

2.1 Primärpräventive Maßnahmen

2.1.1 Primärpräventive verhältnisbezogene Maßnahmen

A. MÜLLER und R. SEIBT

Ziele verhältnisbezogener Maßnahmen

Ziel primärpräventiver verhältnisbezogener Maßnahmen im Betrieb ist die gesundheits- und persönlichkeitsförderliche Gestaltung von *Arbeitsbedingungen* (Arbeitsaufgaben, -organisation, Umgebungsbedingungen) (Leppin 2009). Strukturelle Risikofaktoren für Erkrankungen sollen beseitigt und Rahmenbedingungen für gesundes Arbeiten geschaffen werden.

Empirisch gut abgesicherte stress- (Karasek 1979), motivations- (Hackman u. Oldham 1980) und handlungstheoretische Modelle der Arbeitsgestaltung (Hacker 2005) nennen nahezu übereinstimmende Merkmale gut gestalteter Arbeit, insbesondere Autonomie bzw. Tätigkeitsspielräume, Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten, Zeitelastizität bei der Arbeitsaufführung oder soziale Unterstützung (*siehe Kap. 1.2.2*).

In ähnlicher Form finden sich diese Merkmale auch in aktuellen Leitlinien zur Bewertung psychischer Arbeitsbelastungen im Rahmen von Gefährdungsbeurteilungen (GDA 2008) sowie in Normen zu ergonomischen Gestaltungsgrundsätzen (EN 614-2, Deutsches Institut für Normung 2008).

Damit sind diese Merkmale wichtige Zielgrößen verhältnisbezogener Maßnahmen im Betrieb.

Prozess der Implementierung verhältnisbezogener Maßnahmen

Es liegen somit belastbare Erkenntnisse vor, wie motivations-, gesundheits- und persönlichkeitsförderliche Arbeit gestaltet sein sollte. Weniger gut untersucht sind hingegen die konkreten Maßnahmen und Interventionen, mit denen diese Gestaltungsprinzipien in die betriebliche Praxis implementiert werden können. Eine wesentliche Ursache dafür ist, dass bei der Implementierung verhältnisbezogener Maßnahmen viele organisationale Abläufe und Strukturen berührt werden und zahlreiche betriebliche Akteure einzubinden sind. Aufgrund dieser Komplexität und der vielfältigen Einflüsse liegen bislang kaum kontrollierte Studien zu verhältnisbezogenen Interventionen vor (Richardson u. Rothstein 2008).

Ausschlaggebend für den Erfolg verhältnisbezogener Interventionen ist die Gestaltung des Interventionsprozesses (z. B. Nielsen et al. 2010) (*Abb. 1*). Im Folgenden werden hierzu einige praktische Hinweise gegeben.

2.1.1 Primärpräventive verhältnisbezogene Maßnahmen

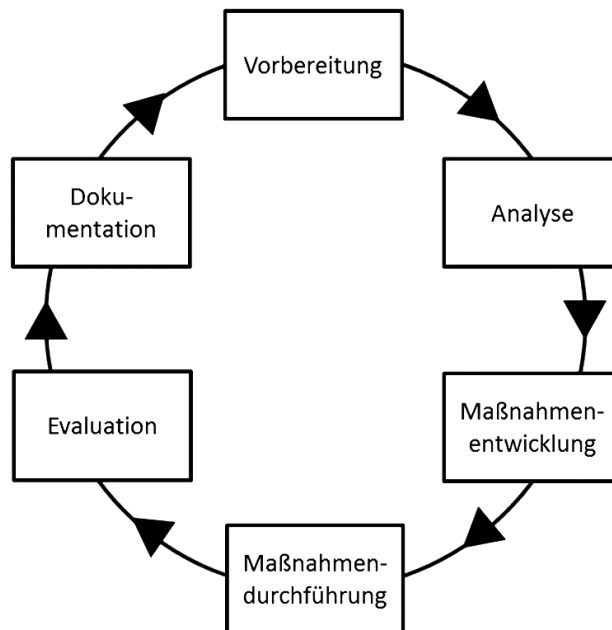


Abb. 1: Prozess der Implementierung verhältnisbezogener Interventionen

Vorbereitungsphase

In dieser Phase wird die Grundlage für den weiteren Verlauf verhältnisbezogener Maßnahmen gelegt. Dabei sollten die folgenden Aspekte beachtet werden:

- *Unterstützung sichern!* Maßnahmen sollten nur dann eingeleitet werden, wenn die Unterstützung durch Führungskräfte strukturell abgesichert ist. Besonders wichtig ist hier die Einbindung betrieblicher Entscheidungsträger in einen Steuerkreis, also ein Gremium, bestehend aus Betriebsleitung, Beschäftigtenvertretung, betrieblichen Gesundheitsexperten, Personalabteilung etc., das den Prozess der Maßnahmenumsetzung lenkt.
- *Ziele festlegen!* Betriebliche Verantwortliche verbinden mit verhältnisbezogenen Maßnahmen häufig unterschiedliche Interessen und Erwartungen (z. B. Betriebsrat vs. Management). In diesem Spannungsfeld müssen zu Beginn mit allen Beteiligten gemeinsame Ziele vereinbart werden. Verbindliche und messbare Ziele, ein konkreter Zeitplan, klare Verantwortlichkeiten und transparente Kommunikationsprozesse helfen dabei, „Verantwortungsdiffusion“ zu vermeiden.
- *Strukturen nutzen!* Verhältnisbezogene Maßnahmen berühren oft existierende betriebliche Verantwortungsbereiche (z. B. Arbeitssicherheit, Produktionsplanung, Qualitätsmanagement, Gesundheitsdienst). Um Kompetenzgerangel und Redundanzen zu vermeiden, sollten die genannten Prozessschritte, wenn möglich, in bestehende Strukturen und Abläufe eingebunden werden.

Analysephase

In der Phase der Analyse und Beurteilung wird der Handlungsbedarf für die spätere Maßnahmenentwicklung und -durchführung eingeschätzt. Die Toolbox der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin führt mehr als 70 bedingungsbezogene Tätigkeitsanalyseverfahren – meist Fragebogenverfahren – mit unterschiedlicher Analysetiefe und unterschiedlichem Durchführungsaufwand auf (orientierende Verfahren, Screeningverfahren, Expertenverfahren). Das Standard-Analyseinstrument gibt es bislang nicht. Es empfiehlt sich daher, zur Auswahl geeigneter Tätigkeitsanalyseverfahren geschulte Arbeitspsychologen einzubeziehen.

Die eingesetzten Tätigkeitsanalyseverfahren sollten die eingangs genannten Kriterien guter Arbeit mit nachgewiesener *wissenschaftlicher Güte* (insbesondere Objektivität, Zuverlässigkeit, Gültigkeit) erfassen.

Darüber hinaus richtet sich die Verfahrenswahl nach dem *Untersuchungsziel* (z. B. erste Identifizierung von Schwachstellen: orientierende oder Screeningverfahren), der *Zielgruppe* (z. B. berufsgruppenübergreifende vs. berufsgruppenspezifische Verfahren) sowie der vorhandenen *Expertise* im Betrieb (keine Expertise vorhanden: orientierende Verfahren).

Maßnahmenentwicklung und -durchführung durch Beteiligung

Werden verhältnisbezogene Maßnahmen im Betrieb durchgeführt, sollten die Beschäftigten *immer* daran beteiligt werden:

- (1) Beteiligung ist ein *gesundheitsförderlicher Faktor an sich*, da sie zu einer gerechteren Organisation von Arbeitsprozessen beiträgt und die Kompetenzen der Beschäftigten stärkt.
- (2) Beschäftigte sind Experten ihrer Arbeit. Ihre Beteiligung erhöht somit die Chance einer *genauen Problemdiagnose* sowie
- (3) der Entwicklung *passender und wirksamer Maßnahmen*.

Betriebliche Gesundheitszirkel (GZ) sind eine Möglichkeit, Beteiligung im Betrieb zu organisieren (Westermayer u. Bähr 1994). Für die Durchführung der GZ unterscheidet man primär das *Düsseldorfer Modell* und *Berliner Modell* sowie das *erweiterte Berliner Modell* (Tab. 1).

Meist kommt das *Düsseldorfer Modell* zur Anwendung, bei dem auch Vertreter der Führungsebene zu den Zirkel-Teilnehmern zählen. Das *Berliner Modell* wird seltener genutzt und findet ohne Führungskräfte statt. Wesentliches Kennzeichen von GZ ist ihre partizipative und lösungsorientierte Herangehensweise; die Beschäftigten werden als Experten und Handelnde einbezogen. *Tabelle 2* fasst – unabhängig vom Modell – wesentliche Merkmale von GZ zusammen.

2.1.1 Primärpräventive verhältnisbezogene Maßnahmen

Tab. 1: Grundmodelle von Gesundheitszirkeln im Überblick (modif. nach Seibt et al. 2005)

	Düsseldorfer Modell	Berliner Modell	Erweitertes Berliner Modell
Motiv und Grundannahmen	<ul style="list-style-type: none"> • Unzureichende Umsetzung des Präventionsauftrages nach Arbeitsschutzgesetz • Arbeitsverhältnisse fördern Ausbildung chronischer Erkrankungen 	<ul style="list-style-type: none"> • Resignation und mangelndes gesundheitliches Bewusstsein der Belegschaft • Systemische Lösung der „Sprachlosigkeit“ im Betrieb 	<ul style="list-style-type: none"> • Gestaltung der Intervention als Prozess • Entwicklung der Ressourcen mittels Coaching
Gruppenzusammensetzung	<ul style="list-style-type: none"> • Heterogen bzgl. Hierarchie und Fachzugehörigkeit (z. B. Sicherheitsfachkraft, Meister, Betriebsarzt) 	<ul style="list-style-type: none"> • Basisphase: homogen bzgl. Hierarchie und Fachzugehörigkeit • Umsetzungsphase: 10–12 Personen; heterogen mit Entscheidungsträgern 	<ul style="list-style-type: none"> • Homogene Gruppe gleichgestellter Mitarbeiter
Zeitraum	<ul style="list-style-type: none"> • 8–10 Mal 	<ul style="list-style-type: none"> • 8–12 Mal für 1–1,5 Stunden 	<ul style="list-style-type: none"> • Ca. 6 Monate (Anzahl nicht genannt)
Verfahren und Phasen	<ul style="list-style-type: none"> • Externer Moderator evtl. mit internem Moderator, Regeln für Zusammenarbeit, Protokoll • Alle gesundheitlich belastenden Arbeitsbedingungen (z. B. Lärm, Zeitdruck, Stress) werden zusammengetragen und Lösungen geplant 	<ul style="list-style-type: none"> • Externer Moderator, Regeln für Zusammenarbeit, Protokoll • <i>Basisphase</i> – zur Erueierung der Stressbelastungen und Überwindung der Sprachbarriere • <i>Umsetzungsphase</i> zur Problemlösung 	<ul style="list-style-type: none"> • Externer oder interner Moderator als Coach • Fünf Phasen: <ol style="list-style-type: none"> 1. Einführungsphase 2. Orientierungsphase 3. Projektphase 4. Implementierungsphase 5. Auswertungsphase
Ziel	<ul style="list-style-type: none"> • Erarbeitung von Verbesserungsvorschlägen zur Entwicklung von technischen, ergonomischen, personenbezogenen etc. Maßnahmen 	<ul style="list-style-type: none"> • Entwicklung und Training von Bewältigungsstrategien für den Umgang mit Stress • Langfristig angelegter Verbesserungsprozess 	<ul style="list-style-type: none"> • Erlernen neuer Verhaltensweisen bzgl. Stress und Kommunikation • Erlernen der Befähigung zur Problembewältigung und gesundem Verhalten • Umsetzung der Verbesserungsvorschläge
Verknüpfung im Unternehmen	<ul style="list-style-type: none"> • Projektsteuerungsgruppe, Arbeitskreis Gesundheit 	<ul style="list-style-type: none"> • Kontaktausschuss oder Projektgruppe 	<ul style="list-style-type: none"> • Kontaktausschuss