

P. Lemke-Goliasch, G. Wendt

Abschlußbericht:

Nichtraucherschutz am
Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ)

Untersuchung zu Auswirkungen der
Dienstvereinbarung zum Nichtrauchen

im Auftrag der
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln

Heidelberg, Mai 1990

ARCHIVEXEMPLAR

Reg.-No. 50025
(5.4.2)

Stiftungsvorstand
und
Personalrat
des Deutschen Krebsforschungszentrums

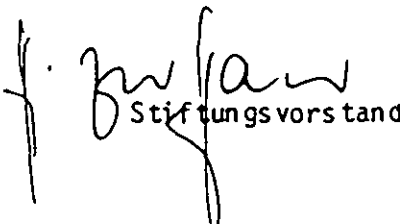
schließen aufgrund von § 79 Abs. 3 Ziffer 8 LPVG folgende

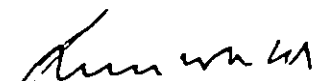
D i e n s t v e r e i n b a r u n g

- 1.) Im DKFZ soll grundsätzlich nicht geraucht werden.
- 2.) Rauchen kann allenfalls dort geduldet werden, wo Raucher und Nicht-raucher sich einigen. Im Konfliktfall haben Interessen des Nichtrauchers Vorrang. Ausgenommen hiervon sind Bereiche, in denen aufgrund gesetzlicher Vorschriften ein allgemeines Rauchverbot besteht.
- 3.) In Räumen, die von allen Mitarbeitern genutzt werden (z.B. Foyer, Hörsäle, Konferenzräume, Casino, Aufzüge, Bibliothek, Toilette etc) wird nicht geraucht.
Außerhalb der Essenszeit (ab 15.00 Uhr) ist Rauchen im Casino in einem definierten Bereich allenfalls geduldet.
Institute, Verwaltung und Zentrale Einrichtungen treffen Regelungen selbständig; wo Rauchen geduldet wird.
- 4.) Rauchern wird Gelegenheit zur Teilnahme an einem "Nichtrauchertraining" gegeben.
- 5.) Diese Vereinbarung tritt am 06.05.1988 in Kraft. Sie kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden. Nach der Kündigung bleibt die Vereinbarung bis zum Abschluß einer neuen Vereinbarung, längstens aber ein Jahr, in Kraft. Sie soll nach Ablauf von 6 Monaten überprüft werden.

Heidelberg, den 5. Mai 1988


Personalrat


Stiftungsvorstand



Information von Stiftungsvorstand und Personalrat zum Rauchen im DKFZ

Nach gesicherten wissenschaftlichen Erkenntnissen gefährdet Rauchen die Gesundheit. Es verursacht Herz- und Kreislaufkrankungen und ist ein wesentlicher Krebsrisikofaktor. Nach neueren wissenschaftlichen Erkenntnissen stellt auch Passivrauchen eine Gesundheitsgefährdung dar.

Der Stiftungsvorstand hatte deshalb mit dem Personalrat im April 1987 über seine Absicht, ein generelles Rauchverbot im DKFZ anzustreben, gesprochen. Zuerst wurde in Absprache mit dem Personalrat eine Umfrage unter den Mitarbeitern durchgeführt, um ein allgemeines Meinungsbild zu bekommen. Überwiegend votierten die Mitarbeiter für eine weitere Einschränkung des Rauchens.

Fast ein Jahr hat die Diskussion um das Rauchen am DKFZ gedauert, bis die vorliegende Dienstvereinbarung abgeschlossen werden konnte.

In der Behandlung dieser Problematik hat der Personalrat ein uneingeschränktes Mitbestimmungsrecht nach dem LPVG. Es sollen also die Interessen der Arbeitnehmer Berücksichtigung finden - so unterschiedlich sie auch sind.

Obwohl Personalrat und Stiftungsvorstand im Grundsatz von Anfang an einig waren, daß Rauchen sowohl für den Raucher selber als auch für den Passivraucher gesundheitsschädlich ist, gab es doch unterschiedliche Vorstellungen, welcher Weg sicher zum Ziel führen würde, den Raucher bei der Entwöhnung zu unterstützen und den Nichtraucher zu schützen.

In der gesamten Diskussion hat der Personalrat die Anliegen der Nichtraucher berücksichtigt und sich eingesetzt zur Förderung der Bereitschaft unter den Rauchern, das Rauchen aufzugeben. Deshalb hat der Personalrat sich auch von Anfang an eindeutig gegen ein absolutes Rauchverbot ausgesprochen, weil es weder rechtlich durchsetzbar noch inhaltlich sinnvoll sei.

Stiftungsvorstand und Personalrat hoffen, daß der gefundene Kompromiß den Interessen der Gesundheit dient und so auch von allen verstanden wird.

Nähere Einzelheiten über die zwischen Stiftungsvorstand und Personalrat getroffene Vereinbarung sind dem anliegenden Text der Dienstvereinbarung zu entnehmen.

Heidelberg, den 6. Mai 1988

Gliederung

Vorwort

1. Einleitung

- 1.1 Betriebliche Gesundheitsförderung*
- 1.2 Prävention im Rahmen von Dienst-/Betriebsvereinbarungen*

2. Entstehungsgeschichte und Auswirkungen der Dienstvereinbarung aus der Sicht betrieblicher Funktionsträger

- 2.1 Vorbemerkung*
- 2.2 Die Notwendigkeit einer Dienstvereinbarung*
- 2.3 Auswirkungen der Dienstvereinbarung auf das Rauchverhalten*
- 2.4 Weiterführende Strategien zur Raucherprävention*
- 2.5 Weitere präventions- und gesundheitsrelevante Problembereiche im DKFZ*
- 2.6 Perspektivische Anmerkungen zur Gesundheitsförderung*

3. Die Bewertung der Dienstvereinbarung durch Mitarbeiter(innen)

- 3.1 Vorbemerkung*
- 3.2 Anmerkungen zur Methode*
- 3.3 Strukturdaten der Befragten*
- 3.4 Rauchverhalten*
- 3.5 Gesundheitsbewußtsein*
- 3.6 Die Dienstvereinbarung aus der Sicht der Beschäftigten*
- 3.7 Zur gesellschaftlichen Bewertung des Rauchens*
- 3.8 Rauchverbot im DKFZ*
- 3.9 Perspektivische Anmerkungen zur Raucherentwöhnung*

4. Konzeptionelle Überlegungen zur Verhinderung des Rauchens im betrieblichen Bereich

Anlagen

- Gesprächsleitfaden*
- Fragebogen*
- Text der Dienstvereinbarung*
- Information zur Dienstvereinbarung*

Vorwort

Der vorgelegte Ergebnisbericht zum "Nichtraucherschutz am Deutschen Krebsforschungszentrum (DKFZ) Heidelberg" gliedert sich in vier Abschnitte.

In einem Einleitungskapitel wird auf die Notwendigkeit des Ausbaus betrieblicher Gesundheitsförderung im Rahmen gesundheitspolitischer Zielvorgaben, wie sie sich u.a. im Gesundheitsreformgesetz niedergeschlagen haben, eingegangen, wobei insbesondere die Funktion und der Stellenwert der Betriebs- und Dienstvereinbarungen im Rahmen betrieblicher Prävention zukommt, genauer untersucht wird. Orientiert man sich an einer gängigen Differenzierung zwischen personaler und struktureller Prävention, so sind derartige Vereinbarungen eher dem letzteren Bereich zuzuordnen, die insgesamt für betriebliche Präventionsmaßnahmen eher noch die Ausnahme darstellen. Durch ihren Rechtscharakter ergeben sich allerdings - gerade, wenn es sich um Regelungen handelt, die für nicht unbeträchtliche Teile der Belegschaft zumindest aus deren subjektiver Sicht eine Einschränkung darstellen - eine Reihe von Problemen sowohl bezogen auf die konkrete inhaltliche Ausgestaltung wie auch auf der Vermittlungsebene, d.h. wie wird den Betriebsangehörigen die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit einer solchen gesetzlichen Regelung transparent gemacht und welche flankierenden Maßnahmen von betrieblicher Seite werden angeboten, um das Unterstützungspotential innerhalb der Belegschaft zu gewährleisten.

Das Nachzeichnen dieses Prozesses im DKFZ wie auch die Resonanz und Akzeptanz bei den Mitarbeitern ein Jahr nach Abschluß der Dienstvereinbarung wird in den Kapiteln 2 und 3 vorgestellt. Während im 2. Abschnitt die Sichtweise der Hauptakteure und Entscheidungsträger auf Betriebsebene (Geschäftsführung, Personalrat, Betriebsarzt etc.) zum Abschluß der Dienstverein-

barung wie auch zu deren Bewertung im Hinblick auf die intendierten Effekte im Mittelpunkt stehen, werden im dritten Teil die Gründe und Ursachen aus der Sicht der Beschäftigten beschrieben sowie Auswirkungen auf der Verhaltensebene analysiert. Die vorgenommene Trennung begründet sich weniger durch die Unterschiedlichkeit der gewählten methodischen Ansätze (persönliche Interviews bei betrieblichen Funktionsträgern versus repräsentative telefonische Befragung der Beschäftigten), als vielmehr dadurch, hiermit die Verschiedenartigkeit der Interessenslage zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmern deutlicher nachzeichnen zu können. Insbesondere die Kenntnis von der konflikthafter Auseinandersetzung im Vorfeld des Abschlusses trug mit dazu bei, diese Darstellungsweise zu wählen.

Im Abschlußkapitel werden im Hinblick auf die Übertragbarkeit auf andere Betriebe des privaten und öffentlichen Sektors typische Friktionen und Widerstände benannt und konzeptionelle Vorschläge entwickelt, wie solche rechtlich fixierten Rahmenbedingungen durch ergänzende präventive betriebliche Gesundheitsförderungsmaßnahmen in ihrem Wirkungsgrad verbessert werden können.

1. Einleitung

Das Thema Rauchen besitzt - neben dem in jüngster Zeit stärker in den Mittelpunkt rückenden Komplex der Fehlernährung - im Bereich gesundheitserzieherischer Bemühungen die längste Tradition.

Eine neue Qualität erhielten diese Anstrengungen durch die Ergebnisse verschiedener epidemiologischer Studien zum 'Passivrauchen', nach denen zumindest plausibel vermutet werden kann, daß Raucher nicht nur ihre eigene Gesundheit gefährden, sondern auch die 'mitrauchender' Nichtraucher. Die in diesem Zusammenhang einsetzende Diskussion hat zu verstärkten Anstrengungen zum Schutz der Nichtraucher geführt. Dies gilt vor allem für den betrieblichen Bereich, wo vermehrt Aktivitäten unternommen werden, den Nichtraucherschutz zu verstärken.

Für die öffentlichen Arbeitgeber kommt hier dem Urteil des Bundesverwaltungsgerichts von 1984 ein besonderer Stellenwert zu. Die Kernaussage dieses Urteils besteht darin, daß der Dienstherr ein Rauchverbot am Arbeitsplatz erlassen kann, sofern andere Möglichkeiten nicht bestehen, wie etwa die Trennung von Rauchern und Nichtrauchern durch Umsetzung. Auf der Grundlage dieses Urteils sind u.a. die Landesregierungen von Bayern und Nordrhein-Westfalen tätig geworden und haben auf dem Erlaßwege entsprechende Schutzregelungen für die ihnen unterstellten Behörden geschaffen.

In privaten und halböffentlichen Wirtschaftsunternehmen und Einrichtungen steht für diesen Bereich betrieblicher Gesundheitsförderung neben verstärkten Aufklärungsmaßnahmen als Regelungsinstrument der Abschluß von Dienst- bzw. Betriebsvereinbarungen zur Verfügung. In zunehmendem Maße werden Personal- und Betriebsräte tätig, vielfach auf dem Hintergrund von Konflikten zwischen den Beschäftigten. Diese teilweise sehr

emotional geführten Auseinandersetzungen, die unter Umständen sogar eine Gefährdung des 'Betriebsfriedens' nach sich ziehen, können häufig nur durch solche rechtswirksamen Regelungen beigelegt werden. Auch bei den Arbeitgebern ist aufgrund ihrer gesetzlich verankerten Fürsorgepflicht eine zunehmende Aufgeschlossenheit für den präventiven Gesundheitsschutz zu verzeichnen, was sich auch in der Bereitschaft ausdrückt, in Zusammenarbeit mit den Arbeitnehmervertretern derartige Betriebs- und Dienstvereinbarungen abzuschließen.

Die im DKFZ zustandegekommene Regelung spiegelt u.a., was ihre Vorgeschichte aber auch was die Inhalte betrifft, die Schwierigkeit wider, auf Betriebsebene konsensfähige Regelungen zu schaffen, die den unterschiedlichen Interessen der Beschäftigten Rechnung tragen und die verhindern, daß Mitarbeiter ausgegrenzt oder stigmatisiert werden.

1.1 Betriebliche Gesundheitsförderung

Die sozial- und gesundheitspolitische Debatte der letzten zehn Jahre hat dazu geführt, daß die Prävention neben der Kuration und Rehabilitation als dritte Säule eines umfassenden gesundheitlichen Versorgungssystems anerkannt ist, entsprechend der Zielvorgabe, mittel- und langfristig die Gesundheitsqualität der Bevölkerung zu verbessern.

Auf Betriebsebene existiert ein ausgebautes präventives Arbeitsschutz- und Arbeitssicherheitssystem, das im wesentlichen darauf ausgerichtet ist, Arbeitsunfälle zu verhüten und der Entstehung von Berufskrankheiten vorzubeugen. Einhergehend mit Veränderungen im Produktionsprozeß hat sich das Anforderungsprofil der beruflichen Tätigkeiten verändert, was zu neuen Formen gesundheitlicher Beeinträchtigung geführt hat, für die

das tradierte Regelungssystem keinen adäquaten Handlungsansatz mehr darstellt (Kuhn 1990).

Orientiert am Konzept einer "gesundheitsfördernden Gesamtpolitik", wie es die WHO in ihrer Regionalstrategie "Gesundheit 2000" entwickelt und in der Ottawa Charta konkretisiert hat (WHO 1986), wird in jüngster Zeit verstärkt versucht, dieses auch auf den betrieblichen Sektor zu übertragen. Betriebliche Gesundheitsförderung will die vorhandenen Defizite überwinden, indem jenseits bestehender Schutznormen zusätzliche gesundheitsförderliche Maßnahmen und Programme entwickelt werden. Für die Umsetzung einer solchen Strategie hat der amerikanische Gesundheitsforscher Pelletier zehn Prinzipien aufgestellt (Kuhn 1990):

1. "Die Faktoren und die Bedingungen, die die individuelle Gesundheit und die Verlängerung des Lebens fördern, sind genau die gleichen Faktoren und Bedingungen, die die Gesundheit von/in Organisationen (organizational health) und den dauerhaften Bestand von Betrieben fördern.
2. Individuelles Bemühen ist notwendig, aber nicht ausreichend.
3. Arbeitnehmer und Arbeitgeber benötigen dieselben Informationen, Ziele und Anreize zur gleichen Zeit.
4. Alle Arbeitnehmer sind zu beteiligen.
5. Begrenzte Gesundheitsförderungsprogramme sind oft teurer und weniger effizient als ganzheitliche Programme, die, obwohl subtiler, auf dauerhaften und positiven Wandel angelegt sind.

6. Ein Programm sollte aus einfachen und kostengünstigen Komponenten bestehen, die ein positives Ergebnis erwarten lassen.
7. Jede Form der Gesundheitsförderung muß individuelle Bedürfnisse und außergewöhnliche Umstände berücksichtigen.
8. Ganzheitliche Gesundheitsförderungsprogramme betonen mehr die positiven Aspekte der Gesundheit wie die negativen Risiken.
9. Änderungen in den Arbeitsbedingungen sind notwendig, um individuelles Bemühen stärker zu fördern.
10. Gesundheitsförderungsprogramme sollen finanzielle Anreize bieten."

Die Verwirklichung dieses Forderungskatalogs steht in der betrieblichen Praxis weitgehend noch aus. Zwar führen mittlerweile eine Vielzahl von Betrieben auf freiwilliger Basis Präventionsmaßnahmen durch, wobei es sich vor allem um Großbetriebe handelt, während in Klein- und Mittelbetrieben derartige Angebote eher die Ausnahme darstellen. Da Prävention zum einen unter betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten immer auch einen zusätzlichen Kostenfaktor - wie jede andere freiwillige soziale Leistung - darstellt und zum anderen ein gewisser Standard an betrieblicher Infrastruktur für die Durchführung notwendig ist, sind Großbetriebe eher in der Lage und auch bereit (teilweise auch aufgrund der Firmentradition), derartige Maßnahmen durchzuführen.

Der Kanon der Aktivitäten umfaßt im wesentlichen verhaltensorientierte Angebote, d.h. der Schwerpunkt liegt auf der Individualprävention. Vorherrschend sind dabei Kursprogramme zur Raucherentwöhnung, zur Übergewichtsreduktion, die Vermittlung

von Techniken zur Streßbewältigung etc. Vereinzelt werden darüber hinaus für die mittlere und höhere Managementebene auch Schulungsprogramme zur Personalführung angeboten.

Die Durchsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung als neue Zieldimension wird im wesentlichen davon abhängen, ob vorhandene Spielräume durch betriebliche Funktionsträger genutzt bzw. eventuell ausgeweitet werden können, ob es gelingt, die Arbeitnehmer stärker als bisher für Fragen des Gesundheitsschutzes zu aktivieren und ob eine eindeutig identifizierbare betriebsbezogene Konzeption und Zielsetzung vorhanden ist.

1.2 Prävention im Rahmen von Dienst-/Betriebsvereinbarungen

Einen interessanten Ansatz im Kontext der Prävention stellen Dienst- bzw. Betriebsvereinbarungen dar.

Als potentielle Handlungsstrategie sind sie zum einen auf den Bereich des Betriebes beschränkt, zum anderen besitzen sie einen Rechtscharakter, was für präventive Maßnahmen eher die Ausnahme darstellt - vielmehr gilt im Regelfall das Prinzip der Freiwilligkeit der Teilnahme. Durch ihre normative Wirkung greifen sie von außen auf andere vertragliche Beziehungen im Betrieb ein, insbesondere in das Arbeitsvertragsrecht.

Der Abschluß einer Dienst- oder Betriebsvereinbarung zieht nach sich, daß die in ihr geregelten Sachverhalte unmittelbar und zwingend gelten. Sie sind das durch schriftliche Vereinbarung zwischen Arbeitgeber und Personal-/Betriebsrat geschaffene *Gesetz des Betriebes* (Fitting et al. 1981). Verstöße gegen derartige festgelegte Regelungen können für den einzelnen Arbeitnehmer negative Konsequenzen nach sich ziehen - gleichzeitig hat der Einzelne aber auch gegenüber dem Arbeitgeber einen Rechtsanspruch auf Einhaltung der Regelung.

Obwohl der Betriebsrat von seiner Funktion her die kollektive Interessenvertretung der Arbeitnehmer eines Betriebes gegenüber dem Arbeitgeber ist, steht dem nicht entgegen, daß Dienst- und Betriebsvereinbarungen notwendigerweise nur Sachverhalte beinhalten, die in jedem einzelnen Fall zugunsten der Arbeitnehmer wirken. Mit einer solchen rechtlichen Vereinbarung können auch Pflichten der Arbeitnehmer oder sonstige dem Betrieb dienliche Normen festgelegt werden, insbesondere in Fragen der Ordnung des Betriebs (z.B. Rauchverbote/Torkontrollen) (Fitting et al. 1989).

Gerade dort, wo Dienst- und Betriebsvereinbarungen gesundheitliche Belange inhaltlich regeln, kommt diesem Aspekt eine besondere Bedeutung bei. Betriebsvereinbarungen sind bisher vor allem im Bereich der *Alkoholprophylaxe* (Rußland 1989) und angeregt durch die wissenschaftlich-öffentliche Diskussion über den Stellenwert des Passivrauchens zur *Raucherprävention* abgeschlossen worden. Dies spiegelt zum einen sowohl die Komplexität des zu regelnden Problemfeldes wider, zum anderen aber auch die Schwierigkeit gerade des Personal- und Betriebsrates, bei derartigen Regelungen der betriebspezifischen Situation Rechnung tragen zu müssen. Darüber hinaus befindet sich die Arbeitnehmervertretung in einem weiteren Dilemma. Sie muß versuchen, zwischen den häufig divergierenden Interessen der Arbeitnehmer einen Ausgleich zu finden, um nicht eventuell der Entwicklung von neuen Konflikten Vorschub zu leisten. Das bedeutet, daß der Personal-/Betriebsrat sich genaue Kenntnisse über den Umfang der zu regelnden Einzelaspekte verschaffen muß, daß in der Betriebsöffentlichkeit ein Diskussionsprozeß stattfinden sollte und daß flankierend weitere unterstützende Präventionsprogramme angeboten werden sollten, um die Akzeptanz derartiger Regelungen zu verbessern.

Betriebsvereinbarungen, in denen Fragen des präventiven Gesundheitsschutzes geregelt werden, greifen rechtlich bindend in den Verhaltensbereich des einzelnen Arbeitnehmers ein - sie können damit keine ultima ratio präventiver Handlungsstrategien darstellen, wenn ein wesentlicher Aspekt, nämlich die freie Wahlmöglichkeit des Einzelnen (im Sinne der WHO-Empfehlung: "make the healthier choice the easier choice"), nicht verlorengehen soll.

Wie eine ausführliche Dokumentation (Rußland 1989) über die Betriebs- und Dienstvereinbarungen zum Thema 'Sucht', die sich in erster Linie auf den Schadstoff 'Alkohol' konzentrieren, belegt, handelt es sich um sehr unterschiedliche Vereinbarungen. Derartige Regelungen existierten zum Erhebungszeitpunkt (1988) in etwa 700-800 Betrieben und Verwaltungen. Sie verfolgen im wesentlichen drei Zielsetzungen:

- Aufklärung der Beschäftigten
- Schulung von Vorgesetzten
- Bereitstellung von Hilfsangeboten für Alkoholiker

Eine derartige Dokumentation für den Bereich Rauchen/Passivrauchen liegt bisher leider noch nicht vor. Einige Landesregierungen (wie etwa Bayern, Nordrhein-Westfalen) haben auf dem Erlaßweg für die ihnen unterstellten Behörden Regelungen zum Schutz der Nichtraucher getroffen, in anderen Länderparlamenten (u.a. Berlin) befinden sich derartige Regelungen in der Beratung. Darüber hinaus dürfte es mittlerweile eine Vielzahl von Betrieben geben, in denen - ähnlich wie im DKFZ - entsprechende Vereinbarungen getroffen worden sind.

2. Entstehungsgeschichte und Auswirkungen der Dienstvereinbarung aus der Sicht betrieblicher Funktionsträger

2.1 Vorbemerkung

Die Phase vor Abschluß der Dienstvereinbarung zum Nichtrauchen am DKFZ war gekennzeichnet durch Konflikte zwischen Personalrat und Stiftungsvorstand. Um einerseits zu erfahren,

- wie der getroffene Kompromiß, den die Dienstvereinbarung darstellt (kein absolutes Rauchverbot) von unterschiedlichen betrieblichen Funktionsträgern eingeschätzt wird,
- aber auch um andererseits Informationen darüber zu erhalten, wie die Umsetzung der Dienstvereinbarung in den einzelnen Abteilungen, Instituten etc. geregelt wird bzw. ein zusätzlicher Regelungsbedarf für notwendig erachtet wird,
- ob durch die Dienstvereinbarung neue Konfliktfelder entstanden sind,
- welche Effekte bei Rauchern erreicht worden sind,
- ob auch für andere gesundheitliche Problembereiche eine Handlungsnotwendigkeit im Sinne zusätzlicher Regelungen für sinnvoll erachtet wird,

waren sieben offen strukturierte Experten-Interviews vorgesehen. Um ein möglichst repräsentatives Gesamtbild zu erhalten, das gleichzeitig auch die relevanten Akteure berücksichtigt, waren folgende Personen für die Befragung ausgewählt worden:

- ein Mitglied des Stiftungsvorstandes
- der Verwaltungsleiter
- der Personalchef

- die Leiterin des betriebsärztlichen Dienstes
- die Vorsitzende des Personalrates
- die Leiterin für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
- die Leiterin der Fortbildungsabteilung.

Alle ausgewählten Personen konnten befragt werden, wobei aus dem Stiftungsvorstand der stellvertretende Vorsitzende interviewt wurde. Die Leiterin der Fortbildungsabteilung war noch nachträglich in diesen Personenkreis mit aufgenommen worden, da der Themenkomplex "Sicherheit und Gesundheit" einen integralen Bestandteil des jährlichen, umfänglichen Fortbildungsangebotes am DKFZ darstellt. So umfaßt das Fortbildungsprogramm für 1989/90 beispielsweise neben Informationsveranstaltungen zum Arbeitsschutz und zur Arbeitssicherheit für verschiedene Arbeitsbereiche (Labor, Technik, Spülküchen), Erste Hilfe-Kurse, Herz-Lungen-Wiederbelebungskurse aber auch Löschübungen zur praktischen Brandbekämpfung.

Darüber hinaus werden aber auch Beratungs- und Kursangebote zu den Themen Bewegungsmangel/Gymnastik, Fehlernährung, Streßreduktion und Raucherentwöhnung angeboten. Grundlage für die Mehrzahl dieser Programme bieten die Manuals der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.

Einen weiteren Angebotsbereich stellen ökologische Themen dar, wie beispielsweise 'Abfälle und Umweltschutz'.

2.2 Die Notwendigkeit einer Dienstvereinbarung

Mit dem Abschluß der Dienstvereinbarung vom 05.05.1988 ist eine Abmachung zwischen dem Stiftungsvorstand und dem Personalrat des DKFZ (vgl. Anlage 1) geschlossen worden, die für alle Mitarbeiter rechtsverbindliche Wirkung besitzt, ohne Bestandteil der Arbeitsverhältnisse zu werden.

Welche Gründe lagen bei den vertragschließenden Parteien vor, eine derartige Vereinbarung zum damaligen Zeitpunkt zu treffen? Gab es ein auslösendes Ereignis oder hat die seit etwa 1987 verstärkt einsetzende Diskussion über die möglichen gesundheitlichen Gefährdungen des Passivrauchens auch am DKFZ zu einer Polarisierung zwischen Rauchern und Nichtrauchern geführt bzw. das Konfliktpotential innerhalb der Mitarbeiter verstärkt, so daß ein Handlungsbedarf entstanden ist? Oder lagen die Motive eher darin, daß von einer international renommierten Einrichtung, die mit der Krebsforschung befaßt ist, schon aus Gründen der Glaubwürdigkeit in der wissenschaftlichen Öffentlichkeit, wie auch in den Augen der Bevölkerung, erwartet wird, daß zwischen den Forschungsergebnissen, die auch von erheblicher gesundheitspolitischer Relevanz sind und der betriebsinternen Realität, kein Widerspruch besteht?

Mit Ausnahme eines Interviewpartners, der häufig Konflikte zwischen Rauchern und Nichtrauchern als mitverursachende Bedingung für den Abschluß der Vereinbarung ansah, erklärten alle Befragten, daß zwischen rauchenden und nichtrauchenden Mitarbeitern keine bedeutsamen Probleme bestanden. Vielmehr ging es vor allem darum, daß "ein Zeichen gesetzt werden sollte"*), um die Glaubwürdigkeit der Einrichtung in der Öffentlichkeit zu erhöhen, zumal in dieser Zeit das Aktionsprogramm "Europa gegen den Krebs" der Kommission der Europäischen Gemeinschaften schon vorbereitet worden ist unter Beteiligung des DKFZ für die Bundesrepublik. Betont wurde auch, daß verstärkt die Notwendigkeit gesehen wurde, wissenschaftliche Erkenntnisse in die Praxis umzusetzen. In diesem Sinn kommt dem DKFZ auch "eine erzieherische Aufgabe gegenüber den eigenen Mitarbeitern" zu.

*) Bei allen im folgenden durch Anführungszeichen kenntlich gemachten Stellen handelt es sich um die Wiedergabe von in dieser Form gemachten Äußerungen der Interviewten.

Grundsätzlich bestand offensichtlich von Vorstandsseite schon seit längerer Zeit die Absicht, ein totales Rauchverbot am DKFZ einzuführen, was jedoch am Widerstand des Personalrats scheiterte. Erst durch einen aktuellen Anlaß wurde diese latent vorhandene Problemsituation virulent. Bei der Bewirtung von Mitgliedern einer ausländischen Delegation im Kasino des DKFZ durch den Stiftungsvorsitzenden zeigten sich diese erstaunt darüber, daß Mitarbeiter des DKFZ im Kasino rauchen. Diese mißbilligende Reaktion führte dazu, daß für das Kasino durch den Vorstand ein Rauchverbot ausgesprochen wurde. Der Personalrat wurde eingeschaltet, und nach längeren Diskussionen und Auseinandersetzungen wurde eine Einigung erzielt, die sich in der Dienstvereinbarung materialisierte, wobei eine Kompromißformel gefunden wurde, die darin besteht, daß im DKFZ grundsätzlich nicht geraucht wird oder werden soll (§ 1), wobei Rauchen geduldet ist, wenn Raucher und Nichtraucher in den einzelnen Instituten sich einigen und im Konfliktfall die Interessen der Nichtraucher Vorrang haben (§ 2). Institute, Verwaltung und zentrale Einrichtungen treffen selbständig entsprechende Regelungen (§ 3). In den Räumen, die von allen Mitarbeitern genutzt werden (z.B. Foyer, Kasino, Hörsäle, Bibliothek, Toilette etc.), ist das Rauchen untersagt, wobei für das Kasino außerhalb der Essenszeiten Rauchen in einem definierten Bereich geduldet wird (§ 3).

Diese Formulierungen lassen einerseits einen Interpretationsspielraum zu, andererseits wird kein übergreifendes Lösungskonzept festgeschrieben, vielmehr behalten die einzelnen Institute und Abteilungen eine autonome Gestaltungsmöglichkeit. Von daher war es interessant zu erfahren, ob der so gefundene Kompromiß den Interessen aller Beteiligten gerecht werden konnte.

2.3 Auswirkungen der Dienstvereinbarung auf das Rauchverhalten

Von allen Gesprächspartnern wird gerade der gefundene Kompromiß gegenüber einem totalen Rauchverbot positiv bewertet, zumal "der Einstieg in ein totales Rauchverbot nicht möglich gewesen ist". Bezweifelt wird auch, ob aus grundsätzlichen pädagogisch-psychologischen Überlegungen ein solches Totalverbot überhaupt sinnvoll sei, da hierdurch immer auch der individuelle Entscheidungsspielraum des einzelnen eingeengt wird.

Insgesamt wurde positiv konstatiert, daß in Nachfolge der Dienstvereinbarung ein Prozeß des Nachdenkens bei vielen Mitarbeitern initiiert worden ist und daß vermehrt über das *Rauchen*, jedoch nicht über den *Raucher* (im Sinne individueller Schuldzuschreibung) diskutiert wird. Inwieweit dieser Diskussionsprozeß auch zu konkreten Verhaltensänderungen bei den Rauchern(innen) geführt hat, darüber konnten keine empirischen Angaben erhoben werden. Nach Einschätzung der interviewten Funktionsträger dürften derartige Erfolge allerdings eher gering zu veranschlagen sein. Gestützt wird diese Annahme auch dadurch, daß nach übereinstimmender Aussage die Inanspruchnahme der Raucherentwöhnungskurse gering ist, so daß Kurse teilweise ausgefallen sind. Allerdings ergibt sich andererseits durch die Befragungsergebnisse bei den Beschäftigten, daß nicht sehr wenige Raucher(innen) zumindest den Versuch unternommen haben, das Rauchen einzuschränken (vgl. Abschnitt 3.9).

Es wäre in diesem Zusammenhang sicherlich interessant, der Frage nachzugehen, ob sich durch solche strukturellen Maßnahmen, wie sie Dienst- oder Betriebsvereinbarungen darstellen, nicht unter Umständen negative Effekte im Hinblick auf die Freiwilligkeit der zu treffenden Entscheidung ergeben, was die Motivation zur Teilnahme vielleicht einschränken könnte.

Aufgrund der *Gestaltungsmöglichkeiten*, die die Dienstvereinbarung den einzelnen Instituten einräumt, bestehen große Ermessensspielräume bei den Vorgesetzten bezüglich der Umsetzung. Hierbei spielen ganz offensichtlich auch Persönlichkeitsmerkmale der jeweiligen Institutsleiter bei der Ausgestaltung der Dienstvereinbarung eine Rolle. Daneben wird aber teilweise auch aufgrund wissenschaftlicher Positionen eine unterschiedliche Haltung zu der Problematik Rauchen/Nichtrauchen vertreten. So praktiziert ein Abteilungsleiter eine stärker liberale Handhabung der Vereinbarung, da er eine Beeinträchtigung der Gesundheit durch das Passivrauchen im Unterschied zu Belastungen, wie sie durch andere Schadstoffe und Umweltbelastungen hervorgerufen werden, eher gering veranschlagt.

Bei derart heterogenen Regelungsmöglichkeiten war es interessant, etwas über die Zahl der *Verstöße gegen die Dienstvereinbarung* zu erfahren. Die Einschätzungen der Experten waren sehr unterschiedlich, wobei als realistische Größenordnung ein 10%iger Anteil von Verstößen angenommen wird. Da die Dienstvereinbarung jedoch keine negativen Sanktionen bei Nichteinhaltung vorsieht, ist es bisher auch zu keinen arbeitsrechtlichen Konsequenzen (z.B. Abmahnung) gekommen. Allerdings wurde in einem Einzelfall, unter Hinweis auf die Dienstvereinbarung, einer Fremdfirma, die mit Wachaufgaben betraut war, gedroht, keine Vertragsverlängerung vorzunehmen, wenn deren Mitarbeiter sich nicht an die Regelung halten würden.

Positiv wurde hervorgehoben, daß trotz der Kompromißformel klare Regelungen geschaffen worden sind in dem Sinne, daß jeder Mitarbeiter jetzt weiß, wo die "Ampeln rot oder grün" zeigen und daß die Regelung mittlerweile von allen mitgetragen wird.

Daß mit der Dienstvereinbarung ein tragfähiger Konsens erreicht werden konnte, belegt auch die Tatsache, daß keine neuen Kon-

fliktfelder innerhalb der Belegschaft entstanden sind, die eine 'Nachbesserung' der Regelungen erforderlich machen. Offensichtlich hat darüber hinaus auch der Stellenwert des Themas Rauchen in der Betriebsöffentlichkeit zunehmend an Bedeutung verloren, wobei allerdings die Wichtigkeit des Themas im Vorfeld des Abschlusses von den Befragten unterschiedlich gewichtet wird. Betont wird verschiedentlich, daß weiterhin vermehrte Aufklärung notwendig ist, um die Dienstvereinbarung inhaltlich auszufüllen. Dieser Aspekt deutet daraufhin, daß eine gesetzliche Regelung allein nicht ausreicht, sondern daß flankierend ein 'gesundheitliches Klima' für das Nichtrauchen erzeugt werden muß.

2.4 Weiterführende Strategien zur Raucherprävention

Neben den rechtlich fixierten Rahmenbedingungen, wie sie eine Dienstvereinbarung darstellt, bietet sich die Möglichkeit, durch positive Anreize Raucher dazu zu motivieren, mit dem Rauchen aufzuhören. Solche Strategien sind eng begrenzt durch den Gleichbehandlungsgrundsatz, wie er z.B. im Landespersonalvertretungsgesetz niedergelegt ist. In einigen Betrieben wird versucht, derartige Anreize - in Abstimmung mit den Betriebsräten - in Form zusätzlicher Urlaubstage, Übernahme von Kosten für Raucherentwöhnungskurse etc. zu schaffen. Grundsätzlich bejahten alle Gesprächspartner eine derartige Strategie, wobei allerdings durchaus auf die rechtliche Problematik hingewiesen wurde. Eine eindeutige Präferenz für einen solchen Anreiz - wenn dies möglich wäre - wird in der Gewährung zusätzlicher Urlaubstage gesehen. Ein Funktionsträger wies in diesem Zusammenhang darauf hin, daß zu prüfen sei, ob das Nichtrauchen - bei sonst gleicher Qualifikation - eines Bewerbers nicht als Einstellungsvoraussetzung gelten sollte. Angesichts der rechtlichen Verhältnisse betonten dann jedoch auch alle Interviewpartner, daß der Abschluß der Dienstvereinbarung einen

optimalen Lösungsansatz darstellt, wobei Differenzierungen nur hinsichtlich der Ausgestaltung ("totales Rauchverbot wäre besser gewesen") vorgenommen werden. Hervorgehoben wird auch, daß die breit angelegten *Aufklärungskampagnen* im Vorfeld des Abschlusses und die zusätzlichen Angebote von Raucherentwöhnungskursen eine "ideale Vorgehensweise" für derartige Abkommen darstellen. Bedauert wurde die konfliktvolle Auseinandersetzung beim Zustandekommen, die zu unnötigen Problemen geführt und teilweise einem 'Negativimage' Vorschub geleistet hat.

Auf einen weiteren wesentlichen Aspekt wurde von einem Gesprächspartner hingewiesen. Die Abteilungs- und Institutsleiter müßten dazu motiviert werden, verstärkt mit gutem Beispiel voranzugehen (top down approach). Dies ist bisher nicht in entsprechendem Umfang geschehen. Im Umkehrschluß dürfte dies aber auch darauf hinweisen, daß die Einstellung und das praktische Handeln in diesem Problemfeld auch auf der mittleren und oberen Management- und Leitungsebene als ambivalent gekennzeichnet werden kann. Zu erwähnen ist an dieser Stelle, daß am DKFZ unabhängig von der Dienstvereinbarung schon für viele Betriebsteile wie Labors, technische Bereiche etc. ein Rauchverbot an den konkreten Arbeitsplätzen bestand, da hier die Arbeitsschutzbestimmungen wie auch die Unfallverhütungsvorschriften zur Anwendung kommen. Für diese Abteilungen und Einrichtungen bestand somit einerseits kein zusätzlicher Regelungsbedarf und andererseits ist auch kaum ein Handlungsspielraum der Abteilungsleiter gegeben.

2.5 Weitere präventions- und gesundheitsrelevante Problem- bereiche im DKFZ

Ob ein totales Rauchverbot, wie von einigen Gesprächspartnern gewünscht, funktionaler gewesen wäre, muß jedoch vor dem Hintergrund der Erfahrung mit dem Alkoholmißbrauch bezweifelt

werden. Obwohl im DKFZ seit längerer Zeit ein totales Alkoholverbot während der Arbeitszeit besteht, wird von allen Gesprächspartnern das *Alkoholproblem* als vorrangig zu bearbeitendes präventives Aufgabengebiet eingestuft - unabhängig von der jeweiligen beruflichen Stellung der Mitarbeiter und auf allen Ebenen der betrieblichen Hierarchie, wird hier ein relevantes Problem gesehen. Allerdings fehlen in diesem Bereich der Suchtprophylaxe entsprechende Konzepte, die der Situation des DKFZ Rechnung tragen.

Als weiterer Problembereich, der vor allem zu psychosozialen gesundheitlichen Störungen beiträgt, wird erwähnt, daß teilweise bei leitenden Angestellten ein Defizit an Personalführungsqualitäten vorhanden ist, was sich auf das Betriebsklima in einzelnen Instituten und Abteilungen negativ auswirkt. Zwar werden bewußt schon seit Jahren extern Managementschulungsprogramme angeboten, nachdem hausinterne Schulungen nur auf geringe Resonanz gestoßen sind. Erklärt wird dies vor allem damit, daß zum einen Naturwissenschaftler solchen psychologisch orientierten Programmen eher distanziert gegenüberstehen und daß zum anderen die gesundheitliche Relevanz dieser Dimension eher gering eingeschätzt wird. Auch diese veränderte Strategie hat jedoch zu keinen wesentlichen Veränderungen des Inanspruchnahmeverhaltens geführt.

Ein weiterer Problembereich, der teilweise für wissenschaftliche Großforschungseinrichtungen typisch sein dürfte, wird darüber hinaus darin gesehen, daß durch häufige Umorganisationen Wissenschaftler funktionslos werden bzw. der Arbeitsbereich stark eingeschränkt wird. Hierauf ziehen sich viele in die "innere Emigration" zurück. Aus vielfältigen Untersuchungen (u.a. Marstedt u. Mergner 1986, Dunckel u. Zapf 1986; Karasek 1979; James 1987) zum Problem der Über- bzw. Unterforderung am Arbeitsplatz und daraus resultierenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen ist weitgehend belegt, daß Mitarbeiter, die da-

von betroffen sind, relevant häufiger über *psychosomatische Beschwerden* klagen als Mitarbeiter, die sich mit einer gestellten Aufgabe bzw. ihrem Arbeitsbereich identifizieren können und über entsprechende Entscheidungsspielräume verfügen.

2.6 Perspektivische Anmerkungen zur Gesundheitsförderung

Aus den Interviews ergibt sich widerspruchsfrei, daß von den betrieblichen Funktionsträgern im DKFZ einerseits einer Nichtraucherregelung grundsätzlich ein hoher Stellenwert zuerkannt wird. Andererseits wird aber auch erkennbar, daß - obwohl der gefundene Lösungsansatz, wie er ja die Dienstvereinbarung darstellt, durchaus positiv eingeschätzt wird - divergierende Positionen bestehen. So hätten vor allem die Vertreter der Arbeitgeberseite sich eine weitergehende Regelung gewünscht (Totalverbot), während für die Arbeitnehmervertretung der gefundene Kompromiß eine akzeptable Lösung darstellt, vor allem, da es dadurch gelungen ist, einzelne wie auch größere Arbeitnehmergruppen nicht auszugrenzen, sondern deren Erwartungen entsprechend zu berücksichtigen. Daß dieser Aushandlungsprozeß eine stabile Basis darstellt, die sowohl den Interessen der Raucher wie auch der Nichtraucher entgegenkommt, wird dadurch dokumentiert, daß ein Jahr nach Abschluß der Vereinbarung keine Notwendigkeit der Modifikation gesehen wird. Parallel hierzu hat sich herauskristallisiert, daß der Stellenwert, der diesem Problemkreis in der betriebsinternen Diskussion generell zuerkannt wird, eher marginal ist.

Darüber hinaus wird aber auch deutlich, daß die Erwartungen, die an den Abschluß der Dienstvereinbarung und der im Vorfeld stattgefundenen flankierenden Präventionsangeboten (Einrichtung und teilweise Bezahlung von Raucherentwöhnungskursen, breit angelegte Aufklärung im Rahmen von Personalversammlungen) geknüpft worden sind, sich nur begrenzt erfüllt haben. So hat

zwar - wie aus der Befragung der Mitarbeiter hervorgeht - ein großer Teil versucht, mit dem Rauchen aufzuhören bzw. es einzuschränken; der Anteil derjenigen, die tatsächlich das Rauchen aufgegeben haben, wird von den betrieblichen Handlungsträgern eher als gering eingestuft - die Schätzungen bewegen sich zwischen 5-10%. Es wurde in den Gesprächen deutlich, daß die Erwartungen sich nicht in dem Umfang erfüllt haben. Dies ist möglicherweise darauf zurückzuführen, daß gerade durch die konflikthafter Auseinandersetzungen im Vorfeld, aber auch durch die als optimal angesehene Vorgehensweise (Angebote von Nicht-raucherkursen, breit angelegte Informationsveranstaltungen etc.) eine eher unrealistische Einschätzung bezüglich des Veränderungspotentials bei den Beschäftigten vorlag. Es ist offensichtlich nicht in entsprechendem Ausmaß gelungen, durch die Dienstvereinbarung ein Klima dahingehend zu erzeugen und zu stabilisieren, durch das zusätzliche motivationale Effekte im Hinblick auf konkrete Verhaltensänderungen erzielt werden konnten. Dies dürfte eventuell auch dadurch bedingt sein, daß die Umsetzung und die Ausgestaltung auf Abteilungs- und Einzelinstitutsebene recht unterschiedlich gehandhabt wird. Inwiefern hierdurch mittelfristig ein neuer Problemdruck entsteht, der einen Handlungsbedarf erfordert, ist gegenwärtig nicht abzusehen.

Zu fragen ist darüber hinaus, ob das Thema Rauchen/Nichtrauchen nicht durch andere gesundheitliche Aufgabenstellungen in Zukunft überlagert wird. Es deutet einiges darauf hin, daß vor allem im Bereich der *Alkoholprophylaxe*, aber auch *psychosomatischer Befindlichkeitsstörungen* aufgrund nachweislich vorhandener Problemlagen vieler Mitarbeiter ein erhöhter *präventiver Handlungsbedarf* für notwendig erachtet wird, der sich in der Praxis niederschlagen soll.

3. Die Bewertung der Dienstvereinbarung durch Mitarbeiter(innen)

3.1 Vorbemerkung

Eine Dienst-/Betriebsvereinbarung wird gewöhnlich mit der Intention abgeschlossen, für alle Mitarbeiter(innen) oder gegebenenfalls - begründet für einen Teil der Belegschaft - kollektiv einen Teilbereich der Arbeitsbedingungen günstiger zu gestalten.

Bei der Dienstvereinbarung zum Nichtrauchen/Rauchen im DKFZ war aber die Sondersituation gegeben, daß sie zur Erreichung des wohl von allen akzeptierten Zieles, einen allgemeinen Beitrag zur Gesundheitsförderung zu leisten, auf dem Weg dorthin Regeln für das Zusammenleben von Rauchern und Nichtrauchern aufstellt, die individuell Begünstigungen oder Benachteiligungen konstituieren oder die in diesem Sinne aufgefaßt und interpretiert werden können.

Es erhob sich daher die Frage, ob es gelungen war, damit Regelungen zu treffen, die vom überwiegenden Teil der Mitarbeiter(innen) getragen wurden. Konkret war also zu klären, inwieweit die intendierte Wirkung, Anlässe für Konflikte zwischen Rauchern und Nichtrauchern im *Arbeitsalltag* zu vermindern und eine Grundlage für die Lösung von gegenläufigen Interessen - in einer "rauchfreien Zone" zu arbeiten, bzw. am Arbeitsplatz Rauchen zu dürfen - zu liefern, tatsächlich erreicht worden war.

Über eine telefonische Befragung wurden die Beschäftigten des DKFZ - eine repräsentative Stichprobe - dazu direkt um Antworten gebeten. Gerade in Gesundheitsfragen hat sich das telefonische Interview gegenüber anderen Befragungsformen besonders hinsichtlich des Ausschöpfungsgrades (Brambilla u. McKinlay 1987) aber auch wegen der technisch bedingt größeren "Distanz" zu als heikel empfundenen Fragen als überlegen erwiesen,

weshalb dieser Methode der empirischen Sozialforschung der Vorzug gegeben wurde.

3.2 Anmerkungen zur Methode

Für die telefonische Befragung sind aus der Belegschaft des DKFZ nach einem Zufallszahlenverfahren 300 Probanden ausgewählt worden, die schon seit einiger Zeit - Stichtag 01.04.1988 - im DKFZ beschäftigt waren.

Die Befragung wurde im September 1989 durchgeführt.

Die erzielte Ausschöpfung zeigt die folgende Tabelle:

Gezogene Namen:	300
- Neutrale Ausfälle (Auszubildende, Praktikanten):	19

Bruttostichprobe:	281
- Zielperson krank, im Urlaub, telefonisch nicht erreicht:	65

Nettostichprobe:	216
- Verweigerungen:	14
- Sonstige Gründe:	9

Durchgeführte Interviews:	193

Ausschöpfungsrate (durchgeführte Interviews/Nettostichprobe)	89%

Es wurde ein standardisierter Fragebogen (siehe die Anlage) eingesetzt. Zwei geschulte Interviewerinnen befragten die Mit-

arbeiter(innen) während ihrer Arbeitszeit von Diensttelefonen des DKFZ. Ein Interview dauerte gewöhnlich zehn Minuten. Die Bereitschaft, am Telefon zu antworten, war ungewöhnlich groß. Dies ist u.a. auf die umfassende Information der Belegschaft des DKFZ durch den Vorstand, den Personalrat und die Bearbeiter der Studie zurückzuführen.

3.3 Strukturdaten der Befragten

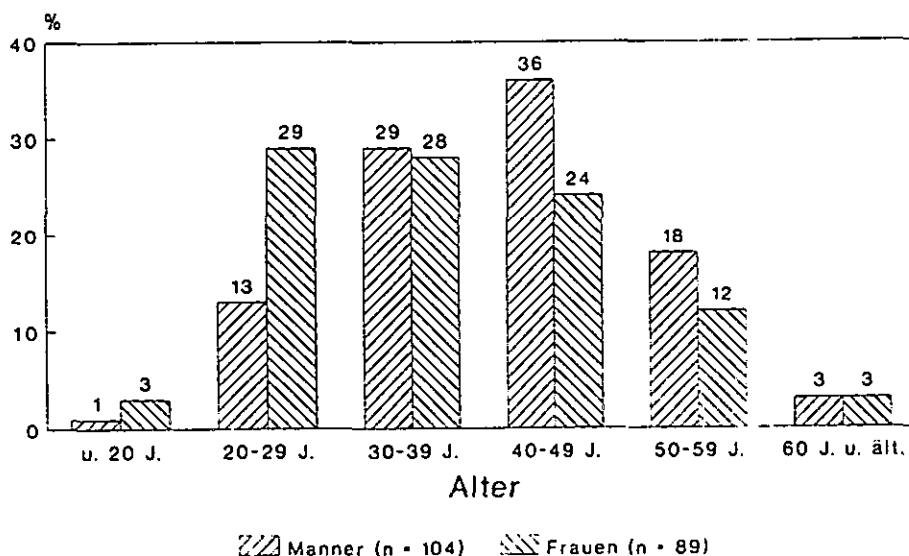
Die *Geschlechterverteilung* ist der Abbildung 1 zu entnehmen. Der Anteil der männlichen Befragten ist etwas höher als der der Frauen (Männer: 54%; Frauen: 46%). Dies entspricht auch etwa den jeweiligen Beschäftigtenanteilen.

Die Verteilung der Teilnehmer(innen) an der Befragung nach dem *Haushaltstyp* zeigt nur geringe geschlechtsspezifische Differenzen: 22% der Männer und 29% der Frauen leben in Einpersonenhaushalten, alle anderen in Mehrpersonenhaushalten mit (Ehe-)Partner oder Kindern.

Der *Altersverteilung* ist zu entnehmen, daß das Durchschnittsalter der Frauen etwas niedriger als das der Männer liegt.

Abbildung 1

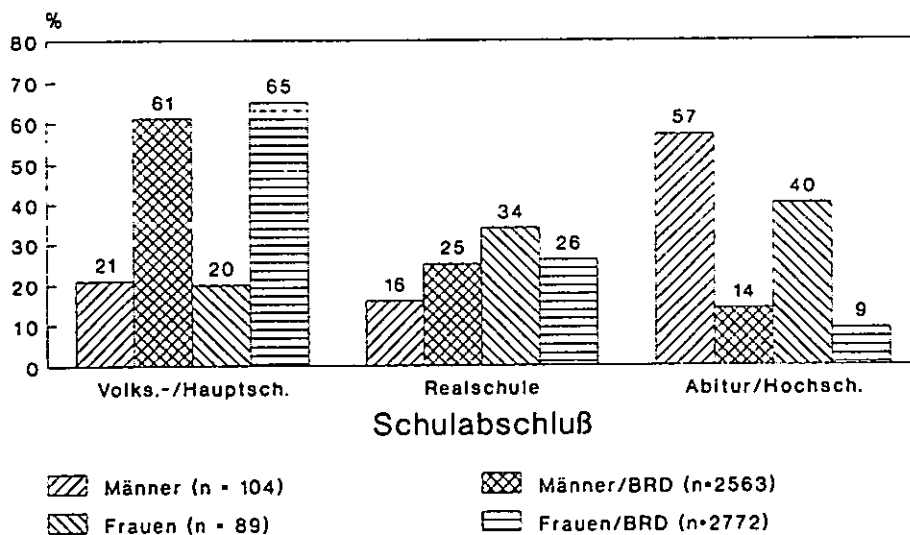
Teilnehmer(innen) an der Befragung nach Alter und Geschlecht



Die *Schulabschlüsse* wiesen keine extremen geschlechtspezifischen Differenzen auf. Durch den Vergleich mit den aus Repräsentativbefragungen für die Bundesrepublik bekannten Daten wird deutlich, wie sehr sich die Anteile der Beschäftigten nach dem Schulabschluß von den Bundesdurchschnittswerten unterscheiden (vgl. die Abbildung 2). Als Vergleichsbasis wurde der nationale Untersuchungssurvey (NUS) der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie (DHP) 1988 herangezogen, durch den knapp 5.000 erwachsene (25-69jährige) Bundesbürger befragt und ärztlich untersucht wurden. Die überdurchschnittlich hohen Anteile der Beschäftigten mit Abitur sind durch die besonderen Qualifikations- und Anforderungsprofile des DKFZ als wissenschaftliche Einrichtung begründet.

Abbildung 2

Teilnehmer(innen) an der Befragung nach Schulabschluß und Geschlecht



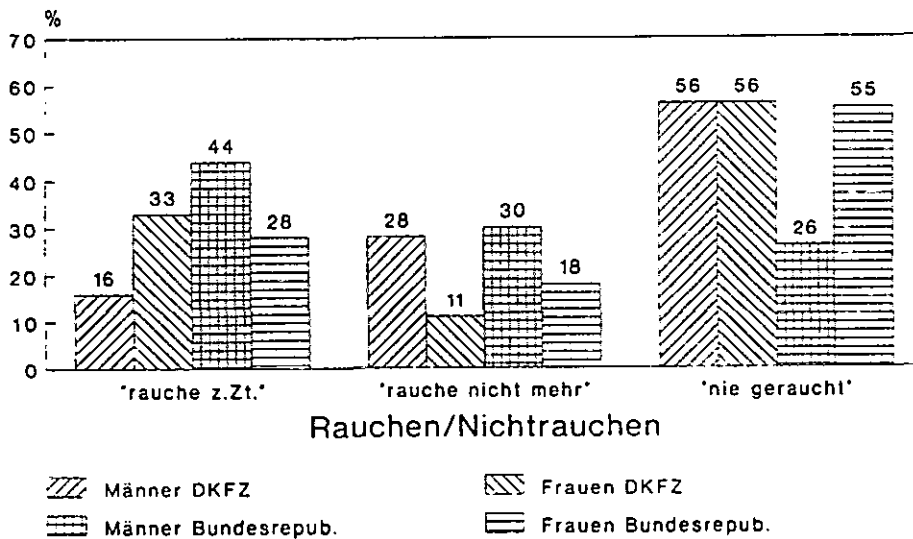
Telefon survey 1989 im DKFZ.
DHP/NUS 1988

Nach Angaben der Stiftungsverwaltung beträgt der Frauenanteil unter den Wissenschaftlern, das sei kurz erwähnt, nur 30% und in den höchsten Gehaltsgruppen (ab BAT Ib) sogar nur 16%.

3.4 Rauchverhalten

Von ganz entscheidender Bedeutung im Zusammenhang dieser empirischen Untersuchung war die Frage nach dem zahlenmäßigen Verhältnis von Rauchern(innen) und Nichtrauchern(innen) im DKFZ. Hier gab es Befunde, die durchaus als überraschend bezeichnet werden können (vgl. die Abbildung 3).

Abbildung 3
Rauchverhalten DKFZ/Bundesrepublik
nach Geschlecht



Telefonsurvey im DKFZ 1989
DHP/NUS 1988

Der Anteil der zur Zeit der Befragung rauchenden Männer betrug nur 16%. Dagegen war der Anteil der rauchenden Frauen etwa doppelt so hoch (= 33%).

Den neueren im Rahmen der DHP 1988 durchgeführten Repräsentativbefragungen von erwachsenen Bundesbürgern(innen) ist zu entnehmen, daß der Anteil der Raucherinnen bei 28%, der der Raucher bei 44% liegt.

Bei den Beschäftigten des DKFZ ist dieser Sachverhalt also fast, verglichen mit dem bundesrepublikanischen Durchschnitt, durch eine Umkehrung des Zahlenverhältnisses gekennzeichnet.

Zur Erklärung dieses Phänomens ist auf die gegenüber Repräsentativbefragungen erheblich veränderte Zusammensetzung der Sample hinzuweisen. Es sind ja nur Berufstätige mit sehr hoher - im Durchschnitt gesehen - Qualifikation befragt worden. Von diesen ist bei den Männern eine stärker werdende Neigung zum Nichtrauchen, gar nicht erst mit dem Rauchen anzufangen und auch wieder aufzuhören, beobachtet worden (Sieber u. Angst 1979), während Frauen in gehobeneren Positionen zur Konstituierung und Stabilisierung eines wichtigen Elements dieses Musters weiblicher Identität, nämlich die Verwirklichung von Emanzipation und Unabhängigkeit, diesen Anspruch an sich selbst - und gegenüber anderen Frauen gern durch den Griff zur Zigarette demonstrieren.

Interessant ist auch das Ergebnis, daß diejenigen Beschäftigten, die angaben, noch nie geraucht zu haben, weit über 50% ausmachten, ohne geschlechtsspezifische Differenzen. Im Bundesdurchschnitt sind sonst mehr als doppelt so viele Frauen ohne Raucherfahrungen (Männer: 26%; Frauen: 55%).

Mehr als doppelt so hoch ist der Anteil der männlichen Beschäftigten des DKFZ, die früher einmal geraucht hatten, bis zum Befragungszeitpunkt aber damit aufgehört hatten (Männer: 28%; Frauen: 11%). Aufschlußreich ist in diesem Zusammenhang wieder ein Blick auf die Ergebnisse der Repräsentativbefragungen der DHP für die Bundesrepublik. Der Anteil der männlichen Nichtraucher mit Raucherfahrungen unter den DKFZ-Beschäftigten entspricht in etwa dem Bundesdurchschnitt (Männer DKFZ: 28%; Männer 1988 Bundesrepublik: 30%). Bei den Frauen liegen die entsprechenden Anteile weiter auseinander (Frauen DKFZ: 11%; Frauen 1988 Bundesrepublik: 18%), mit anderen Worten, es haben

noch nicht so viele weibliche DKFZ-Beschäftigte nach früheren Raucherfahrungen wieder aufgehört, wie das von den Bundesdurchschnittszahlen zu erwarten gewesen wäre.

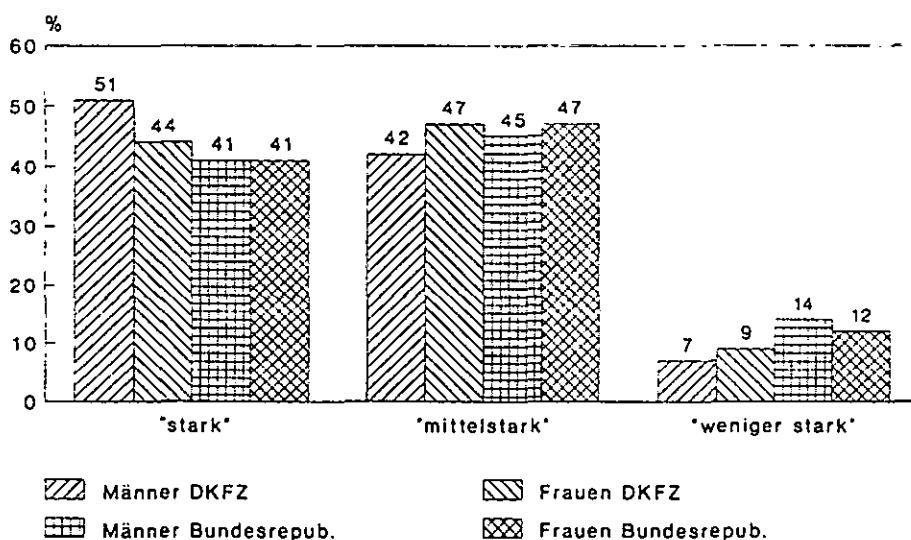
Aus der Perspektive von Bemühungen, das Rauchen im DKFZ zurückzudrängen, sind die Veränderungspotentiale für die *Raucherentwöhnung* am ehesten bei den im DKFZ beschäftigten *Frauen* gegeben.

3.5 Gesundheitsbewußtsein

Zu diesen Befunden paßt auch die von den weiblichen Beschäftigten in den telefonischen Interviews nicht so häufig geäußerte Selbsteinschätzung, stark auf die eigene Gesundheit zu achten (vgl. die Abbildung 4).

Abbildung 4

Beachtung der eigenen Gesundheit nach Geschlecht



Telefon survey im DKFZ 1989
DHP/NUS 1988

Während sonst in Repräsentativumfragen, die auch nicht berufstätige Frauen einbeziehen, dazu keine Unterschiede in den Verteilungen der Antworten nach Geschlechtern nachgewiesen werden können, sind die hier in der telefonischen Befragung ermittelten Differenzen (Männer: 51%; Frauen: 44%) auf das spezielle Sample - nur Berufstätige - zurückzuführen: Berufstätige Frauen sind wohl eher geneigt oder gezwungen, zur Erhaltung oder Verbesserung ihres beruflichen Status, die Pflege der eigenen Gesundheit nicht so stark in den Vordergrund zu stellen.

Die Abbildung 4 läßt außerdem erkennen, daß, insgesamt gesehen, die befragten Mitarbeiter(innen) ihre Gesundheit überdurchschnittlich stark, verglichen mit den Repräsentativwerten für die Bundesrepublik, beachten.

Das ist u.a. auf den generellen Auftrag des DKFZ, einen Beitrag zur Gesundheitsförderung zu leisten, zurückzuführen. Diese normative Zielsetzung wird von den Mitarbeitern(innen) allgemein akzeptiert und ist offenbar, in Teilen wenigstens, verhaltensrelevant. Das Thema Krankheit - speziell Krebs, seine Ursachen und Präventionschancen - ist ja "Arbeitsinhalt", d.h. täglich präsent, so daß eine gedankliche Auseinandersetzung damit, auch im Hinblick auf eigenes (Gesundheits-)Verhalten, bei vielen Gelegenheiten wahrscheinlich ist. Damit sind für alle Initiativen zum betrieblichen Gesundheitsschutz, wie auch für die Dienstvereinbarung zum Nichtrauchen/Rauchen im DKFZ, sehr günstige Voraussetzungen gegeben.

3.6 Die Dienstvereinbarung aus der Sicht der Beschäftigten

In einer Großforschungseinrichtung wie dem DKFZ mit weit über 1.000 Mitarbeitern(innen) sind formalisierte Beziehungen zwischen den Positionsträgern und Organvertretern vorherrschend. Sie können und müssen auf der Grundlage verschiedener rechtlicher Regelungen, hier von Bedeutung der Stiftungsvertrag und

das Personalvertretungsgesetz, hauptsächlich in und über Gremien und Institutionen tätig werden.

Deren Aktivitäten und Arbeitsergebnisse werden sowohl von der Verfahrensseite als auch von den materiellen Resultaten - leider - von vielen Beschäftigten wenig und manchmal fast gar nicht wahrgenommen.

Wenn auch eine umfassende Information aller Mitarbeiter(innen) über alle innerbetrieblichen Regelungen nicht anzustreben ist, so sollten doch wenigstens Vereinbarungen, die die Arbeitsbeziehungen der Mitarbeiter(innen) untereinander betreffen, bekannt und akzeptiert sein. Das ist aber gerade in größeren Betrieben nicht immer der Fall.

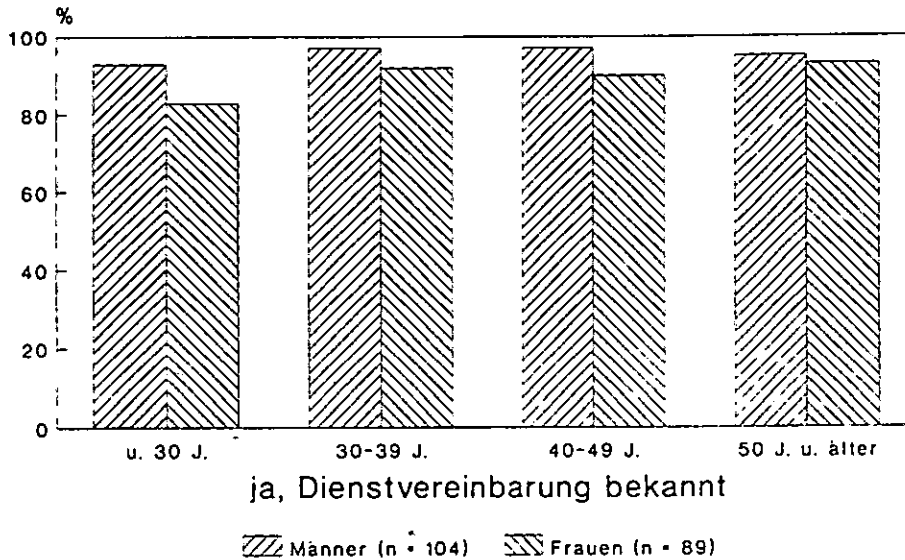
Obwohl seitens des Stiftungsvorstandes, des Personalrates, der Abteilung für Presse- und Öffentlichkeitsarbeit und, besonders in gesundheitlichen Fragen, des Betriebsärztlichen Dienstes anlaßbezogen die Medien- und Informationskanäle gewählt werden, von denen man sich die gerade erwünschte Breiteninformation verspricht, ist die Unsicherheit und zuweilen die Unzufriedenheit darüber groß, daß die Mitarbeiter(innen) nicht immer in dem erhofften Maße unterrichtet sind. Häufig werden die Defizite - vorschnell - auf der "Empfängerseite", bei den Beschäftigten vermutet, von denen angenommen wird, daß sie sich generell und wegen des niedrigen Informationsgrades zu wenig um die betrieblichen Belange kümmern.

Von den Ergebnissen der Befragung her ist diese Voreinschätzung jedenfalls für die Dienstvereinbarung zum Nichtrauchen/Rauchen zu korrigieren. Im Gedächtnis der meisten Befragten waren nach mehr als einem Jahr noch der Anlaß und die Form der Auseinandersetzungen und Diskussionen, die dann zum Abschluß der Dienstvereinbarung führten, präsent. Am meisten wurden das Problem des Rauchens im Kasino und die unterschiedlichen Positionen des Stiftungsvorstandes und des Personalrates hinsichtlich der Mitbestimmungsrechte im Spannungsfeld des

Persönlichkeitsrechtes und des Gesundheitsschutzes genannt (vgl. die Abbildung 5).

Abbildung 5

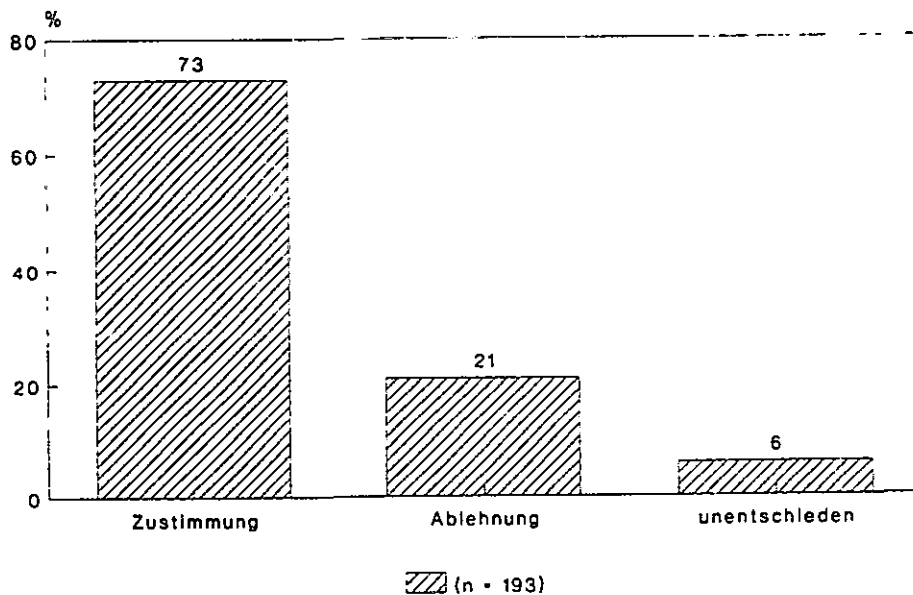
Bekanntheitsgrad der Dienstvereinbarung
nach Alter und Geschlecht



Telefonsurvey im DKFZ 1989

Aus der Sicht aller Akteure, die am Zustandekommen der Dienstvereinbarung mit der Zielsetzung Konfliktlösung und Interessenausgleich beteiligt waren, ist die Beurteilung dieser Übereinkunft nach Ablauf eines Zeitraumes, in dem Nichtraucher und Raucher Erfahrung mit ihr gesammelt haben, von zentraler Bedeutung. Mit der Unterzeichnung der Dienstvereinbarung hatten ja, wie im Personalvertretungsgesetz vorgesehen, der Stiftungsvorstand und der Personalrat nach intensiven Gesprächen einen Konsens fixiert und damit in diesen Auseinandersetzungen einen Endpunkt markiert (vgl. die Abbildung 6).

Abbildung 6
Akzeptanz der Dienstvereinbarung



Telefonsurvey im DKFZ 1989

Es bestand aber bei allen Beteiligten (vgl. die Ausführungen in Kapitel 2) eine gewisse Unsicherheit über das "Befriedungspotential" der Dienstvereinbarung. Für die Entwicklung von neuen, konfliktarmen Verkehrsformen zwischen Nichtrauchern und Rauchern, sozusagen die Ratio und Legitimation des ganzen Verfahrens, war dieses Datum daher als *Anfangspunkt* anzusehen.

In den telefonischen Interviews wurde die Dienstvereinbarung überwiegend begrüßt. Fast drei Viertel aller Befragten (= 73%) äußerten sich positiv, wie sich der Abbildung 6 entnehmen läßt.

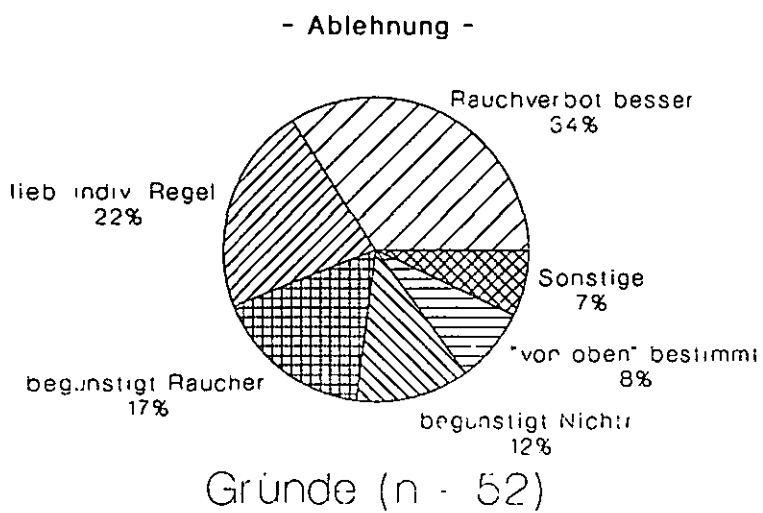
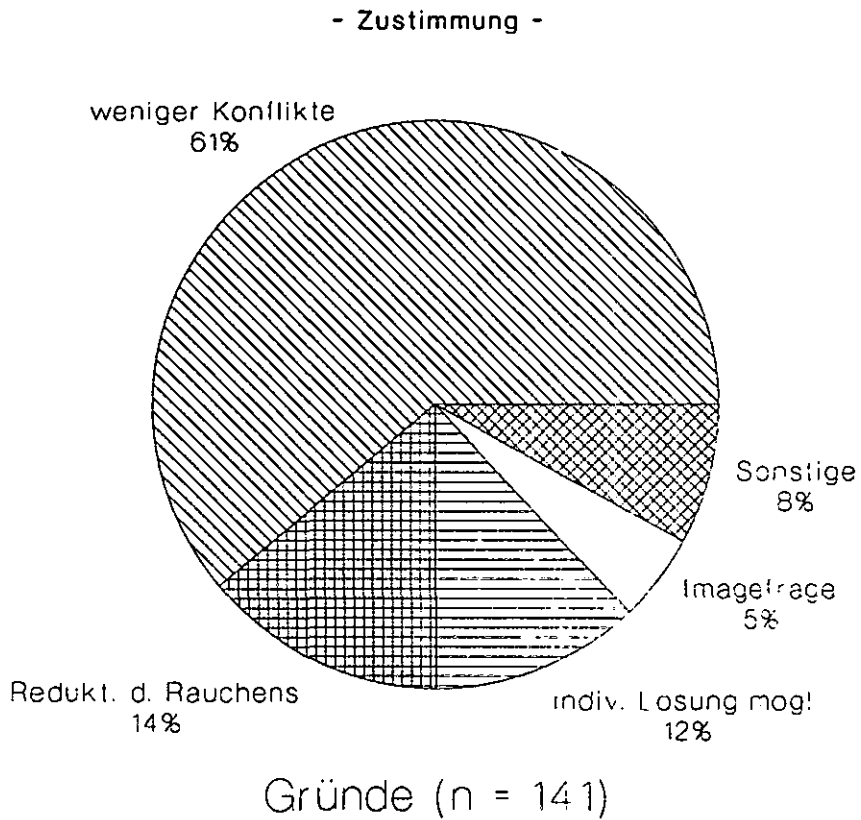
Die Zustimmung, vgl. die Abbildung 7, wurde in fast zwei Dritteln aller Nennungen durch die Konfliktreduktion im Verhältnis der Raucher und Nichtraucher zueinander begründet. Die schriftlich fixierten Regeln geben die erhofften Orientierungshilfen in den Fragen, wann und wo geraucht oder nicht geraucht werden dürfe. Positiv bewertet wurde auch, daß die alltäglichen Aus-

einandersetzungen spürbar seltener geworden seien. Viele Befragte hatten eine gewisse Reduktion des Rauchens, wozu viele Beispiele genannt wurden, registriert, und das war für sie Grund genug, die Vereinbarung zu begrüßen. Anerkannt wurde von einigen Beteiligten auch, daß individuelle Lösungen in Instituten und Abteilungen nicht nur nicht verhindert, sondern sogar nahegelegt wurden, so daß den Arbeitsbedingungen und Bedürfnissen der Mitarbeiter(innen) gemäße Regelungen am Arbeitsplatz eingeführt werden konnten. Nur wenige Befragte hielten eine Vereinbarung im DKFZ aus Imagegründen für geboten. Dieses Motiv war in den Experteninterviews ja viel stärker betont worden, vgl. dazu die Ausführungen in Abschnitt 2.2.

Für die Ablehnung der Dienstvereinbarung, vgl. die Abbildung 7, gab es nicht einen dominierenden Grund, sondern mehrere Gründe, die ihrem zahlenmäßigen Gewicht nach nicht sehr weit auseinander lagen. Etwa ein Drittel der Befragten war unzufrieden (= 34%), weil ein totales Rauchverbot von ihnen angestrebt worden war. Fast ein Viertel (= 22%) wünschte sich gar keine Dienstvereinbarung, sondern erwartete, daß die Mitarbeiter (innen) selbst zu einvernehmlichen Regelungen, die die individuellen Bedürfnisse in den Vordergrund rückten, kommen könnten und sollten. In diesem Sinne argumentierten auch manche (= 8%), denen es überhaupt mißfiel, daß in dieser Frage eine Regelung "von oben" beschlossen wurde.

Abbildung 7

Beurteilung der Dienstvereinbarung



Wie schwierig es ist, eine adäquate Lösung zu finden, ist auch an den Einschätzungen von angeblich in der Dienstvereinbarung enthaltenen einseitigen Begünstigungen (begünstigt Raucher: 17%; begünstigt Nichtraucher: 12%) abzulesen. Insgesamt gesehen hatten eine Mehrheit der Befragten (= 68%), übrigens mehr Männer als Frauen, die Intentionen der Dienstvereinbarung, Konflikte zu lösen, als gelungen bezeichnet.

3.7 Zur gesellschaftlichen Bewertung des Rauchens

Ein Trend zu verminderter Akzeptanz des Rauchens, aus unterschiedlichen Gründen, ist in allen westlichen Ländern seit etwa zehn Jahren zu beobachten. Die Raucherprävalenzen haben sich dennoch in diesem Zeitraum nicht wesentlich verändert. Gesundheitspolitische Initiativen und publizistische Aktivitäten der verschiedensten Art haben bisher nur wenig bewirkt. Insgesamt gesehen ist der Anteil der Raucher(innen) in der BRD sogar leicht gestiegen, mit interessanten gegenläufigen Entwicklungen in Subgruppen der Gesellschaft: gegen den Trend rauchen jetzt weniger die 50-59jährigen Männer und die 30-39jährigen Frauen; ein Rückgang des Rauchens ist auch klar bei den Frauen in der Oberschicht zu erkennen (Helmert 1990).

Der Frage, wie die gesellschaftliche Bewertung des Rauchens durch die Beschäftigten des DKFZ, die ja durch ihre Arbeit thematisch häufig - im weitesten Sinne - wenigstens mit der gesundheitlichen Dimension des Rauchens konfrontiert sind, ausfällt, wurde deshalb ebenfalls nachgegangen.

Mehr als 60% aller Befragten, mehr Frauen als Männer (Männer: 61%; Frauen: 64%) haben das Gefühl, daß das Rauchen nicht mehr allgemein akzeptiert ist. Bei den Männern, besonders bei den unter 30 Jahre alten, war diese Einschätzung am häufigsten verbreitet (79%). In dieser Altersgruppe waren auch die wenigsten Raucher anzutreffen (7%) und der Anteil derjenigen, die noch nie geraucht hatten, am höchsten (79%). Bei den Frauen ist

die Situation ganz anders. In den beiden Altersgruppen mit den höchsten Prävalenzen unter den Frauen (30-39 Jahre: 44%; 40-49 Jahre: 38%) wird der gesellschaftliche Trend gegen das Rauchen ganz unterschiedlich stark wahrgenommen: die 30-39jährigen Frauen spüren ihn am stärksten (76%), die 40-49jährigen Frauen am wenigsten (52%). Im Alter von 30-40 Jahren sind wichtige, das Selbstwertgefühl tangierende Leistungen in der Familie und im Beruf bereits erbracht und sichtbar, im Beruf oder in der eigenen Familie. Anders, als noch in jüngeren Jahren müssen jetzt Unabhängigkeit, Selbstständigkeit, Leistungsbereitschaft und -fähigkeit nicht mehr mit der Zigarette dokumentiert werden. Wenn diese Motive in den Hintergrund treten, werden die als säkularer Trend gegen das Rauchen transportierten Botschaften offenbar stärker wahrgenommen. Man könnte also - mit der gebotenen Vorsicht - daraus schließen, daß sich in der Altersgruppe der 30-39jährigen Frauen die Bereitschaft, das Rauchen aufzugeben, am stärksten entwickeln wird (v. Stünzner u. Gerber 1989), mit anderen Worten, alle Bemühungen, das Rauchen im DKFZ zu vermindern, in dieser Gruppe am ehesten Beachtung finden werden.

3.8 Rauchverbot im DKFZ

Die meisten der befragten Mitarbeiter(innen), nämlich 80% der Männer wie der Frauen, halten sich, bedingt durch ihre Tätigkeit, überwiegend in Arbeitsräumen auf, in denen das Rauchen generell untersagt ist. Für sie ist das DKFZ indirekt, aus arbeitsbedingten Gründen, jedenfalls während ihrer Arbeitszeit, eine große rauchfreie Zone.

Aus der Sicht der Nichtraucher(innen) unter ihnen gab es am wenigsten Anlaß, für sich die Einschränkungen zeitlicher und räumlicher Art zu beklagen. Nur sehr wenige "engagierte" Nichtraucher fühlten sich allerdings durch die regelungsbedingte Konzentration des Rauchens und der Raucher auf die tolerier-

ten Zonen und Räume selbst gestört. Insgesamt überwog eine Art Mitgefühl bei den Nichtrauchern, daß die Raucher in abseitige Räume abgeschoben wurden oder sich freiwillig dorthin begaben, um eine Zigarette zu rauchen. Auch Raucher hatten die vereinbarten Refugien nur selten als unzumutbar eingestuft. Sie haben die in den Instituten, Abteilungen und in mit mehreren Mitarbeitern(innen) besetzten Räumen individuell gefundenen Lösungen nicht nur resignativ hingenommen, sondern im großen und ganzen auch und sogar wegen der darin enthaltenen Einschränkungen begrüßt.

In den Interviews wurde immer wieder betont, daß manifeste Auseinandersetzungen oder latente Spannungen zwischen Rauchern und Nichtrauchern auch in der Zeit vor dem Inkrafttreten der Dienstvereinbarung nicht sehr häufig aufgetreten waren. Weil eine Entscheidungshilfe gefehlt hatte, vgl. die Ausführungen im Abschnitt 2.3 ("Ampelregelung"), hätten sich zuweilen Auseinandersetzungen zwischen Rauchern und Nichtrauchern hochgeschaukelt. Nach Abschluß der Dienstvereinbarung war zu beobachten, daß sich beide Seiten verstärkt für *akzeptable Lösungen*, z.B. durch Sitzungspausenregelungen, eingesetzt hätten.

3.9 Perspektivische Anmerkungen zur Raucherentwöhnung

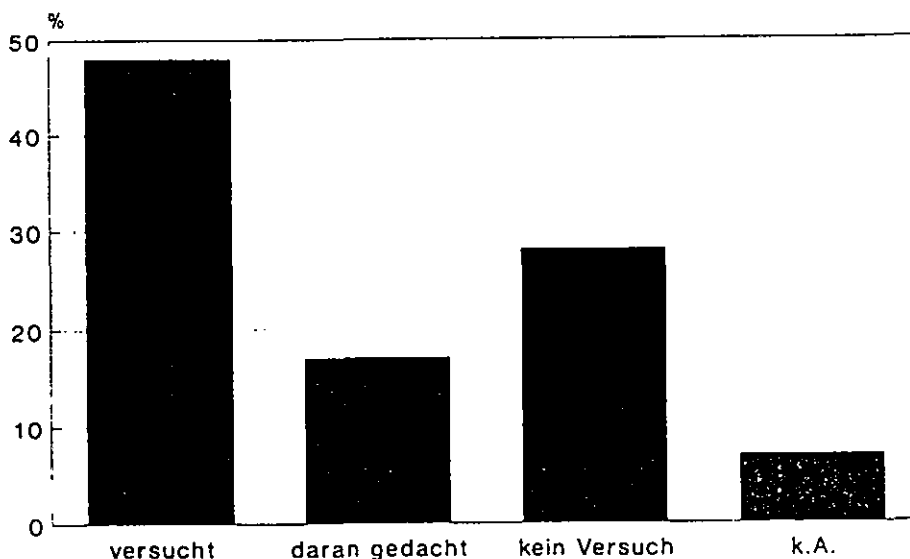
Aus vielen Untersuchungen zum Risikoverhalten und dem dazugehörigen Element Nichtrauchen/Rauchen ist die Bedeutung der sozialen Unterstützung sowohl beim Einstieg in das Rauchen als auch bei seiner Aufgabe belegt worden. Dem häuslichen Bereich, dem Verhalten und den Einstellungen der Familienangehörigen kommt hier eine gewisse Bedeutung zu.

In den Bemühungen des DKFZ, das Problem Rauchen zu thematisieren, konnte der außerbetriebliche Bereich allerdings keine bedeutende Rolle spielen. Die telefonische Befragung hatte diesem Zusammenhang auch keinen großen Raum gewidmet, weshalb hier dazu nur einige kurze Anmerkungen erfolgen sollen.

Über die Haushaltsgröße war zu erkennen, daß für einen nicht sehr kleinen Teil der Beschäftigten eine wie auch immer gear- tete *soziale Unterstützung* - für das Rauchen, wenn andere Mitglieder des Haushalts rauchen oder gegen das Rauchen, falls der/die Raucher(in) nur mit Nichtraucher(nen) zusammenlebt - ausfällt, weil er/sie allein lebt (Männer: 22%; Frauen: 29%). Von allen Rauchern(innen) lebt ein Drittel in Mehrpersonen- haushalten, in denen sonst niemand raucht, und ein Viertel, in denen noch eine weitere Person raucht. Einen sozialen Druck seitens der (Familien-)angehörigen gegen das Rauchen wird also nur einer von drei Rauchern aktuell oder in der Zukunft erfah- ren können. Von daher gesehen erhalten betriebliche Initiativen zur Raucherentwöhnung einen recht hohen Stellenwert.

Ein erklärtes Ziel der Dienstvereinbarung war es auch, latente Raucherentwöhnungsneigungen von Mitarbeitern(innen) in konkrete Schritte zur Aufgabe des Rauchens zu überführen. Es wurde ver- sucht, *motivational* und *intentional* Fortschritte zu erzielen und die Zahl der Raucher(innen) zu vermindern.

Abbildung 8
Einschränkung des Rauchens
(nur Raucher, n = 46)



Wie sich der Abbildung 8 entnehmen läßt, hat es in dem Zeitabschnitt vom Abschluß der Dienstvereinbarung bis zur telefonischen Befragung Ansätze in dieser Richtung gegeben.

Bei vielen Rauchern(innen) hatten sich im Verlauf eines Jahres die erwünschten Veränderungen in den Einstellungen zum Rauchen entwickeln können, und in einigen Fällen waren auch konkrete Schritte zur Beendigung des Rauchens schon eingeleitet worden.

4. Konzeptionelle Überlegungen zur Verhinderung des Rauchens im betrieblichen Bereich

Mit der Dienstvereinbarung zum Nichtrauchen/Rauchen im DKFZ, die nach erheblichen Kontroversen zwischen dem Stiftungsvorstand und dem Personalrat beschlossen wurde, ist nach Meinung der befragten Akteure und der Beschäftigten eine Entschärfung der vorher vielfach zum Konflikt neigenden Beziehungen zwischen Rauchern und Nichtrauchern gelungen. Streitig waren hauptsächlich die für Raucher zur Verfügung stehenden Zeiten und Räume.

Die Tatsache, daß beide Seiten durch eine akzeptierte Regelung des innerbetrieblichen Rechts Verhaltensorientierungen zur Verfügung haben, wird überwiegend als Fortschritt und Verbesserung empfunden. Das war auch in den Experteninterviews, vgl. Abschnitt 2.2, betont worden. Die explizite Zielsetzung, das Rauchen zurückzudrängen, wurde sogar von den meisten Rauchern akzeptiert.

Nicht vom Verfahren, aber auf jeden Fall vom materiellen Ergebnis her, hat die Dienstvereinbarung *Modellcharakter*. Latent waren offenbar in der Belegschaft Spannungen vorhanden, aber auch zuweilen manifeste Auseinandersetzungen deshalb entstanden, weil die Rechte und Pflichten der Raucher/Nichtraucher nicht klar kodifiziert waren.

Diese Situation ist nicht als Besonderheit einer wissenschaftlichen Einrichtung wie dem DKFZ anzusehen, sie dürfte vielmehr genauso oder so ähnlich in vielen Betrieben anzutreffen sein. Vom Verfahren her ist es als günstiger anzusehen, wenn ein Personalrat/Betriebsrat in dieser Frage selbst initiativ wird und von sich aus auf eine schriftlich festgehaltene *Vereinbarung* drängt. Eine Dienst-/Betriebsvereinbarung schafft Rechts- und Verhaltenssicherheit, die gewöhnlich von den meisten Mitarbeitern(innen) gewünscht wird und die auch dann von Rauchern begrüßt wird, wenn sie ihnen gewisse Einschränkungen beschert.

Wichtig ist, daß der Arbeitgeber und die Arbeitnehmervertretung auch bei Kontroversen vor Abschluß der Vereinbarung ihr gemeinsames Ziel, einen Beitrag zur Gesundheitsförderung im Betrieb zu leisten, gegenüber der Belegschaft glaubhaft vertreten.

Wenn über das Interesse, Konflikte zwischen Rauchern und Nichtrauchern zu vermeiden, hinaus auch ein wirksamer Beitrag zur Senkung des Rauchens geleistet werden soll, durch die Schaffung eines sozialen Klimas gegen das Rauchen - z.B. über eine emotionale Unterstützung der Nichtraucher und über Entwöhnungsangebote für Raucher - dann sollte eine schriftliche Vereinbarung in ein *umfassendes Konzept* gegen das Rauchen im betrieblichen Bereich eingebettet sein. Solche Konzepte sind in der Bundesrepublik bisher nur selten in die betriebliche Praxis überführt worden. Die wenigen Beispiele erfreuen sich einer recht großen Medienaufmerksamkeit, ohne daß über ihre tatsächlichen - längerfristig anhaltenden - Wirkungen etwas bekannt ist. Ein Erfolg auf Dauer ist aber erst dann zu erwarten, wenn es gelingt, durch vielfältige Maßnahmen, gesetzt als positive Verstärker gegen das Rauchen, ein solches Klima über einen langen Zeitraum zu erhalten. Eine Dienst-/Betriebsvereinbarung ist in einem derartigen Konzept *Ausgangspunkt* und nicht etwa Endpunkt für *auf Dauer zu stellende* Bemühungen gegen das Rauchen.

Literatur

- Brambilla DJ, McKinlay SM (1987) A Comparison of Responses to Mailed Questionnaires and Telephone Interviews in a Mixed Mode Health Survey. *Amer J Epid* 5:962-971
- Dunckel H, Zapf D (1986) *Psychischer Streß am Arbeitsplatz*. Köln
- Fitting U, Auffarth F, Kaiser H (1981) *Betriebsverfassungsgesetz, Handkommentar* 13. Aufl. Franz Vahlen Verlag, München
- Helmert U (1990) Interventionseffekte nach sozialer Schicht - Zigarettenrauchen. Unveröff. Manuskript des Bremer Instituts für Präventionsforschung und Sozialmedizin (BIPS)
- James SA (1987) Psychosocial precursors of hypertension - a review of the epidemiologic evidence. *Circulation* 76 (suppl. I):1-60
- Karasek RA (1979) Job demands, job decision latitude and mental strain: implications for job redesign. *Admin Sci Q* 24:285-307
- Kuhn K (1990) Betriebliche Gesundheitsförderung - Stand und Perspektiven. In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz (Hrsg) *Prävention und Gesundheitsförderung im Betrieb*, Wirtschafts-verlag NW, Bremerhaven
- Marstedt G, Mergner U (1986) *Psychische Belastungen in der Arbeitswelt*. Opladen 1986
- Pelletier KR (1985) *Healthy People in Unhealthy Places. Stress and Fitness at Work*. Delacorte and Delta, New York, zit. nach: Kuhn K (1990) Betriebliche Gesundheitsförderung. Stand und Perspektiven. In: Bundesanstalt für Arbeitsschutz (Hrsg) *Prävention und Gesundheitsförderung im Betrieb*, Wirtschafts-verlag NW, Bremerhaven
- Rußland R (1989) *Sucht-Dokumentation über Betriebs- und Dienstvereinbarungen*, Wirtschafts- und Sozialwissenschaftliches Institut (WSI) des DGB, Düsseldorf
- Sieber M, Angst J (1979) Risikofaktoren für starkes Zigarettenrauchen bei jungen Männern. *Schw med Wschr* 109: 115-122
- Stünzner Wv, Gerber U (1989) Lebensphasen- und generations-spezifische Einflüsse auf das Rauchen. *Prävention* 3:72-76
- World Health Organization (1986): *Ottawa-Charter for Health Promotion*. Ottawa

Anlagen

**Gesprächsleitfaden
für Experteninterviews**

August/September 1989

(DKFZ / Dienstvereinbarung Rauchen)

1. *Welche Gründe waren nach Ihrer Meinung ausschlaggebend für den Abschluß der Dienstvereinbarung zum Nichtrauchen?*
 - o Ist es in den letzten Jahren vermehrt zu Konflikten zwischen Rauchern und Nichtrauchern gekommen?
 - o Können Sie sich noch an die Prozesse erinnern, die im Vorfeld des Zustandekommens der Dienstvereinbarung abgelaufen sind?
 - o War eine derartige Regelung schon aus Gründen der Glaubwürdigkeit in der Öffentlichkeit - für das DKFZ notwendig?

2. *In den letzten Jahren ist innerhalb der Öffentlichkeit ein breiter Diskussionsprozeß über das Rauchen festzustellen. Inwiefern könnte hierdurch der Abschluß der Dienstvereinbarung mit beeinflußt worden sein?*

3. *Die abgeschlossene Dienstvereinbarung sieht das Rauchen in besonders dafür ausgewiesenen Räumen vor. Glauben Sie, daß es sich hierbei um eine Kompromißlösung gehandelt hat?*
 - o Sind Sie der Meinung, daß ein totales Rauchverbot sinnvoller gewesen wäre?
 - o Glauben Sie - soweit Sie das aus Ihrer persönlichen Sicht beurteilen können -, daß die Regelung mittlerweile von den Mitarbeitern(innen) vor dem Hintergrund der Konflikte vor Abschluß der Dienstvereinbarung mit getragen wird?
 - o Haben Sie persönlich Kenntnis von Verstößen gegen die Vereinbarung?
 - o Wird die Vereinbarung in allen Abteilungen gleich strikt angewendet oder gibt es unterschiedliche Regelungen und Freiräume?
 - o Ist Ihnen bekannt, daß Verstöße schon zu arbeitsrechtlichen Konsequenzen, wie beispielsweise einer Abmahnung, geführt haben?

4. *Sind Sie der Meinung, daß durch diese Vereinbarung neue Konflikte produziert worden sind?*
 - o Sehen Sie in diesem Zusammenhang einen weiteren Regelungsbedarf ("Nachbesserung")?
 - o Besitzt nach Ihrem Eindruck das Thema Rauchen/Nicht-rauchen bei den Mitarbeitern noch einen hohen Stellenwert?

5. *Sollten Ihrer Meinung nach positive Anreize gegeben werden, um das Nichtrauchen zu fördern?*

6. *Hätten Sie persönlich sich andere Lösungsmöglichkeit zu diesem Problemkreis als den Abschluß einer Dienstvereinbarung gewünscht?*

7. *Glauben Sie - oder haben Sie Kenntnis davon -, daß durch die Dienstvereinbarung sich insgesamt eine kritische Haltung gegenüber dem Rauchen bei den Beschäftigten herausgebildet hat?*
 - o Kennen Sie Mitarbeiter, die mit dem Rauchen aufgehört haben?
 - o Sind nach Ihrer Meinung flankierende Angebote wie Antiraucherkurse in ausreichendem Umfang vorhanden und werden diese auch genutzt?
 - o War die Aufklärung über die Notwendigkeit der Dienstvereinbarung ausreichend?

8. Würden Sie die Meinung teilen, daß mit der Dienstvereinbarung zwar ein wichtiger Schritt zum Schutz der Gesundheit getan wurde, daß es darüber hinaus aber noch weitere gesundheitliche Problembereiche im DKFZ gibt, die einer Regelung bedürfen?
- o Welche sind dies nach Ihrer Meinung?
 - o Sollte der betriebsärztliche Dienst oder der Personalrat verstärkt den präventiven Gesundheitsschutz zum Thema im Betrieb machen?
 - o Sind nach Ihrer Meinung hier Probleme, wie sie sich aus der Arbeitsumgebung, der Arbeitsorganisation und psychosozialer Faktoren wie beispielsweise dem Betriebsklima ergeben, unter gesundheitlichen Aspekten mit zu bearbeiten?

lfd. Nr.:

--	--	--

Interviewerin:
(Namenskürzel)

**Fragebogen
für Telefoninterviews**

Streng vertraulich! Keine Namen notieren!

August/September 1989

(DKFZ/DIENSTVEREINBARUNG/RAUCHEN)

1. Uns würde zunächst einmal interessieren, wie Sie sich selbst einschätzen: Wie stark achten Sie im allgemeinen auf Ihre Gesundheit?

*Kategorien
nennen*

- sehr stark
 stark
 mittelstark
 weniger stark
 gar nicht

 weiß nicht
 keine Antwort

2. Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben?

*Kategorien
nennen*

- sehr gut
 gut
 zufriedenstellend
 weniger gut
 schlecht

 weiß nicht
 keine Antwort

3. Vor ca. einem Jahr ist zwischen dem Stiftungsvorstand und dem Personalrat des Deutschen Krebsforschungszentrums eine Dienstvereinbarung zum Thema Rauchen geschlossen worden. Wissen Sie von dieser Vereinbarung?

weiter ----- ja
 mit ----- bin erst seit kurzem im DKFZ beschäftigt nein
 Frage 8. ----- Sonstiges

(bitte notieren)

keine Antwort

4. Was sind Ihrer Erinnerung nach die wichtigsten Punkte in dieser Vereinbarung?

keine Antwort

5. Die vor der Vereinbarung getroffenen Anordnungen des Vorstandes zum Rauchen bzw. Nichtrauchen im Kasino des DKFZ hatten zu heftigen Diskussionen geführt. Was war Ihrer Erinnerung nach eigentlich so umstritten?

keine Antwort

6. Wie beurteilen Sie den Versuch, mit einer Dienstvereinbarung die Interessen von Rauchern und Nichtrauchern auszugleichen? Sehen Sie das eher positiv oder eher negativ?

weiter mit Frage 6.a) ----- eher positiv

weiter mit Frage 6.b) ----- eher negativ

weiter mit ----- weiß nicht

Frage 7. ----- keine Antwort

6. a) Welche Gründe dafür können Sie nennen?

Nur Argumente für die _____

Dienstvereinbarung _____

notieren! _____

keine Antwort

6. b) Welche Gründe dagegen können Sie nennen?

Nur Argumente gegen die _____

Dienstvereinbarung _____

notieren! _____

keine Antwort

7. Mit der Dienstvereinbarung sollte eine Grundlage für die Lösung von Konfliktfällen zur Frage des Rauchens geschaffen werden. Ist das Ihrer Ansicht nach gelungen?

ja

nein

keine Antwort

8. Haben Sie das Gefühl, daß das Rauchen nicht mehr allgemein akzeptiert ist?

ja

nein

keine Antwort

9. Halten Sie sich, bedingt durch Ihre Tätigkeit, überwiegend in Arbeitsräumen auf, in denen das Rauchen generell verboten ist?

weiter mit Frage 9.a). ----- ja

weiter mit Frage 9.b). ----- nein

weiter mit Frage 10. ----- keine Antwort

9. a) Wenn man im DKFZ rauchen will, wann und wo hat man dazu Gelegenheit?

keine Antwort

9. b) Welche Lösung für die Befriedigung des Wunsches, rauchen zu wollen, haben Sie in Ihrem Dienstzimmer oder Arbeitsraum gefunden?

keine Antwort

10. Haben Sie früher geraucht oder rauchen Sie zur Zeit?

Habe früher geraucht,
weiter mit Frage 10.a) ----- rauche jetzt nicht mehr

weiter mit Frage 10.b) ----- rauche zur Zeit

weiter mit Frage 11. ----- habe noch nie geraucht

10. a) Wann haben Sie mit dem Rauchen aufgehört?

Jahr 19

Falls in den Jahren 1988 oder 1989 aufgehört,
den Monat erfragen und zuordnen:

vor dem 2. Halbjahr 1988

im 2. Halbjahr 1988

im 1. Halbjahr 1989

im 2. Halbjahr 1989

weiter mit Frage 11.

10. b) Haben Sie in den letzten 12 Monaten versucht, das
Rauchen aufzugeben oder einzuschränken, oder haben Sie
ernsthaft daran gedacht?

Ja, habe eingeschränkt

Ja, habe versucht, aufzuhören
bzw. einzuschränken

Nein, aber ich habe daran gedacht, aufzuhören
bzw. einzuschränken

Nein, und ich habe auch nicht daran gedacht,
aufzuhören bzw. einzuschränken

Und nun zum Abschluß noch wenige Fragen zur Statistik.

11. Wie alt sind Sie?

(Genaueres Alter nicht notieren, sondern nur die Altersklasse ankreuzen)

- unter 20 J.
- 20 - 24 J.
- 25 - 29 J.
- 30 - 34 J.
- 35 - 39 J.
- 40 - 44 J.
- 45 - 49 J.
- 50 - 54 J.
- 55 - 59 J.
- 60 - 64 J.
- 65 J. u. älter

12. Welche berufliche Tätigkeit üben Sie zur Zeit aus?

(bitte die genannte Berufsbezeichnung notieren)

13. Welchen Schulabschluß haben Sie?

- | | |
|------------------------------|---|
| <i>Kategorien
nennen</i> | <ul style="list-style-type: none"> Volksschule/Hauptschule <input type="checkbox"/> Mittlere Reife/Realschule <input type="checkbox"/> Abitur/Fachhochschule <input type="checkbox"/> keinen dieser Abschlüsse <input type="checkbox"/> keine Antwort <input type="checkbox"/> |
|------------------------------|---|

14. Leben Sie in einem Einpersonen- oder in einem Mehrpersonenhaushalt?

- Lebe allein (Einpersonenhaushalt)
- Lebe mit anderen zusammen
(Mehrpersonenhaushalt)

15. Wieviele Personen in Ihrem Haushalt insgesamt rauchen?

niemand

ich bin der/die einzige Raucher/in

insgesamt rauchen zum Haushalt gehörige Personen
(Zahl notieren)

16. Geschlecht? (nur ankreuzen, ggf. erfragen)

männlich

weiblich

Damit ist das Interview beendet. Vielen Dank.

Interview durchgeführt:

am _ _ _ _

um _ _ _ _ Uhr