

**Gesundheitsbewusstsein
von basisqualifizierten
manuell tätigen
ArbeitnehmerInnen
in Bezug auf betriebliche
Gesundheitsförderung**

Franz Josef Purer

Diplomarbeit
eingereicht zur Erlangung des Grades
Magister ^(FH) der Sozialwissenschaften
an der Fachhochschule St. Pölten
im September 2007

Erstbegutachterin
Dr. Edith Singer

Zweitbegutachterin
DSA Maria Lesnik MscMsc

Executive Summary

Franz Purer

Gesundheitsbewusstsein von basisqualifizierten manuell tätigen ArbeitnehmerInnen in Bezug auf betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)

Diese Diplomarbeit zeigt das Gesundheitsbewusstsein eines Samples von basisqualifizierten manuell tätigen ArbeitnehmerInnen eines österreichischen Unternehmens auf und untersucht dessen Relevanz bezogen auf die Akzeptanz von Maßnahmen aus BGF-Projekten. Die Ergebnisse der qualitativen Erhebung sowie der Literaturrecherche weisen auf eine multikausale Verkettung der Einflussfaktoren bezogen auf Akzeptanz/Ablehnung von BGF-Maßnahmen und eine erhöhte Morbiditäts- und Mortalitätsrate von basisqualifizierten manuell Tätigen hin. Aus der Arbeit geht weiters hervor, dass betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) für basisqualifizierte manuell tätige ArbeitnehmerInnen eine ganzheitliche Ausrichtung mit Berücksichtigung des Sozialisationsprozesses sowie der Lebensführung beinhalten sollte. Eine derartige Bottom-up-Orientierung mit hoher Partizipation der Zielgruppe kann grundsätzlich eine hohe Effizienz sowie Nachhaltigkeit von BGF-Projekten gewährleisten.

Health awareness of basically qualified blue collar employees in reference to workplace health promotion

The thesis points out the health awareness of a sample of basically qualified manual active employees of an Austrian company. It analyses the relevance related to the acceptance of internal health promotion measures. The results of a qualitative inquiry and literature research indicate a multi-causal linkage of influencing factors. They stay in relation to acceptance respectively refusal of operational health promotion measures. Moreover, the issues allude to an increasing morbidity and mortality rate of basically qualified manual active employees.

Furthermore, the thesis also shows that health promotion for this specific target group should contain a holistic orientation taking also the socialisation process and their way of living into consideration. Such a bottom up-orientation with high participation of the target group makes it possible to guarantee a high efficiency as well as sustainability of health promotion projects.

Vorwort

Die Motivation zu meiner Diplomarbeit entwickelte sich bereits in den ersten Semestern meines Studiums. In der Zeit dieses Wissenserwerbes entwickelte sich in mir das Interesse, mich nochmals mit meiner beruflichen Vergangenheit als manuell Tätiger zu beschäftigen und diese Erfahrungen als Ressource zu nützen. In der nahezu zwei Jahrzehnte dauernden Zeit bei xxx durchschritt ich einige Bildungsebenen bis zur Reifeprüfung. Angespornt durch meinen Willen zur Neuorientierung und Weiterentwicklung entschloss ich mich zum Studium der sozialen Arbeit an der Fachhochschule St. Pölten; ich gab meinen Beruf auf und widmete mich voll der neuen Aufgabe. Die Berufserfahrung konnte ich als Kapital an Erfahrungen beim Studium und bei der Forschung zur Diplomarbeit einbringen. Für viele Jahre war ich Teil der Zielgruppe, für welche BGF-Maßnahmen entwickelt wurden. In vielen Gesprächen mit Betroffenen sowie in der Selbstreflexion entschied ich mich, eine Arbeit über betriebliche Gesundheitsförderung mit und für basisqualifizierte manuell tätige ArbeitnehmerInnen zu verfassen.

Zum Abschluss meines Studiums möchte ich mich hier bei allen Menschen aus meinem familiären Umfeld bedanken, welche mich durch Zuwendung wie auch durch Zurückhaltung bestärkt haben, meinen Weg zu gehen. Gleicher Dank gilt meinen FreundInnen, welche mit mir euphorische sowie stille Zeiten meiner vergangenen Studienzeit durchschritten. Ohne dieses soziale Kapital wären viele Schritte schwerer oder zu diesem Zeitpunkt unmöglich gewesen. Eine große Bereicherung war für mich der wertschätzende Umgang von Lektoren, die ich in den vergangenen vier Jahren näher kennen lernen durfte. Weiters bedanke ich mich bei Hrn. Dr. Ernst, welcher mir die Interviews mit Experten sowie meiner Zielgruppe ermöglichte. Achtung und Anerkennung auch den vielen an meinen Interviews beteiligten Facharbeitern, welche mich und meine Arbeit mit Ihren Interviews bereicherten.

Inhalt

Einleitung	1
1. Relevanz des Themas.....	1
1.1. Forschungsfrage.....	2
1.2. Begriffsdefinition	3
1.2.1. Bewusstsein.....	3
1.2.2. Gesundheit	3
1.2.3. Bewusstseinsbildung	4
1.2.4. Gesundheitsbewusstsein	4
1.2.5. Gesundheitsförderung	5
1.2.6. Betriebliche Gesundheitsförderung.....	5
1.2.7. Gesundheitsverhalten.....	6
1.3. Vorgehensweise.....	6
2. Ein national betonter historischer Rückblick auf Anforderungen und Unterstützung von ArbeiterInnen durch BGF	7
2.1. BGF im zeitlichen Verlauf in Österreich.....	8
2.2. Überlegungen zur Entwicklung der BGF	9
3. Standards zur betrieblichen Gesundheitsförderung.....	10
3.1. Zugänge zur Thematik.....	10
3.2. Modellbeschreibung	10
3.3. Zielsetzung von BGF	10
3.4. Verlauf des betrieblichen Gesundheitsförderprojektes in dem Forschung herangezogenen Unternehmen	12
3.5. Details relevanter Projektschritte	13
3.5.1. Steuerungsgruppe	13
3.5.2. Gesundheitszirkel	13
3.5.3. Ist-Analyse	14
3.5.4. Implementierung-/ Umsetzungsphase	15
3.5.5. Abschluss und Nachhaltigkeit.....	17
3.5.6. Evaluierung.....	17
3.5.6.1. Gesundheitsbericht.....	17
3.5.7. Resümee	17

4. Selektive Prozesse abseits der betrieblichen Gesundheitsförderung	19
4.1. Determinanten für Morbidität und Mortalität von basisqualifizierten manuell tätigen ArbeitnehmerInnen	19
4.2. Wirkfaktoren sozioökonomischer Ungleichheit	20
4.2.1. Materielle Faktoren	20
4.2.2. Medizinische Faktoren	21
4.2.3. Krankheit als Faktor	22
4.2.4. Indirekte Selektion als Faktor	22
4.2.5. Lifestyle als Faktor	23
4.2.6. Psychosoziale Faktoren	25
4.2.7. Sozio-ökonomische Faktoren	26
4.2.8. Überblick und Resümee über die Wirkfaktoren sozioökonomischer Ungleichheit	26
4.3. Sozialer Status und Mortalität	27
4.3.1. Mortalität nach Bildung	27
4.3.2. Mortalität nach der beruflichen Stellung	28
4.3.3. Mortalität nach Einkommen	28
4.3.4. Resümee sozialer Status und Mortalität	28
4.4. Sozialer Status und Morbidität	29
4.4.1. Morbidität nach Bildung	29
4.4.2. Morbidität nach beruflicher Stellung	30
4.4.3. Morbidität nach Einkommen	30
4.4.4. Resümee sozialer Status und Morbidität	31
4.5. Modelle der Belastung	31
4.5.1. Anforderungs-Kontroll-Modell	32
4.5.2. Modell beruflicher Gratifikationskrisen	32
4.5.3. Resümee zu den Modellen der Belastung	33
4.6. Wirkfaktoren sozio-ökonomischer Ungleichheit in der Diskussion mit den Ergebnissen der Forschung	34
4.6.1. Materielle Faktoren	34
4.6.2. Medizinische Faktoren	34
4.6.3. Indirekte Selektion als Faktor	35
4.6.4. Lifestyle als Faktor	36

4.6.5.	Psycho-soziale Faktoren	37
5.	Neue Erkenntnisse zur betrieblichen Gesundheitsförderung ...	38
5.1.	Qualitative Forschung	38
5.1.1.	Größe der Stichprobe	38
5.1.2.	Auswahl der Stichprobe.....	38
5.1.3.	Instrumente zur Datenerhebung:.....	39
5.1.4.	Instrumente der Datenauswertung.....	39
5.1.5.	Mehrfachnennungen.....	39
5.2.	Forschungserkenntnisse	41
5.2.1.	Biographische Daten	41
5.2.2.	Gruppierte biographische Daten	42
5.3.	Hauptkategorien.....	43
5.3.1.	Auswertung Rahmenbedingungen.....	43
5.3.2.	Auswertung Selbstbild	49
5.3.3.	Auswertung Bedürfnisse	51
5.3.4.	Auswertung Werte	54
5.4.	Forschungsergebnisse im Detail.....	57
5.5.	Gesamtresümee zur Forschung und zum Gesundheitsbewusstsein von basisqualifizierten, manuell tätigen ArbeitnehmerInnen	61
5.5.1.	Aussagen zur Organisation	61
5.5.2.	Aussagen zur Zielgruppe.....	62
5.6.	Experteninterview	64
5.6.1.	Erhebungsmethode	64
5.6.2.	Auswertungsstufen	64
5.6.3.	Forschungsergebnis	65
5.7.	Resümee Experteninterview	68
5.8.	Forschungsergebnisse im Zusammenschluss	69
5.9.	Antworten auf die Forschungsfragen	71
5.9.1.	Verifizierung der Hypothese	71
5.9.2.	Faktoren, welche die Hypothese belegen.....	71
5.9.3.	Frage: Gründe für ein geringer ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein der Zielgruppe ?.....	72
5.9.4.	Frage: Wie lässt sich dieses Gesundheitsbewusstsein verändern?	72

5.9.5.	Frage: Wirksamkeit und Akzeptanz von BGF- Projekten im Unternehmen?	73
5.9.6.	Frage: Motivationsfördernde sowie –hemmende Faktoren im Unternehmen?	73
5.9.7.	Frage: Subjektive Einschätzung des Einzelnen von Position, Anerkennung und soziale Stellung im Unternehmen?	73
5.9.8.	Frage: Faktoren, welche sich negativ auf Selbstwert und Anerkennung auswirken?	74
5.10.	Resümee zur Hypothese und zu den Forschungsfragen	74
6.	Ansätze und Ziele für ganzheitliche BGF- Maßnahmen	75
6.1.	Grundlegendes zur BGF	75
6.1.1.	Salutogenese als Ansatz in der BGF	76
6.1.2.	Gesundheits-Krankheits-Kontinuum	77
6.1.3.	Vergleich pathogenetisches Modell mit salutogenetischem Modell	78
6.1.4.	Maßnahmen unter salutogenetischer Ausrichtung	79
6.2.	Maßnahmen ähnlicher Ausrichtung	81
6.2.1.	Gesundes Unternehmen nach Miles	81
6.2.2.	Anerkennender Erfahrungsaustausch	82
6.3.	Resümee zu den ganzheitlichen BGF- Maßnahmen	83
7.	Diskussion und Abschluss	84
8.	Persönliche Haltung	85
	Literaturverzeichnis	I
	Weitere Literatur	IV
	Abbildungsverzeichnis	V

Einleitung

1. Relevanz des Themas

Das Gesundheitsbewusstsein von basisqualifizierten manuell tätigen ArbeitnehmerInnen und dessen Auswirkungen auf Morbidität und Mortalität stehen im Zentrum dieser Arbeit. Die Auswirkungen eines geringer ausgeprägten Gesundheitsbewusstseins zeigen sich - wie aus eigener Erfahrung bekannt - oftmals im Umgang mit betrieblichen Schutzausrüstungen und in Folge bei der Akzeptanz von betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF). Nach bmfg (2002:39) setzen Personen aus niedrigeren sozialen Schichten geringere Aktivitäten zur Gesundheitsvorsorge und besitzen einen schlechteren Zugang zu Gesundheitsinformationen. In dieser Arbeit soll anhand eines Samples von basisqualifizierten manuell tätigen MitarbeiterInnen die Relevanz eines erhöhten Gesundheitsbewusstseins in Bezug auf die Akzeptanz von betrieblicher Gesundheitsförderung und deren Maßnahmen aufgezeigt werden. Bewusstseinsbildung wird hier als Katalysator der betrieblichen Gesundheitsvorsorge gesehen sowie umgekehrt die Projekte der betrieblichen Gesundheitsförderung als Basis zur Implementierung und Förderung von Gesundheitsbewusstsein erachtet werden, wobei hier nicht eine singuläre Sichtweise geprägt werden soll, da durch vorhergehende Literaturrecherchen bereits Hinweise vorhanden sind, nach denen die Morbidität und Mortalität der Zielgruppe von weiteren Faktoren abhängig sind. Nach Schmeisser-Rider (1999:59) bestimmen soziale Faktoren wie dauerhafte finanzielle Sorgen, unsicherer Arbeitsplatz, schlechte soziale Integration, geringes Selbstwertgefühl sowie Fatalismus die Morbidität und Mortalität jedes Einzelnen. Jedoch stellt die betriebliche Gesundheitsförderung eine Plattform dar, durch welche eine hohe Anzahl von Personen erreicht werden kann. Durch betriebliche Gesundheitsförderung sollen Menschen an ihren Arbeitsplätzen erreicht werden und Arbeitsbedingungen so gestaltet werden, dass sie nicht die Gesundheit der Beschäftigten belasten und über eine veränderte Unternehmenskultur auch der Erfolg des Unternehmens gewährleistet werden kann (vgl. Bertelsmannstiftung 2004:10). Organisationen - darunter fallen auch Betriebe - zählen zu den „Gesundheitserziehern Nummer 1“ in unserer Gesellschaft mit hohen Anteilen an der Ausbildung und Entwicklung von kollektiven wie auch individuellen

Einstellungen (vgl. Grossmann 1998:20). In vielen Fällen wird es nicht um die Veränderung von Verhältnissen gehen, sondern darum, ein Bewusstsein zu fördern, welches einen konstruktiven Umgang mit der/den Situation/en ermöglichen soll. Dazu ist jedoch notwendig, die Kausalität der Bewusstseinsbildung und deren Auswirkungen zu erfassen. Nach Pantucek (2005:28) ist eine Annäherung an die Lebenswelt der Zielgruppe unerlässlich, um eine „Passung“ und Wirksamkeit zu ermöglichen. Nach Peilowich-Pichler (1997:168) wäre sinnvoll, das „Expertenwissen“ mit dem „Laienwissen“ zu verbinden. Diesen Fakten spricht jedoch die Zusammensetzung der Gesundheitsgremien von verschiedenen BGF-Projekten entgegen. Als einzige Person der Zielgruppe findet sich ein Vertreter des Betriebsrates (vgl. Peilowich-Pichler 1997:171). Dies lässt Rückschlüsse auf einen Top-down-Ansatz dieser betrieblichen Gesundheitsförderprojekte zu. In dieser Arbeit wird davon ausgegangen, dass Betriebliche Gesundheitsförderung erst durch eine hohe Partizipation der Zielgruppe unter bewusstseinsbildenden Maßnahmen ihre volle Wirksamkeit entfalten kann. Hier soll die Priorität der Beachtung der individuellen Lebensbedingungen sowie der Bezug zum Individuum, welches in der sozialen Arbeit besonders in der Individualhilfe Bedeutung hat, mit einfließen (vgl. Pantucek 1998:28).

1.1. Forschungsfrage

Im Erkenntnisinteresse dieser Forschung liegt das Gesundheitsbewusstsein von basisqualifizierten manuell tätigen ArbeitnehmerInnen. Dazu wird eine qualitative Forschung mit den Betroffenen durchgeführt. Darüber hinaus werden Experteninterviews mit Personalverantwortlichen des zur Forschung gewählten Unternehmens durchgeführt. In und durch die Forschung sollen mögliche Defizite im Gesundheitsbewusstsein der Zielgruppe gefunden werden und die Möglichkeit einer auf Bewusstseinsbildung basierenden BGF entworfen werden. Weiters sollen Antworten auf Fragen zum Selbstwert/Selbstbild, zur Motivation, zur Anerkennung und zur Akzeptanz derzeitiger BGF-Maßnahmen gefunden werden.

1.2. Begriffsdefinition

Um Begriffe und deren Verständnis in der Arbeit leichter zugänglich zu machen, werden diese im Folgenden definiert:

1.2.1. Bewusstsein

Nach Arot/Dilling/Reimer (2004:25) wird dies auch reflektierendes Bewusstsein genannt. Es handelt sich um das unmittelbare, auf die Person selbst bezogene Wissen um geistige und seelische Zustände (Erleben, Erinnerung, Vorstellung, Denken) und das Ich, dem etwas bewusst ist. Dies beinhaltet weiters das Auffassen und Erkennen in Verbindung mit dem persönlichen lebensgeschichtlichen Kontext.

„Das Bewusstsein gehört zu den Ich-Funktionen, dient also im Wesentlichen der Orientierung in der und Anpassung an die Realität. Sein biologischer Wert – der Überlebensvorteil, den es verschafft – liegt darin, dass durch das Problemhandeln des Denkens Handlungsmöglichkeiten in der Vorstellung durchgespielt werden können, ohne dass ein ähnlich hoher Grad von Erfolg notwendig ist wie beim realen Handeln. (...) Auf diese Weise kann ein der jeweiligen Situation möglichst gut angepasstes Handlungsmodell entworfen werden.“ (Schmiedbauer 2001:44)

1.2.2. Gesundheit

„Um es vorweg zu sagen: Eine allgemein gültige, anerkannte wissenschaftliche Definition von Gesundheit gibt es nicht“ (Waller 2006:9).

Diese Aussage bestätigt sich bei den zum Thema durchgeführten Literaturrecherchen. Zum Begriff Gesundheit sind verschiedene Modelle mit unterschiedlichen Ansätzen zu finden. Eines der bekanntesten ist das der WHO von 1946.

„Die Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen.“ (WHO 1946:o.A., zit. n.: Naidoo/Wills 2003:6)

1.2.3. Bewusstseinsbildung

Bewusstseinsbildung wird hier als der Weg zum aktiv wahrgenommenen Gesundheitsbewusstsein und dem daraus resultierenden bewussten Umgang mit sich und seiner Umwelt verstanden.

„Bewusstseinsbildung findet bereits im Säuglingsalter statt. Das Kind beginnt schon früh, z.B.: ein Bewusstsein des eigenen Körpers zu bilden, etwa durch das Funktionsspiel mit den Fingern.“ (dtv- Atlas 2002:89)

Wichtig erscheint bei den Zielpersonen, die Motivation und den Willen zu stärken, sich mit Neuem und vielleicht sogar Fremdem zu konfrontieren und sich Informationen einzuholen. Es erscheint notwendig, die Neugier in den Menschen zu wecken, um die Informationen aus eigenem Bedürfnis aufzunehmen.

Im Prozess der Bewusstseinsbildung findet sich unter anderem:

- Sensibilisierung
- Soziales Kompetenztraining
- Mobilisierung
- Erklären, Informieren, Qualifizieren
- Fördern von Selbsterkenntnissen in Bezug auf Körper, Seele und Soziales

1.2.4. Gesundheitsbewusstsein

Der Begriff des Gesundheitsbewusstseins vereint hier die Begriffe „Gesundheit“ und „Bewusstsein“. Gesundheitsbewusstsein bezieht sich auf die oben angeführte Definition für Bewusstsein mit einer Fokussierung auf Gesundheit. Ein bewusstes Umgehen mit Körper, Psyche und sozialen Faktoren, mit Fokus auf die Aufrechterhaltung von körperlicher sowie psychischer Gesundheit und Bewusstseinsbildung zum Thema Gesundheit soll eine Verbesserung des Gesundheitsbewusstseins bewirken.

Nach Scala (1996:1) kann die Arbeitswelt als Sozialisationsfaktor mit Wirkung in die Familie und Freizeit gesehen werden. Bei bildungsferneren Schichten ist festzustellen, dass Aktivitäten zur Ausbildung eines Gesundheitsbewusstseins,

wie das Einholen von Gesundheitsinformationen, nur in geringem Ausmaß feststellbar ist (vgl. bmfg 2002:39).

1.2.5. Gesundheitsförderung

„Unter Gesundheitsförderung werden Maßnahmen verstanden, die darauf abzielen, die Lebenswelt und die Lebenssituation von Bevölkerungsgruppen zu verbessern, wie es beispielsweise im Setting Gesunde Gemeinden geschieht.“
(BmGF 2004:2)

Eine noch klarere Formulierung für Gesundheitsförderung findet sich im Psychologie-Wörterbuch (2004:118) – darunter verstehen sich Maßnahmen, welche auf gesellschaftlicher und individueller Ebene initiiert werden, um Menschen zu befähigen, aktiv und selbstbestimmt zur Stärkung ihrer Gesundheit beizutragen. Nach Udirts (2006:11) handelt es sich bei Gesundheitsförderung um eine integrierte Kraft, die die Ansätze der Salutogenese und Arbeitsgestaltung verbindet. Nach der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung wird darunter die Aufhebung der Defizite bezogen auf die Selbstkontrolle über gesundheitsbeeinflussende Bedingungen gefordert.

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Lebensumstände und Umwelt zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. (...) Menschen können ihr Gesundheitspotential nur dann weitestgehend entfalten, wenn sie auf die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, auch Einfluss nehmen können.“ (Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung 1996:o.A)

1.2.6. Betriebliche Gesundheitsförderung

Nach der Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung der Europäischen Union wird diese wie folgt beschrieben:

„Betriebliche Gesundheitsförderung ist eine moderne Unternehmensstrategie und zielt darauf ab, Krankheiten am Arbeitsplatz vorzubeugen (einschließlich arbeitsbedingter Erkrankungen, Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten, Stress), Gesundheitspotentiale zu stärken und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu verbessern“ (ENWHP 1997:o.A)

Der integrierende Aufbau von betrieblicher Gesundheitsförderung umfasst folgende Merkmale:

- Integration der Bedürfnisse von ArbeitnehmerInnen
- bezieht sich auf Verhaltens- und Verhältnisprävention
- Miteinbezug von Gesundheit in die Unternehmenskultur (vgl. Werner 1993:106)

1.2.7. Gesundheitsverhalten

Eine Annäherung ergibt sich zum positiven Gesundheitsverhalten, welches nach dem Wörterbuch Psychologie (2004:119) alle Verhaltensweisen zur Gesundheitserhaltung und Gesundheitsförderung einer Person einschließt. Dies bedingt jedoch, einer vorhergehenden vorhergehendes Bewusstseinsbildung, um sich seiner persönlichen Lage und dem bewussten Wahrnehmen von psycho-sozialen wie auch sozio-ökonomischen Kausalitäten. Das Gesundheitsverhalten wird von ökologischen, ökonomischen, sozialen und kulturellen Prägungen beeinflusst (vgl. Meggeneder 1997:63).

1.3. Vorgehensweise

Teil 1 dieser Arbeit zeigt einleitend das grundlegende Forschungsdesign. Weiters werden die zum Verständnis der Arbeit benötigten Begriffe beschrieben und definiert.

Teil 2 dieser Arbeit zeigt einen geschichtlichen Abriss der Entwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Teil 3 dieser Arbeit soll die derzeitigen Standards in der betrieblichen Gesundheitsförderung aufzeigen und die Inklusion/Exklusion von Bewusstseinsbildung in der BGF transparent machen. Weiters sollen Forschungsergebnisse zu Belastungsfaktoren/Risiken von basisqualifizierten manuell tätigen ArbeitnehmerInnen vergleichend zu den derzeitigen Maßnahmen in der BGF dargelegt werden. Komplementierend dazu werden die Erkenntnisse der zur Arbeit gehörenden qualitativen Forschung eingebracht.

Teil 4 widmet sich den Erkenntnissen, bezogen auf selektive Prozesse, welche die Zielgruppe der basisqualifizierten manuell tätigen ArbeitnehmerInnen bezüglich Morbidität und Mortalität beeinträchtigen.

Teil 5 zeigt die Forschungsmethodik in Teilbereichen, gibt Einblick in Auswertungsschritte mit jeweiligen Erkenntnissen und den Resümees zu den Kategorien und der Gesamtauswertung aus beiden qualitativen Erhebungen.

Teil 6 soll in Ansätzen Möglichkeiten und Modelle für eine ganzheitliche betriebliche Gesundheitsförderung aufzeigen.

Teil 7 widmet sich der Diskussion der erworbenen Erkenntnisse im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung. Hier soll eine Diskussion bezogen auf die derzeitigen Standards und deren Effizienz in der betrieblichen Gesundheitsförderung vergleichend mit neuen Forschungsergebnissen ermöglicht werden.

Teil 8 dieser Arbeit drückt die moralische Haltung des Diplomanden zur Zielgruppe aus.

2. Ein national betonter historischer Rückblick auf Anforderungen und Unterstützung von ArbeiterInnen durch BGF

Um zu zielführenden Ergebnissen zu kommen und ein Verständnis für bestehende Methoden sowie für neue Ansätze zu entwickeln, erscheint es unerlässlich, sich mit der Entwicklung von betrieblicher Gesundheitsförderung (BGF) und Aspekten, welche diese Entwicklung begünstigten/beeinträchtigen, zu beschäftigen. Zu dieser Thematik passend ist die Human-Ressource-Forschung der Achtzigerjahre. In dieser Zeit wurde der Produktionsfaktor Arbeit neu entdeckt und war einflussreich für die Entwicklung von humanen Managementmethoden in deutschen Unternehmen (vgl. Wunderer 1980:o.A). Im Vergleich zu früheren Methoden der Betriebsführung stellte dies nahezu

einen Paradigmenwechsel dar. Diese Entwicklung steht widersprüchlich zur tayloristischen Sichtweise. Taylor war ein Vertreter der Arbeitsteilung und sah Menschen als Mittel zur Erreichung von Zielen. Er forderte die Unterwerfung der ArbeiterInnen und garantierte durch Kontrolle und Autorität effektive Arbeitsprozesse und ermöglichte somit keine harmonische Zusammenarbeit über hierarchische Ebenen hinaus (vgl. Wunderer/Gundwald 1980:92). Nach Badura (1999:15) gibt es für betriebliche Gesundheitsförderung/-management zahlreiche Wurzeln. Erwähnenswert scheinen davon erstens die Ottawa-Charta von 1986, welche zum selbstbestimmten Umgang mit Gesundheit befähigen soll, und in Folge der betriebliche Arbeitsschutz, welcher eine gesetzliche Verankerung auf europäischer Ebene erfuhr. Unsicherheiten gibt es hier bei den Überschneidungen in der Entwicklung, bezogen auf betriebliche Gesundheitsförderung und die Aufgaben des Arbeitnehmerschutzes (vgl. ebend:16). Eine wesentliche Unterscheidung ist durch den Faktor der aktiven Beteiligung des Mitarbeiters bei Maßnahmen der BGF zu erkennen, wohingegen beim Arbeitnehmerschutz eine inhärente Passivität der Mitarbeiter festzustellen ist (vgl. Meggeneder 2006:25).

2.1. BGF im zeitlichen Verlauf in Österreich

Dies soll eine in Grundzügen dargestellte Aufgliederung der auf BGF bezogenen Aktionen/Projekte und Veranstaltungen wiedergeben.

- In Österreich kam es im Jahr 1993 zum ersten Start eines BGF-Projektes.
- Auf europäischer Ebene kam es im Jahr 1995 zur Gründung der Europäischen Netzwerke für betriebliche Gesundheitsförderung (vg. Meggeneder 2006:17).
- Bereits ein Jahr später wurde in Österreich die „Nationale Kontaktstelle für BGF“ gegründet und in den ersten Jahren zwei Modellprojekte abgeschlossen und jeweils von der Oberösterreichischen Gebietskrankenkasse und der Versicherungsanstalt des Österreichischen Bergbaues betreut (ebenda:25).

- Erstellung eines Statusberichtes zur BGF in Österreich mit Einbezug von 24 Projekten (ebenda:25).
- Ab dem Jahre 2000 erfolgte die Einbindung der Bundesarbeiterkammer, der Wirtschaftskammer Österreich, des Hauptverbandes der österreichischen Sozialversicherungsträger, der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt, der Sozialversicherungsanstalt der gewerblichen Wirtschaft sowie des Österreichischen Gewerkschaftsbundes und der Industriellenvereinigung (ebenda:31).
- Im Jahr 2001 erschien die zweite Auflage des „Handbuchs Betriebliche Gesundheitsförderung.“(ebenda:25)
- Der Fonds „Gesundes Österreich“ unterstützt seit 2004 Klein- und Mittelbetriebe mit Modulen der BGF. (ebenda: 35)
- Gegenwärtig ist das Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung in allen Bundesländern vertreten. (ebenda:34)
- Heute gibt es eine große Dichte an Unternehmen, welche sich an BGF-Projekten beteiligen oder diese selbst durchführen. Beispiele dafür sind die Österreichischen Bundesbahnen oder die Constantia Teich AG.

2.2. Überlegungen zur Entwicklung der BGF

Gründe für das weitere Verfolgen solcher Ansätze zur Verbesserung von Arbeitsbedingungen liegen zumeist an der hohen Wertschöpfung, welche aus besseren Verhältnissen und bewusstem Verhalten gezogen werden kann. Dies bestätigt sich nach Wiencke & koke (1997:o.A) damit, dass bis zu 50 Prozent des Börsenwertes eines Unternehmens das Humankapital darstellen. Welche Kosten bei Störungen dieses Humankapitales entstehen können, zeigen Hochrechnungen in Deutschland, nach denen jährlich zirka 44 Milliarden Euro an Lohnfortzahlungskosten im Krankheitsfall aufgebracht werden müssen (vgl. Geißler 2003:16). Nach Jahren der Umgestaltung und Arbeitsplatzhumanisierung blieben jedoch Faktoren bestehen oder entwickelten sich neue, welche kausal ihre Auswirkungen auf die ArbeitnehmerIn und deren Morbidität und Mortalität zeigen. Wichtige Faktoren wie Wohlbefinden, Selbstverwirklichung, Persönlichkeitsentwicklung verloren an Bedeutung und

stellten neue Belastungsfaktoren für ArbeitnehmerInnen dar (vgl. Obernosterer o.J:10). Da diese Verwilderung jedoch wiederum Kosten verursacht oder ein nachhaltiges Wirtschaften behindert, gibt es auf Seiten der Arbeitgeber sowie der Sozialpartner Bestrebungen, Instrumente für ein nachhaltiges Wirtschaften zu entwickeln und zu implementieren.

3. Standards zur betrieblichen Gesundheitsförderung

3.1. Zugänge zur Thematik

Um die Wirksamkeit von betrieblicher Gesundheitsförderung betrachten und vergleichen zu können, wurden in eingehender Literaturrecherche gängige europäische Modelle und Maßnahmen der BGF analysiert und mit Erkenntnissen aus der Forschung zur Morbidität und Mortalität von basisqualifizierten Personen verglichen. Hinzukommend stehen noch die Daten der Forschungsergebnisse aus der qualitativen Forschung an basisqualifizierten manuell tätigen ArbeitnehmerInnen mit Fokus auf Bewusstseinsbildung zur Verfügung.

3.2. Modellbeschreibung

In den vergangenen Jahren haben sich verschiedene Modelle der betrieblichen Gesundheitsförderung etabliert und wurden in diversen BGF-Projekten umgesetzt. Diese differenzieren sich grundsätzlich in der Zentrierung auf pathogenetische oder salutogenetische Ausrichtung sowie in Form der Partizipation der Zielgruppe oder externer Experten. Um die Kohärenz der Arbeit und Vergleichbarkeit von fachlichen Standards mit den Ergebnissen der Forschung zu erlangen, wurde hier der Verlauf des BGF-Modells zur Erklärung gewählt, welches im zur Forschung herangezogenen Unternehmen implementiert wurde.

3.3. Zielsetzung von BGF

Erfolge in BGF-Projekten lassen sich nicht auf eine singuläre Fokussierung auf die Beseitigung von bestimmten Belastungen/Anforderungen reduzieren. Zur

Erreichung der Ziele eines Projektes sind zumeist Veränderungen in Verhältnissen sowie im Verhalten der Akteure unerlässlich. Nach Kohlbacher/Meggeneder (2006:21) haben rein auf Verhaltensprävention aufgebaute Interventionen begrenzte Chancen, um weitgreifende Veränderungen herbeizuführen. Um die Effektivität zu steigern, sind verhältnispräventive Maßnahmen erforderlich. Nach eigener Erfahrung sind Veränderungen auf materieller Ebene im Bereich der Verhältnisse leichter realisierbar als Veränderungen, welche im Bereich der Verhältnisprävention im immateriellen Bereich liegen und Veränderungen im System der Organisation erfordern. Nach der Bertelsmann Stiftung (2004: 40) sind mindestens sechs der hier im Folgenden angeführten Vorschläge für nachhaltige Veränderungen notwendig:

- **Arbeitsmittel und Arbeitsumgebung:** Menschengerechte und sichere Arbeitsgestaltung, Berücksichtigung ergonomischer Erkenntnisse und der individuellen Konstitution
- **Arbeitszeit:** Festlegung adäquater Arbeitszeiten und Ruhepausen, Anpassung der Rhythmen der Arbeit an die Möglichkeiten der Beschäftigten
- **Arbeitsorganisation:** Transparenz der Arbeitsabläufe, Arbeitsanreicherung durch Integration von planenden, ausführenden, steuernden und kontrollierenden Tätigkeiten, Vermeidung störender Arbeitsunterbrechungen, Partizipation
- **Sozialbeziehungen:** Offene und flache Kommunikationswege zu Vorgesetzten und Kollegen, Konfliktlösung, transparente Anreizsysteme und soziale Anerkennung, Vertrauenskultur
- **Individuelle Anpassung:** Qualifizierung für gegenwärtige und zukünftige Tätigkeiten, Einführung in die Arbeitsaufgaben, zielorientierte Maßnahmen des Trainings und der Gesundheitsförderung
- **Unterstützendes Umfeld:** Beschwerden an- und ernst nehmen; Vereinbarkeit von Beruf und Familie/Privatleben (Work-Life-Balance) ermöglichen

(Bertelsmann Stiftung 2004: 40)

3.4. Verlauf des betrieblichen Gesundheitsförderprojektes in dem Forschung herangezogenen Unternehmen

Der hier beschriebene Projektablauf nach Atzler/Marktl (2006:42) korreliert in seiner Kernstruktur mit den im deutschen Sprachraum vorkommenden Modellen und deren Projektabläufen.

Ablauf:

- Der Projektstart beinhaltet das Klären der Rahmenbedingungen und die Aufklärung des Managements, Betriebsrates, Betriebsarztes/ der Betriebsärztin bezogen auf Ablauf und Inhalt.
- Information der Belegschaft beim Kick-Off
- Gründung einer betrieblichen Steuerungsgruppe
- Auswahl und Ausbildung der Projektleiter oder Moderatoren der Gesundheitszirkel
- Durchführung der Ist-Analyse
- Festlegen von Projektzielen
- Umsetzungsphase
- Projektevaluierung
- Gesundheitsbericht
- In der Nachprojektphase werden die Projektleiter zu betrieblichen GesundheitsmanagerInnen und die GesundheitszirkelmoderatorInnen zu Gesundheitsbeauftragten weitergebildet, um Nachhaltigkeit zu erlangen (vgl. ebenda:43f).

Projektablauf

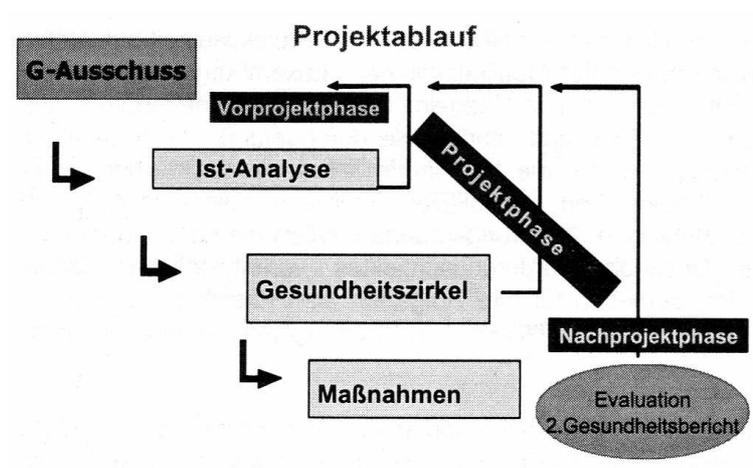


Abb. 1: Ablauf betrieblicher Gesundheitsprojekte (vgl. Atzler/Marktl 2006:44)

3.5. Details relevanter Projektschritte

3.5.1. Steuerungsgruppe

Eine Steuerungsgruppe stellt ein Steuerungs- sowie ein Koordinierungsinstrument dar und ist somit als zentrales Element in BGF-Projekten zu sehen. Sie vereint alle Verantwortlichen und soll ein Höchstmaß an Unterstützung ermöglichen. Als grundlegend ideale Besetzung wird nach Atzler (1998:67) die folgende Konstellation betrachtet:

- **Arbeitgeberseite:** Geschäftsleitung, falls vorhanden auch Betriebsleitung und Personalentwicklung
- **ArbeitnehmerInnenseite:** Betriebsratsvorsitzender
- **Präventivdienste:** Sicherheitsfachkräfte, Arbeitsmediziner, Gesundheitsschutzexperten
- **Externe Institutionen:** Krankenversicherungsträger als Berater in Sachen Gesundheitsförderung

3.5.2. Gesundheitszirkel

Nach Hirtenlehner/Pillwein (2006:86) ist der Gesundheitszirkel eines der zentralsten Elemente der Maßnahmen in einem BGF-Projekt. Sie schaffen die Partizipation der Mitarbeiter an Arbeitskreisen zu Themen der Zielgruppe. Für die Zusammensetzung dieser Gesundheitszirkel gibt es wiederum verschiedene Modelle mit mehr oder weniger Partizipation der Zielgruppe. Eine zusammenfassende Darstellung bietet die Tabelle von Meggeneder (2006:193)

Modelle der Gesundheitszirkel

Merkmale	Berliner Modell	Düsseldorfer Modell	Linzer Modell
Zirkelmitglieder	10 – 15 TeilnehmerInnen aus einer hierarchischen Ebene	Gemischte Kleingruppe von Beschäftigten, Meister, Sicherheitsfachkraft, ArbeitsmedizinerIn, Betriebsleiter	Homogene Kleingruppe von 6 – 8 TeilnehmerInnen einer hierarchischen Ebene und eines gleichen Arbeitszusammenhanges
Treffen	8 – 12 Sitzungen	8 – 10 Sitzungen in regelmäßigen Abständen	4 – 6 zweistündige Sitzungen
Moderation	extern	extern	intern oder extern
Themen	Aufdecken von Stresssituationen, Erfahrungsaustausch dazu	Bearbeiten sämtlicher Arbeitsanforderungen, die als gesundheitlich beeinträchtigend erlebt werden	Grundsätzlich offen, ein Schwerpunkt liegt auf salutogenen Potenzialen
Ergebnis	Entwicklung und Erprobung eines neuen der Gesundheit dienenden Bewältigungsverhaltens	Lösungsvorschläge für technische, organisatorische sowie personenbezogene Maßnahmen zur Bewältigung der beeinträchtigenden Arbeitsanforderungen	Entwicklung umsetzungsreifer Vorschläge, die vor allem im Autonomiebereich der Beteiligten liegen. Der Schwerpunkt soll auf verhältnisfördernden Maßnahmen liegen

Abb. 2: Gesundheitszirkelmodelle (Meggeneder 2006:193)

Das Linzer Modell wird seitens der Österreichischen Netzwerke für Betriebliche Gesundheitsförderung empfohlen und beinhaltet weiters die Einbindung des Betriebsrates in die Gesundheitszirkel. Kritisch wird die Einbeziehung von Vorgesetzten sowie Experten gesehen, da diese den Prozess, welcher von der Zielgruppe geleitet werden soll, hemmen könnten (vg.ebenda:195). In der Umsetzung ergeben sich, wie die Studie zeigt und aus eigener Erfahrung eingebracht werden kann, eine gewisse Distanz zwischen der Zielgruppe und den Mitwirkenden des Gesundheitszirkels. Anzustreben ist die Steigerung des Interesses an Maßnahmen der BGF insbesondere an den Zielen und deren Auswirkungen auf die Zielgruppe.

3.5.3. Ist-Analyse

Die Ist-Analyse kann als die Kumulierung von Informationen bezüglich der Entwicklung eines den Anforderungen angepassten BGF-Projektes betrachtet werden. Darin kann eine Mitarbeiterbefragung, Krankenstandsanalyse sowie eine Gesundheitsanalyse der Zielgruppe enthalten sein. Ein gängiges Instrument der Mitarbeiterbefragung stellt der SALSA-Fragebogen nach

Rimann/Udris 1997 dar (vgl.Hirtenlehner/Pillwein 2006:85). Nach HV Soz. VersT (1996:69) gibt es eine Reihe von weiteren Diagnoseinstrumenten zur Erhebung des Ist-Zustandes:

- Fehlzeitenanalyse
- Arbeitsplatzbeschreibung
- Schwachstellenanalyse der Arbeitsplätze
- Aktivierende Befragung
- Arbeitsmedizinische Untersuchung
- Physikalische und chemische Messung
- Auswertung von Unfallerhebungsprotokollen

Zu bedenken ist bei der quantitativen Erhebung durch Fragebögen, dass grundsätzlich unter anderen nach Problemlagen/Belastungen gefragt werden kann, welche dem Unternehmen bereits bekannt sind. Qualitative Erhebungen ermöglichen, über Anliegen/Belastungen der Zielgruppe zu erfahren, welche bis zu diesem Zeitpunkt nicht transferiert werden konnten.

3.5.4. Implementierung-/ Umsetzungsphase

Die erfolgreiche Implementierung beinhaltet Maßnahmen auf der Ebene des Verhaltens wie auch in den Verhältnissen. Dies bezieht ein Verändern der Arbeitsbedingungen sowie des innerbetrieblichen interpersonellen Umganges nach sich. In der Abbildung 3 ist im Folgenden ein Maßnahmenkatalog mit zielführend erscheinenden Maßnahmen gelistet, welche sich auf Faktoren eines ganzheitlichen Ansatzes der BGF am Beispiel eines Modellprojektes in einer Papierfabrik beziehen.

Maßnahmen am Beispiel eines Modellprojektes:

Zielbereich	
Organisation	Person
<ul style="list-style-type: none"> ➤ Verbesserung der Ausstattung mit Arbeitsmitteln (Anschaffung von Headsets, angepasstem Gehörschutz, Hebehilfen, Rohrgerüsten etc.) ➤ Verminderung physikalischer Umgebungsbelastungen (Umrüstung und Versetzung der Klimaanlage, Lärmdämmung von Maschinen, Verbesserung der Beleuchtung etc.) ➤ Erhöhung der Transparenz bei betrieblichen Veränderungen (Einführung regelmäßiger Informationsveranstaltungen, Ausbau des werksinternen Intranets, regelmäßige schriftliche Gesundheitsinfo, Verbesserung der MitarbeiterInnenzeitung) ➤ Verbesserung der Ausstattung mit Schutzmitteln (Montage neuer Gehörschutzspender und Schutzbrillenboxen) ➤ Ausbau der Regenerationsmöglichkeiten bei großer Hitzebelastung sowie Verminderung der körperlichen Belastung in Hitzebereichen (Einführung von Kurzpausen, Schaffung klimatisierter Ruheräume, Hitzegetränke, Anschaffung von Kühlwesten) ➤ Vertrauensbildende Maßnahmen zur Verbesserung der Sozialbeziehungen (Organisation gemeinsamer Freizeitaktivitäten von Vorgesetzten und MitarbeiterInnen) ➤ Abbau von Reibungsverlusten im Mehrschichtbetrieb (Einführung des Planpostens „Obermeister“ zur besseren Koordinierung, Einführung regelmäßiger Schichtbesprechungen) ➤ Verminderung ergonomischer Belastungen (Umstellen und Umrüsten von Maschinen, stärkere Berücksichtigung ergonomischer Kriterien bei Neuanschaffungen) ➤ Gesundere Betriebsverpflegung (Ergänzung des Speiseangebots im Werksgasthof um gesunde Mahlzeiten) 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Führungskräfte trainings (Seminare zum Führungsverhalten) ➤ MitarbeiterInnen trainings (Seminare zu sozialen Kompetenzen) ➤ Kommunikationstrainings (Workshops zur kommunikativen Kompetenz) ➤ Schulung zur Bewältigung von Umgebungsbelastungen (Vorträge über richtiges Heben und Tragen, Hautschutzmaßnahmen, die Verwendung von Gehörschutz etc.) ➤ Ernährungslehre (Vorträge über gesunde und ausgewogene Ernährung) ➤ Medizinische Aufklärung (Bereitstellung arbeitsmedizinischer Informationen im Intranet) ➤ Suchtmittelprävention (Raucherentwöhnungsseminare, Seminar zum Thema „Alkohol am Arbeitsplatz“)

Abb. 3: Auswahl durchgeführter Maßnahmen und Interventionen (Hirtenlehner/Pillwein 2006:83)

Die Auflistung enthält Maßnahmen, welche neben den standardisierten Inhalten eines BGF-Projektes weitere Maßnahmen gegen psycho-soziale sowie sozio-ökonomische Belastungen beinhalten. Darunter fallen die Erhöhung der Transparenz bei betrieblichen Veränderungen, Einführung von Kurzpausen, vertrauensbildende Maßnahmen zur Verbesserung der sozialen Beziehungen sowie Seminare zur sozialen Kompetenz (vgl. Hirtenlehner/Pillwein 2006:83).

3.5.5. Abschluss und Nachhaltigkeit

An den Abschluss eines betrieblichen Gesundheitsförderungsprojektes sind an die beteiligten Interessensgruppen bestimmte Erwartungen gebunden. Diese können sich in direkt wahrnehmbaren Veränderungen oder nachfolgenden Beschäftigungen mit der Thematik ausdrücken. Nach Atzler/Marktl (2006:55) liegen diese bei der VAEB in der weiteren Untersuchung und Erforschung von pathogenen wie auch salutogenen Faktoren im Unternehmen. Ziele daraus können die Entwicklung von Gesundheitsförderungsprogrammen, Präventivmaßnahmen und eine Wirksamkeitsprüfung von BGF-Maßnahmen beinhalten.

3.5.6. Evaluierung

3.5.6.1. Gesundheitsbericht

Ein weiterer Teil des Abschlusses bildet der Gesundheitsbericht. Dieser beinhaltet medizin-analytische, medizin-soziologische und demographische Daten. Über Vergleiche der einbezogenen Daten lassen sich Rückschlüsse auf Ursachen, Einflussfaktoren und Ansätze für Veränderungen erkennen. (vgl. Gesundheitswissenschaften 7 1998:93) Dieser Gesundheitsbericht kann nach derzeitiger Sicht nach drei hier angeführten Schwerpunkten verfasst werden.

- datenbezogener Gesundheitsbericht
- belegschaftsnaher Gesundheitsbericht
- erweiterter Gesundheitsbericht

(vgl.ebenda:94)

3.5.7. Resümee

Nach Implementierung und Durchleben des BGF-Prozesses mit allen Möglichkeiten zum Gewinn von Erkenntnissen und Informationen sollte ein grundsätzliches, der Gesamtentwicklung dienliches Gesundheitsbewusstsein so weit gediegen sein, dass von Seiten der basisqualifizierten manuell tätigen

ArbeitnehmerInnen und dem/n Management/Führungskräften ein Bewusstsein für begünstigende/s wie belastende/s Verhalten/Verhältnis und deren Erkennung und Bearbeiten in Grundzügen gegeben sein müsste. Im Folgenden werden zu vermeidende pathogene und zu fördernde salutogene Maßnahmen dargestellt.

Pathogene und salutogene Merkmale

Organisation	Pathogene Merkmale	Salutogene Merkmale
	<ul style="list-style-type: none"> • Autoritärer Führungsstil • Steile Hierarchie • Mißtrauenskultur • Intransparenz von Entscheidungen • Geringe Handlungs- und Mitwirkungsspielräume • Hohe Arbeitsteilung, Spezialisierung • Hochfragmentierte Arbeitsabläufe • Keine/unzureichende Weiterbildungsmöglichkeiten 	<ul style="list-style-type: none"> • Partizipativer Führungsstil • Flache Hierarchie • Vertrauenskultur • Transparenz von Entscheidungen • Prozeßorientierte Arbeitsorganisation • Teamarbeit • Weiterbildungsmöglichkeiten • Institutionalisierte Gesundheitsförderung
	„Ungesunde“ Organisation	„Gesunde“ Organisation
Person	Pathogene Merkmale	Salutogene Merkmale
	<ul style="list-style-type: none"> • Verbreitete Hilflosigkeits-/Angstgefühle • Niedriges Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen • Geringe Arbeitszufriedenheit • Geringe Motivation • Innere Kündigung • Soziale Kompetenz wenig ausgeprägt und verbreitet • Management-Kompetenz wenig ausgeprägt und verbreitet • Schlechte körperliche Gesundheit 	<ul style="list-style-type: none"> • Psychosoziales Wohlbefinden (wenig Angst/Hilflosigkeit) • Hohes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen • Hohe Arbeitszufriedenheit • Hohe Motivation • Hohe Bindung an Unternehmen • Soziale Kompetenz stark ausgeprägt und verbreitet • Management-Kompetenz stark ausgeprägt und verbreitet • Gute körperliche Gesundheit
	„Ungesunde“ Organisation	„Gesunde“ Organisation
Verhalten	Pathogene Merkmale	Salutogene Merkmale
	<ul style="list-style-type: none"> • Absentismus hoch • Hohe Fluktuation • Geringe Flexibilität, Innovationsbereitschaft • Individuelles Konkurrenzstreben • Hoher Genußmittelkonsum (Rauchen etc.) • Riskanter Lebensstil (Ernährung, Bewegung etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Hohe Anwesenheitsquote • Niedrige Fluktuation • Hohe Flexibilität und Innovationsbereitschaft • Gegenseitige Unterstützung • Geringer Genußmittelkonsum • Gesundheitsförderlicher Lebensstil (Ernährung, Bewegung etc.)
	„Ungesunde“ Organisation	„Gesunde“ Organisation

Abb. 4: Merkmale einer „gesunden“ Organisation (Badura/Ritter/Scherf 1999:31)

Zu hinterfragen bleibt an dieser Stelle die tatsächliche Funktion der Zielgruppe im Entwicklungsprozess von BGF-Projekten. In Anerkennung aller fachlichen

Leistungen der an den Projekten beteiligten Professionalisten erfolgt die Partizipation der Zielgruppe und deren Wissen in vielen BGF-Projekten eingeschränkt. Dieses Hinterfragen bezieht sich auf die Art und Qualität der Datenerhebung, den Zeitpunkt der erstmaligen Inklusion der Zielgruppe in den Entwicklungsprozess sowie, ob das Wissen der Basisqualifizierten tatsächlich den Status von Experten erreicht. Eine hohe Partizipation der Zielgruppe ist grundsätzlich in salutogenetischen BGF-Projekten enthalten. Nach Bauer (2006:47) stellt die Salutogenese die zentrale theoretische Grundlage für BGF-Projekte dar, da diese eine positive Zielformulierung aufweist und die Förderung persönlicher sowie umfeldbezogener Ressourcen beinhaltet.

4. Selektive Prozesse abseits der betrieblichen Gesundheitsförderung

4.1. Determinanten für Morbidität und Mortalität von basisqualifizierten manuell tätigen ArbeitnehmerInnen

An diesem Punkt der Arbeit stellt sich die Frage nach Faktoren, welche unser Leben erleichtern/erschweren oder unser Leben sogar verlängern oder verkürzen. Grundsätzlich kann man von drei Hauptfaktoren, bezogen auf die menschliche Gesundheit, sprechen. Diese stehen wiederum in einem kausalen Zusammenhang.

Diese sind:

- Die genetische Ausstattung des einzelnen Individuums
- Das individuelle Handeln und Erleben des Einzelnen
- Die Einflüsse der Natur und der sozialen Umwelt

(vgl. Siegrist 1996:2)

In dieser Arbeit sollen hauptsächlich die sozio-ökonomischen wie psychosozialen Belastungen/Anforderungen von basisqualifizierten manuell tätigen ArbeitnehmerInnen unter dem Aspekten der Bewusstseinsbildung und dessen Potentialen betrachtet werden. Dies bezieht sich auf Einflüsse, welche nach der sozialen Hierarchie als sozialer Gradient auf uns als soziale Wesen einwirken.

Nicht der alte Ausspruch „Wenn du arm bist, wirst du früher sterben“, soll hier weiter verbreitet werden, da sich diese Aussage noch auf die Zeit der Industrialisierung und die damalige Mangelernährung, problematische hygienische Zustände sowie auf die Marginalisierung von ganzen sozialen Schichten bezieht (vgl. Siegrist 2006:1). Jedoch ist bis heute feststellbar, dass Menschen je nach ihrer sozialen Zugehörigkeit verschiedene Morbiditäts-raten und Mortalitätsraten aufweisen.

„Why should living in a four-bedroom house be better for your health than living in a clean, dry, warm, three-bedroom apartment? Why should someone with a master’s degree have a longer life expectancy than someone with a bachelor’s? (...) is that for people above a threshold of material well-being, another kind of well-being is central. Autonomy- how much control you have over your life – and the opportunities you have for full social engagement and participation are crucial for health, well-being and longevity.“ (Marmot 2005:2)

Nach Siegrist (2006:1) bestehen Einflüsse auf die Morbiditäts- und Mortalitätsrate, bezogen auf Bildung, Einkommen und die berufliche Stellung. Diese Ungleichheiten sowie Belastungen drücken sich nach dem hbsc/10 (2000:7) zumeist durch den erschwerten/versperrten Zugang zu ökonomischen, rechtlichen, politischen, qualifikatorischen oder gesundheitsrelevanten Ressourcen aus. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass mit der Höhe des sozialen Status auch die Gesundheit sowie die Lebenserwartung steigen (vgl. Siegrist:2007:3).

4.2. Wirkfaktoren sozioökonomischer Ungleichheit

4.2.1. Materielle Faktoren

In diesen Bereich fallen die bereits unter 4.1 erwähnten Faktoren, bezogen auf Hygiene, Wohnklima, Qualität des Trinkwassers und der Nahrung, welche sich nach Aufbau eines Wohlfahrtsstaates verbesserten (vgl. hbsc/10 2000:9). Dennoch blieb der heutigen (grundsätzlichen) egalitären Gesellschaft eine relative Armut, welche sich wieder auf die Gesundheit finanzschwächerer Personenkreise auswirkt (ebenda: 2000:9).

4.2.2. Medizinische Faktoren

Der Wunsch, bei Krankheit durch medizinische Behandlung gesund zu werden, beinhaltet in Teilbereichen Anteile eines Mythos, durch eine generalistisch allheilende Medizin Gesundheit wieder zu erlangen oder diese aufrechtzuerhalten. So werden die schwindende Sterberate und die steigende Lebenserwartung oftmals alleinig der Medizin zugeordnet. Dies beruht jedoch nach McKeown & Lowe auf der Verbesserung der allgemeinen Lebensbedingungen, welche unter 4.1 sowie 4.2.1 beschrieben wurden (vgl. McKeown & Lowe 1974:o.A, zit. n.: Naidoo/Wills 2003:12). Vergleicht man die Auswirkungen der wissenschaftlichen Medizin mit den Hauptfaktoren Wohlstand, Einkommen, Wohn- und Arbeitsbedingungen, ist deren Auswirkung marginal. So stellte Tarlov fest, dass gerade 17% der gestiegenen Lebenserwartung eine Begründung in den Gesundheitsdiensten finden (vgl. Tarlov 1996:o.A, zit. n.: Naidoo/Wills 2003:14). Die folgenden Grafiken zeigen die Zusammenhänge von Impfungen und dem Zurückweichen von Krankheiten.

Wirksamkeit von Impfungen

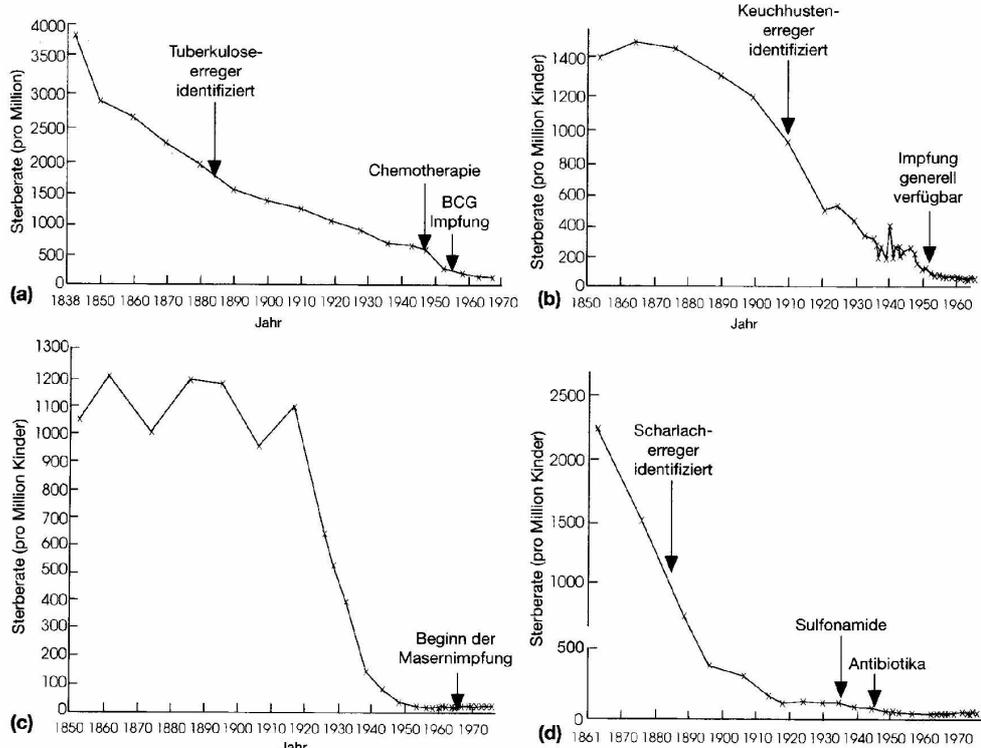


Abb. 5: Der Einfluss der Medizin auf die Reduzierung der Sterberaten (Naidoo/Wills 2003:13)

Nach dem bmg (2002:IV) zeigt sich, dass Personen bis zum siebzigsten Lebensjahr kaum auf Zugangsbarrieren im Gesundheitssystem geraten. Jedoch besuchen sozial schwächere Personen um 20 % weniger Fachärzte und bekommen durchschnittlich billigere Arzneimittel verordnet. Die unter Abb. 5 gezeigten Diagramme sollen in keinster Weise die Leistungen und Errungenschaften der Medizin schmälern, jedoch die Möglichkeit zum kritischen Umgang mit den erwarteten Leistungen und den tatsächlichen Grenzen der Medizin ermöglichen.

4.2.3. Krankheit als Faktor

Danach determiniert Gesundheit den sozialen Status einer Person. Dies erklärt sich daraus, dass Krankheit oftmals zu einer Abwärtsbewegung führt und eine Häufung von Kranken am unteren Ende der sozialen Hierarchie bedeutet.

4.2.4. Indirekte Selektion als Faktor

Diese Theorie geht davon aus, dass schichtspezifische soziale Faktoren, welche auf die Heranwachsenden einwirken, diese prägen. Darin sind genetische Faktoren, biologische Resultate früherer Kindheit und Jugend sowie kulturelle, psychologische und Bildungsfaktoren eingeschlossen. Diese stehen kausal mit der sozialen Positionierung sowie mit der Gesundheit im Alter in Verbindung (vgl. Wilkinson 1986:o.A, zit. n.: hbsc/10 2000:10). Grundsätzlich kann davon ausgegangen werden, dass zwei Faktoren die Morbidität und Mortalität des Subjektes beeinflussen. Dies sind die bereits erwähnten Belastungen/Anforderungen aus der Kindheit sowie die aktuelle Form des Lebensvollzuges (vgl. Elford/Whincup 1991:o.A, zit. n.: hbsc/10 2000:10). Nach Siegrist (2007:6) entbinden Frauen aus unteren sozialen Schichten Kinder mit niedrigerem Geburtsgewicht. Dies kehrt sich bis zum Schuleintrittsalter um und wird der sozialen Schicht umgekehrt proportional entwickelt (vgl. Langnäse 2002:o.A, zit. n.: Siegrist 2007:6).

Körpergewicht nach Schichtzugehörigkeit

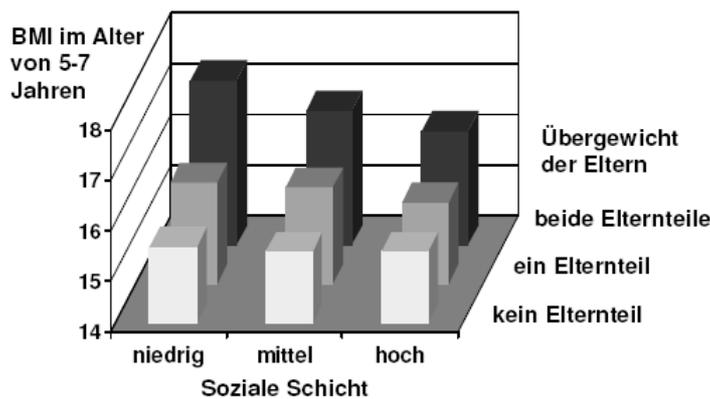


Abb. 6: Körpergewicht (BMI) bei 5- bis 7- jährigen Kindern nach sozialer Schicht (Langnäse 2002:o.A, zit. n.: Siegrist 2007:6)

Grundsätzlich wird die frühe Kindheit wie oben bereits angeführt als sensibler Bereich der Entwicklung gesehen. Mütter aus sozialen Unterschichten neigen vermehrt zu Fehlernährung, gesundheitlich riskantem Verhalten sowie zu mangelnder Vorsorge. Weiters verunfallen Säuglinge aus unteren sozialen Schichten häufiger als Säuglinge höherer Schichten. Bezüglich der affektiven Bindungsprozesse zwischen Mutter und Kind kommt es in diesen Schichten überproportional zur Häufung von Störungen.

Auswirkungen aus dem oben beschriebenen Entwicklungsstadium sind - wie sich zeigt - besonders im jungen Erwachsenenalter spürbar. In dieser Lebensphase beginnen Erfahrungen über Erfolg/Misserfolg, Zufriedenheit/Benachteiligung ihre Auswirkungen auf das seelische wie körperliche Gleichgewicht zu entfalten (vgl. Siegrist 2006:6). Niedrige soziale Schichtzugehörigkeit bedingt eine erhöhte Exponierung gegenüber den oben erwähnten Faktoren, welche mit schwächeren psychischen wie sozialen Ressourcen bewältigt werden müssen (vgl.ebend:6). Nach Siegrist (2006:6) führt diese Belastung wiederum zu erhöhten Spannungszuständen mit Kompensation durch gesundheitsschädliches Verhalten.

4.2.5. Lifestyle als Faktor

Der Umgang mit den uns im Leben gebotenen Anforderungen/Herausforderungen sowie der Umgang mit den Ressourcen, welche uns zur Verfügung stehen, kann als Lebensstil betrachtet werden. Dies

kann den Umgang mit Situationen des Privatlebens sowie des Arbeitslebens und die Aufnahme von Genussmitteln miteinander verbinden. Der Umgang mit Risikofaktoren und der jeweilige Lebensstil können Erklärungen für Ungleichheiten in der Gesundheit von bestimmten Personengruppen geben (vgl. Pientka 1994:o.A, zit. n.: hbsc10 2000:11). Grundsätzlich als bedenklich wird die Haltung erachtet, nach der soziale Unterschichten sich ihre Gesundheit durch ihren Lifestyle selbst beeinflussen oder schädigen. Es gilt jedoch auch als erwiesen, dass mit Abnahme des Bildungsniveaus und einem niedrigeren beruflichem Status das Risikoverhalten bezogen auf Rauchen, Mangel an Bewegung, schlechte Ernährung, exzessiven Alkoholkonsum und einen hohen BMI verstärkt vorkommen (vgl.Siegrist 2007:4). In der Whitehall-Studie wurde unter anderem das Risiko der Koronarmortalität bezogen auf die berufliche Stellung untersucht. Nach Bereinigung des Samples nach den verhaltensgebundenen Risikofaktoren schwächt sich das Ergebnis ab, jedoch bleibt es signifikant bestehen (vgl.ebend:4). Nach Stronegger (o.J:1) kommt es derzeit zu einer Überbetonung der Rolle des Risikoverhaltens der zu betrachtenden Personengruppe. Diese Aussage wird anhand der Abbildung 7 aus der Whitehall-Studie belegt.

Herzerkrankung – berufliche Stellung - Lifestyle

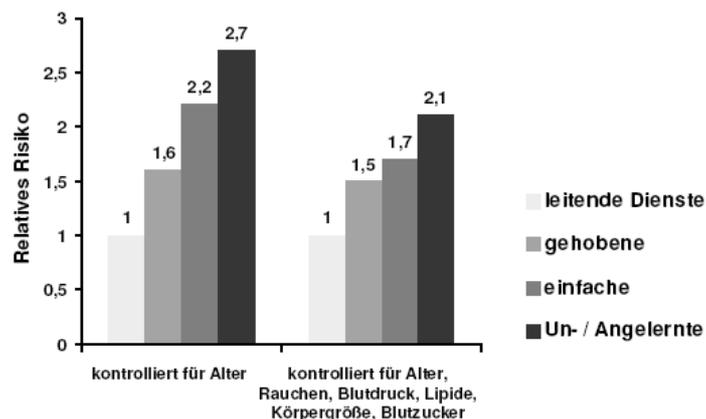


Abb. 7: Relatives Risiko der Koronarmortalität (25 Jahre) nach Höhe der beruflichen Stellung (Whitehall-Studie; N=18.000) (Marmot 1984:o.A, zit. n.: Siegrist 2007:4)

Die Alameda County Study schließt in der Auswirkung von Risikofaktoren an die Ergebnisse der Whitehall-Studie an. So blieben die Werte bezogen auf

Einkommen und Morbidität nach Ausschluss von 13 Risikofaktoren gleich (vgl. hbsc10 2000:12).

„Generell wird den Lebensstilfaktoren daher zwar ein gewisser Einfluß auf die (...)Gesundheit zugebilligt, aber kein originärer und substantieller Impact.“
(Helweg-Larsen 1997:o.A, zit. n.: hbsc10 2000:12)

Dies betrifft nach Müller nicht nur das Gesundheitsverhalten, sondern auch die Nachwirkungen dessen. So zeigt ein gleiches Gesundheitsverhalten in sozial höheren Schichten größere Auswirkungen als in sozial niederen Schichten (vgl. Müller 1995:o.A, zit. n.: hbsc10 2000:12). Diesen Ergebnissen sollten bei der Konzeptionierung von BGF-Projekten und den inkludierten Maßnahmen Rechnung getragen werden. Nach Pientka ist der Präventionsgedanke mittel- bis Oberschichtzentriert und von Normen dieser sozialen Schicht getragen und patho-physiologische und verhaltensbezogene Faktoren werden gleichgesetzt. Daraus resultiert, dass Übergewicht und Rauchen gleich als vom Subjekt fehlgeleitetes Verhalten betrachtet werden (vgl. Pientka 1994:397 zit. n.: hbsc10 2000:12).

4.2.6. Psychosoziale Faktoren

Hinter diesem Begriff verbergen sich Faktoren, welche sich in einer gewissen Ausprägung für Menschen als soziale Wesen prägend/tragend/schwächend auswirken können.

Arbeitsbedingungen

- Kontrolle über die eigene Arbeit
- Zufriedenheit mit der Arbeit

Freunde und Verwandte

- 3 oder mehr Verwandte im Monat gesehen
- 3 oder mehr Freunde im Monat gesehen
- Vorhandensein von Hobbys

Unterstützung

- Emotionale Unterstützung
- Praktische Unterstützung
- Negative Interaktionen mit Vertrauenspersonen

- Feindseligkeit in sozialen Beziehungen

Lebensereignisse

- 2 oder mehr belastende Lebensereignisse

Ökonomische Verhältnisse

- Temporärer Mangel an ökonomischen Ressourcen
- Schwierigkeiten, Rechnungen zu bezahlen

(hbsc10 2000:13)

Nach dem hbsc 10 (2000:13) ergibt sich nach den oben angeführten Faktoren eine Verbindung zwischen sozio-ökonomischem wie dem sozialen Kapital. Nach dem weisen Personen aus oberen Schichten nicht nur mehr ökonomische, sondern auch mehr soziale Ressourcen auf. Darin ist zu erkennen, dass es im Bereich der Anforderungen und Belastungen an die Zielgruppe der basisqualifizierten manuell tätigen ArbeitnehmerInnen um eine kausale Kette von Faktoren mit mehr oder minder belastenden Elementen geht. In diesen Bereichen erscheint wichtig, die multifaktorelle Belastung zu erkennen und bei Interventionen zu beachten.

4.2.7. Sozio-ökonomische Faktoren

In diesem Bereich geht es vorwiegend um die Indikatoren für sozio-ökonomische Ungleichheit. Diese beziehen sich auf die Schulbildung, den Beruf und das Einkommen. Die Auswirkungen dieser Faktoren auf die Morbidität werden unter 4.3 beschrieben.

4.2.8. Überblick und Resümee über die Wirkfaktoren sozioökonomischer Ungleichheit

Die in den letzten Kapiteln erwähnten Belastungen und Anforderungen bezogen auf materielle Faktoren, medizinische Standards, soziale Schichten, familiäre Belastungen, Lifestyles, psychosoziale Faktoren sowie sozio-ökonomische Faktoren weisen darauf hin, dass singuläre Ansätze bezogen auf die Morbidität und Mortalität von basisqualifizierten manuell tätigen ArbeitnehmerInnen als

nicht zielführend erscheinen. Maßnahmen im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung sollten unter Beachtung der multifaktorellen Einflussfaktoren bezogen auf Gesundheit und Krankheit konzipiert werden.

Einflussstärke der jeweiligen Faktoren

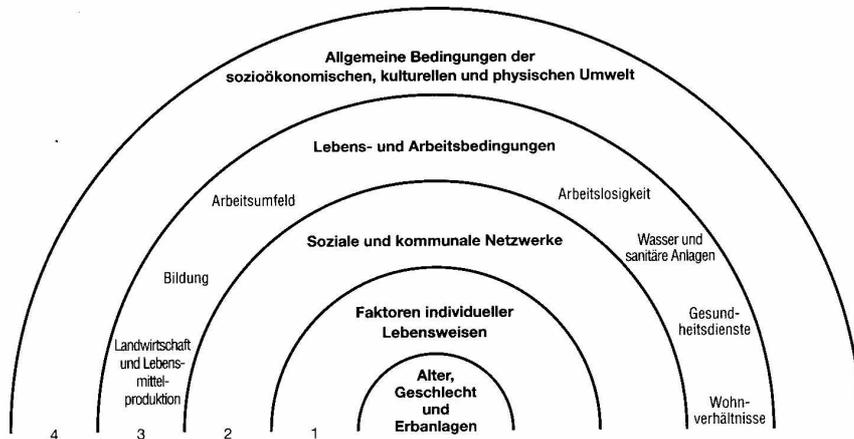


Abb. 8: Hauptdeterminanten der Gesundheit (Dahlgren & Whitehead 1991:o.A, zit. Naidoo & Wills 2003:29)

4.3. Sozialer Status und Mortalität

4.3.1. Mortalität nach Bildung

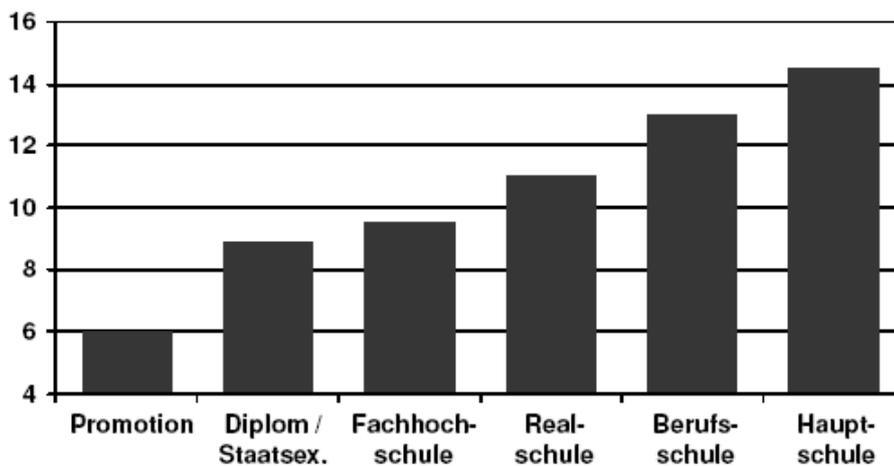


Abb. 9: Sterblichkeit (in %) in einem 6-Jahres-Zeitraum bei initial 64-jährigen schwedischen Männern nach Höhe des Bildungsabschlusses (1990-1996) (Erikson 2001:o.A, zit. n.: Siegrist 2007:3)

4.3.2. Mortalität nach der beruflichen Stellung

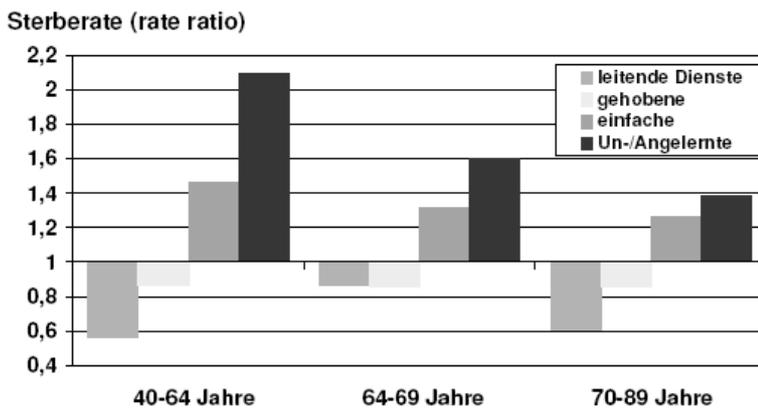


Abb. 10: Sterberate (rate ratio; 25 Jahre) nach Höhe der beruflichen Stellung (Whitehall-Studie; N=18.000) (Marmot/Shiplely 1996:o.A, zit.n.: Siegrist 2007:4)

4.3.3. Mortalität nach Einkommen

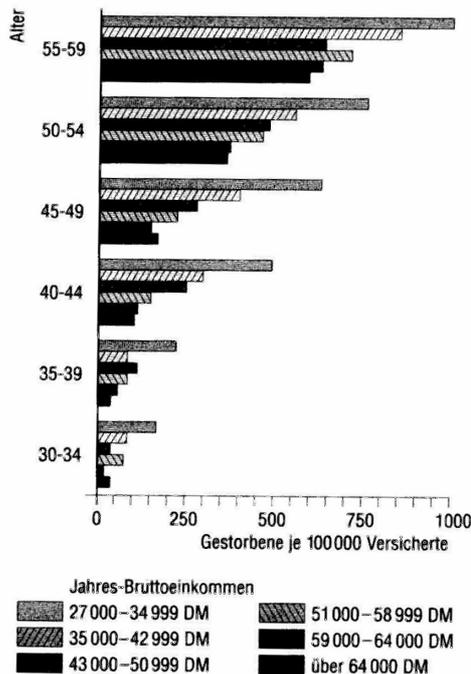


Abb. 11: Sterblichkeit und Einkommen (vgl. Statistisches Bundesamt 1998:105, zit.n.: Waller 2006:91)

4.3.4. Resümee sozialer Status und Mortalität

Anhand der Abbildungen wird deutlich, dass die Zielgruppe dieser Arbeit eine repräsentativ erhöhte Mortalitätsrate gegenüber Personen mit höherem

sozialem Status aufweist. So liegt die Sterblichkeit von Facharbeitern 50 Prozent über der jener Personen, welche promoviert haben. Ebenso drastisch zeigt sich das Verhältnis beim Vergleich der beruflichen Stellung und des Einkommens. Beim Einkommen ergibt sich in der Altersgruppe 40-44 ein vierfach erhöhter Wert der Sterblichkeit bezogen auf den Vergleich niederstes – höchstes Einkommen. Nahezu unglaublich erscheinen die Werte bezogen auf die Mortalität mit Unterschied in der Bildung nach Doblhammer-Reiter (1996:o.A) zit. n.: Stronegger 2007:3), nach dem Männer im Alter zwischen 35-64 Jahren mit Pflichtschulabschluss ein um 109% erhöhtes Sterberisiko gegenüber Absolventen von Universitäten aufweisen. Wie unter 4.2 beschrieben wirken auf Personen aus unteren sozialen Schichten kausal verkettete Faktoren, welche eine erhöhte Mortalität bis zur unten beschriebenen erhöhten Morbidität begünstigen.

4.4. Sozialer Status und Morbidität

4.4.1. Morbidität nach Bildung

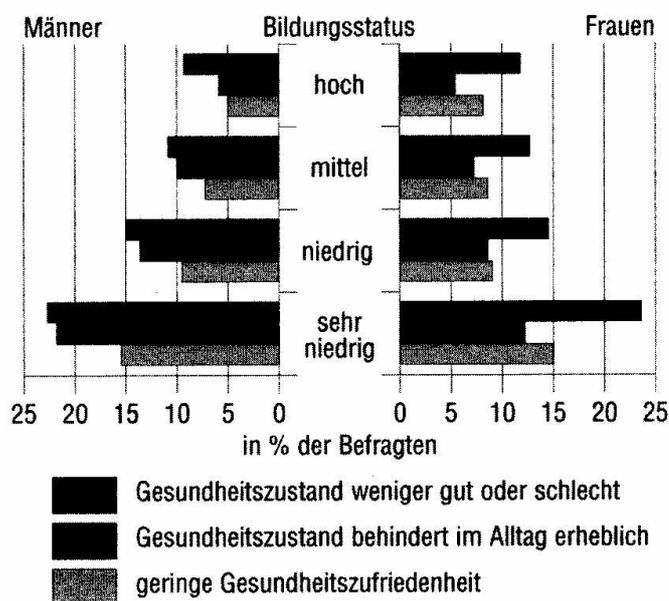


Abb. 12: Bildung und subjektiver Gesundheitszustand (Statistisches Bundesamt 1998:109, zit. n.: Waller 2006:61)

4.4.2. Morbidität nach beruflicher Stellung

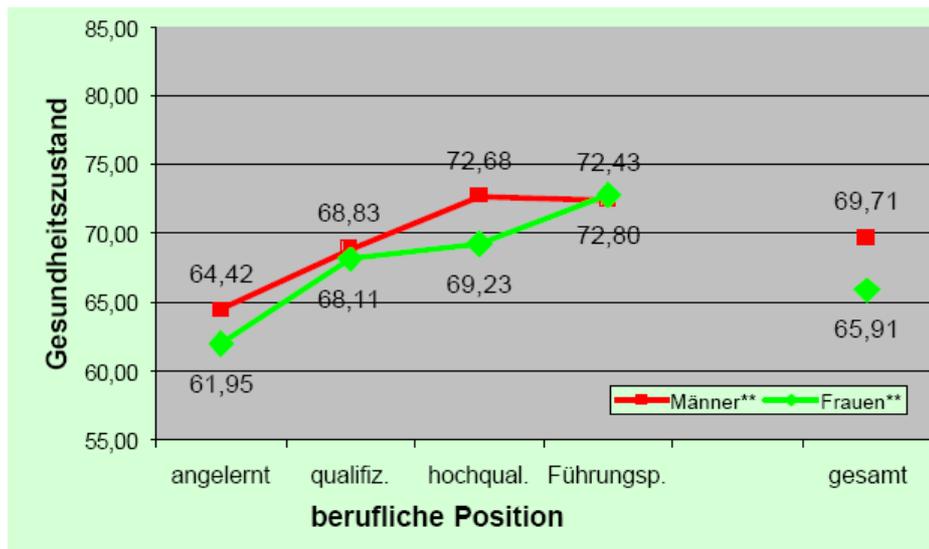


Abb. 13: Subjektiver Gesundheitszustand in Abhängigkeit von der beruflichen Position und dem Geschlecht (ab 45) (Freidl/Stronegger/Neuhold: 2001:o.A, zit. n.: Stronegger 2007:4)

4.4.3. Morbidität nach Einkommen

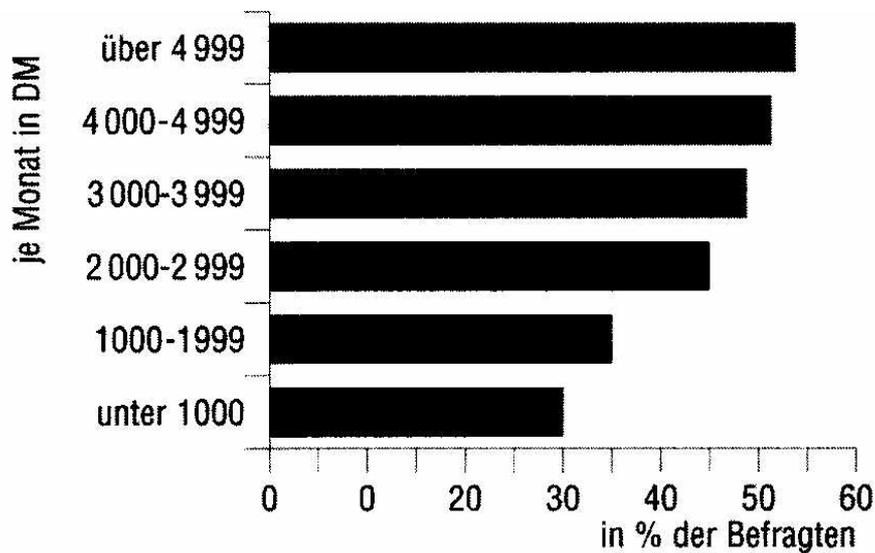


Abb. 14: Subjektiver Gesundheitszustand und Haushaltsnettoeinkommen (Statistisches Bundesamt 1998:61, zit. n.: Waller 2006:33)

4.4.4. Resümee sozialer Status und Morbidität

Wie bereits unter 4.3 finden sich auch ähnliche Parallelen zwischen Bildung, beruflicher Stellung, Einkommen bezogen auf die Morbidität von sozialen Unterschichten. Nach Abb. 12 fühlen sich Personen mit geringer Bildung um 50 % subjektiv kränker als die höher gebildete Vergleichsgruppe. Dies setzt sich beim subjektiven Gesundheitsbewusstsein zwischen Personen, welche angelernt tätig sind, verglichen mit Führungskräften fort, und Personen, welche annähernd DM 5.000.- im Monat verdienen, fühlen sich demnach fitter als Personen, welche mit Beträgen unter DM 1.000.- auskommen müssen. Nach Stronegger (2007:3) sind Vermögenswerte bedeutende Einzelfaktoren für die Gesundheit. Personen mit mittleren Einkommen fühlen sich subjektiv kränker als Personen der oberen Gehaltsklassen. Betrachtet man diese Faktoren unter dem Blickwinkel der betrieblichen Gesundheitsförderung, so sollten grundsätzliche Überlegungen bezogen auf die Wirksamkeit dieser sowie die Bedingungen, unter welchen eine Nachhaltigkeit erreicht werden kann, angestrebt werden. Diese Ergebnisse weisen auf den Bedarf des Sich-Einstellens und -Einlassens auf die soziale Struktur der Zielgruppe und der Sinnhaftigkeit von bottom-up-designs bei BGF-Projekten hin.

4.5. Modelle der Belastung

Es kann als eine Gegebenheit betrachtet werden, dass Menschen durch ihre Umgebungen geprägt werden. Dies bezieht sich auf den Sozialisationsprozess, welcher uns im privaten wie auch beruflichen Umfeld fördernd wie auch schwächend ein Leben lang begleitet. Dem Beruf kommt eine besondere Bedeutung zu, da diese zumeist auf unsere soziale Stellung, unser Einkommen und somit auch auf unseren Lebensstandard eingreift (vgl. Siegrist 2007:8). Um über die Vielzahl der Belastungen einen Überblick zu finden, ist es unerlässlich, diese in Form von Modellen zu erklären (ebenda:8). Diese Modelle sollen den Beteiligten erleichtern, Faktoren und deren Verknüpfung zu erkennen und aus Erkenntnissen Interventionen abzuleiten.

4.5.1. Anforderungs-Kontroll-Modell

Dieses Modell wird nach Siegrist (1996:68) als Modell der beruflichen Gratifikationskrisen bezeichnet. Demnach gibt es einen Zusammenhang zwischen den Anforderungen, bezogen auf Leistung und wenig Entscheidungsfreiheit. Als Beispiel können hier Fließbandarbeiten oder ähnliche Aufgaben angesehen werden. In solchen Berufen kann die Autonomie des Handelns sehr eingeschränkt empfunden werden. Der Bezug, durch eigene Gestaltung Aufgaben gelöst zu haben, kann in vielen Fällen nicht hergestellt werden, und damit verbundene positive Aspekte wie Entspannung und Regeneration können weiters nicht einsetzen und kausal zu physischen wie auch psychischen Belastungen/Erkrankungen führen (vgl. Siegrist 2007:9).

Anforderungs-Kontroll-Modell

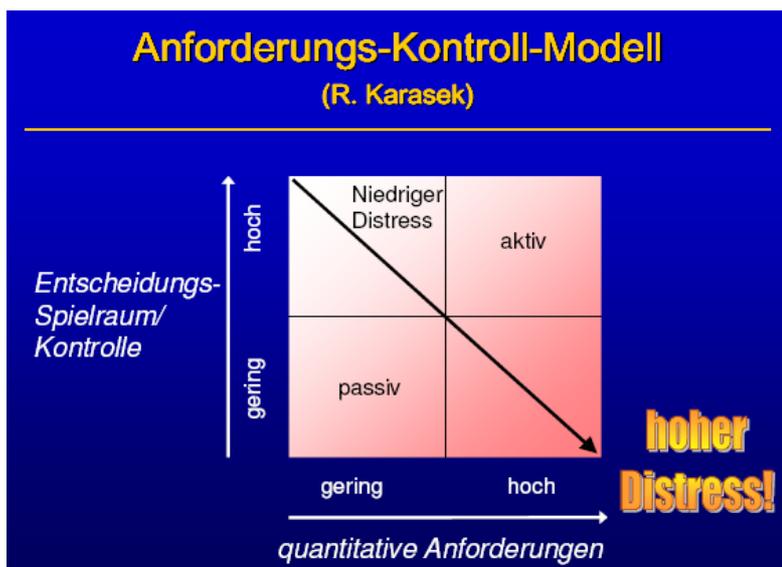


Abb. 15: Das Anforderungs-Kontroll-Modell nach Karasek (Siegrist:2003:o.A)

4.5.2. Modell beruflicher Gratifikationskrisen

Dieses Modell beschreibt die Krisen, welche durch ein fehlendes Gleichgewicht zwischen Leistung und Belohnung entstehen können. Gratifikationskrisen entstehen oftmals dort, wo hohe Leistungen erwartet/gefordert werden, jedoch die Belohnung nicht dieser Leistung entsprechend ausfällt (vgl. Siegrist 2007:9).

Für Siegrist fallen unter den Begriff der Gratifikation Aufstiegschancen, Arbeitsplatzsicherheit sowie Wertschätzung und Anerkennung. Gratifikationskrisen sind wiederum in statusniedrigeren sozialen Schichten zu finden, da Bildungsdefizite oftmals die betroffenen Personen an eine bestimmte Form von beruflicher Tätigkeit binden. Eine Abhängigkeit vom Arbeitsmarkt sowie strategische Überlegungen und besondere Arbeitsmotivationen begünstigen zudem das Entstehen von beruflichen Gratifikationskrisen. Das Anforderungs-Kontroll-Modell sollte bei der Konzeptionierung von BGF-Projekten mit einfließen.

Gratifikationskrise

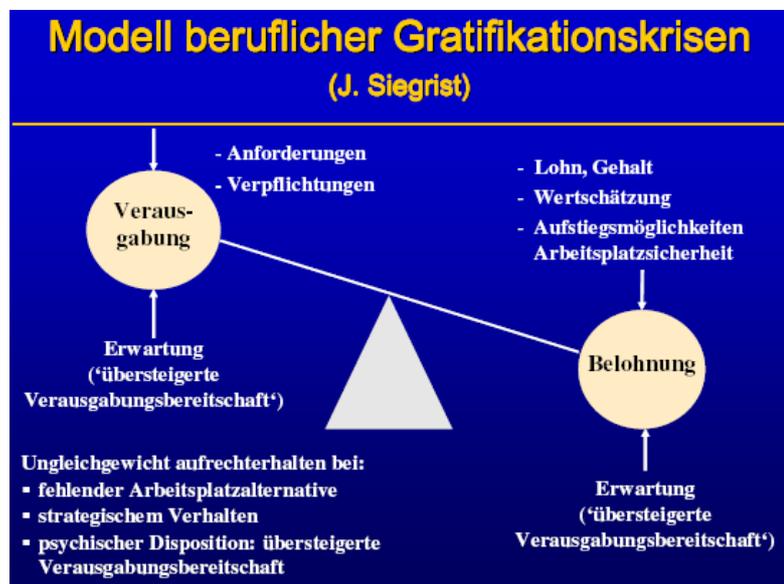


Abb. 16: Modell der beruflichen Gratifikationskrisen Siegrist (2003:o.A)

4.5.3. Resümee zu den Modellen der Belastung

Die Belastungen, welche im Anforderungs-Kontroll-Modell sowie im Modell der beruflichen Gratifikationskrisen auftreten, zeigen, dass diese gehäuft in der Zielgruppe der basisqualifizierten manuell tätigen ArbeitnehmerInnen anzutreffen sind. Verbunden mit den Forschungsergebnissen zeigt sich, dass beim Anforderungs-Kontroll-Modell die Zielgruppe anhand ihrer vorgegebenen, wiederkehrenden Arbeitsabläufe mit steigenden Anforderungen an ihre Leistungen konfrontiert ist, jedoch der Bereich, in welchem Entscheidungen getroffen werden können und Arbeitsprozesse nach deren Ermessen verändert

werden können, relativ gering ist. Der Erfolg einer Arbeit wird an der erbrachten Arbeitsleistung als manuell tätige/r ArbeitnehmerIn gewertet, jedoch nicht daran, ob Entscheidungen bezüglich Struktur und Änderung des Arbeitsablaufes der Organisation getroffen wurden. Ähnlich verhält es sich bezüglich der beruflichen Gratifikationskrisen. Deren Entstehen wird anhand des Forschungsergebnisses mehrfach belegt. So steht der geleisteten Arbeit ein Besoldungsschema gegenüber, welches nur in Grundzügen beruflichen Gratifikationskrisen entgegenwirken kann. Der von vielen der befragten Personen geäußerte Frust durch ein Nicht-gehört- oder Nicht-verstanden-Werden kann sich verbunden mit anderen Faktoren zur beruflichen Gratifikationskrise entwickeln.

4.6. Wirkfaktoren sozio-ökonomischer Ungleichheit in der Diskussion mit den Ergebnissen der Forschung

4.6.1. Materielle Faktoren

Faktoren, welche sich über Belastungen/Anforderungen durch materielle Exklusion bei der Zielgruppe ausdrücken, konnten als solches bei der Zielgruppe nicht exploriert werden. Gezwungenermaßen ergibt sich durch das Einkommen von basisqualifizierten manuell tätigen ArbeitnehmerInnen eine Selektierung und daraus wieder eine Exklusion aus kulturellen, wirtschaftlichen sowie aus sozialen Bereichen. Dass dies bei der Zielgruppe sehr wohl eine Rolle spielt und sich in Morbidität und Mortalität ausdrückt, wird unter 4.3 genauer dargelegt.

4.6.2. Medizinische Faktoren

Dieser Bereich nimmt bei den Ergebnissen aus der Literaturrecherche eine etwas untergeordnete Stellung bei der Beeinflussung der Zielgruppe, bezogen auf Mortalität und Morbidität, ein. So stellt Tarlov unter 4.2.2 fest, dass gerade 17 % der gestiegenen Lebenserwartung eine Begründung in den Gesundheitsdiensten finden (vgl. Tarlov 1996:o.A, zit. n.: Naidoo/Wills

2003:14). In der Forschung wurde in 21/23 Interviews die Befürchtung geäußert, durch Stress, Staub, Lärm, Aerosole, Strahlung oder durch Arbeiten in Zwangslagen zu erkranken. In Bezug auf die psycho-sozialen sowie sozio-ökonomischen Belastungen, welchen die Zielgruppe unterliegt, war hingegen nur ein Bewusstsein in 02/14 Interviews vorhanden. Zusammenfassend war in der Forschung keine Zentrierung auf medizinische Aspekte explorierbar, welche sich durch Idealisierung oder Überbewertung von medizinischer Leistung bemerkbar machte. In den durch die VAEB konzipierten BGF-Projekten wurde keine Zentrierung/Fokussierung auf Vorsorge oder Motivation zu Vorsorgeuntersuchungen gefunden.

4.6.3. Indirekte Selektion als Faktor

Zur indirekten Sektion wurden in beiden Teilbereichen der Interviews verwertbare Aussagen gebracht. So zeigen sich Verhaltensmuster bei den basisqualifizierten manuell tätigen ArbeitnehmerInnen, welche auf deren Sozialisationsprozess rückschließen lassen. Dabei handelt es sich um ein über die Generationen geprägtes Bild vom Arbeiter und dessen Werten mit einem geringen Selbstwert, bezogen auf die soziale Stellung und Anerkennung. Dies zeigte sich in 14/36 Aussagen durch eine passive, dienende Haltung und durch 18/25 Interviews, in welchen erklärt wurde, jeden Job zu machen. Selbst der Umgang mit Fäkalien wurde akzeptiert und es wurde erklärt, bei der Arbeit keine persönlichen Grenzen zu haben. In Experteninterviews wurde mehrmals das Verhalten der manuell tätigen ArbeitnehmerInnen in Bezug auf BGF-Maßnahmen als übertragenes/überliefertes bezeichnet. Körperliche Auswirkungen aus dem Sozialisationsprozess konnten in der Forschung zu dieser Thematik nicht exploriert werden. Jedoch war wahrzunehmen, dass die Zielgruppe ein eingeschränktes Vermögen zur Problembewältigung aufweist. Dies zeigte sich darin, dass in 55 Aussagen Unzufriedenheit mit beruflichen Situationen ausgedrückt wurden, jedoch keiner der Befragten Lösungsansätze einbringen konnte. Bei Führungskräften zeigte sich, dass bezogen auf das Empfinden und Denken von basisqualifizierten manuell tätigen ArbeitnehmerInnen in Teilbereichen ein nach Stereotypen ausgerichtetes

Handeln zu erkennen ist. Derartiges „geglaubtes“ Feldverständnis kann bei der Projektierung bezogen auf BGF-Maßnahmen zu kontraproduktiven Entwicklungen führen.

4.6.4. Lifestyle als Faktor

Wie beeinflusst die Zielgruppe ihre Gesundheit? Welches Gesundheitsbewusstsein hat die Zielgruppe? Schon vorweg als nicht zielführend wird die Haltung betrachtet, nach der basisqualifizierte manuell tätige ArbeitnehmerInnen für ihren Gesundheitszustand selbst verantwortlich seien. Dies wurde ausführlich unter 4.2.5 beschrieben. Hier spielen Faktoren aus der beruflichen Stellung, der Schulbildung sowie dem Geld, welches verdient wird, eine wesentliche Rolle. Eine Überbetonung des Risikoverhaltens ist, wie Abb.7 zeigte, nicht zielführend. Im Forschungsergebnis wird hierzu ein mangelndes Risikoverhalten der Zielgruppe ausgewiesen, jedoch mit Zuweisung auf Arbeitsunfälle. Im BGF-Projekt des zur Forschung gewählten Unternehmens findet sich ein breites Angebot an Maßnahmen/Angeboten aus der BGF. Diesen auf körperliche Ertüchtigung aufgebauten Angeboten wird von Seiten des Unternehmens eine hohe Priorität und Wirksamkeit zugesprochen. Forschungen - wie unter 4.2.5 angeführt - zeigen, dass diese Maßnahmen unter sozialen höheren Schichten bessere Effekte erzielen. Dies soll nicht heißen, dass körperbetonte Angebote als nicht zielführend erachtet werden. Jedoch soll aufgezeigt werden, wie wichtig bewusstseinsbildende Faktoren als Grundlage aller Maßnahmen sind. So ist zu beachten, dass Übergewicht auf der einen Seite ein verhaltensbezogenes Fehlverhalten darstellen kann, jedoch auch ein durch den Sozialisationsprozess bedingtes Verhalten wie unter 4.2.4 beschrieben darstellen kann oder eine pathologische bedingte Fettleibigkeit ist.

4.6.5. Psycho-soziale Faktoren

Zu den psycho-sozialen Faktoren wurden in den Interviews interessante Aussagen getroffen. Dieser Teilbereich verdeutlicht, dass die Belastungen der Zielgruppe multifaktorelle sind und singuläre, reduktive Betrachtungsweisen nur eingeschränkte Ergebnisse/Erkenntnisse liefern können. Die Modelle der Belastungen zeigen verstärkt in diese Richtung und verdeutlichen die Kausalität an Faktoren, welche sich stützend wie auch belastend auswirken können. Zu diesen Auslösern gehören die Kontrolle über die eigene Arbeit sowie die Zufriedenheit mit dieser. In 21/23 Interviews äußerten sich die Befragten besorgt, durch ihren Job über Jahre zu erkranken. In 55/69 Aussagen wurden die Unzufriedenheit und der Frust der Mitarbeiter angesprochen. Der Faktor „Kontrolle über die eigene Arbeit“ wird nach Auswertung der Forschung als sehr gering eingestuft. Wie weit die Zielgruppe befähigt ist, aus ihrer beruflichen Tätigkeit Selbstwert zu lukrieren, ist zu hinterfragen. Als weitere Faktoren sind Freunde, Verwandte sowie Unterstützungen im privaten wie beruflichen Bereich zu betrachten. Die Ergebnisse zeigen eine gute familiäre Verankerung der meisten Befragten. Wie weit die Aussage „Wie früher ist der Zusammenhalt nicht mehr!“ eine subjektive, positive Stilisierung der Vergangenheit ist oder Realität, konnte nicht weiter erhoben werden. Von Seiten der Führungskräfte kommen Bestrebungen wie die partielle Öffnung im Small Talk gegenüber den Mitarbeitern, sowie die, wenn auch nur in Ansätzen vorkommende, Personalentwicklung für basisqualifizierte manuell tätige ArbeitnehmerInnen. Zur Steigerung der Motivation wurden neuen monetäre Anreizsysteme geschaffen. Zusammenfassend wird als höchst notwendig betrachtet, die interpersonellen Abläufe und Beziehungen hierarchieübergreifend zu gestalten. Als schwieriger stellt sich die Unterstützung in ökonomischen Verhältnissen dar.

5. Neue Erkenntnisse zur betrieblichen Gesundheitsförderung

5.1. Qualitative Forschung

Untersucht wurde das Gesundheitsbewusstsein von basisqualifizierten manuell tätigen ArbeitnehmerInnen. Dazu wurde eine qualitative Feldforschung mit den Betroffenen durchgeführt. Dieses Erhebungsinstrument soll nach Froschauer (2003:16) eine lose Führung durch die Thematik ermöglichen und der befragten Person ermöglichen, zur vorgegebenen Thematik einzubringen, was für sie relevant ist. Wird z.B. die Frage nach „Bedürfnissen“ gestellt, kann die Person selbst entscheiden, ob es relevante Bezüge zum Begriff gibt. Das Erwähnen sowie auch das Weglassen von Aussagen stehen für eine bestimmte Haltung zur Thematik, welche bei der Auswertung miteinbezogen wird. Weiters wurden Experteninterviews (nach Bogner/ Littig/Menz) mit Personalverantwortlichen des zur Forschung gewählten Unternehmens durchgeführt. Als Experten werden von Menz (2005:73) Personen gesehen, welche Teil eines Systems sind und Verantwortungen/Entscheidungen tragen. Der Status des Experten wird demnach vom Forscher vergeben. Die Informationen, welche durch das Auswerten der zwei Erhebungen erwachsen, sollen mögliche Ansatzpunkte für eine auf Bewusstseinsbildung basierender BGF ermöglichen.

5.1.1. Größe der Stichprobe

Der Sample wurde auf die drei zur Untersuchung stehenden Werkstätten im Zentralraum xxx aufgeteilt. In Summe wurden 25 Interviews mit basisqualifizierten manuell tätigen ArbeitnehmerInnen geführt. Der Sample für die Experteninterviews lag bei 5 Personen.

5.1.2. Auswahl der Stichprobe

Die Auswahl aus dem Gesamtsample, welcher sich auf die basisqualifizierten manuell tätigen ArbeitnehmerInnen der Werkstätten W1, W2 sowie W3 erstreckte, erfolgte durch blinde Auswahl aus den Teamlisten. Bezüglich der

Experteninterviews wurde bei der Auswahl auf die Stellung im Unternehmen und die Möglichkeit, Entscheidungen im für die Forschung relevanten Bereich zu treffen, geachtet.

5.1.3. Instrumente zur Datenerhebung:

Als erster Bereich der Datenerhebung wurde eine eingehende Literaturrecherche, der zur Thematik bestehenden Forschungsarbeiten durchgeführt.

Zu den jeweiligen teilstrukturierten qualitativen Interviews (Froschauer/Lueger) wurden die biographischen Daten der zur Stichprobe gehörenden Personen erhoben. Um einen Vergleich zu den Ergebnissen aus den Interviews mit den basisqualifizierten manuell Tätigen ziehen zu können, wurden im selben Zeitraum leitfadengestützte Experteninterview mit Mitgliedern der Geschäftsführung sowie Bereichsleitern der XXXX durchgeführt.

5.1.4. Instrumente der Datenauswertung

Als Instrument der Datenauswertung wurde „Vom Einzelfall zum Typus“ von (Kelle/Kluge) gewählt.

Vorgehensweise:

- Interviews
- Transkribieren
- Kategorienbildung
- Paraphrasierung
- Resümeebildung

5.1.5. Mehrfachnennungen

Zu den Aussagen ist anzumerken, dass sich die Befragten zu einzelnen Kategorien sowohl positiv als auch negativ äußerten. Es können daher

Abweichungen zwischen der Summe der negativen und positiven Aussagen und der Anzahl der zugrundeliegenden Interviews / Aussagen auftreten.

5.2. Forschungserkenntnisse

5.2.1. Biographische Daten

Auswertung Biografische Daten							
	Sample						Hauptgruppen
Alter		bis 30 Jahre	bis 40 Jahre	bis 50 Jahre	bis 60 Jahre		
	25	2	5	15	3		15 Pers. 40- 50J
Wohnort		urban	ländlich	doppelt			
	25	4	20	1			20 ländlich
Lebensform		verheiratet	geschieden	ledig	andere Form		
	25	17	3	5			17 verheiratet
Kinder		1 Kind	2 Kinder	3 Kinder	4 oder mehr		
	25	7	9	3			9 mit 2 Kindern
Ausbildung		ASO	Grundschule	Lehre	Fachschule	Gymnasium	
	25	1		23		1	23 mit Lehre
Betriebliche Ausbildung		Kurs	Teamleiter	Meister	Logistik	anderes	
	25		9			2	9 Teamleiter
Beruf Vater		Arbeiter	Angestellter	Beamter ÖBB	Selbst./Landw.	Akademiker	
	25	12	2	7	3	1	12 Arbeiter
Beruf Mutter		Arbeiterin	Angestellte	selbstständig	Hausfrau	Akademikerin	
	25	9	6	2	8		9 Arbeiterin
Aufgabe im Unternehmen		Arbeiter	Teamleiterstellvertreter	Teamleiter	Springer		
	25	23		2			23 Arbeiter

Abb. 17: Forschungserkenntnisse, Biographische Daten

5.2.2. Gruppierte biographische Daten

Auswertung in den Kategorien	
Durchschnittliches Alter	43,4 Jahre
Sample	25 Personen
Altersgruppen	Personen
25-30	2
30-35	0
35-40	4
40-45	9
45-50	6
50-55	4
Hauptgruppe	40-55 Jahre 19 Personen
Zweite Gruppe	25-40 Jahre 06 Personen

Abb. 18: Gruppierte biographische Daten

Grafische Auswertung zu Abbildung 18

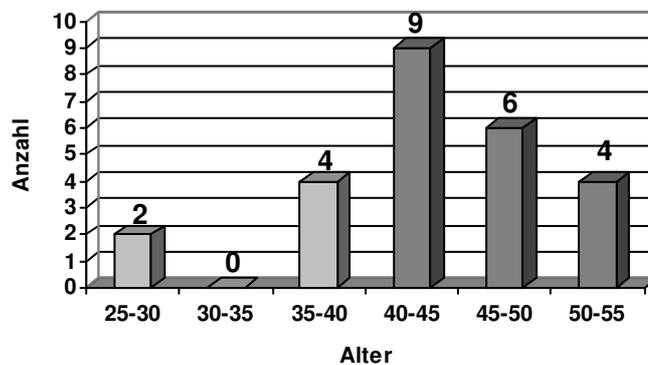


Abb. 19: Grafik zu gruppierten biografischen Daten

5.3. Hauptkategorien

Zu Wahrung der Überschaubarkeit der Erkenntnisse wurden die Ergebnisse in vier Kategorien zusammengefasst und aus diesen wurde das Gesamtresümee gebildet.

- Rahmenbedingungen
- Bedürfnisse
- Werte
- Selbstbild

5.3.1. Auswertung Rahmenbedingungen

Kategorie Rahmenbedingungen	
Positive Faktoren	<p>Kategorie Arbeitsbelastungen/Belastungen (Gesamtbeteiligung 23/25) Nennungen in 5/23 Interviews.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Austausch mit Kollegen▪ subjektive Wahrnehmung bez. Verbesserung der Schutzausrüstung im Vergleichszeitraum von 19 Jahren▪ Gefühl, angenommen zu sein▪ Gefühl, durch Schutzmaßnahmen optimal geschützt zu sein. <p>Kategorie Fit for you (Gesamtbeteiligung 24/25) Nennungen in 11/24 Interviews.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Vorrangig werden nach Nennungen von fit for you positive Veränderungen der Verhältnisse im Werkstättenbereich angesprochen.▪ Obsttage, Wasserspender

Kategorie **Krankheit** (Gesamtbeteiligung 14/25)

Nennung in 06/14 Interviews.

- 08/14 Personen befürchten durch Arbeitsverhältnisse/-verhalten zu erkranken. Diese Sensibilisierung kann zur weiteren Beschäftigung mit Maßnahmen der BGF genützt werden.
- Überzeugung 02/14, genügend Schutz zu haben

Kategorie **Leistungen des Unternehmens**

(Gesamtbeteiligung 03/25) Nennungen in 03/03 Interviews.

- Krankenstände werden von den Befragten als subjektiv unbeeinflussbar erlebt und zeigen sich bezüglich lenkender Maßnahmen von Seiten des Unternehmens ungehalten. Es fehlt hier am Bewusstsein, dass Gründe für Krankenstände deren Kosten nicht zwangsläufig negieren. Hier bedarf es der Bewusstseinsbildung/Aufklärung, dass in nicht durch besondere Dienstrechte geschützten Bereichen des Arbeitsmarktes der Grund für einen Krankenstand eine Nachrangigkeit bez. der Kosten besitzt. Hier kann es ohne Rücksicht auf sozio-ökonomische sowie psycho-soziale Auswirkungen zu Freisetzungen kommen. Mythos - Krankenstand als Recht

Kategorie **Schutzausrüstung** (Gesamtbeteiligung 08/25) Nennung in 02/08 Interviews.

- Es ist in Teilbereichen zu Verbesserungen der Verhältnisse sowie des Verhaltens gekommen.
- Bessere Schutzausrüstung

Kritische Aussagen/Faktoren

Kategorie **Arbeitsbelastungen/Belastungen**

(Gesamtbeteiligung 23/25) in 21/23 Interviews.

- Subjektive Befürchtung, durch Stress, Staub, Lärm, Aerosole, Strahlung, Vibration oder durch Arbeiten in Zwangslagen zu erkranken.
- 06/23 fühlen sich durch Unsicherheiten am Weiterbestand des Arbeitsplatzes belastet.
- Pluralisierung der Aufgaben wird als inflationärer Umgang mit Facharbeiter betrachtet.
- Verzögerte Reaktion auf Aktion/Reaktion des Facharbeiters demotiviert diese.
- Umgang mit Fäkalien; Bedienstete haben teilweise ein überschätztes Vertrauen in die Schutzwirkung von Impfungen. „Weil gegen Staub gibt's Masken“ oder „Gegen die Fäkalien gibt's Impfungen.“ (Interview 21 2007: 60-62)

Kategorie **Fit for you** (Gesamtbeteiligung 24/25)

Nennungen in 19/24 Interviews.

- 6/24 Mangel an Aufklärung („Arbeiter macht eh Bewegung“)
- Aussprache „fit at u“ (Verstehen der Aussage)
- Turnübung mit verunreinigter Arbeitskleidung

Kategorie **Krankheit** (Gesamtbeteiligung 14/25)

Nennungen in 06/14 Interviews gemacht.

- Befürchtung, durch Stress, Staub, Lärm, Aerosole, Vibration sowie Keime/Bakterien zu erkranken
- 02/14 Personen befürchten durch psycho-soziale und sozio-ökonomische Belastungen zu erkranken.
- 02/14 überzogenes Vertrauen in Schutzausrüstung

	<p>Kategorie Schutzausrüstung (Gesamtbeteiligung 08/25) Nennungen in 06/08 Interviews.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Subjektive Wahrnehmung, dass Anliegen nicht gehört werden.
<p>Resümee</p>	<p>Zusammenfassend wird zur Hauptkategorie-Rahmenbedingungen festgehalten, dass in 29/72 Aussagen auf positive Faktoren der Rahmenbedingungen entfielen. Dies beinhaltet, dass es in Bereichen zu Verbesserungen der Arbeitsbedingungen gekommen ist und dies für Mitarbeiter in 5/23 Interviews das Gefühl beinhaltet, optimal geschützt zu sein. Diese Aussagen werden weiter durch die vorrangige Nennung in 11/24 Interviews von Veränderungen der Verhältnisse bei der Frage zum Projekt fit for you verifiziert. Auf eine grundsätzliche Sensibilisierung sowie daraus resultierende Bereitschaft zur Gesundheitsförderung/Bewusstseinsbildung lässt die Gruppe, welche in 08/14 Interviews negative Auswirkungen ihrer Arbeitsbedingungen befürchtet, erwarten. Auffallend waren weiters Personen, welche in 03/03 Interviews von sich aus angaben, eine erhöhte Anzahl von Krankenständen aufzuweisen. Diese Bediensteten empfanden die vom Unternehmen zur Regulation implementierten Maßnahmen als demotivierend und unverhältnismäßig. Krankenstände werden im Bereich des Fatalismus gesehen und somit wird jegliche Form von Attribution von sich gewiesen. An diesen Beispielen wird die Leistung des Unternehmens in verkennender Weise wahrgenommen. Hier ist ein Wissenstransfer aus anderen Wirtschaftsbereichen notwendig, um aufzuzeigen, dass es trotz oftmaligem</p>

schuldlosem Verhalten der/s Arbeitnehmerin/s für ein Unternehmen nicht möglich ist, Personen, welche eine bestimmte Höhe von Krankenstandstagen aufweisen, trotz sozio-ökonomischer und psycho-sozialer Folgen, dem Betroffenen die Kündigung aussprechen müssen.

In 54/69 Aussagen zur Kategorie Rahmenbedingungen, wurde über belastende Faktoren von den Befragten berichtet. In 21/23 Interviews wurden Befürchtungen geäußert, an Stress, Staub, Lärm, Aerosolen, Strahlung oder durch Arbeiten in Zwangslagen als Folgeerscheinung zu erkranken. Als weit geringer - in nur 02/14 Interviews - wird die Gefahr, an psychosozialen oder sozio-ökonomischen Belastungen zu erkranken, angesehen. Als kritisch muss das Vertrauen von einigen Personen auf Schutzeinrichtungen und Impfungen gesehen werden. „Weil gegen Staub gibt's Masken“ oder „Gegen die Fäkalien gibt's Impfungen.“ (Interview 21 2007:60-62) Im interpersonellen Bereich wird die Pluralisierung der Aufgaben bezogen auf Facharbeiter sowie die verzögerte Reaktion auf Anfragen oder Vorschläge als demotivierend empfunden. Probleme in der Anpassung und Aufklärung bestehen weiters im Projekt fit for you. „Arbeiter brauchen keine Turnübungen - haben genügend Bewegung.“ (Interview 2 2007:43-44) Weiters ist das Angebot von Turnübungen in verunreinigter Arbeitskleidung oder Unterwäsche zu hinterfragen, da dieses Angebot einige Personen irritierte. Die nicht korrekte Aussprache des Projektnamens xxx lässt die Frage entstehen, wie passend ein englischer Begriff für die Zielgruppe war, welcher in Aussprache und Inhalt eventuell nicht erfasst werden kann. Abschließend wird angeführt, dass Personen, welche sich kritisch

einbrachten, auch zu positiven Thematiken Aussagen brachten. Anhand des Verhältnisniveaus ist ersichtlich, dass sich mehr Bedienstete kritisch wie positiv zur Hauptgruppe Rahmenbedingungen äußerten. Subjektiv konnte bei den Interviews eine pessimistische Grundstimmung der Befragten wahrgenommen werden. Diese Annahme konnte nach Auswertung verifiziert werden. Diese Grundhaltung entstammt nach Auswertung einer Kausalkette mit einer Zentrierung auf interpersonale Belastungen Problemen im Informationstransfer, fehlendem PE sowie einem belasteten Selbstbild.

Grafische Darstellung Rahmenbedingungen

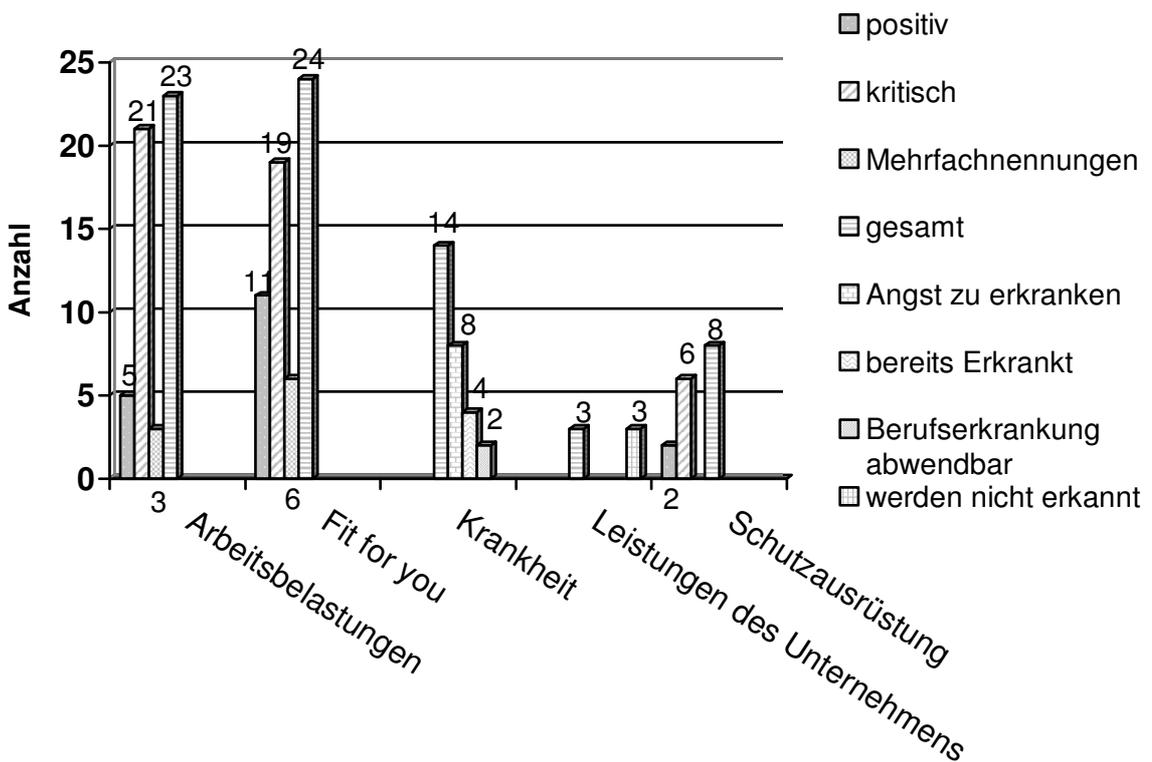


Abb. 20: Grafische Darstellung der Rahmenbedingungen

5.3.2. Auswertung Selbstbild

Kategorie Selbstbild	
Stärkendes	<p>Kategorie Selbstbild (Gesamtbeteiligung 18/25) Nennungen in 04/18 Interviews.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Es ist wichtig, eine Aufgabe zu haben. ▪ Stolz, Facharbeiter zu sein <p>Kategorie Rolle Mann (Gesamtbeteiligung 14/25) Nennung in 06/14 Interviews.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bewusstsein, eine schwere Arbeit zu machen ▪ belastende Bedingungen
Aufgabenerfüller	<p>Kategorie Selbstbild (Gesamtbeteiligung 18/25) Nennungen in 11/18 Interviews.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ dienende, passive Haltung ▪ kein Ausdruck von Individualität und Entscheidungsfreiheit ▪ Befehlsempfänger <p>Kategorie Rolle Mann (Gesamtbeteiligung 14/25) Nennungen in 06/14 Interviews.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ „Ich bin offen dafür.“ ▪ „Hab´ nichts dagegen.“ ▪ „Könnte das Klima verbessern.“
Belastendes	<p>Kategorie Selbstbild (Gesamtbeteiligung 18/25) Nennungen in 03/18 Interviews.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Selbstbeschreibung als Sklave, Leibeigener ▪ Ausdruck von Frustration und Resignation ▪ Nur 04/18 haben ein positives Selbstbild bezüglich ihrer Tätigkeit als Arbeiter.

	<p>Kategorie Rolle Mann (Gesamtbeteiligung 14/25) Nennungen in 02/14 Interviews.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ „Gemischt geht gar nichts“ ▪ „Absolut dagegen.“
<p>Resümee</p>	<p>Zusammenfassend wird zur Hauptkategorie-Selbstbild festgehalten, dass in 10/32 Aussagen auf positive Faktoren des Selbstbildes hinweisen. Darin enthalten sind der Stolz, einen Beruf erlernt zu haben und zu wissen, eine Aufgabe zu haben und diese mit dem Bewusstsein, dass diese Tätigkeit mit schwerer körperlicher Betätigung und daraus resultierenden Belastungen verbunden ist, auszuführen. Eine passive, dienende Haltung ist bei 11 Befragten feststellbar. Was angeordnet wird, soll ordnungsgemäß, zuverlässig erfüllt werden. In zwei Aussagen wurden Arbeiter mit Sklaven sowie Leibeigenen verglichen. Abschließend kann festgehalten werden, dass 16 Aussagen auf belasteten Selbstwert hinweisen.</p>

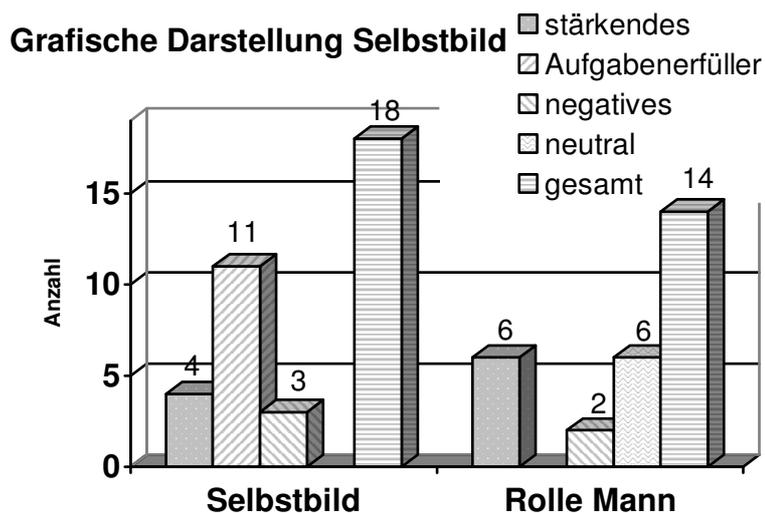


Abb. 21: Grafische Darstellung Selbstbild

5.3.3. Auswertung Bedürfnisse

Kategorie Bedürfnisse	
Ausdruck von Bedürfnissen	<p>Kategorie Anerkennung (Gesamtbeteiligung 10/25) Nennungen in 03/10 Interviews.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Teamleiter oder stellvertretende Teamleiter machten tendenziell positivere Aussagen.▪ „Gute Kommunikation“, „Wie in einer Familie“ <p>Kategorie pers. Bedürfnisse (Gesamtbeteiligung 20/25) Nennungen in 18/20 Interviews (2 Interviews nicht zur Thematik verwertbar)</p> <ul style="list-style-type: none">▪ vorrangige Äußerung von Bedürfnissen bez. auf den Betrieb.▪ Bedürfnis nach selbstständigem Arbeiten, Anerkennung, Kollegialität, offenem Umgang mit Konflikten sowie Einsatz nach Qualifikation.▪ 03/20 Personen gaben persönliche Bedürfnisse für das Wohlergehen an.▪ keine materiellen Wünsche <p>Kategorie Persönliche Grenzen (Gesamtbeteiligung 25/25) Nennungen in 05/25 Interviews.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ In 5/25 Interviews kamen Aussagen zu persönl. Grenzen.▪ Gesundheitsschädigung als Grenze▪ Verschub <p>Kategorie Perspektiven/Ziele (Gesamtbeteiligung 02/25) Nennungen in 02/02 Interviews.</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Ausdruck von Unzufriedenheit ohne Ausdruck von Möglichkeiten der Veränderung - fehlende Handlungskompetenz

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Berufliche Veränderung/Bildung wurde von keinem der befragten Personen eingebracht. ▪ In 02/02 Interviews war die Pension das generalistische Ziel. <p>Kategorie Wünsche (Gesamtbeteiligung 22/25) Nennungen in 21/22 Interviews. (1 Aussage nicht verwertbar)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ zentral: Gesundheit 10/21 ▪ 04/21 Pension (Personalentwicklung) ▪ sicherer Job (trotz Pragmatisierung) ▪ Unzufriedenheit – Keine Ansätze zur Veränderung, keine Handlungskompetenz ▪ immaterielle Wünsche
Kritische Äußerungen	<p>Kategorie Anerkennung (Gesamtbeteiligung 10/25) Nennungen in 07/10 Interviews.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ wenig Respekt und Anerkennung für Arbeiter ▪ Stigmatisierung „Schlossergewand“ ▪ Gefühl der Geringschätzung des Wissens und der sozialen Stelle des Facharbeiters ▪ fühlen sich als Nummer <p>Kategorie Persönliche Grenzen (Gesamtbeteiligung 25/25) Nennungen in 18/25 Interviews.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hoher Anteil an Mitarbeitern erklärt: „Keine Grenzen - mache alles“, „Wenn ich muss, mache ich alles“, „Grenze? - Nein gibt's bei mir nicht“ ▪ Wo liegen deren Grenzen, was sind sich diese Arbeiter selbst als Arbeiter wert? ▪ hoher Anteil, welcher mit Fäkalien zu tun hat ▪ vorauseilender Gehorsam ▪ Angst vor Sanktionen

Resümee	<p>Zusammenfassend wird zur Hauptkategorie Bedürfnisse festgehalten, dass 53/86 Aussagen bezogen auf Bedürfnisse gemacht wurden. Die Hauptfaktoren sind: anhaltende Gesundheit, Möglichkeit zur selbstständigen Arbeit, Anerkennung, Kollegialität sowie Einsatz nach den Qualifikationen. Auffallend sind die Bedenken bezüglich der Sicherheit des Jobs. In häufiger Nennung wurde die Unzufriedenheit mit der derzeitigen beruflichen Situation ausgedrückt. Berufliche Veränderung/Bildung wurde von keiner der befragten Personen als Ansatz zur Veränderung eingebracht. Der Wunsch nach Pension steht an Stelle von Entwicklung und Veränderung. Als ein weiteres zentrales Thema stellt sich das subjektive Gefühl der manuell tätigen Mitarbeiter bezogen auf geringe Anerkennung, wenig Respekt, Stigmatisierung durch Schlossergewand dar. Daran schließt das Gefühl der Geringschätzung des Wissens und der sozialen Stellung des Arbeiters an. Auffallend und konträr zu anderem Verhalten der befragten Personen steht die Haltung gegenüber den Arbeiten, welche mit der Profession des Einzelnen nichts zu tun haben. In 18/25 Interviews wurde erklärt: „Habe keine Grenzen - mache alles“, „Wenn ich muss, mache ich alles“, „Nein gibt's bei mir nicht“. Diese Aussagen stellen die Frage: Wo liegen die Grenzen dieser Mitarbeiter und was sind sich diese Personen selbst wert? Verbunden mit diesem „vorausseilenden Gehorsam“ sind Ängste vor Sanktionen bei Nichterfüllung der zugeteilten Aufgaben.</p>
---------	--

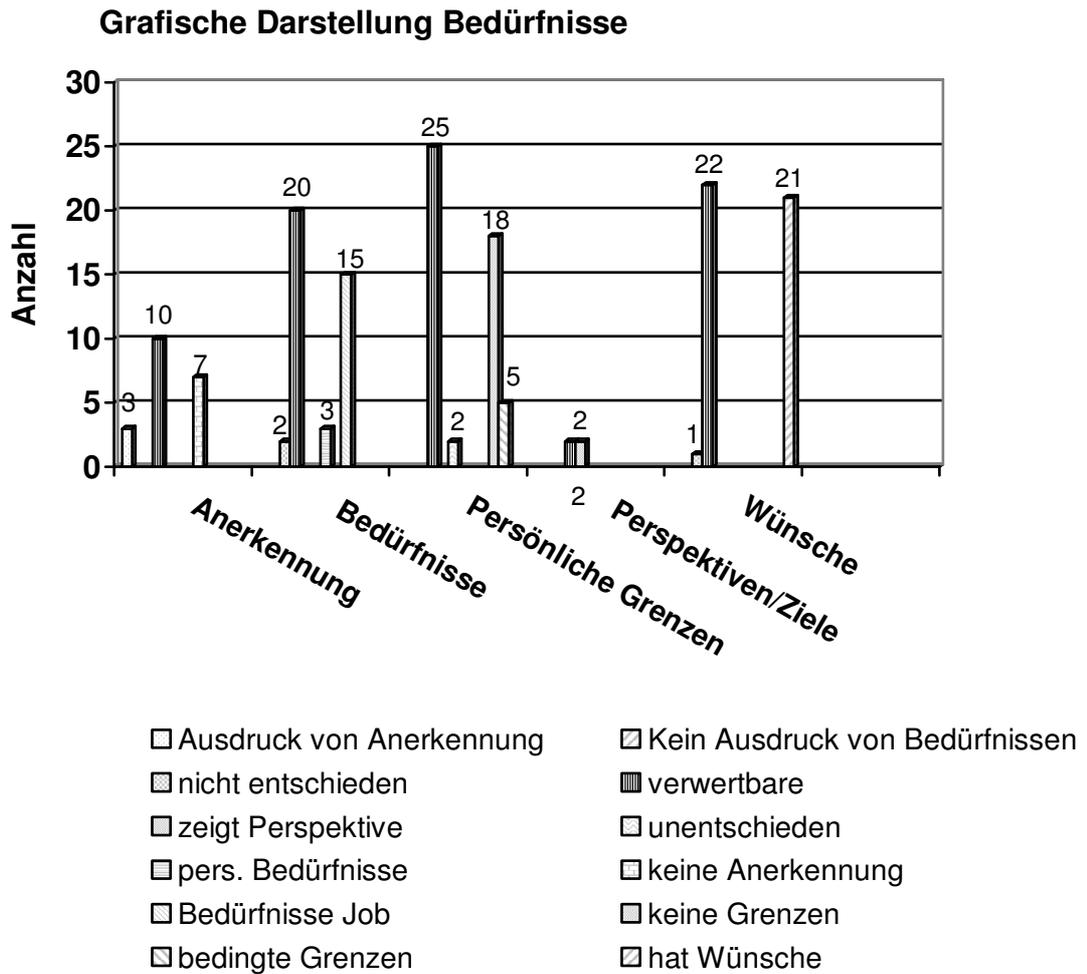


Abb. 22: Grafische Darstellung Bedürfnisse

5.3.4. Auswertung Werte

Kategorie Werte	
Fördernde Faktoren	<p>Kategorie Werte ArbeitnehmerIn (Gesamtbeteiligung 16/25) Nennung in 01/16 Interviews.</p> <ul style="list-style-type: none"> Ein Befragter äußerte sich: „Körper, Seele, Geist und die damit verbundenen Werte“

	<p>Kategorie Gesundheitsbewusstsein (Gesamtbeteiligung 06/25) Nennungen in 04/06 Interviews.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ „Die Unzufriedenheit der Kollegen muss sich auch auf deren Gesundheit schlagen“. ▪ „Ich gehe zur Gesundenuntersuchung“ - Wert „Gesundheit“
belastende Faktoren	<p>Kategorie Gesundheitsbewusstsein (Gesamtbeteiligung 06/25) Nennungen in 02/25 Interviews..</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wenige Aussagen, welche auf Beschäftigung mit Verbesserung/Veränderung von Verhalten/Verhältnissen hinweisen ▪ keine Aussagen zu: auf sich schauen, eigene Bedürfnisse wahren, was brauche ich, dass es mir gut geht? ▪ singuläre Sichtweise auf Schutz- sowie Impfmaßnahmen. („Weil gegen Staub gibt's Masken und gegen die Fäkalien die Impfung“) <p>Kategorie Werte ArbeitnehmerIn (Gesamtbeteiligung 16/25) Nennungen in 14/16 Interviews.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ 01/16 Person äußerte sich zu Thematiken mit Bezügen auf das Gesundheitsbewusstsein. ▪ Vorrangig ging es um den interpersonellen Umgang im Team und Geschäftszweig ▪ Hohe Präsenz hat für die Personen, dass ihnen zugehört wird und Vorschläge umgesetzt werden. ▪ vorrangig immaterielle Wünsche/Bedürfnisse.
Resümee	<p>Zusammenfassend wird zur Hauptkategorie „Werte“ festgehalten, dass sich Veränderungen in den Werten/ im Bewusstsein bezogen auf Gesundheit nach Erkrankungen oder Störungen/Problemen ergeben.</p>

Aussagen zum Thema „Werte der Bezugsgruppe“ lagen im Bereich des interpersonellen Umgangs im Team und Geschäftszweig. Werte mit Bezug auf Seele, Körper oder Geist waren nur bei einer Person gegeben. Wie auch in anderen Hauptkategorien ist die singuläre Sichtweise bezogen auf Schutzausrüstung und Impfungen erkennbar. Hohen Stellenwert hat die Haltung der Vorgesetzten bezüglich Annahme von Vorschlägen und Anhören von Meinungen aus der Arbeiterschaft.

Graphische Darstellung der Kategorie Werte

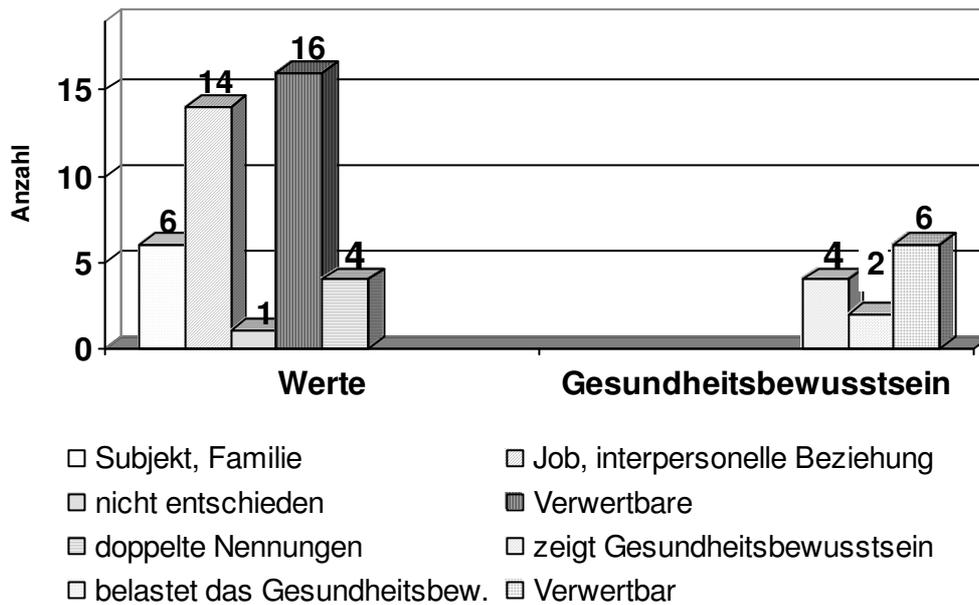


Abb. 23: Grafische Darstellung Werte

5.4. Forschungsergebnisse im Detail

Zur Erlangung eines validen Ergebnisses wurden die Inhalte der Interviews in Kategorien unterteilt und über Häufigkeitstabellen sowie durch Bildung von Intervall- und Verhältnisniveaus ausgewertet.

Detailergebnisse	
Angst/Sensibilisierung	In 21/23 Interviews zeigte sich eine grundsätzliche Sensibilisierung im Bereich Gesundheit, wenn auch indirekt über die Befürchtung zu erkranken.
Aufgabenpluralisierung	Als Problem im interpersonellen Bereich wird die Aufgabenpluralisierung wahrgenommen. Teile der Befragten sehen darin die Inflation des Facharbeiters und seines Wissens.
Bedürfnisse	In diesem Bereich wurden anhaltende Gesundheit, Möglichkeiten zum selbstständigen Arbeiten, Anerkennung, Kollegialität sowie Einsatz nach der Qualifikation genannt. Hohen Stellenwert hat die Haltung der Vorgesetzten. Das Anhören von Meinungen und Annehmen von Vorschlägen wird sehr hoch bewertet.
Belastungen im psycho-sozialen wie sozio-ökonomischen Bereich	Die Gefahr an psycho-sozialen sowie sozio-ökonomischen Belastungen zu erkranken, wird als gering angesehen. Nur 02/14 der Befragten befürchteten, an derartigen Belastungen zu erkranken.
Berufserkrankung	In 21/23 Interviews wurde die Befürchtung geäußert, im Laufe des Arbeitslebens an Stress, Staub, Lärm, Aerosolen, Strahlung oder durch Arbeiten in Zwangslagen seinen Körper zu belasten oder zu schädigen.

Frustration	Zum Ausdruck kamen Unzufriedenheit mit der beruflichen Situation und daraus resultierte Frustration. Keiner, der sich zur Thematik einbrachte, konnte Möglichkeiten der Veränderung durch Bildung oder berufliche Veränderung/Weiterentwicklung nennen. Dies könnte auf ein grundsätzliches Entwicklungspotential für Personalentwicklung bezogen auf manuell tätige MitarbeiterInnen hinweisen.
Fit xxx	Bei Fragen zum derzeitigen Gesundheitsprojekt wurden in 11/24 Interviews vorrangig Veränderungen der Verhältnisse angesprochen. Folgend wurden Obsttage, Wasserspender und Turnübungen genannt.
Fit xxx - Aufklärung	In 6/24 Interviews wurde eingebracht, dass Arbeiter genug Bewegung machen und daher keine Turnübungen brauchen. Besteht Bedarf nach anderen Formen des Ausgleiches?
Fit xxx - Gymnastik	Das Angebot Gymnastik in der Arbeitszeit in verschmutzter Arbeitskleidung oder in Leibwäsche ist zu hinterfragen. Eine grundsätzlich positive Haltung, jedoch keine stimmigen Rahmenbedingungen.
Fit xxx - Begriff	Auffallend zeigte sich, dass es oftmals zu Problemen bei der Aussprache von Fit xxx kam. Warum ein englischsprachiger Begriff? Barriere im Begriff?
Krankheit	Es zeigte sich, dass Veränderungen bez. Lebensgewohnheiten nach Erkrankungen leichter umgesetzt werden können.

Krankenstand	<p>Personen, welche durch Krankheit verursachte Fehltag aufweisen, empfanden die zur Regulierung vom Unternehmen implementierten Maßnahmen als demotivierend und unverhältnismäßig. Durch Krankheit bedingte Fehlzeiten werden von Teilen der Befragten im Bereich des Fatalismus gesehen und jegliche Form der Attribution wird von sich gewiesen.</p> <p>In keinster Weise wird hier die Leistung des Unternehmens wahrgenommen, welche eine Weiterbeschäftigung nach längeren oder rezidivierenden Erkrankungen gewährleistet. Aufzuzeigen ist hier, dass in anderen Bereichen der Wirtschaft bei einer bestimmten Höhe von Fehlzeiten, ohne Rücksicht auf psycho-soziale oder sozio-ökonomische Folgen die Kündigung ausgesprochen wird.</p>
Motivation	<p>Eine Bestätigung für die während der Interviews subjektiv wahrnehmbare pessimistische Grundstimmung von vielen Befragten wird durch das sich ergebene Verhältnisniveau verifiziert. 54/69 Aussagen in der Hauptkategorie Rahmenbedingungen zeigten Unzufriedenheit/Belastung auf.</p>
Optimaler Schutz	<p>5/23 der Befragten geben an, sich optimal geschützt zu fühlen. Unter diesem Punkt kann eine singuläre Sichtweise von 02/14 Befragten auf die Wirksamkeit von Schutzausrüstung sowie über den Schutz von Impfungen fallen. „Weil gegen Staub gibt’s Masken, oder gegen Fäkalien gibt’s Impfungen.“ Interview 21(2007:60-62)</p>
Pension	<p>Der Wunsch nach Pension steht an Stelle von</p>

	Entwicklung und Veränderung.
Sicherheit	Als genereller Widerspruch können die Ängste bezüglich der Jobsicherheit angesehen werden. Beim Krankenstandsverhalten zeigt sich wiederum nur eine geringe Befürchtung, dienstrechtliche Konsequenzen zu erfahren.
Subjektive Wahrnehmung	Dies beinhaltet das Gefühl der Geringschätzung des Wissens und der sozialen Stellung der manuell tätigen ArbeitnehmerInnen in 07/10 Interviews. Dies geht so weit, dass in zwei Interviews Arbeiter mit Sklaven und Leibeigenen verglichen wurden.
Selbstwert der/des Arbeiterin / Arbeiters	In 18/25 Interviews wurde von den Befragten erklärt, dass sie bezüglich beruflicher Aufgaben, konkret: WC-Reinigung in Waggons, jede Arbeit machen würden. Aussagen wie: „Nein, gibt es bei mir nicht“, (Interview 24 2007:53-55) „Wenn ich muss, mache ich alles“ (Interview 2 2007:26-27) Dies wirft die Frage auf, wo die Grenzen dieser Personen liegen und was sich diese selbst wert sind.
Selbstbild der Arbeiterin / des Arbeiters	10/32 Aussagen weisen auf ein positives Selbstbild der befragten Personen hin. Darin enthalten ist der Stolz, einen Beruf erlernt zu haben und zu wissen, eine Aufgabe zu haben. Als schwere Arbeit wird diese in 06/14 Interviews betrachtet. Auffallend ist eine nahezu passive, dienende Haltung, welche an der Erfüllung von „Anordnungen“ orientiert ist. „Fleißig, aktiv auf das Ziel schauen“ (Interview 3 2007:2-4) „dass alles gut gemacht wird, dass halt alles passt“ (Interview 12 2007: 3-11) Tendenziell zeigen 14/18 Aussagen auf ein schwaches

	Selbstbild der befragten Personen hin. Aussagen dazu: „Sowas wie ein Leibeigener“ (Interview 20 2007:5-10), „Das machen, was mir mein Arbeitgeber sagt.“ (Interview 4 2007:7-8)
Verbesserung der Rahmendbedingungen	In 29/72 Aussagen wurde über die Verbesserung der Arbeitsbedingungen berichtet.
Werte	Aussagen zur Hauptkategorie „Werte“ waren bezogen auf den interpersonellen Umgang im Team und Geschäftszweig. Diese bezogen sich auf Kommunikation, Kollegialität, Ehrlichkeit und Vertrauen. Werte mit Bezug auf Körper, Seele oder Geist waren nur bei einer Person explorierbar.

5.5. Gesamtresümee zur Forschung und zum Gesundheitsbewusstsein von basisqualifizierten, manuell tätigen ArbeitnehmerInnen

5.5.1. Aussagen zur Organisation

Grundlegend ist anzumerken, dass Personen, welche sich kritisch zu bestimmten Themen äußerten, sich zumeist auch zu bestimmten Thematiken positiv einbrachten. Weiters ist zum Ergebnis festzuhalten, dass Resümeees, welche aus den Forschungsergebnissen gezogen werden, in Bezug zum Sample stehen. Rückschlüsse, welche über den Sample hinaus in das Unternehmen transferiert werden, stehen im Ermessen der einzelnen, mit dem Forschungsergebnis konfrontierten Personen. Die bisherigen Aktivitäten zur Verbesserung der Verhältnisse in den Werkstätten wurden in 29/72 Aussagen dargestellt. Bei den befragten Personen steht das derzeitige BGF-Projekt „Fit xxx“ in 11/24 Interviews im direkten Zusammenhang mit den Verbesserungen der Arbeitsbedingungen und Schutzausrüstungen. Darauf folgend wurden die Obsttage sowie die angebotenen Gymnastik-Einheiten genannt. Eine Gruppe von 06/24 Befragten war der Meinung, dass Arbeiter genügend Bewegung machen würden und keine Turnübungen nötig wären. Dies zeigt auf eine weitere nötige Aufklärung/Bewusstseinsbildung hin. Grundsätzlich sollte hier

das Angebot, in Arbeitsbekleidung oder in Leibwäsche zu turnen, überdacht werden, da dies bei der Zielgruppe zu Irritationen führt. Bei der Datenerhebung zeigte sich, dass einige Personen mit der Aussprache sowie mit der Übersetzung des Begriffes Fit xxx Probleme hatten. Hier sollte für weitere Projekte die Überlegung angestellt werden, ob dieser Begriff nicht eine Barriere darstellt. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass es sich beim Projekt Fit xxx um eine Top-down- Initiative mit anfänglich geringer Partizipation der Zielgruppe handelt.

5.5.2. Aussagen zur Zielgruppe

Bereits bei der Datenerhebung zeigte sich, dass Schutzeinrichtungen und deren Verwendung zentrale Elemente der Unternehmensziele im angesprochenen Bereich sind. 5/23 Befragte fühlen sich durch Schutzausrüstung und Impfungen optimal geschützt. Dies kann jedoch auch eine singuläre Betrachtungsweise mit einem überforderten Schutzanspruch bedeuten. Untermuert wird dies durch folgende Aussagen „Weil gegen den Staub gibt's Masken, und gegen Fäkalien gibt's Impfungen.“ (Interview 21 2007:60-62) Diese bereits erwähnte Thematisierung von BGF-Maßnahmen zeigt sich in 21/23 Interviews darin, dass von der Zielgruppe Stress, Staub, Lärm, Aerosole, Strahlung sowie das Arbeiten in Zwangslagen als gesundheitsschädigend erkannt wurde, und Erkrankungen im Laufe des Berufslebens kausal damit befürchtet werden. Die bereits vorhandene Sensibilisierung kann als Basis für weitere bewusstseinsbildende Maßnahmen gesehen werden. Ein nur sehr kleiner Teil der Befragten, 2/14, befürcht, an psycho-sozialen sowie sozio-ökonomischen Belastungen zu erkranken. Diese Faktoren führen jedoch die Kausalkette für Mortalität und Morbidität bei Arbeitern an. Siegrist (2007:2) Bei Personen, welche erkrankt waren, zeigte sich nach der Rekonvaleszenzzeit ein gehobenes Gesundheitsbewusstsein. Werte, welche mit der seelischen Gesundheit oder spirituellen Entwicklung in Zusammenhang gebracht werden können, konnten bei den Interviews nicht exploriert werden.

Personen mit erhöhten krankheitsbedingten Fehlzeiten empfinden die vom Unternehmen implementierten Maßnahmen zur Lenkung der Fehlzeiten als demotivierend und unverhältnismäßig. Dies begründet sich damit, dass die

Betroffenen krankheitsbedingte Fehlzeiten im Bereich des Fatalismus sehen und jegliche Attribution von sich weisen. In keinsten Weise wird hier die Leistung des Unternehmens wahrgenommen, welches eine Weiterbeschäftigung nach längeren oder rezidivierenden Erkrankungen gewährleistet. Hier ist bei der Zielgruppe aufzuzeigen, dass dies in anderen Bereichen der Wirtschaft zu Kündigungen führen könnte. Als widersprüchlich wurde die Angst um den Job von Befragten wahrgenommen, da es sich bis auf zwei Personen um durch besondere Dienstverträge geschützte Arbeitsplätze handelt. Eine Bestätigung für die während der Interviews wahrzunehmenden pessimistischen Grundstimmungen wird nach Auswertung durch das Verhältnisniveau geliefert. 54/69 Aussagen drücken Unzufriedenheit/Belastung aus. Diese Grundstimmung sollte die Beachtung von Bedürfnissen der Zielgruppe im Grunde fördern. Darunter fällt selbstständiges Arbeiten, Anerkennung, Kollegialität sowie der Einsatz nach der Qualifikation. 10/32 Aussagen weisen auf ein positives Selbstbild der Befragten hin. Darunter fällt der Stolz, einen Beruf erlernt zu haben, sowie eine Aufgabe durch den Job zu haben und eine schwere berufliche Tätigkeit auszuführen. Auffallend ist hier eine nahezu passive, dienende Haltung, welche an der Erfüllung der Aufgaben orientiert ist. „Fleißig, aktiv auf das Ziel schauen“ (Interview 3 2007:2-4) „dass alles gut gemacht wird, dass halt alles passt“ (Interview 12 2007: 3-11) Tendenziell zeigen 14/36 Aussagen auf ein angepasstes Selbstbild der befragten Personen hin. Aussagen dazu: „So was wie ein Leibeigener“ (Interview 20 2007:5-10), „Das machen, was mir mein Arbeitgeber sagt.“ (Interview 4 2007:7-8)

Hohen Stellenwert bei der Zielgruppe hat die Haltung des Nächstvorgesetzten. Das Annehmen von Vorschlägen sowie das Anhören von Meinungen wird hoch bewertet. Als Anerkennung der eigenen Person wird das Grüßen angesehen. Grundsätzlich kann von einer hohen Bewertung von interpersonellen Faktoren gesprochen werden. Diese umfassen die Kommunikation, Kollegialität, Ehrlichkeit sowie das Vertrauen an die Kollegen. Als störendes Problem wird von der Zielgruppe die Aufgabenpluralisierung wahrgenommen. Teile der Befragten sehen darin die Inflation des Facharbeiters. Dies beinhaltet die subjektiv wahrgenommene Geringschätzung des Wissens sowie der sozialen Stellung der/s basisqualifizierten manuell tätigen ArbeiterIn. Aus diesen Zusammenhängen heraus gaben zwei der Befragten an, sich als Sklave oder

als Leibeigener zu fühlen. Keine Person, welche sich mit ihrer beruflichen Situation unzufrieden zeigte, konnte Möglichkeiten der Veränderung durch Bildung oder Berufswechsel nennen. Lösungsansätze für die unbefriedigende berufliche Situation bestehen für die Befragten darin, in Pension gehen zu können. Abschließend kann angemerkt werden, dass viele der hier aufgezeigten Belastungsfaktoren im immateriellen und interpersonellen Bereich liegen und durch Bewusstseinsbildung sowie anerkennenden Umgang die kausalen Faktoren minimieren oder sogar ausschalten können. Aus fachlicher Sicht ist zu wünschen, dass sich beide Seiten dem Prozess der Verhaltensänderung stellen und konstruktiv in gegenseitigem Anerkennen neue Wege beschreiten. In allen Phasen sollte den Akteuren bewusst sein, dass der Bottom-up-Ansatz bestehen bleibt und die Zielgruppe dort abgeholt wird, wo sie steht.

5.6. Experteninterview

5.6.1. Erhebungsmethode

Als Erhebungsmethode wird das leitfadengestützte Experteninterview nach Menz angewandt.

5.6.2. Auswertungsstufen

Vorgehensweise:

- Erstellen von Transkripten
- Kategorienbildung
- Paraphrasierung
- Resümeebildung

5.6.3. Forschungsergebnis

Bewusstseinsbildung	<p>Zusammenfassend kann zur Kategorie „Bewusstseinsbildung“ angemerkt werden, dass sich die befragten Führungskräfte überzeugt wie auch kritisch zur Thematik äußerten. In allen Interviews wurde ausgedrückt, dass Bewusstseinsbildung als zentrales Thema der BGF zu sehen ist. Nachhaltige Erfolge in der Akzeptanz von Schutzausrüstungen werden durch Vorbildwirkung sowie wiederkehrendes Thematisieren erwartet. In geringerer Dichte wurde die Schaffung von Verhältnissen angesprochen, welche eine bessere Beteiligung an BGF-Maßnahmen ermöglichen sollen. Weiters wurde die Wichtigkeit von an die Zielgruppe angepassten Maßnahmen erwähnt. Der Sozialisationsprozess der Zielgruppe sollte in Überlegungen des Managements für Interventionen miteinbezogen werden. Diesbezüglich sollten die Ziele/Pläne des Gesundheitsmanagements subjekt- sowie anlassbezogen reflektiert werden. Die Gefahr von „Top-down- Designs“ von Professionalisten der BGF ist in diesem Bereich gegeben. Als fraglich wurde auch die Erreichung einer breiten Zielgruppe über die derzeit bereits an Sport interessierten Personen erachtet. Im Bereich der Unternehmenskultur bezogen auf Kommunikation und Informationsweitergabe liegt nach Angaben der Befragten weiteres Potential zur Unterstützung von BGF-Projekten. Durch Thematisierung Bewusstseinsbildung zu ermöglichen, wird in vielen Aussagen angeführt.</p>
Information	<p>Zur Kategorie „Information“ kann festgehalten werden, dass die Verbesserung der Kommunikation und der Informationsweitergabe mit Priorität betrieben wird. Als wichtig wird das Aufzeigen der Perspektiven des einzelnen Mitarbeiters gesehen. Zu hinterfragen ist die Verwendung</p>

	<p>von Schautafeln zum Wissenstransfer an die Zielgruppe. Weiters sollte die Nachhaltigkeit von Verordnungen und deren Thematisieren im BGF-Bereich überdacht werden.</p>
<p>Verständnis</p>	<p>Zusammenfassend kann zur Kategorie „Verständnis“ festgehalten werden, dass nahezu übereinstimmend davon ausgegangen wird, dass eventuelles verordnungsresistentes Verhalten auf mangelnde Bewusstseinsbildung zurückzuführen ist. Die Auswirkungen von demotivierenden Arbeitsbedingungen, Über- sowie Unterforderung, mangelndem Support sind bekannt. Der Sinn an der Arbeit sowie das Wissen, angehört zu werden, wurden als grundlegend betrachtet. Weiters wird in den Aussagen aufgezeigt, dass Maßnahmen mit Rücksicht auf die soziale Stellung der Zielgruppe entworfen werden sollten. Zur Thematik „Mitarbeiterbefragung“ sollten die Ergebnisse und damit verbundenen Veränderungen in den Verhältnissen sowie im Verhalten kommuniziert werden. Als irritierend wurde eine in Teilbereichen widersprüchliche Ausrichtung bei den Unternehmenszielen empfunden. Veranstaltungen des Managements im Werkstättenbereich sollten selbstkritisch hinterfragt werden. Als traditionell bedingt wurde der hohe Stellenwert von Vorgesetzten dargestellt. Bei der Zielgruppe ist ein hierarchisches Betrachten der GZ-Leiter sowie deren weiterer Vorgesetzten erkennbar. Dieser Haltung wurde in Ansätzen wenige Verständnis entgegengebracht.</p>
<p>Motivation</p>	<p>Zusammenfassend wird festgehalten, dass die Befragten verschiedene Arten der Motivationssteigerung anwenden sowie vorschlagen. In den Aussagen wurden Ansätze für Personalentwicklung ausgedrückt. Die Auswirkung von Über- sowie Unterforderung oder ignorierten weiteren Belastungen wurden klar formuliert. Motivation aus</p>

	<p>Weiterbildung und der Möglichkeit von Veränderung im Unternehmen waren weitere Elemente aus den Interviews. Große Ressourcen werden im Bereich des interpersonellen Umganges gesehen. Zu diesem Bereich gehört weiters die partielle Öffnung, bezogen auf die Zielgruppe. Zu motivationsdämpfenden Wirkungen können demnach Schwächen in der Kommunikation sowie in der verzerrten Weitergabe von Informationen liegen. Weiters ist auf die Verhältnismäßigkeit von Maßnahmen sowie die Eignung dieser - bezogen auf die Zielgruppe - zu achten. Die singuläre Einsichtmöglichkeit der manuell Tätigen sollte in Überlegungen bezüglich BGF- Maßnahmen stets miteinbezogen werden</p>
<p>Personalentwicklung</p>	<p>Zusammenfassend kann zur Kategorie „Personalentwicklung“ festgehalten werden, dass diese derzeit nahezu ausschließlich für die zur Ausübung der fachlichen Tätigkeit notwendigen Ausbildungen eingesetzt wird. Wie in den Interviews erwähnt sind Über- sowie Unterforderung sowie andere Belastungen kausal mit der Arbeitsmotivation und in Folge mit der Arbeitsleistung verbunden. Die Personalentwicklung an die Teamleiter abzugeben, erscheint anhand der benötigten Fähigkeiten als PE als nicht zielführend. Als Zeichen der kontinuierlichen Weiterentwicklung kann die Rekrutierung von Logistikmitarbeitern sowie anderen Professionalisten aus der Gruppe der manuell tätigen ArbeitnehmerInnen gesehen werden.</p>
<p>Anerkennung</p>	<p>Zusammenfassend kann zur Kategorie „Anerkennung“ festgehalten werden, dass es neben den monetären Möglichkeiten zur Vermittlung von Anerkennung weitere Ansatzmöglichkeiten auf der immateriellen sowie interpersonellen Ebene gibt. Oftmals wurde die</p>

	<p>Verbesserung des Umganges angesprochen. Als für die Zielgruppe belastend wurde das Fehlen einer der Größe und Komplexität des Unternehmens angepassten Personalentwicklung dargestellt. Weiters zeigte sich, dass Bedürfnisse bezüglich Anerkennung durch Gruß vereinzelt zu Irritationen führen.</p>
Top down	<p>Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass es Anzeichen für ein „Top-down-Design“ mit geringer Partizipation der Zielgruppe bei der Projektentwicklung von fit xxx gegeben haben kann. Dieser Eindruck wird auch durch das Ergebnis der Befragung unter den manuell tätigen ArbeitnehmerInnen bestätigt. Jedoch gibt es Maßnahmen, welche den durch „Top-down-Maßnahmen“ korrigierend entgegenwirken. Dies sind Maßnahmen, in welchen sich Führungskräfte partiell der Zielgruppe öffnen und einen anerkennenden Erfahrungsaustausch pflegen.</p>

5.7. Resümee Experteninterview

Abschließend lässt sich nach Zusammenführung aller Teilkategorien aus den leitfadengestützten Experteninterviews festhalten, dass unter den Befragten eine Sensibilisierung bezogen auf „betriebliche Gesundheitsförderung“ sowie auf den Bedarf von bewusstseinsbildenden Elementen in der BGF gegeben ist. Zum Zeitpunkt der Datenerhebung wurden nachhaltige Erfolge in der BGF durch wiederkehrendes Thematisieren erwartet. Weiters zeigte sich, dass es bei allen Maßnahmen im Rahmen von BGF-Projekten unerlässlich erscheint, die soziale Stellung sowie den Sozialisationsprozess der Zielgruppe zu beachten, da ansonst die Gefahr von „Top-down-Designs“ mit geringer Verwertbarkeit für die Betroffenen entstehen könnte. Achtsam sollte mit der Interpretation bezüglich des Denkens und der handlungsleitenden Hintergründe der Zielgruppe umgegangen werden. Daraus könnte sich ein durch Stereotype geleitetes Orientieren sowie Handeln im Feld der Zielgruppe ergeben. Erfassbar war die Priorität der Verbesserung der Kommunikation sowie der

Informationsweitergabe. Dies soll auch die Vermittlung von Perspektiven des einzelnen Mitarbeiters beinhalten. Beim Informationstransfer an Schautafeln sollte im Vorfeld die Relevanz der Information aus Sicht der Zielgruppe hinterfragt werden. Die Folgen von nicht erkannter Über- sowie Unterforderung und das Bestehen von berufsrelevanten Belastungen wurden als weiterer Ansatzpunkt im kontinuierlichen Verbesserungskonzept gesehen. Daraus lässt sich der Bedarf an Personalentwicklung für basisqualifizierte manuell tätige ArbeitnehmerInnen ableiten. Tendenziell gab es Aussagen, welche auf die Selbstverantwortlichkeit des Einzelnen bezüglich Zufriedenheit mit dem Arbeitsplatz hinwiesen. Als traditionell bedingt wurde die hierarchisch überbewertete Stellung der über den Teamleitern liegenden Vorgesetzten beschrieben. Demzufolge hat es für viele aus der Zielgruppe hohe Bedeutung, von diesen Personen begrüßt zu werden oder in eine Form des Small Talks eingebunden zu werden. Grundsätzlich zeigt sich, dass von den befragten Personen Verbesserungen im interpersonellen Bereich erarbeitet und bereits implementiert wurden. Verhalten sowie die Verhältnisse sollen den Bedürfnissen der jeweiligen Zielgruppe angepasst werden.

5.8. Forschungsergebnisse im Zusammenschluss

Das Ergebnis der qualitativen Forschung beansprucht keine Gültigkeit über den Sample hinaus. Erkenntnis oder Wissenstransfer in größeren Einheiten des Unternehmens liegen im Ermessen der mit den Forschungsergebnis konfrontierten Personen. Erste Korrelationen ergeben sich im Vergleich der beiden Forschungsergebnisse bezüglich des interpersonellen Umganges sowie der Weitergabe von Informationen und der Kommunikation von Perspektiven bezogen auf die manuell tätigen ArbeitnehmerInnen. Das in den Experteninterviews angesprochene Thematisieren zeigt tendenziell in Richtung weiterer benötigter Aufklärung bezüglich des derzeitigen BGF-Projektes und der Verbesserung des Gesundheitsbewusstseins der Zielgruppe. Zu dieser Thematik ergibt sich der Bedarf nach fachlicher Aufklärung über die Wirkung/Grenzen von Schutzausrüstung sowie Impfungen. Dies wird anhand von Aussagen von manuell Tätigen als wichtig erachtet, da Unschärfen im Verständnis der Wirkung und Aufgabe von Fit xxx erhoben wurden. Zu

Irritationen könnte es im Bereich der angebotenen Gymnastik Übungen kommen. Diese in Arbeitskleidung oder in Leibwäsche auszuführen, wird kritisch betrachtet. Bei den Experteninterviews zeigte sich eine hohe Korrelation zwischen den geplanten Maßnahmen der moralischen Haltung und den bei der Zielgruppe explorierten Belastungen sowie Bedürfnissen. Jedoch sind Elemente eines Top-down-Designs beim derzeitigen BGF-Projekt zu erkennen. Eine bereits hohe Sensibilisierung in 21/23 Interviews zeigt sich bezüglich der potentiell gesundheitsbeeinträchtigenden Stoffe oder Belastungen. Jedoch scheint es hier bezogen auf die Zielgruppe schwierig, einen guten Umgang damit zu finden. Gefahren werden im Grunde erkannt, doch die verzögerte oder unterlassene situationsangepasste Reaktion auf diese lässt Entwicklungspotential im Bereich des Gesundheitsbewusstseins erkennen. Ein Körper, Seele und Geist einschließendes Gesundheitsbewusstsein ist nur bei wenigen Personen und meist bei bereits erkrankten Personen nach deren Rekonvaleszenz erkennbar.

Als zentrales Thema explorierten sich auf beiden Ebenen der Forschung die durch Krankheit verursachten Fehlzeiten sowie die vom Unternehmen implementierten Maßnahmen zur Lenkung dieser. Bezogen auf die Zielgruppe der basisqualifizierten manuell tätigen ArbeitnehmerInnen wurde ersichtlich, dass weitere Informationen sowie Maßnahmen der Bewusstseinsbildung nötig wären, um hier die Leistungen des Unternehmens nicht in verkehrender Weise als demotivierend zu erleben. Sowohl subjektiv wie auch messbar war die pessimistische Grundstimmung, zu welcher die Zielgruppe keine personenbezogenen Vorschläge der Veränderung wie Bildung oder Neupositionierung machen konnte. Auswege wurden in der Pensionierung gesehen. Hierzu kann die in Experteninterviews angesprochene Personalentwicklung für basisqualifizierte manuell Tätige die Aufgabe des Erkennens von Über- sowie Unterforderung sowie berufsrelevanten Belastungen übernehmen. Die fachliche Ausbildung der mit dieser Aufgabe betrauten Personen sollte den Erfordernissen angepasst werden. Inwiefern Teamleiter diese Funktion anhand ihres Bildungsniveaus ausüben können, ist grundlegend zu hinterfragen. Bei den Interviews mit der Zielgruppe wurde die Sensibilität der Befragten bezüglich Wahrgenommenwerden ersichtlich. Groß und Small Talk mit Vorgesetzten wie GZ-Leitern oder Personen aus den

nächsten Führungsreihen haben einen hohen Stellenwert. Hier decken sich die von den Experten favorisierte Haltung der partiellen Öffnung im Gespräch und des anerkennenden Erfahrungsaustausches mit den Bedürfnissen der Zielgruppe. Zu den Belastungsfaktoren kann gesagt werden, dass diese zu großen Teilen im immateriellen sowie interpersonellen Bereich liegen und durch Bewusstseinsbildung sowie Verhältnisveränderungen auf beiden Seiten zu stimmigen Bedingungen führen können.

5.9. Antworten auf die Forschungsfragen

5.9.1. Verifizierung der Hypothese

Zu Beginn der Diplomarbeit wurde von einer Hypothese ausgegangen, welche ein geringeres Gesundheitsbewusstsein der manuell tätigen ArbeitnehmerInnen annahm. Dies konnte anhand des Forschungsergebnisses sowie durch die Literaturrecherche verifiziert werden. Die durch die Verbesserung des Gesundheitsbewusstseins erwartete höhere Akzeptanz konnte in der Forschung ebenso bestätigt werden, da sich zeigte, dass Defizite in der Information sowie mangelndes Gesundheitsbewusstsein bezüglich Missachtung von Schutzvorschriften handlungsleitend sind. Dies geht so weit, dass ohne eine entsprechende Bewusstseinsbildung Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung abgelehnt werden. Durch die Literaturrecherche zeigte sich, dass das Gesundheitsbewusstsein einen Teil einer Kausalkette darstellt und mitentscheidend für Morbidität und Mortalität der Zielgruppe ist.

5.9.2. Faktoren, welche die Hypothese belegen

- Übersteigertes Sicherheitsgefühl bei der Verwendung von Schutzausrüstungen sowie Impfungen. „Weil gegen den Staub gibt's Masken, gegen Fäkalien gibt's Impfungen“ Interview 21 (2007:60-62)
- In nur 02/14 Interviews gab es eine Sensibilisierung auf die Auswirkungen von psycho-sozialen sowie sozio-ökonomischen Belastungen.

- Marginale Handlungskompetenz, um belastende berufliche Situation durch Bildung/berufliche Neuorientierung oder ähnliche Handlungen zu verändern.
- Werte mit Bezug auf Körper, Seele oder Geist waren nur bei einer Person explorierbar.
- In nur 10/32 Aussagen wird auf ein positives Selbstbild der befragten Personen hingewiesen.
- 14/18 Aussagen weisen auf ein schwaches Selbstbild der befragten Personen hin.

5.9.3. Frage: Gründe für ein geringer ausgeprägtes Gesundheitsbewusstsein der Zielgruppe ?

Aus der Forschung geht hervor, dass Teile der Zielgruppe durch ihren Sozialisationsprozess marginalisiert wurden und der Zugang zu Informationen und zur Bewusstseinsbildung erschwert wurde. Faktoren wie Bildung, Einkommen und berufliche Stellung tragen in diesem Bereich zur Ausprägung eines bestimmten schichtspezifischen Bewusstseins bei.

5.9.4. Frage: Wie lässt sich dieses Gesundheitsbewusstsein verändern?

Diese gewünschte Veränderung kann mit Sicherheit nur in einem Prozess der Partizipation beider Seiten vollbracht werden. Aus fachlicher Sicht ist zu wünschen, dass sich beide Seiten dem Prozess der Verhaltensänderung stellen und konstruktiv im gegenseitigen Anerkennen neue Wege des Umganges stellen. Als zielführend zeigte sich auch in der Studie ein Bottom-up-Ansatz mit einer Beteiligung der Zielgruppe bereits bei der Konzepterstellung.

5.9.5. Frage: Wirksamkeit und Akzeptanz von BGF- Projekten im Unternehmen?

Eine Sensibilisierung der Mitarbeiter bezüglich Stress, Staub, Lärm, Aerosole, Strahlung sowie das Arbeiten in Zwangslagen ist zu erkennen. Psycho-soziale sowie sozio-ökonomische Belastungen werden von der Zielgruppe nur eingeschränkt als Mitverursacher von erhöhter Morbidität und Mortalität gesehen.

Diese Faktoren führen jedoch die Kausalkette für Morbidität und Mortalität bei Arbeitern an. Siegrist (2007:2) Für eine höhere Akzeptanz von Maßnahmen der BGF ist eine umfassende Bewusstseinsbildung in der Zielgruppe nötig.

5.9.6. Frage: Motivationsfördernde sowie –hemmende Faktoren im Unternehmen?

Fehlende Informationen sowie mangelnde Darlegung von Perspektiven sind nach den Forschungsergebnissen Hauptfaktoren für demotivierte Personen. Im Bereich der Personalentwicklung zu Erkennung von Über- sowie Unterforderung liegen große Potentiale zur Steigerung der Zufriedenheit. Weiters wird Gruß und Small Talk mit Vorgesetzten wie GZ-Leitern oder Personen aus den nächsten Führungsreihen von der Zielgruppe als Anerkennung gesehen. Hier decken sich die von den Experten favorisierte Haltung der partiellen Öffnung im Gespräch und des anerkennenden Erfahrungsaustausches mit den Bedürfnissen der Zielgruppe.

5.9.7. Frage: Subjektive Einschätzung des Einzelnen von Position, Anerkennung und soziale Stellung im Unternehmen?

Ein Drittel der Befragten zeigt ein positives Selbstbild bezüglich ihrer Person. Auffallend ist eine nahezu passive, dienende Haltung, welche an der Erfüllung von „Anordnungen“ orientiert ist.

„Fleißig, aktiv auf das Ziel schauen“ Interview 3 (2007:2-4) „dass alles gut gemacht wird, dass halt alles passt“ Interview 12 (2007: 3-11) Tendenziell

weisen 14/36 Aussagen auf ein schwaches Selbstbild der befragten Personen hin. Aussagen dazu: „So was wie ein Leibeigener“ Interview 20 (2007:5-10), „Das machen, was mir mein Arbeitgeber sagt.“ Interview 4 (2007:7-8) Dies geht so weit, dass in zwei Interviews Arbeiter mit Sklaven und Leibeigenen verglichen wurden.

5.9.8. Frage: Faktoren, welche sich negativ auf Selbstwert und Anerkennung auswirken?

Bei der Zielgruppe ist ein hierarchisches Betrachten der XX-Leiter sowie deren weiterer Vorgesetzter erkennbar. Dieser Haltung wurde in Ansätzen wenig Verständnis entgegengebracht. Auffallend ist eine nahezu passive, dienende Haltung, welche an der Erfüllung von „Anordnungen“ orientiert ist.

„Fleißig, aktiv auf das Ziel schauen“ (Interview 3 2007:2-4) „dass alles gut gemacht wird, dass halt alles passt“ (Interview 12 2007: 3-11) Tendenziell zeigen 14/36 Aussagen auf ein schwaches Selbstbild der befragten Personen hin. In 18/25 Interviews wurde von den Befragten erklärt, dass sie bezüglich beruflicher Aufgaben, konkret WC-Reinigung in Waggonen, jede Arbeit gemachen würden. Aussagen wie: „Nein, gibt es bei mir nicht“, (Interview 24 2007:53-55) „Wenn ich muss, mache ich alles“ (Interview 2 2007:26-27) Dies wirft die Frage auf, wo die Grenzen dieser Personen liegen und was sich diese selbst wert sind. In einigen Fällen wurde über die subjektive Wahrnehmung bezogen auf Geringschätzung des Wissens und der sozialen Stellung der manuell tätigen ArbeitnehmerInnen in 07/10 Interviews hingewiesen. Dies geht so weit, dass in zwei Interviews Arbeiter mit Sklaven und Leibeigenen verglichen wurden.

5.10. Resümee zur Hypothese und zu den Forschungsfragen

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Hypothese verifiziert werden konnte sowie auf die begleitenden Forschungsfragen ausreichende Antworten gefunden werden konnten. In Verbindung mit den Literaturrecherchen ergibt sich ein aussagekräftiges Forschungsergebnis. Die

Antworten auf die Forschungsfragen weisen wie die Ergebnisse aus den Literaturrecherchen gleiche bis ähnliche Inhalte für Belastungen/Anforderungen auf. Diese helfen wiederum das Agieren von basisqualifizierten manuell tätigen ArbeitnehmerInnen zu verstehen und die Hintergründe für dieses Handeln im Sozialisationsprozess sowie im Bereich der indirekten Selektion zu erfassen. Keinesfalls soll mit den Ergebnissen ausgedrückt werden, dass basisqualifizierte manuell tätige ArbeitnehmerInnen ohne Möglichkeit zur Veränderung den Abläufen des Lebens unterworfen sind. Vielmehr soll die Komplexität von Wirkfaktoren auf den Einzelnen beschrieben werden, wie von Siegrist in den beiden Belastungsmodellen unter 4.5 aufgezeigt wird. Nur durch ein Verstehen und nicht durch ein Katalogisieren nach Stereotypen können BGF-Projekte mit und für die Zielgruppe mit dem Fundament der Bewusstseinsbildung entworfen werden.

6. Ansätze und Ziele für ganzheitliche BGF- Maßnahmen

Dieser Teil der Arbeit soll einen grundlegenden Überblick über mögliche Formen und Ansätze von betrieblichen Gesundheitsförderprojekten bieten, welche nach Ansätzen der Salutogenese mit Bottom-up-Konzepten arbeiten. Die Diplomarbeit als solches hat das Ziel, das Gesundheitsbewusstsein von basisqualifizierten manuell tätigen ArbeitnehmerInnen und dessen Relevanz für BGF-Projekte zu untersuchen. Weiters sollen die Einflussfaktoren, unter welchen sich eine erhöhte Morbidität und Mortalität der Zielgruppe ausgebildet haben, analysiert und Möglichkeiten der Kompensation oder notwendigen Verhältnisänderungen erhoben und aufgezeigt werden. Die Konzeptionierung eines BGF-Projektes nach erwähnter Ausrichtung würde die Anforderung an diese Arbeit überschreiten.

6.1. Grundlegendes zur BGF

In Unternehmen, in welchen BGF-Projekte implementiert werden sollen, muss in Grundsätzen die Bereitschaft zu Veränderungen gegeben sein. Diese werden den Organisationen oftmals nach erfolgter Datenauswertung auf Ebene des

Verhaltens sowie der Verhältnisse vorgeschlagen. Diese Umsetzung liegt oftmals in den Händen von Profis, mit der Konsequenz, dass weder das Management noch die Zielgruppe die Notwendigkeit und die Maßnahmen nachvollziehen kann (vgl. Bertelsmann-Stiftung 2004:43). Jedoch ist es so, dass das Management die Gelder für BGF-Projekte bereitstellen muss und diese in die Hände von „Experten“ legt. Hier ist eine direkte Beteiligung der Zielgruppe und des Managements zu befürworten, da die handelnden Personen direkt aufeinandertreffen und im Dialog Maßnahmen entwickeln können (vgl. ebend:45).

6.1.1. Salutogenese als Ansatz in der BGF

Die bisherigen Erkenntnisse dieser Arbeit lassen nach einer besonderen Methode der Intervention oder besser der der Intervention zu Grunde liegenden Haltung suchen. Eine möglicher handlungsleitender Ansatz könnte im Konzept der Salutogenese von Aaron Antonovsky liegen. In vielen Konzepten ist heute eine Zentrierung auf pathogenetische Faktoren zu finden. So stellt man die Frage, wie man Krankheit vermeiden oder Stress und Burn-out verhindern kann. Im salutogenetischen Ansatz stellt sich die Frage nach dem, warum eine Person trotz mikrobiologischer, chemischer, physikalischer, sozialer und kultureller Belastungen gesund bleibt (vgl. Udris 2006:4).

Wichtige Teilkonzepte nach Antonovsky sind:

- Ressourcen zur Stressbewältigung „generalisierte Widerstandsquellen“
Darunter fallen die Kompetenz, Probleme lösen zu können, eine stabile Ich-Identität und soziale Unterstützungssysteme.
- Sense of coherence, das Kohärenzgefühl drückt das Vertrauen in das Leben aus und gliedert sich nach Verstehbarkeit, Handhabbarkeit, Sinnhaftigkeit (vgl. Udris 2006:5).

Diese Beschreibung lässt Vergleiche mit dem von Siegrist angeführten Modell des Anforderungs-Kontroll-Modells sowie dem Modell der beruflichen Gratifikationskrisen zu. Die „generalisierte Widerstandquelle“ sowie das

Kohärenzgefühl beinhalten Ressourcen, welche die Gesundheit eines Menschen trotz Belastung aufrechterhalten.

Belastungs-Ressourcen-Gesundheitsmodell

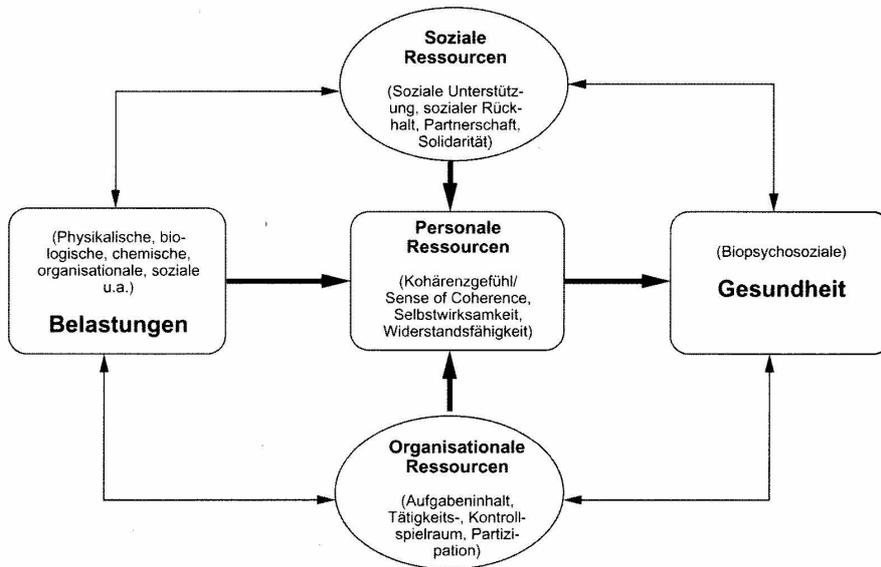


Abb. 24: Ein vereinfachtes Belastungs-Ressourcen-Gesundheitsmodell (Udirs 2006:10)

6.1.2. Gesundheits-Krankheits-Kontinuum

Als eines der zentralen Elemente des salutogenetischen Modells kann das Gesundheits-Krankheits-Kontinuum bezeichnet werden. Demnach betrachtet Antonovsky Gesundheit und Krankheit nicht als Gegensätze, sondern als Kontinuum. Keine scharfe Trennung von gesund und krank - sondern ein Gesundheits-Krankheits-Kontinuum (vgl. Märki 2004:29). Salutogenetische Maßnahmen zielen darauf ab, nicht nur kranke Anteile und deren Symptome zu bekämpfen, sondern auch die gesunden Anteile zu fördern. Dies kann mit der ressourcenorientierten Haltung in der sozialen Arbeit verglichen werden, nach denen grundsätzlich der Fokus auf die Stärken/Ressourcen des Klienten gerichtet wird (vgl. Pantucek 1998:81).

6.1.3. Vergleich pathogenetisches Modell mit salutogenetischem Modell

Annahme in Bezug auf	Pathogenetisches Modell	Salutogenetisches Modell
Selbstregenerierung des Systems	auf Gleichgewicht ausgerichtet	auf Überwindung und Bearbeitung von Ungleichgewicht ausgerichtet
Gesundheits- und Krankheitsbegriff	Zweiteilung im Sinne von entweder krank oder gesund	Gesundheit als eine Frage „Wie sehr oder wie wenig gesund sind Menschen?“
Reichweite des Krankheitsbegriffes	Die Frage nach der Entstehung der Krankheit konzentriert sich auf biomedizinische Zusammenhänge	Geschichte des Kranken und seines Krankseins wird ganzheitlich erfasst
Gesundheits- und Krankheitsursachen	Krankheitsursachen sind Risikofaktoren und negative Belastungen	Gesundheitsursachen sind heilsame Ressourcen und der Kohärenzsinn
Wirkungen der Belastungen	potentiell krankheitsfördernd	potentiell krankheits- und gesundheitsfördernd
Einflussmöglichkeiten	Einsatz wirksamer Heilmittel	aktive Anpassung der Menschen mittels Verminderung von Risiko- und negativer Belastungsfaktoren sowie Ressourcenentwicklung

Abb. 25: Modellgegenüberstellung (Geißler et al. 2003:86f)

6.1.4. Maßnahmen unter salutogenetischer Ausrichtung

Betriebliche Gesundheitsförderung und deren ernsthafte Umsetzung bedingt ein Einlassen auf Veränderungen, welche über Wellnessangebote hinausgehen sollen.

„Für die Gesundheitsförderung generell stellt die Salutogenese die zentrale theoretische Grundlage dar. Sie geht von einem positiven Gesundheitsbegriff als ihre Zielorientierung aus, gesundheitsförderliche Interventionen setzen neben der Belastungsreaktion v.a. bei der Förderung persönlicher und umfeldbezogener Ressourcen an.“ (Bauer 2006:o.A, zit. n.: Bauer 2006:47)

Nach Udris (2006:11) werden folgende Merkmale für Arbeitssituationen mit fördernder Wirkung auf drei Ebenen des Erlebens und Verhaltens als sinnvoll erachtet.

Verstehbarkeit

- Transparenz
- Informations- und Kommunikationsmöglichkeit
- Ganzheitlichkeit der Aufgaben

Handhabbarkeit

- Partizipationsmöglichkeiten
- Tätigkeitsspielraum (Entscheidungs-, Kontroll- und Gestaltungsmöglichkeiten)
- Rückmeldung (Feedback)
- Zeitliche Spielräume
- Kooperationsmöglichkeiten
- Soziale Unterstützung

Sinnhaftigkeit

- Abwechslung
- Anforderungsvielfalt
- Lernmöglichkeiten
- Entwicklungsperspektiven
- Sinnhaftigkeit der Arbeit

(Udris:2006:11)

Nach Geißler (2003:143) laufen Handlungen des Managements und der betrieblichen Gesundheitsförderung nach verschiedenen Logiken ab. Dies ist hier in keinsten Weise als Polarisierung in gut oder schlecht zu sehen. So divergierend die beiden Positionen scheinen mögen, so bedingen sie für das Funktionieren wiederum die Effekte des anderen. Für den nachhaltigen Erfolg eines Unternehmens erscheint es heute wichtig zu sein, diese Pole zu vereinen und sich in den Umsetzungsprozessen zu unterstützen. Dennoch gibt es oftmals schon aus bildungskulturellen Differenzen Unterschiede in der Auffassung und Durchführung, wie sich an den folgenden Beispielen zeigen lässt.

- Betriebliche Gesundheitsförderung muss man wachsen lassen – das Management will dagegen Erfolge sofort ernten.
- Betriebliche Gesundheitsförderung erfordert den mühsamen Weg der Konsensfindung – das Management verfolgt immer wider den kurzfristigen, möglicherweise effektiven Weg des Anordnens.
- Schwierigkeiten beim Handeln nach der Analyse – Einrichtung von Gesundheitsinseln (als Ausweichen vor Diskussionen).
- Betriebliche Gesundheitsförderung soll eingreifen, bevor die Probleme da sind – Das Management wartet meist, bis das Problem „reif“ ist.
- Betriebliche Gesundheitsförderung als umfassender Lernprozess der gesamten Organisation – verordnetes Gesundheitsverhalten auf der Basis von Erkenntnissen. Gesundheit ist ein andauernder und umfassender Lernprozess, der nicht verordnet werden kann und soll. „Gesundheitsterrorismus“
- Die Interventionen der betrieblichen Gesundheitsförderung erscheinen als „gewollte Störung“ – das Unternehmen hat oder gibt keine Zeit zur Verarbeitung. Interventionen verstören oft nicht hinterfragte Gewohnheiten.
- Interventionen der betrieblichen Gesundheitsförderung verbinden Bekanntes mit Unbekanntem – Dem stehen Lernüberforderungen bei den Beteiligten und Zeitmangel im Unternehmen gegenüber.

(Geißler 2003:144f)

Diese Auflistung zeigt die Punkte, an welchen BGF-Projekte bereits im interpersonellen Bereich zu Differenzen führen können. Die unterschiedlichen Funktionen und damit verbundenen Zielvorgaben sind ein Teil der Anforderungen. Ein weiterer Teil sind die divergierenden Sozialisationsprozesse und Lebenswelten der Akteure. Jedoch liegt es im Interesse jedes Einzelnen einer Organisation, diesen Prozess mitzugestalten und damit zur Nachhaltigkeit beizutragen.

6.2. Maßnahmen ähnlicher Ausrichtung

6.2.1. Gesundes Unternehmen nach Miles

Neben dem salutogenetischen Ansatz für betriebliche Gesundheitsförderung haben sich weitere erwähnenswerte Ansätze zur BGF entwickelt, welche ebenfalls eine salutogenetische Ausrichtung aufweisen und durch den Erkenntnisgewinn der Forschungsarbeit nur befürwortet werden können. Eines dieser Konzepte wurde von Matthew Miles konzipiert und stellt eine Verbindung zwischen Organisation und Gesundheit unter dem Namen „gesunde Organisation“ her. Er bezeichnete diejenigen Organisationen als gesund, welche auf langfristige Entwicklung und Nachhaltigkeit aufbauen.

(vgl. Miles 1975:o.A, zit. n.: Scharinger 2006:36). In seiner Arbeit entwickelte er drei Dimensionen, welche für ein „gesundes Unternehmen“ bedeutsam sind.

Dimensionen einer gesunden Organisation nach Miles:

Grundvoraussetzungen
Zielfokus
Kommunikationskultur
Machtausgleich
Aufrechterhaltung – Bedürfnisse
Effektive Ressourcennutzung
Identifikation
Arbeitszufriedenheit /Arbeitsmoral
Entwicklungsvoraussetzungen
Innovationskapazität
Autonomie
Adaptionsfähigkeit
Problemlösungsstrategien

Abb. 26: Dimensionen einer „gesunden Organisation“ (Miles 1975:o.A, zit. n.: Scharinger 2006:36)

6.2.2. Anerkennender Erfahrungsaustausch

Ein weiteres Konzept bezieht sich auf den „Anerkennenden Erfahrungsaustausch“ nach Geißler (2003:155), welcher eine Fokussierung auf die Gesunden im Betrieb vorsieht. Nach dem konzentrieren sich Unternehmen auf einen Personenkreis von ca. 3% der abwesenden Personen. Die große Mehrheit von 97% der Beschäftigten ist hingegen bezogen auf Gesundheit und konstruktive Mitarbeit weniger im Blickfeld der Unternehmensleitung (vgl. Geißler 2003:155).

„Ausufernde Sitzungen, Mehrarbeit durch betriebsbedingte Störungen und Unterbrechungen, Scheinarbeit, Dienst nach Vorschrift, gebremstes Engagement, innere Kündigung, Herumwandern, persönlich motivierte Verteilzeit, gedankenlose oder qualitätsmindernde Arbeit. Auch hier liegt aus betriebswirtschaftlicher Sicht Potential brach.“ (ebenda:155)

Nach Geißler (2003:159) sollten die Unternehmen versuchen, von den Gesunden zu lernen, weshalb sie gesund sind. Dies kann im „Anerkennenden Erfahrungsaustausch“ vor sich gehen, indem sich das Unternehmen den Gesunden widmet und deren Potentiale sowie deren Belastungen wahrnehmen kann und somit Prozessen der Demotivierung oder Kränkung entgegenwirken kann. Bei diesem Erfahrungsaustausch ist ein strukturiertes Vorgehen in Form von Mitarbeitergesprächen angedacht. Daraus soll sich eine Kommunikationsstrategie entwickeln, welche es ermöglicht, von Gesunden zu lernen.

6.3. Resümee zu den ganzheitlichen BGF- Maßnahmen

Anhand der Forschungsergebnisse sowie durch persönliche Erfahrungen zeigt sich eine Divergenz im Bereich der Zielerreichung bei BGF-Maßnahmen. Grundsätzlich gute Ergebnisse sind oft nur mit großem Aufwand erreicht worden oder aufrechtzuerhalten oder durch einmalige Aktionen wie etwa Kündigungen von Personen mit erhöhten Fehlzeiten beeinflusst. Richter (2003:145) nennt dieses verordnete Gesundheitsverhalten gleich „Gesundheitsterror“. Derartig hart würde ich es nicht bezeichnen, da ich durch die Forschungsarbeit viele Führungskräfte mit Verantwortung für die BGF kennen lernte, und diese grundsätzlich zum Wohle des Unternehmens sowie der einzelnen Personen aus der Zielgruppe agierend erlebte. Jedoch können sich natürlich ohne Absicht gewisse tayloristische Ansätze bei der Planung, Implementierung und Durchführung von BGF-Projekten einschleichen. Dies ist wiederum verständlich und auch aus Bereichen der Sozialen Arbeit bekannt, wo ebenfalls vorkommen kann, dass fernab des Klienten zum Wohle dessen Interventionspläne entworfen werden und diese absolut nicht angenommen werden. Bei den mir bekannten BGF-Projekten sind jedoch Erfolge ersichtlich. Nur könnte unter Bedachtnahme von ganzheitlichen BGF-Ansätzen eine höhere Effektivität erzielt werden. Durch die Erkenntnisse aus der Forschung und Praxis lassen sich gute Ergebnisse und durchaus Ergebnissteigerungen bei der Akzeptanz und Partizipation an BGF-Projekten erwarten. Als Katalysator kann die Bewusstseinsbildung der Zielgruppe gesehen werden.

7. Diskussion und Abschluss

Am Anfang dieser Arbeit stand das Gesundheitsbewusstsein von basisqualifizierten manuell tätigen ArbeitnehmerInnen und dessen Auswirkungen auf Morbidität und Mortalität im Vordergrund. Bereits nach wenigen Wochen der Literaturrecherche stellte sich heraus, dass diese Personengruppe sozio-ökonomischen wie auch psycho-sozialen Belastungen unterliegt, welche in einem Zusammenhang mit dem subjektiven Gesundheitsbewusstsein und einer nachgewiesenen erhöhten Morbidität und Mortalität des Einzelnen stehen. Durch die betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) bietet sich die Möglichkeit, mit grundsätzlich gesunden, großen Personengruppen in den jeweiligen Unternehmen zu arbeiten. Dies erschien auch notwendig, da viele Arbeitsprozesse vor Jahren noch vom Taylorismus geprägt waren. Die ersten BGF-Projekte konzentrierten sich auf die Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz. Die Beweggründe waren Kostenreduktion durch krankheitsbedingte Fehlzeiten und Arbeitsunfälle. Kritisch wird hier die Konzipierung und Implementierung von BGF-Projekten durch Experten betrachtet, welche oftmals kein Verständnis für die Lebenswelt der Zielgruppe haben. In vielen für diese Arbeit gesichteten BGF-Konzepten wurden Ansätze für Top-down-Designs mit später/geringer Partizipation der Zielgruppe entdeckt. Dies wurde unter 3.4 sowie unter 3.5.1 belegt. Zur Erhebung der Daten durch Fragebögen ist anzumerken, dass nur nach Anregungen/Belastungen gefragt werden kann, welche bereits dem Unternehmen bekannt/bewusst sind. Hingegen bringen qualitative Interviews Informationen, welche Aspekte zum Ausdruck bringen, welche noch nicht bewusst waren. In der Arbeit werden unter Punkt 4 selektive Prozesse, welche sich auf die Morbidität und Mortalität der Zielgruppe auswirken, dargestellt. Nach Siegrist (1996:2) sind dies die genetische Ausstattung, das individuelle Handeln und Erleben des Einzelnen und die Einflüsse der Natur und der sozialen Umwelt. Aus der Höhe des Bildungsabschlusses, dem Einkommen und der beruflichen Stellung sind klare Zusammenhänge auf Morbidität und Mortalität zu erkennen. Daran wird bewusst, dass für erfolgreiche BGF-Projekte diese Faktoren berücksichtigt werden müssen. Bei Belastungen, welche sich aus der Höhe der Entlohnung sowie der beruflichen Stellung ergeben, scheint

es durchaus zielführend zu sein, mit bewusstseinsbildenden Maßnahmen zu arbeiten, da Änderungen dieser Verhältnisse geringe Chancen bei der Umsetzung haben. Vielmehr geht es darum, einen glücklichen Umgang mit den Verhältnissen zu finden. Die in der Arbeit inkludierte Forschung konnte die Hypothese verifizieren und gab weiters Antworten auf die Forschungsfragen (unter 5.9). Dabei konnten unter anderem neue Erkenntnisse bezogen auf Motivation, Erleben und Handeln, das/den Selbstbild/-wert sowie die betrieblichen Strukturen/Abläufe gefunden werden. Auffallend war beim Forschungsergebnis, dass die Belastungen/Anforderungen hauptsächlich im interpersonellen Bereich lagen und grundsätzlich durch Veränderungen im zwischenmenschlichen Umgang und der Kommunikation bearbeitbar erscheinen. Nachdem die Hypothese verifiziert wurde und die Forschungsfragen ausreichend beantwortet wurden, verlangt diese - wenn auch nicht Ziel dieser Arbeit - nach Ansätzen für eine ganzheitliche betriebliche Gesundheitsförderung. Hier wurden drei Modelle mit ähnlicher Ausrichtung und ähnlichen Werten vorgestellt. Diese sollen Anreize zur möglichen Gestaltung von BGF-Projekten unter Beachtung der Bewusstseinsbildung geben. Als zentrales Element in betrieblichen Gesundheitsförderprojekten sollte eine multikausale Sichtweise bei Planung, Implementierung und last but not least hinsichtlich der Zielgruppe Beachtung finden. In diesem Sinne soll diese Arbeit dem Prozess der betrieblichen Gesundheitsförderung weitere Möglichkeiten der Entwicklung geben und in gleichen Teilen Arbeitgebern wie Arbeitnehmern bei der Verfolgung ihrer Ziele Unterstützung sein.

8. Persönliche Haltung

Es ist mir ein persönliches Bedürfnis, zu bestimmten Klassifizierungen, welche in der Arbeit vorkommen, an dieser Stelle meine Haltung darzulegen. Die im Text vorkommende Klassifizierung von Personen als soziale untere Schicht oder sozial niedere Schicht soll in keinster Weise diese Personen negativ exponieren. Mir war nicht möglich, andere Begriffe zu finden, welche mit der wortgleichen Formulierung in Quelltexten übereingestimmt hätten. Die Zuordnung basiert ausschließlich nach Bildung, Gehalt, beruflicher Stellung und

den damit verbundenen Faktoren. Keinesfalls soll eine Person diskreditiert oder in ihrem Ansehen geschmälert werden. Ich möchte hier in dieser Form meine Achtung vor diesen Menschen und deren Lebenswelt ausdrücken.

Literaturverzeichnis

- **Arolt, Volker / Dilling, Horst / Reimer, Christian** (2004) Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie, Berlin
- **Atzler, Beate / Marktl, Gerlinde** (2006): Die Entwicklung der Betrieblichen Gesundheitsförderung innerhalb der VA für Eisenbahnen und Bergbau: Meggeneder, Oskar / Hirtenlehner, Helmut (Hrsg.): Zehn Jahre Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich, Frankfurt am Main
- **Atzler, Beate** (1998): Projektmanagement in der betrieblichen Gesundheitsförderung, Reihe Gesundheitswissenschaften 7, Linz
- **Badura, Bernhard / Ritter, Wolfgang / Scherf, Michael** (1999): Betriebliches Gesundheitsmanagement, Berlin
- **Bauer, Georg** (2006): Betriebliches Gesundheitsmanagement als salutogene Intervention, Wirtschaftspsychologie, Salutogene in der Arbeit, Lengerich
- **Bertelsmann Stiftung/Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.)**(2004): Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik, Gütersloh
- **Bundesministerium für Gesundheit und Frauen** (2002): Soziale Ungleichheit und Gesundheit, Wien
- **Bogner, Alexander / Littig, Beate / Menz, Wolfgang (Hrsg.)** (2005):Das Experteninterview, 2. Auflage, Wiesbaden
- **Brodil, Wolfgang/Risak, Martin/ Wolf, Christoph** (2004): Arbeitsrecht in Grundzügen, 3. Auflage, Wien
- **Bundesministerium für Gesundheit und Frauen** (2002): Soziale Ungleichheit und Gesundheit, Wien
- **Bundesministerium für Gesundheit und Frauen** (2004): Öffentliche Ausgaben für Prävention und Gesundheitsförderung in Österreich 2001, Wien
- **Dahlgren / Whitehead** (1991): Policies and strategies to promote social equality in health, Stockholm
- **dtv-Atlas Psychologie** (2002): Bd.2, München
- **Froschauer, Ulrike** (2003): Das qualitative Interview, Wien
- **Geißler, Heinrich / Bökenheide, Torsten / Geißler-Gruber, Brigitta / Schlünkes, Holger / Rinninsland, Gudrun** (2003): Der Anerkennende

Erfahrungsaustausch, Das Neue Instrument für die Führung, Frankfurt am Main

- **Grossmann, Ralph** (1998): Projektmanagement in der betrieblichen Gesundheitsförderung, Reihe Gesundheitswissenschaften 7, Linz
- **Großes Wörterbuch Psychologie** (2004) Bd.1, München
- **hbsc/10** (2000): Schule und Ungleichheit in Österreich, Wien
- **Helweg-Larsen** (1997): An Overview of the Causes of the Socio-economic Disparity in Health, Copenhagen
- **Hirtenlehner, Helmut / Pillwein, Walter** (Hrsg.) (2006): Die Entwicklung der Betrieblichen Gesundheitsförderung innerhalb der VA für Eisenbahnen und Bergbau: Meggeneder, Oskar / Hirtenlehner, Helmut (Hrsg.): Zehn Jahre Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich, Frankfurt am Main
- **Ilmarinen, Juhani/Tempel, Jürgen** (2002): Arbeitsfähigkeit 2010, Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben?, Hamburg
- **Kelle, Udo/Kluge, Susanne** (1999): Vom Einzelfall zum Typus, Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung, Opladen
- **Langnäse/Mast/Müller** (2002): Social class differences in overweight of prepubertal children in northwest Germany
- **Marmot, Michael** (2005): Status Syndrome, How your social standing directly affects your health, London
- **Meggeneder, Oskar/Kohlbacher, Michael** (2006): Zehn Jahre Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich, Frankfurt am Main
- **Meggender, Oskar** (1997): Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich Zum Stand der betrieblichen Gesundheitsförderung in Österreich, Linz
- **Müller, R** (1995): Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften Thesen zur Gesellschaftlichkeit von Gesundheit (o.A)
- **Naidoo, Jennie / Hills, Jane** (2003): Lehrbuch der Gesundheitsförderung, Köln.
- **Obernosterer** (o.A) (o.J): papers 11 Evaluation betrieblicher Gesundheitsförderprojekte,Linz

- **Österreichische Kontaktstelle für betriebliche Gesundheitsförderung** (1998): Projektmanagement in der Betrieblichen Gesundheitsförderung, Linz
- **Pantucek, Peter** (2004): Soziale Diagnostik, Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit, Wien
- **Pantucek, Peter** (1998): Lebensweltorientierte Individualhilfe, Eine Einführung für soziale Berufe, Freiburg im Breisgau
- **Peilowich-Pichler, Claudia** (1997): Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich, Reihe Gesundheitswissenschaften 2, Linz
- **Scala, Klaus** (1996): Soziale Sicherheit, vom Programm zu Projekten
- **Scharinger, Christian** (2006): Betriebliche Gesundheitsförderung und Organisationsentwicklung: Meggeneder, Oskar / Hirtenlehner, Helmut: Zehn Jahre Betriebliche Gesundheitsförderung in Österreich, Linz
- **Schmiedbauer, Wolfgang** (2001): Lexikon Psychologie, Hamburg
- **Schmeisser-Rieder, Anita / Kunze, Michael** (1999): Männergesundheitsbericht, Wien
- **Siegrist, Johannes** (2007): Ungleiche Gesundheitschancen in modernen Gesellschaften, Heidelberger Vortragsmanuskript, Institut für Medizinische Soziologie, Düsseldorf
- **Siegrist, Johannes** (2006): Gesellschaftliche Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit zur ethischen Dimension sozialer Ungleichheit, Heidelberger Vortragsskriptum, Düsseldorf
- **Siegrist, Johannes** (2003): Veröffentlichung, Düsseldorf
- **Siegrist, Johannes** (1996): Soziale Krisen und Gesundheit, Göttingen-Rosdorf
- **Statistisches Bundesamt** (1998): Gesundheitsbericht für Deutschland, Stuttgart
- **Udris, Ivars** (2006): Wirtschaftspsychologie, Salutogenese in der Arbeit, Lengerich
- **Waller, Heiko** (2006): Gesundheitswissenschaften, 4 Auflage, Stuttgart
- **Wallner, Andreas / Weidenholzer, Josef (Hrsg.)**(2001): Betriebliche Gesundheitsförderung – Das Modell und seine praktische Umsetzung, papers8, Linz

- **Werner, Martin** (1993): Soz. Präventivmedizin. Startschwierigkeiten und Lösungsvorschläge, o.O
- **Wiencke/Koke** (1997): Call Center Praxis, Stuttgart
- **Wunderer, Rolf / Gunewald, Wolfgang** (1980): Grundlagen der Führung, Berlin
- **Zöfel, Peter** (2003): Statistik für Psychologen im Klartext, München

Weitere Literatur

- BGF betrieblicher Gesundheitsförderung (2007):
<http://www.netzwerk-bgf.at/> (27.07.2007)
- Bundesgesetz 234: Arbeitnehmerschutzgesetz, Bundesgesetz vom 30. Mai 1972 über den Schutz des Lebens, der Gesundheit und der Sittlichkeit der Arbeitnehmer
<http://ris1.bka.gv.at/bgblpdf/index.aspx?page=doc&id=8688.bgblpdf&db=bgblpdf&rank=16> (27.07.2007)
- Hauptverband d. Sozialversicherungsträger: www.sozvers.at (27.07.2007)
- Märki, Anita (2004): Entwicklung und Evaluation eines Beratungsinstrumentes zur Förderung der körperlichen Aktivität bei älteren Menschen unter Berücksichtigung des Transtheoretischen Modells der Verhaltensänderung
http://www.pages.unibas.ch/diss/2004/DissB_6799.pdf (23.03.07)
- Stronegger, W.J.(o.J): Gesellschaftliche Grundlage der Gesundheit und politischen Folgerungen, Irrtümer zur Gesundheit und Hauptresultate der Sozial-Epidemiologie und Sozialmedizin
http://www.armutskonferenz.at/Stonegger_Irrtuemer_zur_Gesundheit_1.pdf (22.02.2007)
- WHO- World Health Organisation (1993): Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung ENWHP- Europäische Netzwerke für betriebliche Gesundheitsförderung (1997)
<http://www.enwhp.org/index.php?id=4> (28.07.2007)

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1:	Ablauf betrieblicher Gesundheitsprojekte (vgl. Atzler/Marktl 2006:44).....	12
Abb. 2:	Gesundheitszirkelmodelle (Meggeneder 2006:193)	14
Abb. 3:	Auswahl durchgeführter Maßnahmen und Interventionen (Hirtenlehner/Pillwein 2006:83).....	16
Abb. 4:	Merkmale einer „gesunden“ Organisation (Badura/Ritter/Scherf 1999:31)	18
Abb. 5:	Der Einfluss der Medizin auf die Reduzierung der Sterberaten (Naidoo/Wills 2003:13)	21
Abb. 6:	Körpergewicht (BMI) bei 5- bis 7- jährigen Kindern nach sozialer Schicht (Langnäse 2002:o.A, zit. n.: Siegrist 2007:6)....	23
Abb. 7:	Relatives Risiko der Koronarmortalität (25 Jahre) nach Höhe der beruflichen Stellung (Whitehall-Studie; N=18.000) (Marmot 1984:o.A, zit. n.: Siegrist 2007:4)	24
Abb. 8:	Hauptdeterminanten der Gesundheit (Dahlgen & Whitehead 1991:o.A, zit. Naidoo & Wills 2003:29)	27
Abb. 9:	Sterblichkeit (in %) in einem 6-Jahres-Zeitraum bei initial 64- jährigen schwedischen Männern nach Höhe des Bildungsabschlusses (1990-1996) (Erikson 2001:o.A, zit. n.: Siegrist 2007:3).....	27
Abb. 10:	Sterberate (rate ratio; 25 Jahre) nach Höhe der beruflichen Stellung (Whitehall-Studie; N=18.000) (Marmot/Shiple 1996:o.A, zit.n.: Siegrist 2007:4).....	28
Abb. 11:	Sterblichkeit und Einkommen (vgl. Statistisches Bundesamt 1998:105, zit.n.: Waller 2006:91)	28
Abb. 12:	Bildung und subjektiver Gesundheitszustand (Statistisches Bundesamt 1998:109, zit. n.: Waller 2006:61)	29
Abb. 13:	Subjektiver Gesundheitszustand in Abhängigkeit von der beruflichen Position und dem Geschlecht (ab 45) (Freidl/Stronegger/Neuhold: 2001:o.A, zit. n.: Stronegger 2007:4)	30

Abb. 14:	Subjektiver Gesundheitszustand und Haushaltsnettoeinkommen (Statistisches Bundesamt 1998:61, zit. n.: Waller 2006:33).....	30
Abb. 15:	Das Anforderungs-Kontroll-Modell nach Karasek (Siegrist:2003:o.A)	32
Abb. 16:	Modell der beruflichen Gratifikationskrisen Siegrist (2003:o.A) ..	33
Abb. 17:	Forschungserkenntnisse, Biographische Daten.....	41
Abb. 18:	Gruppierte biographische Daten	42
Abb. 19:	Grafik zu gruppierten biografischen Daten	42
Abb. 20:	Grafische Darstellung der Rahmenbedingungen	48
Abb. 21:	Grafische Darstellung Selbstbild.....	50
Abb. 22:	Grafische Darstellung Bedürfnisse	54
Abb. 23:	Grafische Darstellung Werte.....	56
Abb. 24:	Ein vereinfachtes Belastungs-Ressourcen-Gesundheitsmodell (Udirs 2006:10)	77
Abb. 25:	Modellgegenüberstellung (Geißler et al. 2003:86f)	78
Abb. 26:	Dimensionen einer „gesunden Organisation“ (Miles 1975:o.A, zit. n.: Scharinger 2006:36)	82