23,6	22,9	25,4	17,9	32,0
Kälte	20,9	16,4	19,9	18,3	25,9	23,9	39,0	19,7	15,3	13,6	21,7	17,0	15,8	19,3	19,2	28,6
Einatmen von Staub	18,2	15,0	13,2	19,3	24,4	19,9	27,3	11,7	14,2	15,6	16,4	13,7	18,7	24,8	18,4	20,1
Einatmen von Dämpfen	9,9	8,8	4,5	13,8	14,4	13,5	11,3	6,0	6,3	9,1	7,3	6,7	11,9	13,6	6,2	14,7
Arbeit mit gefährlichen Chemikalien	13,8	11,9	10,2	15,5	23,3	16,6	18,2	11,8	11,5	11,7	10,5	8,7	12,6	14,4	16,0	13,7
Strahlung	4,6	3,3	3,6	6,8	6,2	3,7	5,4	3,1	4,0	3,1	3,3	4,2	5,1	5,4	6,8	5,7
Passivrauchen	19,3	18,6	27,5	25,6	11,3	19,9	37,2	14,7	5,8	9,1	17,2	15,6	22,6	29,0	6,7	28,2
Arbeit mit infektiösen Materialien	9,9	10,9	9,1	10,5	15,8	9,9	11,5	8,2	9,2	3,7	9,8	10,4	6,6	8,3	14,5	9,4
Schmerzen verursachende Arbeitshaltungen	44,1	39,4	33,5	46,6	45,2	52,8	66,2	30,4	31,6	48,9	43,6	24,8	50,1	57,1	43,6	48,2
Heben und Tragen von Lasten	33,6	30,6	29,8	31,8	38,5	39,2	41,3	33,9	32,1	28,5	25,6	22,0	35,9	37,0	36,7	40,7
Langes Stehen oder Gehen	72,5	67,1	73,5	73,5	79,4	74,9	75,0	71,6	72,0	74,1	64,7	59,1	72,9	80,0	77,6	72,8
Wiederholende Hand- oder Armbewegungen	62,6	52,4	61,2	56,9	79,5	60,7	76,8	60,0	51,5	64,6	54,1	60,7	57,2	74,2	64,2	64,5
Psychische Arbeitsbelastungen																
Ich brauche weiteres Training um meine Aufgaben gut erfüllen zu können. (% der Zustimmung)	12,9	11,0	13,8	21,8	15,0	10,5	14,1	6,9	8,8	14,3	14,2	10,2	28,9	10,2	6,1	7,6

Meinen Fähigkeiten erlauben es mir weitere Pflichten zu übernehmen. (% der Zustimmung)	34,0	28,2	33,3	27,7	22,3	45,6	39,5	43,0	43,8	27,8	37,4	33,4	24,4	27,3	41,2	35,2
Meine Arbeit beinhaltet monotone Tätigkeiten. (% der Zustimmung)	40,9	31,4	43,8	28,5	48,0	40,8	58,1	55,0	46,3	39,5	37,2	22,7	26,4	49,9	23,1	63,5
Mobbing und Schikane. (% der Zustimmung)	7,3	8,5	7,3	4,1	17,2	7,7	9,2	5,4	9,0	2,3	11,3	12,0	5,0	3,6	3,4	2,8
Knappe Deadlines. (% der Zustimmung)	62,9	62,1	68,8	70,9	73,6	54,3	68,4	63,5	57,3	59,2	56,3	61,2	68,5	53,0	71,7	55,1
Hohe Arbeitsgeschwindigkeit. (% der Zustimmung)	63,4	60,5	75,5	72,2	77,7	49,7	73,3	46,7	42,0	66,6	56,8	60,9	72,4	51,2	85,0	60,0
Sonstiges																
Informiertheit bezüglich der Risiken von Gesundheit und Sicherheit am Arbeitsplatz.	82,6	79,0	83,5	89,4	96,5	68,9	77,0	89,8	89,0	80,6	75,6	78,0	84,6	84,2	85,5	77,3
Zufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen. (% der Zustimmung)	84,5	89,5	93,4	89,2	84,5	82,1	59,9	92,7	86,5	76,2	86,5	89,2	89,6	84,9	85,3	78,6
Durchschnittliche Abwesenheitstage aufgrund von Erkrankungen in den letzten 12 Monaten.	5,4	7,0	6,6	3,5	8,5	5,5	2,8	3,7	3,9	3,8	5,4	8,6	3,4	8,6	6,7	3,6

Tabelle 11: Statistische Daten der EU 15 [EUROFOUND, 2007]

17 Anhang 2: Abstract

Auf europäischer Ebene ist Betriebliche Gesundheitsförderung längst kein Neuland mehr. Spätestens seit der Verabschiedung der Ottawa-Charta im Jahr 1986, wurde eine europaweite Basis für dieses Thema geschaffen. Sinkende Geburtenzahlen und das Ansteigen der Lebenserwartung einerseits, sowie die Konfrontation mit neuen Herausforderungen durch den Wandel des Industrie- hin zum Dienstleistungszeitalter andererseits, sind Bausteine unserer sich ändernden Arbeitswelt. Umso wichtiger ist es für Unternehmen, sich mit Themen wie Gesundheit und Wohlbefinden der Mitarbeiter auseinander zusetzen. Einen möglichst langen, gesunden und produktiven Verbleib im Arbeitsleben zu ermöglichen, wird dabei immer mehr zum Ziel und zu einem impliziten Bestandteil nachhaltiger Unternehmenspolitik.

Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass Unternehmen nur dann bereit sind gesundheitsfördernde Maßnahmen umzusetzen, wenn damit ein ökonomischer Nutzen verbunden ist. Mit Hilfe betriebswirtschaftlicher Analyse- und Bewertungsmethoden, wie der Kosten-Nutzen- oder der Kosten-Wirksamkeits-Analyse, können Entscheidungshilfen geschaffen werden. Jedoch sehen sich Analysemethoden im Bereich der Betrieblichen Gesundheitsförderung mit einigen Problemen konfrontiert. Im Regelfall schlägt sich der Nutzen solcher Interventionen erst nach einiger Zeit im Ertrag eines Unternehmens nieder. Weiters gibt es Probleme bei dem Nachweis von kausalen Zusammenhängen zwischen Interventionen und positiven Effekten, zumal der Nutzen meist indirekt ist, also in nicht stattgefundenen Ereignissen liegt.

Mit dem Wissen um die Effizienz von Interventionen stellt sich die Frage um die Effektivität gesundheitsfördernder Maßnahmen. Evidenzbasierung ist mittlerweile auch in der Betrieblichen Gesundheitsförderung zu einem wesentlichen Thema geworden. Grundsätzlich kommt man hier zu dem Ergebnis, dass eine Kombination von verhaltens- und verhältnisorientierten Maßnahmen durchwegs die größte Evidenz aufweist. Weiters ist davon auszugehen, dass Maßnahmen, die wenig individuell orientiert sind, im Gegensatz zu jenen, die vertiefend auf den Menschen eingehen, relativ geringe oder keine Evidenzen aufweisen. Ebenso zeigt sich, dass es besser ist Interventionen über einen längeren Zeitraum durchzuführen.

Auf nationaler Ebene zeigt sich ein durchwegs einheitliches Bild in den von uns untersuchten EU 15 Ländern. Betriebliche Gesundheitsförderung spiegelt sich in allen nationalen Gesetzen zum Thema Arbeitsschutz wieder. Involvierte Partner sind meist entweder Ministerien für Arbeit und/oder Gesundheit, die nach unten hin mit einer Reihe von Institutionen zusammenarbeiten. Die Bereitstellung von Information, Beratungsleistungen, Vernetzungsarbeit, Projektarbeit sowie vor allem Forschung und Entwicklung sind neben der finanziellen Unterstützung Hauptaktionsfelder in nahezu allen untersuchten Ländern. Unterschiede waren in den Systemen nur marginal zu erkennen. Betrachtet man statistische Daten zu arbeitsbedingten Erkrankungen und körperlichen Arbeitsbelastungen, zeigt sich tendenziell ein Nord-Süd Gefälle, wohingegen Zahlen zur Frage der psychischen Arbeitsbelastungen eher auf ein Süd-Nord Gefälle hindeuten. Dies führen wir vor allem auf marktwirtschaftliche Strukturen zurück.

Betriebliche Gesundheitsförderung befindet sich auf dem Weg zum Ziel. Es ist zwar erklärtes Ziel aller untersuchten Länder für den Schutz und die Gesundheit der Arbeitnehmer zu sorgen, jedoch wollen wir darauf hinweisen, dass es eine Vielzahl von Einflussfaktoren gibt, die die Gesundheit fördern oder aber auch belasten können, jedoch in Strategien und Programme noch nicht ausreichend implementiert sind. Auffallend war für uns auch, dass BGF kaum Eingang in die Ausbildung von künftigen Unternehmensverantwortlichen findet, was uns als ein wesentlicher Beitrag hin zu einem ganzheitlichen Verständnis für Unternehmensentwicklung scheinen würde.

18 Anhang 3: Wissenschaftliche Lebensläufe

Name: Claudia Drescher

Geburtsdatum: 26.03.1979

Ausbildung:

1999 – 2008: Studium der Internationalen Betriebswirtschaft / Universität Wien

1999: Reifeprüfung Bundeshandelsakademie Gänserndorf / NÖ

Beruflicher Werdegang:

seit August 2005: IBG Institut für humanökologische Unternehmensführung GmbH

Mai 2004 – August 2005: Alcatel Austria AG

Oktober 1999 – Mai 2004: Raiffeisen Capital Management

Name: Silvia Schurian

Geburtsdatum: 28.09.1979

Ausbildung:

1999 – 2008: Studium der Internationalen Betriebswirtschaft / Universität Wien

1998 – 1999: Studium der Psychologie / Universität Wien

1998: Reifeprüfung Bundesgymnasium Spittal an der Drau

Beruflicher Werdegang:

seit April 2006: IBG Institut für humanökologische Unternehmensführung GmbH

Juli 2005 – April 2006: Gruber & Stern Marketing & Consulting