

# Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung



070050

Ostmerheimer Straße 200,  
D 5000 Köln-91 (Merheim)

FERNRUF-SA. NR. 89 92-1,  
TELEX: 8873 658 bzga d

BUNDESZENTRALE FÜR  
GESUNDHEITLICHE AUFKLÄRUNG



WHO-KOLLABORATIONSZENTRUM  
FÜR GESUNDHEITSERZIEHUNG

ICP/HSR 603 m02  
Original Deutsch

## "GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN DER ARBEITSWELT"

Internationale Konferenz für Gesundheitserziehung

veranstaltet von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln

in Zusammenarbeit mit

dem Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation, Kopenhagen

vom 7. - 9. Oktober 1985 in Köln

Bericht

Holger Pfaff

**ARCHIVEXEMPLAR**

**Reg.-No. 10050**  
**(1.7.3)**

## GLIEDERUNG

1.	Hintergrund	2
2.	Gegenstand und Zielsetzung	2
3.	Eröffnung und Begrüßung	3
4.	Ablauf	5
5.	Forschungsstand und Forschungsausblick	9
	5.1 Stressoren	9
	5.2 Bewältigungsressourcen	10
	5.3 Streß und gesundheitsschädigendes Verhalten	11
	5.4 Ganzheitliche Betrachtung und Gesundheit	12
	5.5 Gesundheitsförderung und Zukunft der Forschung	12
6.	Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt: eine Bestandsaufnahme	14
	6.1 Gesundheitsförderung und Arbeitsmedizin	14
	6.2 Gesundheitserziehung und "Lebensweisen"-Programme	15
	6.3 Mitbestimmungsorientierte Modelle	17
7.	Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt: Zusammenfassung und Ausblick	19
	7.1 Neuorientierung der arbeitsweltbezogenen Gesundheitspolitik	20
	7.2 Typologie der Projekte	20
	7.3 Gesundheitserziehung, Information, Partizipation	22
	7.4 Programm-Mix als Strategie	22
8.	Empfehlungen	23

## 1. HINTERGRUND

Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung veranstaltete in Zusammenarbeit mit dem Regionalbüro für Europa der Weltgesundheitsorganisation eine Konferenz über "Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt", die vom 7. bis 9. Oktober 1985 in Köln, Bundesrepublik Deutschland, stattfand und an der 65 Experten aus 12 europäischen Ländern und Kanada teilnahmen. Die Experten kamen aus den Bereichen Forschung, betriebliche Praxis sowie staatliche und nicht-staatliche Gesundheitsförderung. Tagungssprachen waren Deutsch und Englisch.

Die Konferenz ist ein wichtiger Schritt in der Programmentwicklung der Weltgesundheitsorganisation. Das Programm "Gesundheitsförderung" der WGO wurde im Januar 1984 ins Leben gerufen. Die Idee der Gesundheitsförderung hat ihre Wurzeln in der WGO-Definition von Gesundheit und in neueren Erkenntnissen der Sozialepidemiologie, Psychobiologie und Lebensqualitätsforschung. Sie erhält ihre Motivation nicht zuletzt aus der zunehmenden Kritik an der traditionellen Gesundheitserziehung und an dem klassisch-medizinischen Präventionsansatz. Die Idee der Gesundheitsförderung hängt zudem eng zusammen mit grundsätzlichen Entwicklungen innerhalb der WGO-Programme in dem letzten Jahrzehnt. So gehen in dieses Programm die zwei wichtigen Strategien der WGO, die "Health for All by the Year 2000" und die "Alma-Ata Declaration on Primary Health Care" ein.

Ausgehend von den "Concepts and Principles in Health Promotion" (1984) wurden seither eine Reihe von Anstrengungen unternommen, um das Programm der Gesundheitsförderung weiterzuentwickeln. Ein wichtiges Ziel dieser Programmentwicklung ist es, Gesundheitsförderung in den einzelnen Lebensbereichen anzuregen. Die Konferenz sollte dazu dienen, den Lebensbereich "Arbeit" in das Blickfeld der Experten und Institutionen der Gesundheitsförderung zu rücken.

Tatsächlich zeichnet sich eine neue gesundheitspolitische Programmatik ab, charakterisierbar durch die Stichworte "Ganzheitlichkeit" und "positive Gesundheit". Auch wurde deutlich, daß neuere Erkenntnisse und Entwicklungen der Arbeitsbelastungsforschung (z.B. der Streß- und der Ressourcenforschung) in der betrieblichen Gesundheitsversorgung noch viel zu wenig Berücksichtigung finden.

## 2. GEGENSTAND UND ZIELSETZUNG

Gesundheitsförderung kann gemäß der Definition der WGO als ein Prozeß begriffen werden, der Menschen, Gruppen und Gemeinden befähigt, ihre Kontrolle über Ursachen der Gesundheit zu verstärken, um damit ihr psychisches und soziales Wohlbefinden zu verbessern.

"Gesundheitsförderung wurde zu einem Leitbild all jener, die die Auffassung teilen, daß Lebensweisen (lifestyles) und Lebensbedingungen (living conditions) die wichtigsten Voraussetzungen für ein gesundes Leben bilden. Gesundheitsförderung ist eine zwischen Mensch und Umwelt vermittelnde Strategie, indem sie sich an die Verantwortung des einzelnen ebenso wie auch an die Verantwortung der Gesellschaft insgesamt zur Schaffung einer gesünderen Zukunft richtet" (Concepts and Principles 1984). Insoweit ist Gesundheitsförderung prinzipiell sowohl personen- als auch situationsbezogen. Die Arbeitswelt nimmt im Rahmen der Gesundheitsförderung einen wichtigen Platz ein. Zum einen wird ihr eine zentrale Rolle in der Herausbildung und Veränderung gesundheitsrelevanter Lebensweisen zugesprochen. Zum anderen ist inzwischen in zahlreichen Studien belegt worden, daß der Arbeitswelt eine zentrale Bedeutung nicht nur für die Verursachung von Krankheiten, sondern auch für die Förderung des Wohlbefindens zukommt.

Neben der allgemeinen Absicht, den Lebensbereich "Arbeit" in das Blickfeld der Experten und Institutionen der Gesundheitsförderung zu rücken, wurden auf der Konferenz im einzelnen folgende Ziele verfolgt:

- Vergleich und, soweit möglich und wünschenswert, Integration verschiedener Ansätze zur Gesundheitserziehung und -förderung in der Arbeitswelt;
- Unterstützung der WGO/EURO Regionalstrategie einer lebensweisen-orientierten Gesundheitsförderung;
- Unterstützung der Arbeit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung bei der Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen;
- Förderung des Erfahrungsaustausches zwischen Wissenschaftlern, Praktikern und Zielgruppen der Gesundheitsförderung und
- Formulierung von Empfehlungen für die WGO und für nationale Organisationen.

### 3. ERÖFFNUNG UND BEGRÜßUNG

Dr. Rosmarie Erben (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) betonte in ihrer Eröffnungsrede die Wichtigkeit und Dringlichkeit der Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt.

Aufgrund der großen Bedeutung, die dem psychosozialen Streß bei der Verursachung moderner Zivilisationskrankheiten zukommt, seien drei Themen besonders zentral für eine Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt:

- Ursachen psychosozialer Belastungen
- Möglichkeiten der Streßbewältigung
- gesundheitsförderliche Gestaltung der Arbeitswelt.

Programme zur Gesundheitsförderung sollten deshalb sowohl Arbeitnehmer als auch den Arbeitsplatz miteinbeziehen. Um eine bessere Verbreitung von Ideen und Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu gewährleisten, müsse der Frage, auf welche Weise entsprechende Programme initiiert werden könnten, besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Dr. Ilona Kickbusch (WGO-EURO, Regionalbeauftragte für Gesundheitserziehung) betonte, daß das Thema "Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt" ein neues Thema für die Weltgesundheitsorganisation sei. Innerhalb des Lebensweisen-Konzepts sei der Lebensbereich "Arbeit" bisher zu wenig beachtet worden. Das Thema dieser Konferenz wurde von ihr in den Zusammenhang eines Paradigma-Wandels in den beiden Bereichen Gesundheit und Arbeit gestellt. Die Infragestellung des traditionellen Gesundheitsbegriffs und der bisherigen Formen der Arbeit charakterisieren diesen Wandel. Sie betonte, daß die Zukunft der Gesundheit und der Arbeit sehr eng miteinander verbunden seien. Angesichts des in der Arbeitswelt zu beobachtenden Wandels stellen sich aus ihrer Sicht insbesondere die folgenden Fragen:

- 1) Wie wirken sich die Arbeitsbedingungen auf die Lebensweisen und die Gesundheit der Erwerbstätigen aus?
- 2) Welche Konsequenzen ergeben sich aus dem Wandel der Arbeitswelt für Problemstellung und Ansatzpunkte der Gesundheitsförderung?

Vom Wandel der Arbeitswelt besonders betroffene Personengruppen und Bedingungen wie

- die Arbeitslosen und der Streß der Arbeitslosigkeit,
- die Formen der unbezahlten Arbeit (z.B. Hausfrauenarbeit) und ihre gesundheitlichen Risiken (Hausunfälle und Belastungen),
- die Formen der doppelten Arbeit sowie die speziellen Belange der Frauen und ihrer Arbeitsformen sollten besonders Beachtung finden.

Allgemein sei es notwendig, für die Umsetzung und Verbreitung der Idee der Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt eine detaillierte Beschreibung von Projekten und Programmen zur Verfügung zu haben.

Gesundheitsförderung sollte an der Gesamtbevölkerung und dem Alltagsleben orientiert sein, auf die Ursachen von Gesundheit abzielen, mit einer breiten Palette von Maßnahmen arbeiten, sowie die Partizipation der Betroffenen und eine Einbeziehung der verschiedensten Gesundheitsprofessionen anstreben. Die allgemeinen Ziele der Gesundheitsförderung bestünden darin, den Zugang zur Gesundheit zu verbessern, eine gesundheitsförderliche Lebensumwelt zu schaffen, soziale Netzwerke zu stärken und positives Gesundheitsverhalten zu erleichtern.

Dr. Elisabeth Pott (Leiterin der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung) betonte in ihrer einführenden Rede, daß Arbeit und Gesundheit keine Gegensätze bilden. Arbeitsschutz und Arbeitsgesetzgebung hätten bisher einen wesentlichen Beitrag zur Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt geleistet. Im Zuge der technischen Entwicklung und der damit

einhergehenden Verschiebung der Belastungen seien neue Probleme in der Arbeitswelt entstanden, die die Gesundheitsförderung vor neue Aufgaben stelle. Frau Dr. Pott unterstrich, daß bei der Gesundheitsförderung trotz dieser neuen Aufgaben auch die traditionellen Gesundheitsrisiken der Arbeitswelt (z.B. physikalische Noxen) weiterhin beachtet werden müßten. Gesundheitsförderung sollte deshalb sowohl die Bereiche Unfall- und Arbeitsschutz als auch den Bereich der arbeitsbedingten Erkrankungen umfassen. Damit die Idee der Gesundheitsförderung an Überzeugungskraft gewinnt, sei es schließlich notwendig, Konzepte und Strategien arbeitsweltbezogener Gesundheitsförderung zu präzisieren.

Prof. Dr. Bernhard Badura (Universität Oldenburg, Diskussionsleiter von Workshop und Seminar) hob hervor, daß ein positives, ganzheitliches und sozialökologisches Verständnis von Gesundheit angestrebt werden sollte. Gesundheitsförderung setze ein gewandeltes Verhältnis zwischen Experten und Laien voraus. Sie könne nicht verordnet werden, sondern müsse von den Betroffenen akzeptiert und auch mitgetragen werden.

#### 4. ABLAUF

Die Konferenz bestand aus drei Teilen: Workshop, Seminar und Informations-Basar, die jeweils einen Tag beanspruchten und sich an unterschiedliche Zielgruppen wandten.

Ziel des Workshops war es, in einer Gruppe von 20 Experten aus verschiedenen Disziplinen und Bereichen (Medizin, Psychologie, Sozialepidemiologie, Management, Zukunftsforschung und Medien) auf der Basis von Hintergrundpapieren über den heutigen Stand der Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz zu diskutieren und Ideen für die Zukunft zu entwickeln. Dazu wurden zunächst von den beteiligten Experten eigene Erfahrungen, Konzepte und Standpunkte zur Gesundheitsförderung vorgetragen. Berichte aus den vertretenen Ländern dienten dazu, in einen intensiven Erfahrungsaustausch zu treten. Nach dieser ersten Diskussionsrunde wurden Szenarien der zukünftigen Entwicklung von Arbeit und Gesellschaft vorgestellt. Die zentrale Frage, die die Vorstellung der Zukunftsszenarien leitete, war: Wie können Erkenntnisse der Zukunftsforschung für die Gesundheitsförderung moderner Industriegesellschaften genutzt werden? Es wurden zwei Ansätze der Zukunftsbetrachtung mit der Absicht vorgestellt, Anstöße für die Diskussion über Arbeitsformen und Gesundheitsförderung im Jahr 2000 zu geben.

Im Rahmen des ersten Ansatzes wurden drei Szenarien in den Mittelpunkt gestellt. Eines dieser Zukunftsszenarien steht unter dem Motto "Alles wie gehabt" (business as usual). Dieses Modell geht davon aus, daß Vollbeschäftigung wiederhergestellt wird und Berufstätigkeit die vorherrschende Form der Arbeit bleibt. Die Gesellschaft wird durch folgende Prinzipien gekennzeichnet sein:

Massenbeschäftigung, Massenkonsum und die Abhängigkeit des Individuums von Institutionen hinsichtlich Arbeit, Gütern und Dienstleistungen. Männliche Werte und eine instrumentelle Art der Handlungsweise auf der Basis von analytischen und reduktionistischen Denkmodellen werden vorherrschen.

Das zweite Szenario steht unter dem Titel "Hyper-Expansionistisch" (HE). Diese Gesellschaft zeichnet sich dadurch aus, daß Vollbeschäftigung nicht wiederhergestellt werden kann. Eine gut ausgebildete Elite von Professionellen und Experten wird dabei die notwendige Arbeit erledigen. Sie werden dazu kapitalintensive Technologien und das Know-how von Spezialisten einsetzen. Es wird sich um eine in zwei Lager geteilte Gesellschaft handeln: Erwerbstätige und Erwerbslose. Freizeitkonsum, Abhängigkeit von Institutionen, Technologien und Experten sowie technokratische und männliche Werte werden noch mehr als in der Gesellschaft des Szenarios "Alles wie gehabt" im Zentrum stehen.

Das dritte Szenario steht unter dem Leitspruch "gesund, menschlich, ökologisch" (Sane, Humane, Ecological = SHE). In dieser Gesellschaft wird Vollbeschäftigung nicht wiederhergestellt. Die Arbeit wird so umdefiniert, daß neben der bezahlten Arbeit auch andere nützliche Aktivitäten entsprechend gewürdigt und belohnt werden. Bezahlte und unbezahlte Arbeit werden zwischen Männern und Frauen gleichmäßiger verteilt sein. Haushalte und Nachbarschaften stellen in dieser Gesellschaft die Arbeitsplätze und Produktionszentren der Zukunft dar.

Arbeit und Freizeit werden sich dadurch mehr überschneiden. Insgesamt wird das Gesicht dieser Gesellschaft durch Selbsthilfe und Dezentralisation in der Produktion von Gütern und Dienstleistungen geprägt werden. Durch die Verschmelzung von Arbeit mit anderen Lebensbereichen wird "Arbeit" bzw. "Tätigkeit" eine neue Bedeutung erhalten. Weibliche und ökologische Werte werden dabei im Zentrum dieser Gesellschaft stehen (Robertson).

Der andere Ansatz der Zukunftsbetrachtung geht von sieben möglichen Zukunftsszenarien aus. Das erste Szenario, das den Namen "Computopia" trägt, stellt eine zukünftige Gesellschaft dar, die durch vernetzte, computerisierte Kommunikations- und Produktionssysteme gekennzeichnet ist. Das zweite Szenario, das "Raumkolonie" genannt wird, geht ebenfalls davon aus, daß die Gesellschaft sich auf die Entwicklung neuer Technologien stützt und diese z.B. zum Bau von Raumstationen nützt. Ganz im Gegensatz dazu steht das "Ökotopia"-Szenario. Kleine, dezentrale und selbstversorgende Ökosiedlungen und -regionen sollen entsprechend dieser Zukunftsvorstellung wesentliche Bestandteile der Lebenswelt werden. "Chinatown" als weiteres Szenario geht von einer Bevölkerungsexplosion aus und vermutet in der Zukunft Multi-Millionen-Metropolen als Schmelztiegel der Rassen und Völker. Spiritualismus, innere Entwicklung und psychisches Wachstum stehen im Zentrum des fünften Szenarios, das "Findhorn" genannt wird. Ein Gegenmodell dazu stellt das Szenario "Dallas" dar. Auf der Basis von Profitmaximierung, Konkurrenzdenken und Sozialdarwinismus werden Wirtschaftsimperalismus und eine Vorherrschaft des westlichen Systems im Zentrum dieser Gesellschaft stehen. Im siebten

und letzten Szenario mit dem Namen "Gaia" steht aufgrund der Einsicht in die Wechselwirkung aller lebenden Systeme das Ökosystem Erde im Mittelpunkt. Eine globale Koordinierung aller ökologisch relevanten Aktivitäten soll dieser Idee konkrete Gestalt verleihen (Lutz).

In drei Arbeitsgruppen wurde über diese Zukunftsmodelle diskutiert. Die Gruppen sollten sich aufgrund der Szenarien ein Bild von der Zukunft der Arbeit im Jahr 2000 machen. Sie wurde zwar im Detail von den Diskussionsgruppen verschieden eingeschätzt, jedoch ließen sich in einigen Punkten Übereinstimmungen feststellen. So wurde in allen drei Gruppen die Abkehr von der Arbeitsgesellschaft als langfristiger Trend für wahrscheinlich gehalten. Dieser Trend wird flankiert durch eine zunehmende Technisierung und Computerisierung der Arbeit und beherrscht durch die Spaltung der Gesellschaft in zwei Gruppen: Erwerbstätige und Erwerbslose.

Dabei wird der Anteil der Erwerbslosen an der Gesamtbevölkerung steigen. Die Erwerbstätigen werden zunehmend eine Elite der Gesellschaft darstellen, die ein hohes Einkommen erzielt. Die Erwerbslosen dagegen werden über ein garantiertes Einkommen abgesichert. Eine Neuorganisation des Arbeitslebens wird für wahrscheinlich gehalten. Sie umfaßt dabei folgende Punkte:

Dezentralisierung, Gemeindeorientierung und eine Reintegration von Wohnen und Arbeit. Neben hochspezialisierten, zentralisierten Großorganisationen werden deshalb zunehmend auch kleine, dezentralisierte Arbeitsformen wie Arbeitsgemeinschaften in der Nachbarschaft oder Heimarbeit an Bedeutung gewinnen. In diesem Zusammenhang wird auch vermutet, daß die Arbeitnehmer in Zukunft mehr Kontrolle über die Arbeit gewinnen werden und eine Demokratisierung der Wirtschaft insgesamt Wirklichkeit werden könnte. Alles in allem wird vorhergesehen, daß in Zukunft unkonventionelle Arbeitsformen (Nachbarschaftshilfe, Selbsthilfe, unbezahlte Arbeit), dezentralisierte Arbeitsstätten (Heimarbeit) und der Dienstleistungssektor zunehmend wichtiger werden (Noack, Großmann, Frese).

Das Seminar, an dem 51 Experten aus Wissenschaft und Praxis teilnahmen, hatte die Aufgabe, die Erfahrungen und Diskussionen der Wissenschaftler mit dem Erfahrungswissen der Praktiker aus den verschiedenen Bereichen Arbeitswelt, Selbsthilfegruppen, Arbeitnehmer- und Arbeitgeberorganisationen, Betriebskrankenkassen, staatliche und nicht-staatliche Gesundheitserziehungs-Institutionen zusammenzubringen. Nach der Präsentation der Ergebnisse des Workshops folgten neun Vorträge aus den Bereichen Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung.

Die Vorträge zur Forschung bezogen sich in erster Linie auf die Themen Arbeitsbelastungen und Streßbewältigung und stellten Beziehungen zwischen diesen beiden Bereichen her. Der finnische Beitrag belegte den Zusammenhang zwischen Risikoverhalten und Bewältigung von Arbeitsstreß und hob die Bedeutung dieser empirischen Befunde für die Intervention hervor (Kalimo).

Ein deutscher Beitrag wies in dieselbe Richtung und zeigte auf, wie Arbeitsbedingungen im Bürobereich gesundheitsrelevante Handlungsweisen zu formen vermögen (Ritz). Daß Lärmbelastigung kombiniert mit suboptimaler Magnesium-Zufuhr (Ernährungsverhalten) zu einer Erhöhung des Risikos für Lärmschwerhörigkeit und Herz-Kreislauf-Krankheiten führen kann, wurde in einem weiteren Beitrag hervorgehoben (Ising). Der Zusammenhang zwischen Arbeitsbelastungen und Frühinvalidisierung in der Bundesrepublik Deutschland war Thema eines weiteren Vortrags aus der Forschung (Kentner). Zusätzlich wurde ein Überblick über die Ziele und den Stand des Forschungsprogramms "Humanisierung des Arbeitslebens", das in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt wird, gegeben und speziell auf den Forschungsschwerpunkt "Arbeit und Gesundheit" innerhalb dieses Programms aufmerksam gemacht (Oehlke).

Die Berichte aus der Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung gruppieren sich um die Themen Arbeitsmedizin und Gesundheitserziehung. In einem französischen Beitrag wurde die gesundheitsförderliche Bedeutung arbeitsmedizinischer Einrichtungen in Kleinbetrieben hervorgehoben und die Zukunftsperspektiven dieser Institutionen dargestellt (Pardon). Die Möglichkeiten und Grenzen der sozialen Unterstützung durch Werksärzte in der Bundesrepublik Deutschland stand im Zentrum des zweiten arbeitsmedizinischen Vortrags (Müller). Zum Thema Gesundheitserziehung stellte ein schwedischer Beitrag das Konzept der "Arbeitsmilieu-Pädagogik" vor, das eine Verbindung von Gesundheitserziehung und Partizipation anstrebt (Leymann). Ein Beispiel für ein strukturiertes Programm im Sinne eines positiven Gesundheitsbegriffs, das in Großbritannien durchgeführt wird und unter dem Motto "Paß auf dich auf!" steht, stand im Mittelpunkt des letzten Vortrags (Randell). Der Schwerpunkt der Diskussionen lag an diesem Tag vornehmlich auf dem Gebiet der Grundlagenforschung und der praktischen Gesundheitsförderung in der europäischen Region, in Kanada und den USA.

Im Zentrum des dritten Konferenztages stand der Informations-Basar. Er sollte dazu dienen, Projekte und Aktivitäten der Gesundheitsförderung in den verschiedenen europäischen Ländern einer breiten Öffentlichkeit vorzustellen. Dazu wurden Arbeitnehmer und Arbeitgeber aus der Region eingeladen. Der Informations-Basar bot als sinnvolle Ergänzung zu den Vorträgen und Diskussionen der Vortage Gesundheitsförderung "zum Anfassen". Die große Anzahl der präsentierten Aktivitäten (ca. 25 Marktstände) und ihre Vielfalt machten deutlich, wie man Gesundheit auch mit einfachen Mitteln in den Betrieben fördern kann.

Die vorgestellten Programme hatten hauptsächlich Prävention von Krankheiten zum Gegenstand, einige gehen jedoch darüber hinaus und zielen auf die Förderung der Gesundheit ab. Die Basarstände behandelten Gesundheitsprobleme der Arbeitswelt:

Rheumatismus, Blutdruck, Alkohol, Drogenmißbrauch, Lärmschwerhörigkeit und Übergewicht. Andere Stände legten ihren Schwerpunkt auf individuelles Wohlbefinden und Körperwahrnehmung. Projekte, die mehr das Individuum und seine gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen in das Zentrum rücken, enthielten Programmpunkte wie Entspannungsübungen, Risikofaktorenkontrolle, Körperbewußtsein, Betriebssport und allgemeine

Gesundheitserziehung. Arbeitsschutz und Streßabbau wurden dabei als Lernprozeß begriffen, der auch die Gestaltung der Arbeitssituation miteinbezieht. Programme der Gesundheitsförderung, die die Arbeitssituation zum Gegenstand haben, gruppieren sich um Themen wie gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung durch innerbetriebliche Projektteams und "Qualitätszirkel", Streßworkshops, sowie Teamarbeit im Rahmen der Organisationsentwicklung. Einige Informationsstände machten zusätzlich deutlich, daß auch die Art der Betriebsverpflegung ("Kantinenessen") und die Architektur von Arbeitsgebäuden Determinanten der Gesundheit darstellen und Ansatzpunkte für die Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt bieten können.

Kurze Vorträge zu den Themen Streßbewältigungsprogramme bei Bluthochdruckpatienten (Basler), Gesundheitsstörungen und arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen (Haas) und Primärprävention von Streßkrankheiten durch "Qualitätszirkel" (Friczewski) rundeten das Tagesprogramm ab. Ein vielfältiges Angebot von alkoholfreien Getränken und gesundem Essen im Betrieb zeigte exemplarisch Möglichkeiten für zukünftige Strategien.

## 5. FORSCHUNGSSTAND UND FORSCHUNGSAUSBLICK

Die Erörterung der wissenschaftlichen Grundlagen der Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt konzentrierte sich auf die Themen psychosozialer Streß, Bewältigungsressourcen, Bewältigungsverhalten als Risikoverhalten und ganzheitliche Gesundheitsbetrachtung. In den Hintergrundpapieren (Briziarrelli, Cooper, Frese, Lutz, Milz, Robertson, Weinstein) wie auch in einigen Seminarreferaten und Diskussionsbeiträgen wurde die gesundheitliche Bedeutung von psychosozialem Streß, physikalischen und chemischen Noxen, sowie die Rolle persönlicher und sozialer Bewältigungsressourcen hervorgehoben.

### 5.1 STRESSOREN

In der Forschung sind bisher eine Reihe potentieller Streßursachen dargestellt worden: der Arbeit innewohnende Belastungen, Belastungen, die mit der Arbeitsrolle zusammenhängen, karrierebedingte Belastungen und Belastungen, die aus den Beziehungen, der Organisationsstruktur, dem Organisationsklima sowie aus den Wechselwirkungen zwischen Arbeit und Freizeit herrühren.

Zu den der Arbeit innewohnenden Faktoren zählen u.a. schlechte physikalische Arbeitsbedingungen, Schichtarbeit, Arbeitsüberlastung und Unterforderung. Die Streßquelle "Arbeitsrolle" weist drei wesentliche Streßfaktoren auf: Rollenkonflikt, Rollenunsicherheit und Verantwortung für Personen.

Berufliche Entwicklung als potentieller Streßbereich erhält ihre gesundheitliche Bedeutung aus Problemlagen wie Arbeitsplatzunsicherheit, Beförderungstau und Mißverhältnis zwischen beruflichem Status und persönlichen Karriereerwartungen. Doppelbelastungen durch Arbeits- und Hausfrauenrolle sowie berufliche Diskriminierungen treffen besonders Frauen. Organisationsstruktur und Organisationsklima können zu potentiellen Streßquellen werden, wenn z.B. ein Mangel an Partizipationsmöglichkeiten in Entscheidungsprozessen vorliegt. Die Beziehung zwischen Arbeit und Familie gewinnt durch den sozialen Wandel unter streßtheoretischen Gesichtspunkten besondere Bedeutung. Vor allem die Entwicklung zur Zwei-Karrieren-Familie, in der sowohl die Frau als auch der Mann eine eigene berufliche Karriere anstreben, kann in Zukunft eine immer bedeutsamere Streßquelle darstellen (Cooper).

In der Einführung neuer Informationstechnologien wird ein zusätzlicher Streßfaktor gesehen, insofern dies zu einem Sinnverlust der Arbeit, zu verringerten Dispositionsspielräumen und zu unpersönlicheren Beziehungen am Arbeitsplatz führt. Die kulturellen Rahmenbedingungen, die allgemeinen Lebensbedingungen sowie die damit zusammenhängende wirtschaftliche Lage der Arbeitnehmer können im Zusammenhang mit diesen neuen Arbeitsbedingungen eine streßverstärkende Wirkung haben (Briziarelli).

In einer Studie über Frühinvalidisierung in der Bundesrepublik Deutschland konnte gezeigt werden, daß überdurchschnittliche berufliche Belastungen in Zusammenhang mit der Frühinvalidisierung stehen. Berufliche Belastungen sind nach dieser Studie an der Frühinvalidität und der Pathogenese chronischer Erkrankungen mitverursachend (Kentner).

Daß ein physikalischer Stressor wie Lärm nicht nur mit der Berufskrankheit "Lärmschwerhörigkeit" in Verbindung steht, sondern auch mögliche Beziehungen zu koronaren Herzkrankheiten aufweist, wurde in einem Referat über die Auswirkungen des Lärms deutlich. Insbesondere konnte gezeigt werden, daß Lärm in Verbindung mit mangelhafter Ernährung, wie z.B. durch suboptimale Magnesium-Zufuhr, zu einem erhöhten Erkrankungsrisiko führt (Ising).

Es wurde darauf hingewiesen, daß eine einseitige Betrachtung der Streßfaktoren in der Arbeitswelt oft zu kurz greift. Es gelte zu prüfen, welche sozialen, persönlichen oder rechtlich-organisatorischen Ressourcen zur Streßbewältigung gegeben sind, um Arbeitsbelastungen wirksam begegnen zu können.

## 5.2 BEWÄLTIGUNGSRESSOURCEN

Vorhandensein oder Nichtvorhandensein von gesundheitsrelevanten Ressourcen entscheidet oft darüber, ob eine potentiell streßhafte Arbeitsbedingung als Stressor wirkt oder aber eine Herausforderung darstellt, deren Bewältigung sich positiv auf das Wohlbefinden des betroffenen Arbeitnehmers auswirkt. Die Qualifikation einer Person und ihre berufliche

Erfahrung stellen z.B. persönliche Ressourcen dar, die es erleichtern, mit potentiell belastenden Situationen fertig zu werden. Kontrolle über die Arbeit zu haben und in ein unterstützendes Netzwerk von Arbeitskollegen integriert zu sein, bilden soziale und organisatorische Ressourcen, die ebenfalls dazu beitragen können, Streßursachen zu beseitigen oder gegebene Belastungen besser zu bewältigen.

Schließlich gibt es auch rechtliche Ressourcen in der Arbeitswelt, wie z.B. die Arbeitsschutzvorschriften und das Betriebsverfassungsgesetz, die ebenfalls bei entsprechender Anwendung, Schutzcharakter für die Arbeitnehmer annehmen. Grundsätzlich können drei Wirkungsweisen von Ressourcen unterschieden werden.

Ressourcen können dabei behilflich sein, Stressoren in der Arbeitswelt abzubauen sowie dabei helfen, Streßfolgen zu reduzieren. Dies kann z.B. über den Mechanismus eines "Sicherheitssignals" geschehen: Wenn ein Arbeitnehmer genügend Kontrolle über seine Arbeitsumgebung und -bedingungen und genügend Rückhalt bei seinen Arbeitskollegen hat, dann wird sich bei ihm die Überzeugung einstellen, daß er auch bei außergewöhnlichen Belastungen die Situation zu beherrschen vermag. Dies gibt ihm Sicherheit und Selbstvertrauen bei der täglichen Ausübung seiner Arbeit. Schließlich können gesundheitsrelevante Ressourcen oft elementare psychosoziale Bedürfnisse nach sozialer Einbettung, Anerkennung und Sicherheit erfüllen und dadurch gesundheitsfördernd wirken.

Der Streß-Ressourcen-Ansatz impliziert somit zweierlei für die Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. Die Ressourcen der Arbeitnehmer am Arbeitsplatz müssen gestärkt werden, damit ein leichter Umgang mit potentiellen Streßbedingungen gewährleistet ist. Dadurch wird eine schrittweise Transformation belastender in motivierende Arbeitsbedingungen möglich. Darüber hinaus müßten die Bemühungen um eine humanere Gestaltung der Arbeitsbedingungen weiter intensiviert werden (Frese).

### 5.3 STREß UND GESUNDHEITSSCHÄDIGENDES VERHALTEN

Eine erfolgreiche individuelle Bewältigung von Streßsituationen in der Arbeitswelt kann dazu beitragen, die Gesundheit des Arbeitnehmers zu erhalten. Arbeitsbelastungen können aber auch durch gesundheitsgefährdende Verhaltensweisen, wie z.B. Zigarettenrauchen oder Alkoholkonsum, bewältigt werden. Diese Bewältigungsstrategien sind - wenn überhaupt - nur kurzfristig hilfreich. Mit der Zeit jedoch können solche Verhaltensweisen gesundheitsschädigende Formen annehmen.

Traditionelle Konzepte der Gesundheitserziehung gingen bisher von der Prämisse aus, daß diese Verhaltensweisen ihre hauptsächliche Ursache in dem Individuum selbst haben. Zwei Studien, die auf dieser Konferenz vorgestellt wurden, konnten unabhängig voneinander zeigen, daß es Zusammenhänge zwischen schädigenden Arbeitsbedingungen und Formen

längerfristiger gesundheitsschädigender Verhaltensweisen gibt. So konnte z.B. gezeigt werden, daß das Vorhandensein bestimmter Arbeitsbedingungen mit erhöhtem Zigaretten-, Medikamenten- und Alkoholkonsum sowie mit einer geringen körperlichen Betätigung einhergeht (Kalimo, Ritz). Damit wird noch einmal deutlich, daß das Gesundheitsverhalten der Arbeitnehmer nicht per se selbstverschuldet ist. Diese Befunde belegen vielmehr die These, daß bestimmte Arbeitsbedingungen, z.B. geringer Handlungsspielraum, Verhaltensweisen hervorrufen, die als risikoreich angesehen werden müssen. Diese Auswirkungen der Arbeitsbedingungen beschränken sich nicht nur auf Risikoverhaltensweisen. Es gibt Hinweise dafür, daß ein geringer Handlungsspielraum mit passiven, auf Rückzug ausgerichteten Einstellungen in Verbindung steht. Solche Einstellungen verhindern oft solidarische oder kollektive Bemühungen der Streßvermeidung oder Streßbewältigung (Ritz).

#### 5.4 GANZHEITLICHE BETRACHTUNG VON GESUNDHEIT

Das Konzept der ganzheitlichen Betrachtung von Gesundheit geht davon aus, daß Untersuchungen über die konkreten Auswirkungen einzelner Stressoren und allgemeiner Funktionsabläufe innerhalb des menschlichen Organismus zwar zum Verständnis der Krankheitsentstehungsprozesses beitragen können, aber keine Voraussage für die spezifischen Reaktionen und Gefährdungen der einzelnen Betroffenen liefern können. Notwendig ist deshalb eine ganzheitliche Betrachtung der Kumulation und Interaktion von Einzelfaktoren sowie ihr Zusammenwirken mit der übrigen Lebenssituation und den konstitutionellen Besonderheiten der betroffenen Menschen.

Dies erfordert eine Überwindung ausschließlich medizinisch-naturwissenschaftlich orientierter Ansätze, die z.B. im Konzept spezifischer Risikofaktoren ihren Ausdruck finden und meist zu präventiven Maßnahmen führen, die nur auf die Ausschaltung spezifischer Risikofaktoren oder Noxen abzielen. Ganzheitliche, systemische und (sozial-) ökologische Modelle der Gesundheitsförderung im Arbeitsprozeß sollen die Verknüpfungen zwischen den verschiedenen allgemeinen Stressoren, den besonderen Reaktionslagen der Individuen und deren Bewältigungsverhalten herstellen (Milz, Friczewski).

#### 5.5 GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND ZUKUNFT DER FORSCHUNG

Im Anschluß an die Vorstellung der Zukunftsszenarien kam die Frage nach der zukünftigen Aufgabe der Forschung auf dem Gebiet der Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt zur Sprache. Die Forderungen an die Forschung der Zukunft beziehen sich sowohl auf die Grundlagenforschung wie auch auf die Evaluation und Dokumentation der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Hinsichtlich der Grundlagenforschung wurde betont, daß sich ihre Zielsetzung verändern müßte. Neben einer Epidemiologie der Krankheit sollte vermehrt eine Epidemiologie der Gesundheit betrieben werden. Nicht nur die Frage: "Was macht krank?", sondern auch die Frage: "Was macht gesund?" sollte im Zentrum der Forschung über die Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt stehen. In diesem Zusammenhang wurden folgende Fragen aufgeworfen: Welche Faktoren fördern eine positive Gesundheit im Sinne des Wohlbefindens? Welche Indikatoren der Gesundheitsförderung und der positiven Gesundheit gibt es?

Es wurde festgestellt, daß Arbeitsmediziner in Forschung und Praxis verstärkt mit Sozialwissenschaftlern zusammenarbeiten sollten. Auch sollte der subjektiven Bedeutung von Krankheit und Gesundheit eine größere Beachtung geschenkt werden und das subjektive Wohlbefinden als ein Indikator für Gesundheit auch von der medizinischen Lehrmeinung akzeptiert werden. Eine Erforschung der sozialen Determinanten von Gesundheit und von Verhaltensmodifikation sollte weiterhin betrieben werden.

Dabei sei zu beachten, daß eine ausschließliche Betrachtung der negativen Seite der Arbeitswelt (Gesundheitsrisiken, Unfälle, psychosozialer Streß) oft zu kurz greift und durch die Einbeziehung der positiven Seite (Kontrolle über die Arbeit, soziale Unterstützung, Herausforderung durch die Arbeit) ergänzt werden sollte. Ein weiterer wichtiger Punkt sei auch, Indikatoren zur Messung positiver Gesundheit zu entwickeln, um eine Grundlage für die Evaluation von Projekten der Gesundheitsförderung zu schaffen.

Auf dem Gebiet der Erforschung der betrieblichen Praxis der Gesundheitsförderung wurde ein Defizit hinsichtlich der Beschreibung und Dokumentation vorhandener Projekte und Programme festgestellt. Dieses Defizit zu beseitigen, sollte ein Schwerpunkt zukünftiger Forschungsarbeit darstellen. Neben der Dokumentation sollte zukünftig verstärkt eine Evaluation bestehender Projekte stattfinden. Eine Erforschung der betrieblichen Praxis der Gesundheitsförderung sollte folgende Schritte beinhalten: Analyse des konkreten Bedarfs an Gesundheitsförderung; Beschreibung, Dokumentation, Typisierung und schließlich sorgfältige Prozeß- und Ergebnis-Evaluation einzelner Gesundheitsförderungsprogramme. Es wurde vorgeschlagen, bestehenden oder neu zu gründenden Institutionen die Aufgabe zu übertragen, das vorhandene Wissen über Projekte der Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt zu sammeln und zu verbreiten.

Weiter wurde betont, daß sich auch die Art und Weise der Forschung verändern müßte. Die Wissenschaft müsse sich in Zukunft mehr als Service-Institution verstehen, die sich neben der Initiierung vor allem mit der Begleitung und Auswertung von Projekten beschäftigt. In diesem Zusammenhang wurde immer wieder die Forderung gestellt, das Ziel der stärkeren Selbstbestimmung der Arbeitnehmer in Fragen der Gesundheitsförderung zu verfolgen. Auch war man sich weitgehend einig darüber, daß eine Verbindung des Arbeitnehmerwissens mit dem Expertenwissen anzustreben ist. Dies erfordere ein gewandeltes Verhältnis zwischen Gesundheitsexperten und Arbeitnehmer und eine verstärkte Partizipation der Arbeitnehmer an der Entwicklung und Durchführung einzelner Programme.

Während der Diskussion wurde auch auf ein mögliches Dilemma einer Forschungspolitik eingegangen, die sich an einem positiven Gesundheitsbegriff orientiert. Es wird die Gefahr gesehen, daß durch eine Umorientierung der Gesundheitsforschung die bereits bekannten Gefahren der Arbeitswelt vernachlässigt werden könnten. Auch wurde die Meinung vertreten, daß es bereits vielfach genug Wissen über die Gesundheitsgefährdungen in der Arbeitswelt gibt und daß das eigentliche Problem in der Umsetzung dieses Wissens in die betriebliche Praxis besteht.

## **6. GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN DER ARBEITSWELT: EINE BESTANDSAUFNAHME**

Während auf der theoretischen Seite die Programmatik einer betrieblichen Gesundheitsförderung der Zukunft in Umrissen erkennbar ist, muß festgestellt werden, daß die betriebliche Praxis noch sehr entwicklungsbedürftig ist, ja vielfach erst das Bewußtsein dafür bei Experten und Arbeitnehmern hergestellt werden muß. Die vorgetragenen Projektbeispiele und die Vorschläge zur Gestaltung der Programme zur Gesundheitsförderung lassen erkennen, daß die sich abzeichnenden Kernpunkte dieser Programmatik: Ganzheitlichkeit, sozialökologischer Ansatz, positiver Gesundheitsbegriff, selbstbestimmte Gestaltung der Arbeitssituation, bisher nur in Teilbereichen abgedeckt werden.

### **6.1 GESUNDHEITSFÖRDERUNG UND ARBEITSMEDIZIN**

Gesundheitsförderung in dem traditionellen Bereich der Arbeitsmedizin beschäftigt sich insbesondere mit der Behebung von Versorgungsdefiziten, einer effizienteren Organisation von arbeitsmedizinischen Zentren und den strukturellen Voraussetzungen der Gesundheitsversorgung der Arbeitnehmer durch die Betriebsärzte.

In einem französischen Beitrag wurde dargestellt, daß die arbeitsmedizinische Versorgung in Frankreich noch recht ungleich verteilt ist. Mittel- und Kleinbetriebe sind weniger gut versorgt wie Großbetriebe. Arbeitsmedizinische Versorgung ist für Kleinbetriebe aber besonders wichtig, da sie unter besonderen ökonomischen Zwängen arbeiten müssen. Das Ziel der arbeitsmedizinischen Versorgung sollte es sein, den Arbeitsplatz an den Menschen anzupassen und eine primäre, sekundäre sowie tertiäre Prävention im Betrieb zu betreiben. Arbeitsmedizinische Zentren werden als das geeignete Mittel angesehen, Mittel- und Kleinbetriebe effektiv zu versorgen. Jedoch weisen auch die arbeitsmedizinischen Zentren Effektivitätsprobleme auf. Zur Behebung dieses Defizits wird eine flexible Organisation, eine aktive statt passive Verhaltensweise, die Partizipation aller relevanten Gruppen (Arbeitgeber, Arbeitnehmer, Staat, Ärzte) sowie eine kontinuierliche Fortbildung der Experten vorgeschlagen (Pardon).

Eine Analyse der Bedeutung des Betriebsarztes für den Arbeitnehmer in der Bundesrepublik Deutschland kommt zum Ergebnis, daß der Arbeitsmediziner nur dann ein unterstützender Faktor für den Arbeitnehmer ist, wenn bestimmte strukturelle Rahmenbedingungen gegeben sind. Unter den derzeitigen gesetzlichen Rahmenbedingungen sei in der Bundesrepublik Deutschland keine systematische Unterstützung der Arbeitnehmer durch den Betriebsarzt möglich. Eine die Arbeitnehmer unterstützende Funktion des Betriebsarztes wäre dringend geboten, weil ansonsten eine wirksame Bekämpfung kumulierender Noxen und psychosozialer Stressoren sowie eine systematische Stärkung der Ressourcen in der Arbeitswelt nicht geleistet werden. Der Betriebsarzt könne grundsätzlich aufgrund seiner kraft Gesetz gegebenen Funktion zur Lösung dieser Probleme beitragen. Einer vollen Ausschöpfung der Möglichkeiten des Betriebsarztes im Sinne verstärkter Gesundheitsförderung stehen jedoch strukturelle Hindernisse entgegen. Das Hauptproblem liegt hierbei in der Art seiner institutionellen Verankerung. Die Einbindung des Betriebsarztes in die Personalpolitik des Betriebes (Einstellungsuntersuchungen), seine Funktion als Ausführungsorgan der Unfallversicherungen (Vorsorgeuntersuchungen) und seine Tätigkeit im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsschutzes (Arbeitssicherheitsgesetz) führen zu widersprüchlichen Anforderungsmustern und zu Rollenkonflikten und schwächen die Rolle des Betriebsarztes gegenüber dem Arbeitgeber.

Auch leide dadurch das Vertrauen der Arbeitnehmer in den Betriebsarzt. Im Extremfall könne der Betriebsarzt, z.B. im Rahmen der Einstellungs- und Vorsorgeuntersuchungen, selbst zu einer Ursache von Streß werden.

Die Beschäftigten seien noch zu oft Objekte von medizinischen Untersuchungen, Belehrungen und Verhaltensmaßregeln. Auch würde das Kausalitätsverständnis der Arbeitsmedizin noch zu sehr von einem eindimensionalen Ursache-Wirkungs-Begriff bestimmt. Die Arbeitsmedizin bedürfe daher einer soziologischen und psychologischen Problemdimension. Erforderlich wäre eine breitere Aus- und Weiterbildung der Arbeitsmediziner (Müller).

## 6.2 GESUNDHEITSERZIEHUNG UND "LEBENSWEISEN"-PROGRAMME

Ein Beispiel für ein fortgeschrittenes Modell der Gesundheitserziehung liefert das Programm "Look After Yourself!" (LAY!) des Health Education Council in Großbritannien. Das LAY!-Programm ist aus einem Gemeindeprogramm hervorgegangen. Es stellt ein strukturiertes Programm zur positiven Gesundheitserziehung dar. Das generelle Ziel des LAY!-Programms ist es, eine allgemeine Verbesserung des Gesundheitswissens und des Gesundheitsverhaltens zu erreichen. Der LAY!-Kurs besteht aus drei Elementen: körperliche Übung, Streßbewältigung einschließlich Entspannungstechniken und gezielte Aufklärung zu einzelnen Gesundheitsthemen. Das Übungsprogramm versucht, auf jeden einzelnen Teilnehmer einzugehen. Individuenspezifische Übungsprogramme werden so konzipiert, daß sie im Alltagsleben angewandt werden können und keine speziellen Ausrüstungen oder größere Räume benötigen.

Das LAY!-Programm wird auf Anfrage von Unternehmen tätig. Alle innerhalb dieses Programms eingesetzten Gesundheitserzieher absolvieren einen mindestens 40 Stunden dauernden Trainingskurs. Darüber hinaus wird ein fortlaufendes Training auf regionaler und nationaler Basis durchgeführt.

Das langfristige Ziel ist es, Tutoren auszubilden, die aus der jeweiligen Organisation selbst kommen. Um den Erfolg des LAY!-Programms zu gewährleisten, ist - wie die Erfahrung zeigt - eine sorgfältige Planung und Abstimmung mit dem Management, den Arbeitnehmern und ihren Organisationen notwendig.

Wichtige Punkte sind ferner: kein Beteiligungszwang, Darlegung der Vorteile einer Teilnahme am Kurs sowie eine klare Regelung der Verrechnung der Kursstunden mit der Arbeitszeit. Insbesondere muß bei der Durchführung des Programms darauf geachtet werden, Unterstützung durch die Experten des Arbeitsschutzes und der Arbeitsmedizin zu bekommen, um eine längerfristige Perspektive der Gesundheitsförderung in den jeweiligen Betrieben zu gewährleisten. Eine Evaluation des LAY!-Programms steht noch aus (Randell).

Es wurde betont, daß sich die weit überwiegende Mehrzahl der Programme zur Gesundheitsförderung in Nordamerika nicht auf die Gestaltung der Arbeitswelt konzentriert, sondern auf den Lebensstil bzw. das Gesundheitsverhalten der Arbeitnehmer. Projekte setzen direkt an den individuellen Verhaltensweisen an. Sie versuchen zusätzlich, z.B. durch ein generelles Verbot des Zigarettenrauchens im Betrieb, gesundheitsbewußtere Lebensweisen in der Arbeitswelt zu fördern. Erfahrungen in Nordamerika zeigen, daß Gesundheitsprogramme auf der Arbeitnehmerebene erfolgreicher sind, wenn sie Unterstützung durch das Management erfahren. Sie legen ebenfalls nahe, Gesamtprogramme anzubieten, die mehrere Teilprojekte mit verschiedenen Zielsetzungen enthalten, da unterschiedliche Ansatzpunkte die Idee der Gesundheitsförderung in der Belegschaft populärer machen und dadurch die Akzeptanz des Gesamt-Programms wächst.

Andere Programme versuchen, die Partizipation der Arbeitnehmer bei Entscheidungsprozessen, die die Arbeiter selbst betreffen, zu fördern.

Ein Ansatzpunkt für die zukünftige Entwicklung von Gesundheitsförderungsprogrammen wird darin gesehen, Seminare über das Thema Streßmanagement dazu zu benutzen, ganze Arbeitsgruppen über den Zusammenhang zwischen Streß und Gesundheit aufzuklären. Darauf basierend soll diesen Arbeitsgruppen geholfen werden, spezifische Handlungspläne für die Gestaltung der Arbeitswelt zu entwickeln. Ziel sollte es sein, nicht nur die Streßreaktionen zu beherrschen, sondern auch die Quellen des Arbeitsstresses zu beeinflussen. Erste Versuche in diese Richtung haben sich als sehr wirksam erwiesen. Als weitere institutionelle Ansatzpunkte für die Organisation der Gesundheitsförderung im Betrieb sind Einrichtungen wie "Qualitätszirkel" und Problemlösungsgruppen anzusehen, die bisher erfolgreich in anderen Zusammenhängen in der Industrie erprobt wurden.

Es gelte, die drei historischen Bereiche Arbeitsschutz, Qualität des Arbeitslebens und Wohlbefindensprogramme stärker zusammenzuführen. Eine zukünftige Strategie der Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz müßte dabei folgende Elemente umfassen: 1. systemische Betrachtung von Situation und Verhalten; 2. Identifikation gesundheitsschädlicher Situationen; 3. Identifizierung von Faktoren, die das Wohlbefinden fördern; 4. Arbeitsplatzgestaltung als Bestandteil der Gesundheitsförderung; 5. Unterstützung bei der Änderung individueller Gesundheitsverhaltensweisen durch Arbeitsgruppen, Familie und Gemeinde (Weinstein).

### 6.3 MITBESTIMMUNGSORIENTIERTE MODELLE

Das italienische Modell der Arbeitermedizin geht von zwei Bedingungen der Arbeitnehmer-Mitbestimmung in Gesundheitsfragen aus: Zum einen müssen die Arbeitnehmer Kenntnis von den arbeitsbedingten Gesundheitsrisiken besitzen, zum anderen muß eine direkte Interventionsfähigkeit der Arbeitenden gegeben sein.

Zur Erarbeitung der Kenntnis über die Gesundheitsrisiken sollte das Expertenwissen gemeinsam mit dem Arbeitnehmerwissen genutzt werden. Beide Wissensbereiche können sich sinnvoll ergänzen. Basis für eine Sammlung des Arbeitnehmerwissens ist die homogene Arbeitnehmergruppe. Sie stellt eine Art epidemiologische Überwachungsgruppe dar, die gemeinsame Erfahrungen und Daten sammelt und Arbeitsbedingungen zu ändern versucht. Jeder Arbeitnehmer sollte möglichst alle auf diese Art gesammelten gesundheitsrelevanten Informationen zur Verfügung haben. Diese Teilhabe am Wissen erfordert einen intensiven Informationsaustausch über die subjektiv und objektiv erfaßten Daten, und sie erfordert Erfahrungen mit der Gesundheitslage und den Arbeitsbedingungen im Betrieb. Dies könne über Versammlungen und Gruppendiskussionen im Rahmen der homogenen Arbeitnehmergruppe gewährleistet werden. Aufgrund des technologischen Wandels müsse allerdings auch diese Einheit und ihre Funktion von Fall zu Fall überprüft und den neuen Gegebenheiten angepaßt werden. Zwei Dinge sind im Rahmen dieses mitbestimmungsorientierten Modells von Bedeutung. Erstens bedürfe es stärkerer Bemühungen der Medizin, sich mit den arbeitsbedingten Risiken und Ursachen von modernen Zivilisationskrankheiten auseinanderzusetzen. Zweitens sei eine Einbeziehung der Gesundheitserziehung in ein mitbestimmungsorientiertes Modell notwendig. Traditionelle Methoden der Gesundheitserziehung müßten dazu einer Änderung unterworfen werden. Gesundheitserziehung sollte darauf konzentriert sein, das Wissenspotential und die Interventionsfähigkeit der Arbeitnehmer zu erhöhen. So ist z.B. davon auszugehen, daß zur selbständigen Förderung der Gesundheit eine genaue Kenntnis des Arbeitnehmers über den Arbeitsablauf sowie über die benutzten Maschinen, Materialien und Substanzen notwendig ist. Die Vermittlung dieser Kenntnisse sollte fester Bestandteil der Ausbildung des Arbeitnehmers sein. Ein besonderes Problem stellen in der selbstorganisierten Gesundheitsförderung die Mittel- und Kleinbetriebe dar. In diesem Bereich ist der Einfluß der Gewerkschaft gering. Ziel der Gesundheitsförderung in den Klein- und Mittelbetrieben sollte es sein, die Bereitschaft der Arbeitnehmer zu fördern, aktiver an der partizipativen Gesundheitsförderung mitzuwirken (Briziarelli).

Ein schwedisches Modell der Gesundheitsförderung in der Baubranche setzt bei den Schutzbeauftragten der Gewerkschaften an. Diese Schutzbeauftragten haben drei Funktionen: erstens das Arbeitsmilieu zu überwachen und Verbesserungen auf dem Verhandlungsweg zu bewirken; zweitens kommt ihnen die Aufgabe zu, Betriebe zu einer regelmäßigen und systematischen Bearbeitung der Probleme der Arbeitsumwelt zu motivieren, und drittens sollen sie die Arbeitnehmer zur Selbstorganisation aktivieren. Es stellte sich heraus, daß die Schutzbeauftragten vor allen Dingen mit dem dritten Punkt - der Aktivierung der Arbeitnehmer - Schwierigkeiten hatten. Ein wichtiger Grund für diese Schwierigkeit bestand darin, daß die Arbeiter es nicht gewohnt waren, an Beschlüssen teilzunehmen und häufig der Meinung waren, keinen Einfluß zu haben. Die Schutzbeauftragten nahmen zunächst an, daß sich bei genügender Information über die Gesundheitsgefährdungen von alleine eine Aktivierung der informierten Arbeitnehmer ergibt. Es konnte jedoch festgestellt werden, daß eine Aktivierung der Arbeitenden erst dann erfolgt, wenn neben die Information auch der Dialog, der Austausch von Erfahrungen, das gemeinsame Erarbeiten von Problemen und die Partizipation bei Beschlüssen tritt. Es wurde deshalb versucht, Erfahrungen und Wissen des einzelnen in Gruppendiskussionen, an denen auch der Schutzbeauftragte teilnahm, zur Sprache zu bringen. Die Diskussion der Arbeitsbedingungen mit den Schutzbeauftragten sollte durch Hilfsmittel unterstützt werden, die dem Arbeitnehmer das Erkennen und Beschreiben von arbeitsbedingten Risiken erleichtern. So können z.B. anstelle von schriftlichen und mündlichen Beschreibungen kritischer Arbeitssituationen photographische Aufnahmen dieser Situation verwendet werden. Ebenso kann die Anwendung von Meßinstrumenten, die von den Arbeitnehmern bedient werden können und sie in die Lage versetzen, physikalische und chemische Noxen zu identifizieren, eine wichtige Grundlage für selbstbestimmte Gesundheitsförderung bilden. Das durch solche Maßnahmen erreichte Ausmaß an Aktivität und Interesse kann jedoch nur durch reale Partizipationschancen erhalten werden (Leymann).

Ein finnisches Modell der Gesundheitsförderung verfolgt drei Ziele: erstens eine Sensibilisierung der Manager und Vorgesetzten für die Problematik des Arbeitsstress, zweitens eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen und drittens eine Förderung der gegenseitigen Unterstützung unter den Arbeitskollegen. Auf der Basis einer Analyse der Arbeitsbedingungen und des Gesundheitszustands der Arbeitnehmer wurden auf diesen drei Zielebenen im Rahmen eines Projektes konkrete Maßnahmen geplant. Die Manager und Vorgesetzten wurden zwei Tage lang einer intensiven Schulung in Stress und Gesundheitsfragen unterzogen. Zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen wurde eine Planungsgruppe eingerichtet, die aus Arbeitsschutzexperten, Arbeitsmedizinern, Personalexperten, Arbeitnehmervertretern und Beratern aus der Wissenschaft bestand. Zusätzlich wurden Gruppen gegründet, die der gegenseitigen Unterstützung dienen sollten und von einem Psychologen geleitet wurden. Diese drei Maßnahmen wurden ergänzt durch eine individuelle psychosoziale Beratung, die in Zusammenarbeit mit örtlichen Beratungsdiensten durchgeführt wurde (Kalimo).

## 7. GESUNDHEITSFÖRDERUNG IN DER ARBEITSWELT: ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

In der Diskussion über die betriebliche Praxis der Gesundheitsförderung wurden mehrere problematische Punkte angesprochen. Es wurde davor gewarnt, ausschließlich einen positiven Gesundheitsbegriff zugrunde zu legen. Dies könnte zur Folge haben, daß die bereits bekannten Gesundheitsrisiken in zukünftigen Projekten der Gesundheitsförderung vernachlässigt werden. Man einigte sich schließlich darauf, daß eine Balance gefunden werden muß zwischen dem Ziel, eine positive Gesundheit zu fördern und dem Ziel, Krankheiten zu vermeiden.

Bei der Frage, ob die Strategien zur Gesundheitsförderung mehr personen- oder mehr situationsbezogen ausgerichtet sein sollen, herrschte Einigkeit darüber, daß Gesundheitsprogramme in der Arbeitswelt auf beiden Ebenen ansetzen müssen. Auch bei der Frage, inwieweit Gesundheitsförderung selbstorganisiert oder "von oben" bzw. durch Experten initiiert werden sollte, erschien es der Mehrzahl sinnvoll, einen pragmatischen Weg einzuschlagen. Prävention sollte als langfristiger Lernprozeß aufgefaßt werden. Der Einsatz der Mittel sollte sich an den vorliegenden Problemen orientieren. So können z.B. Verbotsmaßnahmen bei den Problemen Rauchen und Alkohol am Arbeitsplatz durchaus geboten sein, während bei der Frage der Vermeidung von psychosozialem Streß und der Erhöhung der Bewältigungsressourcen die Mitbestimmung der Arbeitnehmer in Fragen der Arbeitsgestaltung im Vordergrund stehen sollte. Auch wurde betont, daß eine Integration der traditionellen Arbeitsschutzexperten in Programme zur Gesundheitsförderung anzustreben sei.

Vor einer unreflektierten Übertragung von Modellen aus anderen Ländern wurde gewarnt. Die kulturellen Unterschiede zwischen den Ländern seien dafür oft zu groß. Kritisiert wurde weiter, daß viele Gesundheitsprogramme den vorhandenen Grundkonflikt zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmer nicht berücksichtigen. Gleichzeitig wurde angeführt, daß anstelle von neuen Programmen politische Entscheidungen notwendig seien. Eine Zerteilung der Praxis der Gesundheitsförderung in eine Förderung der Gesundheit des Managements auf der einen Seite und Untätigkeit bei der Beseitigung bekannter Gesundheitsrisiken der Arbeitnehmer auf der anderen Seite wird ebenfalls als Gefahr gesehen. Auch wurde darauf hingewiesen, daß in den bisherigen Programmen der Gesundheitsförderung der Frauenarbeit und dem Verhältnis zwischen dem Produktions- und Reproduktionsbereich zu wenig Beachtung geschenkt wurde. Die Behandlung dieser Probleme und die Frage nach den Risiken in Dienstleistungsberufen, seien - gerade wegen des Trends zur Dienstleistungsgesellschaft und des Wandels der Arbeitsgesellschaft insgesamt - dringend geboten. Seitens der Zukunftsforscher kam hierzu die kritische Anmerkung, daß die bisherigen Konzepte der Gesundheitsförderung generell zu sehr auf den gegenwärtigen Zustand der Gesellschaft abgestellt seien und zu wenig die zukünftigen Entwicklungen von Arbeit und Gesellschaft berücksichtigen. Konsens konnte dahingehend erzielt werden, daß ganzheitliche Strategien der Gesundheitsförderung Anwendung finden sollten, die verschiedene Ansätze der Gesundheitsförderung integrieren. Dabei sollte eine pragmatische Vorgehensweise gewählt werden, die langfristig auch zum Ziel hat, eine partizipative Arbeitsgestaltung und eine Verknüpfung von Laien- und Expertenhandeln sowie eine Verknüpfung von krankheits- und gesundheitsbezogenen Strategien zu gewährleisten.

## 7.1 NEUORIENTIERUNG DER ARBEITSWELTBEOZUGENEN GESUNDHEITSPOLITIK

Als ein erstes Ergebnis der Konferenz kann festgehalten werden, daß die gesundheitsbezogenen Aktivitäten in der Arbeitswelt einer neuen Programmatik bedürfen. Im Verlauf der Konferenz wurde deutlich, welches die wichtigsten Elemente dieser neuen Programmatik sind. Es wurde jedoch auch deutlich, daß die bisherige betriebliche Realität der Gesundheitsförderung, gemessen an den neuen Zielen und Perspektiven, noch erhebliche Defizite aufweist.

Die Notwendigkeit einer neuen Programmatik ergibt sich aus zwei Punkten: erstens aus den Defiziten des klassischen Arbeitsschutzes, die in der Diskussion über das Risikofaktorenkonzept und der Kritik an der Arbeitsmedizin zutage traten, und zweitens aus dem sich abzeichnenden Wandel der Arbeitswelt. Die Behebung bestehender Defizite und eine Anpassung an den Wandel der Arbeitswelt machen eine Neuorientierung betrieblicher Gesundheitsmaßnahmen notwendig. Der neue Ansatz ist gekennzeichnet durch eine Öffnung für Projekte, die an der allgemeinen Förderung der Gesundheit und weniger an der Prävention bestimmter Krankheiten orientiert sind. Dabei müssen Prävention und Gesundheitsförderung als zwei Endpunkte eines Kontinuums angesehen werden, auf dem sich die verschiedenen Gesundheitsprojekte verorten lassen. Die Neuorientierung der betrieblichen Gesundheitspolitik wird eine Verschiebung von der Prävention hin zu der allgemeinen Gesundheitsförderung mit sich bringen.

## 7.2 TYPOLOGIE DER PROJEKTE

Ein zweites Ergebnis dieser Konferenz ist in einer sich abzeichnenden Typologie gesundheitsförderlicher Intervention zu sehen. Aus den Hintergrundpapieren, Vorträgen und Diskussionen wurde deutlich, daß Programme der Gesundheitsförderung sich in vier Dimensionen typisieren lassen:

1. Gegenstand und Zielsetzung (Krankheit vs. Gesundheit)
2. Ansatzpunkte (Person vs. Situation)
3. Organisation (Fremdorganisation vs. Selbstorganisation)
4. Zielgruppe (Risikopopulation vs. Gesamtpopulation eines Betriebes).

Auf der Ebene von Gegenstand und Zielsetzung können zwei Idealtypen von Projekten der Gesundheitsförderung unterschieden werden. Zum einen Programme, die das Thema "Krankheit" zum Gegenstand und die Verhütung bestimmter Krankheiten zum Ziel haben und zum anderen Projekte, die das Thema "Gesundheit" im Blickfeld haben und eine allgemeine Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens anstreben. Man kann davon ausgehen, daß zwischen beiden Gegenstandsbereichen (Krankheit vs. Gesundheit) ein Kontinuum besteht. Während dabei der Gegenstandsbereich "Krankheit" dem Präventionsansatz zugeordnet werden kann, stellt das Thema "Gesundheit" den Kernbereich des Gesundheitsförderungsansatzes dar. Der zukünftige Trend hinsichtlich der Ziele arbeitsweltbezogener Gesundheitspolitik geht dabei in die Richtung des Gegenstandsbereichs "Gesundheit".

Auf der zweiten Ebene, der der Ansatzpunkte gesundheitsförderlicher Intervention, können ebenfalls zwei Typen von Maßnahmen ausgemacht werden: personenorientierte vs. situationsbezogene Programme. Aufgrund der bereits dargestellten Ergebnisse der Forschung ergibt sich das Ziel, die bestehenden traditionellen Gesundheitsprogramme, die in der Mehrzahl auf die Veränderung individueller Verhaltensweisen abzielen, in der Zukunft um Konzepte der Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt zu ergänzen, die auf eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen im Hinblick auf die Belastungs- und Ressourcensituation abzielen. Hierbei wird sich eine Verschiebung des Schwerpunkts der betrieblichen Gesundheitspolitik von der Orientierung an Personen hin zur Orientierung an der Arbeitssituation ergeben.

Die dritte Ebene bezieht sich auf die Organisationsform der Gesundheitsprogramme in der Arbeitswelt. Hier wurde festgestellt, daß man grundsätzlich die Form der Fremdorganisation von der Form der Selbstorganisation unterscheiden kann. Diese beiden Formen bilden jeweils Endpunkte eines Kontinuums, auf dem sich die verschiedenen Projekte zuordnen lassen. Es wird die Notwendigkeit gesehen, die Fremdbestimmtheit bisheriger Programme zur Gesundheitsförderung, die eng verbunden ist mit dem traditionellen Präventionsansatz und der Expertendominanz, durch eine selbstbestimmte Gesundheitsförderung, die bis hin zur Mitbestimmung in Fragen der Arbeitsorganisation gehen kann, zu ersetzen. Diese Notwendigkeit ergibt sich zum einen aus Forschungsergebnissen, die Befunde für die Bedeutung von realen Partizipationschancen für Streßbewältigung und Gesundheitserziehung liefern können. Und sie ergibt sich zum anderen aus dem zukünftigen Wandel der Arbeit, der eine zunehmende Dezentralisierung und Höherbewertung der Selbstbestimmung mit sich bringt.

Gesundheitsförderliche Aktionen können auf der vierten Ebene danach unterschieden werden, an welche Zielgruppe bzw. welche Population sie sich richten. Dabei sind wiederum zwei grundsätzlich verschiedene Typen von Projekten unterscheidbar. Zum einen Programme, die an Risikopopulationen eines Betriebes wie z.B. Hypertonikern ansetzen, und zum anderen Projekte, die die Gesamtpopulation eines Betriebes in ihr Programm mit einbeziehen. Auch hier wird in Zukunft die Neuorientierung der betrieblichen Gesundheitspolitik eine Schwerpunktverlagerung von der Versorgung der Risikopopulation eines Betriebes hin zur Gesundheitsförderung der gesamten Belegschaft mit sich bringen. Dies nicht zuletzt deshalb, weil in der zukünftigen Gesundheitsförderung die Betonung auf der Gesundheit liegt und daher die Zielgruppe neben den Kranken und Gefährdeten auch die Gesunden sein werden. Neben dieser Unterscheidung von Zielgruppen auf der Mikroebene des Betriebes können auch auf der Makroebene verschiedene Zielgruppen ausgemacht werden. Im Gespräch waren: Großbetriebe vs. Kleinbetriebe; betriebliche vs. außerbetriebliche Arbeitsformen und Erwerbstätige vs. Nichterwerbstätige (z.B. Hausfrauen).

### 7.3 GESUNDHEITSERZIEHUNG, INFORMATION UND PARTIZIPATION

Ein drittes wichtiges Ergebnis der Konferenz liegt in der Herausarbeitung der engen Verbindung der Gesundheitserziehung mit der Partizipation in der Arbeitswelt. Es wurde betont, daß eine Mitbestimmung der Arbeitnehmer in Gesundheitsfragen ohne eine fundierte Wissensvermittlung über die Zusammenhänge zwischen den Lebens- und Arbeitsbedingungen und der physischen, psychischen und sozialen Gesundheit nur begrenzt möglich ist. Der Gesundheitserziehung fällt in diesem Rahmen die Aufgabe zu, diese Wissensvermittlung zu leisten.

Es wurde herausgearbeitet, daß es in der Gesundheitserziehung mit einer reinen Weitergabe von Wissen und Informationen über Zusammenhänge zwischen Arbeit und Gesundheit nicht getan ist. Notwendig ist zusätzlich, daß eine Möglichkeit besteht, dieses Wissen auch in der Arbeitswelt umzusetzen. Erst die Erfahrung konkreter Anwendbarkeit erlangten Wissens schafft jene Motivation, die nötig ist, den Prozeß des Lernens und Anwendens von Gesundheitsinformationen in Gang zu halten. In die Gesundheitserziehung sollte immer auch das Element der Anwendung der Erkenntnisse fest eingebaut sein. Gesundheitsförderung durch Partizipation und eine fortschrittliche Gesundheitserziehung sollten in Zukunft eng miteinander verwoben werden.

### 7.4 PROGRAMM-MIX ALS STRATEGIE

Ein abschließendes Ergebnis der Konferenz stellt die Erkenntnis dar, daß eine Strategie der Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt, die auf verschiedenen Ebenen ansetzt und mit mehreren Zielen operiert, wirksamer ist als eine Strategie, die nur ein Ziel, z.B. Blutdrucksenkung, verfolgt. Ein solcher "Mix" aus verschiedenen Teilstrategien, die an unterschiedlichen Interventionspunkten, wie z.B. an der Person und der Situation zugleich ansetzen und sowohl die Verhütung bestimmter Krankheiten als auch das allgemeine Wohlbefinden zum Gegenstand haben, kann synergistische Effekte zeitigen und hat den Vorteil, den unterschiedlichen Bedürfnissen der Belegschaftsmitglieder gerecht zu werden.

Grundlage einer solchen Vorgehensweise sollte dabei ein holistischer Gesundheitsbegriff und eine sozialökologische Ausrichtung sein, die die Erkenntnis berücksichtigt, daß das Individuum in der Arbeitswelt Ressourcen (z.B. soziale Unterstützung, Handlungsspielraum, Wissen, Fertigkeiten) zur Verfügung haben muß, die es befähigen, psychosoziale Stressoren und andere Gesundheitsgefahren zu beseitigen oder mit ihnen besser umzugehen. Auch sollten nicht nur Konzepte der Gesundheitsförderung für Großorganisationen entwickelt werden, sondern auch Konzepte, die speziell auf Klein- und Mittelbetriebe und Formen der unbezahlten Arbeit (z.B. Hausfrauenarbeit) sowie der Doppelarbeit (inkl. Schwarzarbeit) zugeschnitten sind. Den spezifischen Problemen der Frauen (z.B. Doppelbelastung) und ihrer Arbeitsformen sollte ebenfalls besondere Beachtung geschenkt werden.

## 8. EMPFEHLUNGEN

Die Absicht des Europabüros der WGO, die Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt auf nationaler und internationaler Ebene voranzutreiben, ist von den Teilnehmern der Konferenz einhellig und nachdrücklich begrüßt worden. Dabei wurde betont, daß Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt nicht nur Gesundheitserziehung und Arbeitssicherheit beinhaltet, sondern auch andere Elemente einschließt, wie z.B. Streßmanagement-Programme, partizipative Arbeitsplatzgestaltung, Prävention arbeitsbedingter Krankheiten und Förderung einer positiven Gesundheit. Für die zukünftige Entwicklung dieses Schwerpunktbereichs wurden folgende Empfehlungen ausgesprochen:

Netzwerk-Förderung: Die Entstehung nationaler und internationaler Netzwerke von Gesundheitsförderern (Praktikern und Wissenschaftlern) soll mit Hilfe verschiedenster Mittel (Mitteilungsblätter, Konferenzen, Follow-up-Rundrufe etc.) gefördert werden.

Dokumentation: Es sollten auf nationaler und internationaler Ebene Stellen eingerichtet werden, die Fallstudien zur Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt sammeln, ordnen und an Interessierte aus Wissenschaft und Praxis weiterleiten. Das Regionalbüro für Europa der WGO könnte dabei eine Katalysatorfunktion für nationale Anstrengungen übernehmen.

Forschung: Im Bereich der Wissenschaft sollten folgende Punkte im Zentrum zukünftiger Bemühungen stehen: Gesundheits-Indikatoren, Fallbeschreibungen sowie Prozeß- und Ergebnis-Evaluation einzelner Programme, soziale Determinanten von Gesundheit und von Verhaltensmodifikation, Bedarfsanalysen der Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt.

Weiterentwicklung praktischer Gesundheitsförderung: Erfolgreiche Projekte zur Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt sollten durch Publikationen und andere Medien bekannt gemacht werden. Darüber hinaus wurde an jeden einzelnen appelliert, die Idee der Gesundheitsförderung selbst in den entsprechenden Medien zu verbreiten und nicht die Verantwortung hierfür an staatliche oder internationale Institutionen abzugeben.

# Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung



Ostmerheimer Straße 200,  
D 5000 Köln-91 (Merheim)

FERNRUF-SA-NR. 89 92-1,  
TELEX: 8873 658 bzga d