



Betriebliche Regelungen für eine gendersensible Gesundheitsförderung

1. Einleitung - Betriebliche Gesundheitsförderung

Arbeit ist für viele Menschen ein zentraler Lebensmittelpunkt. Arbeit kann sich positiv auf die Gesundheit auswirken. Arbeit kann jedoch auch krank machen: Neben den „klassischen“ Krankheiten stehen zunehmend Zeitdruck bei der Arbeit, der steigende Dokumentationsaufwand oder Personaleinsparungen im Mittelpunkt. Auch häufige Überstunden, „dicke Luft“ im Team sowie Reibungspunkte und Probleme im Arbeitsablauf können Stress verursachen und zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führen. Um arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren und Erkrankungen zu verringern oder zu vermeiden und die Gesundheit der Mitarbeitenden zu stärken, haben zahlreiche Unternehmen Projekte zur betrieblichen Gesundheitsförderung durchgeführt und damit gute Erfolge erzielt.

Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)

In Anlehnung an die Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung wird Betriebliche Gesundheitsförderung als eine moderne Unternehmensstrategie definiert, die darauf abzielt, „Krankheiten am Arbeitsplatz vorzubeugen (einschließlich arbeitsbedingter Erkrankungen, Arbeitsunfälle, Berufskrankheiten und Stress), Gesundheitspotentiale zu stärken und das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu verbessern“ (Europäisches Netzwerk zur betrieblichen Gesundheitsförderung, 1997). Im Kern geht es bei der betrieblichen Gesundheitsförderung also darum,

- die Gesundheit der Mitarbeitenden zu verbessern,
- das Wohlbefinden am Arbeitsplatz zu erhöhen,
- die Arbeitsorganisation und die Arbeitsbedingungen zu verbessern,
- eine aktive Mitarbeitendenbeteiligung zu fördern und
- ihre persönliche Kompetenzen zu stärken.

Erfahrungsberichte aus Unternehmen - auch aus Krankenhäusern oder anderen vergleichbaren Einrichtungen - zeigen, dass unterschiedlichste Maßnahmen denkbar sind: Rückenschulungen und Raucherentwöhnungskurse sind ebenso erprobt worden wie Maßnahmen zur Verbesserung der Arbeitsorganisation und Informationsweitergabe oder zu einem besseren Führungsverhalten. Die Berichte zeigen, dass diese Maßnahmen individuelle Gesundheit stützen, das Betriebsklima verbessern und den Unternehmen helfen, Geld zu sparen.

Aber wie ist die Situation z.B. im Wohngruppenalltag oder in der Pflege? In der täglichen Arbeit von Beschäftigten in der Arbeit z.B. mit behinderten Menschen ist auch immer ihr Engagement gefragt. Soziale Arbeit heißt immer auch, die eigene Person und Persönlichkeit in den Prozess einzubringen. Jedoch nur zufriedene und souveräne Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter können diese qualitativ hochwertige Arbeit über einen längeren Zeitraum leisten. Eine Arbeit, die nicht ausbrennt - gerade wenn sie immer wieder Grenzen aufzeigt, ob durch direkte Anforderungen im Dienst, über eine Verschärfung der Personalsituation in der Wohngruppe oder andere Anforderungen.

Die Zusammenschau der Erfahrungen zeigt, dass Betriebliche Gesundheitsförderung erfolgreich ist, wenn ...

- die gesamte Belegschaft im Fokus ist und nicht nur einzelne „Risikogruppen“,
- die Beschäftigten als Expertinnen und Experten für gesunde Arbeitsbedingungen und Gesundheitsverhalten einbezogen werden (Partizipation),
- bei allen wichtigen Entscheidungen und in allen Unternehmensbereichen Gesundheit mitgedacht wird (Integration),
- alle Maßnahmen und Programme systematisch geplant, durchgeführt und bewertet werden (i.S. eines Projektmanagements mit Bedarfsanalyse, Planung, Durchführung, kontinuierlicher Kontrolle und Bewertung der Ergebnisse),
- sowohl verhaltens- wie auch verhältnisorientierte (!) Maßnahmen berücksichtigt werden und
- der Abbau von Risikofaktoren einher geht mit der Förderung von Schutzfaktoren und Gesundheitspotentialen bei den Mitarbeitenden (Salutogenese).



Um erfolgreich zu sein braucht das Unternehmen eine Struktur, die betriebliche Gesundheitsförderung systematisch einsetzt. Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) heißt in diesem Zusammenhang

- die ausdrückliche Unterstützung durch die Leitung und die Interessenvertretung der Beschäftigten (der gemeinsame Wille),
- ausreichende finanzielle, personelle, zeitliche, räumliche, technische und infrastrukturelle Ressourcen,
- eine schriftliche Rahmenregelung zwischen der Leitung und der Interessenvertretung in Form einer Betriebs- bzw. Dienstvereinbarung,
- die Einrichtung eines Steuerungsgremiums (z.B. Arbeitskreis Gesundheit),
- strukturelle und planerische Rahmenbedingungen (überprüfbare Zielsetzung, Festlegung von Zuständigkeiten, Prozessbegleitung u. Beratung) sowie
- eine interne Öffentlichkeitsarbeit.

Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM)

Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) verfolgt die oben genannten Aspekte zur Betrieblichen Gesundheitsförderung ebenfalls, ist im Unterschied dazu jedoch auf die Entwicklung betrieblicher Strukturen und Prozesse ausgerichtet, die die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit, Organisation und dem Verhalten zum Ziel haben (vgl. Badura, Ritter & Scherf 1999).

Gute Ansätze der Betrieblichen Gesundheitsförderung (BGF) und des Betrieblichen Gesundheitsmanagements (BGM) richten sich an die Mitarbeitenden und das Unternehmen gleichermaßen, verknüpfen verhaltens- mit verhältnispräventiven Vorgehensweisen - wobei letztere den größeren Stellenwert haben - und legen ein weites Gesundheitsverständnis zugrunde (Gesundheit = körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden). Deshalb sollten salutogenetische Vorstellungen (Antonowsky, 1993, 1997) einbezogen werden. Hier steht dabei z.B. die Frage im Mittelpunkt: „Welche Faktoren erhalten die Beschäftigten am Arbeitsplatz gesund?“ statt dass gefragt wird: „Welche Faktoren machen krank?“.

Aber warum ist es wichtig, Geschlechteraspekte im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung zu berücksichtigen?

- Es ist inzwischen bekannt, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Herzinfarkte bei Frauen und Männern gleichermaßen eine wichtige Kategorie bei berufsbedingten Erkrankungen darstellen. Die Diagnostik basierte jedoch lange Zeit auf der typischen Symptomatik von Männern, sodass Herzinfarkte bei Frauen aufgrund einer unterschiedlichen - geschlechtsspezifischen - Symptomatik häufig nicht erkannt wurden und werden (z.B. Kremer, 1998, Bundesministerium, 2002).
- Erhebungen zeigen, dass das Gesundheitsverhalten von Frauen und Männer äußerst unterschiedlich ist: Während Frauen sich häufig durch präventive Angebote z.B. Stressbewältigungskurse oder Vorsorgeuntersuchungen der Krankenkassen angesprochen fühlen, ist die Zahl der teilnehmenden Männer erschreckend niedrig. Daraus folgt für die Betriebliche Gesundheitsförderung die Entwicklung und Anwendung geschlechtsspezifischer Angebote und Anspracheformen für Frauen und Männer. Kurse zur Stressbewältigung und Entspannung heißen für Männer übersetzt dann z.B. Seminare zur mentalen Leistungsförderung und Funktionsertüchtigung.
- Deutlich mehr Frauen als Männer arbeiten im Gesundheits- und Sozialwesen - das Verhältnis ist teilweise ungleicher als 3:1. Die Lebensrealitäten von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern unterscheiden sich dabei in vielfältiger Hinsicht. Diese Unterschiedlichkeiten beziehen sich z.B. auf den Stellenanteil, die Doppelbelastung von Familie und Beruf oder dem Geschlechterverhältnis von Basis im Gegensatz zu Leitung um nur einige wenige



Stichworte zu nennen. So ist z.B. bekannt, dass Frauen jeden Tag neben ihrer Erwerbsarbeit etwa 4,5 Std. Familienarbeit leisten, Männer dagegen nur 1,3 Std.

Ein Beispiel für den unterschiedlichen Umgang mit dem gleichen Thema bei Frauen und Männern ist das der Gewalt im Betreuungsalltag. Wie reagieren Männer auf Gewalt von Bewohnern? Floskeln wie „Indianer kennen keinen Schmerz“ oder „Männer weinen nicht“ sind Ausdruck der erlernten sozialen Geschlechterrolle. Bei Frauen dagegen sind Gefühle wie Hilflosigkeit und Weinen sozial akzeptiert. Vielleicht sogar gefordert. „Seltsam“ wirkt es doch, wenn frau sich souverän in einer Gewaltsituation verhält. Frauen sind eben „Opfer“ von Gewalt und „hilfsbedürftig“. So haben wir das gelernt und verinnerlicht. Es ist in unserem Weltbild „normal“, dass Frauen Gefühle ausdrücken und schwach sind. Wenn Männer das gleiche emotional offene Verhalten zeigen, laufen sie dagegen Gefahr im Wiederholungsfall als „Weicheier“ oder „leistungsgemindert“ bezeichnet und in ihrer Kompetenz für ihre Arbeit hinterfragt zu werden. Das Verhalten von Männern und Frauen wird in einer gleichen Situation ganz unterschiedlich bewertet.

Bei Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung müssen diese Unterschiedlichkeiten Berücksichtigung finden, damit sie von der jeweiligen Zielgruppe wahrgenommen und angenommen werden - also effektiv sind.

2. Betriebliches Gesundheitsmanagement in einem diakonischen Unternehmen

Im Folgenden wird aus einem großen diakonischen Unternehmen berichtet, in dem in einem sechsjährigen Prozess eine umfassende Dienstvereinbarung für eine betriebliche Gesundheitsförderung abgeschlossen wurde, die auch Genderaspekte einbezieht.

Das Unternehmen mit mehreren tausend Beschäftigten ist unter dem Dach einer Stiftung in z.Zt. zwölf Geschäftsfelder gegliedert wie z.B. für Alten- und Behindertenhilfe oder Psychiatrie, Arbeit und Beschäftigung sowie Ausbildungseinrichtungen, Krankenhaus oder Betriebe. Die Geschäftsführungen wirtschaften und entscheiden relativ unabhängig und damit auch in Bezug auf die Gesundheit ihrer Beschäftigten.

Der Verhandlungsprozess greift auf eine Tradition einzelner Maßnahmen zur Gesundheitsförderung im Unternehmen zurück. So ist als erstes die Etablierung und Arbeit eines Arbeitskreises Gesundheit in den Jahren 1990–1996 zu nennen, durch dessen Aktivitäten Gesundheitstage, Bewegungsangebote, Rückenschulen und das Thema Suchtprävention angegangen wurden. In diesem Zeitraum sind auch erste konzeptionelle Ideen entwickelt worden, die in Richtung einer stärkeren Systematisierung hin deuten. So kann in der Zeit von 1994–1997 der erste Anlauf zu einer strukturierten und zentral gesteuerten Gesundheitsförderung erkannt werden. Grundlegendes Ziel dieser vornehmlich verhaltensbezogenen Maßnahmen war die Steigerung der Arbeitgeberattraktivität und der Angebote zur Gesundheitsförderung. Das Vorhaben war nicht erfolgreich, da es nicht kontinuierlich weiter betrieben und auch nicht in die Unternehmensteilbereiche implementiert wurde. In der gleichen Zeit wurde ein Projekt im Unternehmensbereich Betriebe mit Gesundheitszirkeln in Kooperation mit der BG Wohlfahrtspflege und Gesundheitsberufe (BGW) durchgeführt. In den Jahren nach 1995 gab es in verschiedenen Unternehmensbereichen Gesundheitstage, die sich auch bereits mit dem Thema der psychosozialen Arbeitsbelastung beschäftigten. 2003 schließlich wurde in zwei Unternehmensbereichen mit Hilfe des Instruments Gesundheitsworkshop (Genz & Vogt-Akpetou, 2002) und des Konzepts der Salutogenese (Antonowsky, 1997) gearbeitet. Ein Jahr später gab es darüber hinaus eine Komplettbefragung der Mitarbeitenden im Unternehmen, die insbesondere im Bereich der subjektiven Arbeitsbelastung Handlungsbedarf erkennen ließ.



Im Unternehmen gab es darüber hinaus bereits eine Reihe von gesundheitsbezogenen Festlegungen und Unterstützungsdiensten. Hier seien genannt:

- „Grundsätze für das Leben und Arbeiten“ im Unternehmen (1988)
- „Führungsgrundsätze“ (2000)
- Dienstvereinbarung „Beschäftigtenschutz - gegen sexuelle Belästigung, Diskriminierung, Mobbing im Betrieb“ (2002)
- Umsetzungen des Arbeitsschutzgesetzes und zum Nichtraucherschutz (2003).
- Betriebsärztliche Leistungen, ein Beratungsdienst für Mitarbeiter/-innen sowie das Referat Sicherheitswesen und Umweltschutz vermittelten die Unterstützung für Beschäftigte und Geschäftsführungen.

Eine Initiative der Gesamtmitarbeitervertretung (GMAV) für die Einführung von Betrieblicher Gesundheitsförderung 2002 wurde seitens des Vorstandes zunächst zurück gestellt.

2.1 Auf dem Weg zu einer Dienstvereinbarung für eine gendersensible betriebliche Gesundheitsförderung

Anfang 2002 stellte sich die betriebliche Situation trotz einer Reihe z.T. vorbildlicher Angebote im Gesamtunternehmen (s.o.) folgendermaßen dar: Die bestehenden Elemente der Gesundheitsförderung waren nicht miteinander vernetzt - es gab kein systematisches Vorgehen. Die Datengrundlage zur gesundheitlichen Situation der Beschäftigten sowie zur körperlichen und psychosozialen Belastung war dürrig bzw. nicht auswertbar. Ein Gesundheitsbericht der Krankenkasse bzw. eine Fehlzeitenanalyse war nicht vorhanden. Angebote wurden nicht in einem Gesamtzusammenhang geplant, durchgeführt und evaluiert. Gleichzeitig nahm nach Beobachtung der Mitarbeitervertretung subjektiv und objektiv die Arbeitsbelastung kontinuierlich zu. Aus diesem Grund entschloss sich die Gesamtmitarbeitervertretung - neben der Verhandlung einer Dienstvereinbarung zum Beschäftigtenschutz gegen sexuelle Belästigung, Mobbing und Diskriminierung und der Mitarbeit bei der Mitarbeitendenbefragung - zur Ausarbeitung eines Entwurfes zu einer Dienstvereinbarung „Betriebliches Gesundheitsmanagement“. Der Entwurf der Dienstvereinbarung wurde in den Jahren 2002-2004 mit Hilfe der Technologieberatungsstelle im DGB sowie einer Beratung des Gleichstellungsreferates in der Gewerkschaft ver.di NRW entwickelt und ging im Juni 2004 als Initiativantrag an den Vorstand.

Für die Gesamtmitarbeitervertretung hatte dieser Entwurf drei Wurzeln:

- Kürzungen im Sozialbereich hatten seit Jahren trägerseitig eine Kostendeckelung der Ausgaben zur Folge, was sich u.a. in Personalreduzierungen und in der Folge in einer Zunahme von Stress und Zeitdruck für die Beschäftigten äußerte.
- Durch den Vorstand erging 2001 der Beschluss zur Arbeit mit dem Gender-Mainstreaming-Ansatz. Die Gesamtmitarbeitervertretung, die die Beschäftigung des Unternehmens mit dem Thema berufliche Gleichstellung gefordert hatte, entschloss sich, die Arbeit mit dem Ansatz auch in den Mitarbeitervertretungen weiter zu forcieren.
- Als letzter Anknüpfungspunkte boten sich Umsetzungen aus dem reformierten Arbeitsschutzgesetz von 1996 an, in dem psychosoziale Belastungen als arbeitsbedingte Gefahren einbezogen wurden und das Ansatzpunkte für die Initiative der Mitarbeitervertretung enthält.

Aufgrund der Besonderheiten des Unternehmens besteht der Entwurf 2004 wie auch das Verhandlungsergebnis 2008 aus zentralen und dezentralen Anteilen. Um die spezifischen Arbeitsschwerpunkte der Unternehmensbereiche sowie die unterschiedliche Akzeptanz eines zentralen Systems zur Betrieblichen Gesundheitsförderung in den zwölf Geschäftsführungen zu berücksichtigen, wurde für die Betriebliche Gesundheitsförderung ein Baukastenmodell als Arbeitsbasis gewählt. Das bedeutet, dass die Geschäftsführungen aus einer überprüften und mitbestimmten Auswahl von Instrumenten, Regelungen und Verfahren die für sie zu einem Zeitpunkt sinnvollen oder gewünschten Bausteine auswählen können. Mit einem



Bausteinmodell kann den spezifischen Anforderungen und Bedürfnissen so unterschiedlicher Unternehmensbereiche wie Pflege, Verwaltung, Schulen oder Betriebe Rechnung getragen

Im Folgenden wird durchgängig der im Verhandlungsprozess vereinbarte Begriff „Betriebliche Gesundheitsförderung“ verwendet, auch wenn das Konzept die Kriterien des zunächst von der Gesamtmitarbeitervertretung vorgeschlagenen Begriffes „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ erfüllt.

Mit Hilfe der einer Genderorientierten Projektplanung (GOPP, Blickhäuser & v. Bargen, 2003) konnte die Gesamtmitarbeitervertretung für den Entwurf der Dienstvereinbarung folgende

Genderorientierte Ziele einer Betrieblichen Gesundheitsförderung zusammenstellen:

- Genderaspekte werden bereits in der Planung sowie in allen Maßnahmen und der Evaluierung der Betrieblichen Gesundheitsförderung berücksichtigt,
- das Leitbild „Leistungsfähigkeit“ wird in den Blick genommen, Leistungsansprüche an Frauen und Männer bewusst gemacht,
- geschlechtspezifischer Unterschiede im Gesundheitsverhalten und bei Erkrankungen werden berücksichtigt,
- die Geschlechterrollen / -bilder bei den Beschäftigten und Nutzer/-innen werden reflektiert und ihre Auswirkungen untersucht,
- die Vielfältigkeit der Beschäftigten wird akzeptiert und eine Stärkeperspektive eingenommen (managing-diversity-Ansatz, vgl. Krell, 2008),
- Anforderungen an die Personalentwicklung werden formuliert, die die Geschlechterperspektive berücksichtigen.

2.2. Gender Mainstreaming in der betrieblichen Gesundheitsförderung

Im Folgenden sollen zunächst die Bestandteile des Entwurfes der Gesamtmitarbeitervertretung zusammengefasst werden, in denen explizit auf das Gender Mainstreaming bzw. die Umsetzung geschlechtersensibler Vorgehensweisen Bezug genommen wird. Anschließend wird die schließlich verabschiedete Dienstvereinbarung in deren Bezug zum Gender Mainstreaming vorgestellt.

2.2.1 Entwurf der Gesamtmitarbeitervertretung für eine Dienstvereinbarung „Betriebliche Gesundheitsförderung“

Wichtige Eckpunkte des Entwurfes der Gesamtmitarbeitervertretung waren:

- Es gibt ein betriebliches Gesundheitsmanagement im gesamten Unternehmen.
- Prävention steht im Vordergrund.
- Verhältnisbezogene Maßnahmen haben Priorität.
- Das Betriebliche Gesundheitsmanagement besteht
 - a. aus einzelnen Bausteinen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung,
 - b. aus einem Verfahren wie Maßnahmen umgesetzt werden sollen.
- Betriebliche Gesundheitsförderung wird durch einen zentraler Lenkungsausschuss von Vorstand und Gesamtmitarbeitervertretung gesteuert, in den Unternehmensbereichen wird darüber hinaus je eine „Projektgruppe Gesundheit“ gebildet.
- Es wird eine freigestellte zentrale „Gesundheitskoordination“ sowie auf Ebene der Unternehmensbereiche für die Aufgaben von ihren eigentlichen Tätigkeiten freigestellte „Gesundheitsbeauftragte“ berufen.
- Das Vorgehen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung besteht aus:
 - a. der Festlegung von Mindeststandards, die für alle Unternehmensbereiche gültig sind und
 - b. darüber hinaus wählbaren Bausteinen.

Der Entwurf der Dienstvereinbarung enthielt in der Präambel allgemeine Aussagen sowie in den anschließenden Präzisierungen spezifischen Festlegungen zur Berücksichtigung der Geschlechterperspektive. Dieses Vorgehen hat den Vorteil, dass sich beide



Vereinbarungspartner - insbesondere die Interessenvertretung - jederzeit auf die allgemeinen Aussagen berufen können, um z.B. neuere Entwicklungen zum Gender Mainstreaming oder der Geschlechterforschung berücksichtigen zu können. Andererseits dienen die Präzisierungen im weiteren Verlauf des Textes dazu, Festlegungen so konkret wie möglich zu treffen, um Interpretationsspielräume in Bezug auf einzelne Aspekte der konkreten Umsetzung zu minimieren (*Festlegungen der DV zum Gender Mainstreaming sind hier im Folgenden kursiv gedruckt*).

In der Präambel des Entwurfes der Gesamtmitarbeitervertretung wurden in allgemeiner Form der gemeinsame Wille der Vereinbarungspartner zum Verständnis der betrieblichen Gesundheitsförderung wiedergegeben und Absichten wie z.B. die Berücksichtigung der Geschlechterperspektive geäußert.

„Im Rahmen eines geschlechterdemokratischen Vorgehens im Unternehmen verpflichten sich Vorstand und Gesamtmitarbeitervertretung darauf, alle Inhalte und Maßnahmen auf ihre Auswirkungen auf Männer und Frauen zu bewerten“.

Auf der Ebene des Gesamtunternehmens wurde der Rahmen für die Betriebliche Gesundheitsförderung gesteckt. Instrumente der Betrieblichen Gesundheitsförderung werden hier für die einzelnen Unternehmensbereiche angepasst und bereitgestellt, eine Gesundheitskoordination eingerichtet oder ein Lenkungsausschuss berufen.

„Es wird ein zentraler Lenkungsausschuss berufen: im Lenkungsausschuss sind Frauen und Männer beteiligt.“

Die eigentliche Umsetzung von Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung war 2004 - wie auch im Verhandlungsergebnis 2008 - dezentral auf der Ebene der Unternehmensbereiche vorgesehen. Dies beruht konzeptionell einerseits auf der beschriebenen inhaltlichen Unterschiedlichkeit der einzelnen Arbeitsfelder, andererseits sollte der Fokus der Betrieblichen Gesundheitsförderung im Unternehmen nach Meinung der Gesamtmitarbeitervertretung auf einer basisnahen und partizipativen Umsetzung der Maßnahmen liegen.

„Bei der Planung und Umsetzung aller Maßnahmen sind Genderaspekte zu berücksichtigen.“

In einem Anhang zur Dienstvereinbarung finden sich konkrete Festlegungen, die auf eine geschlechtersensible Vorgehensweise der Akteure in der betrieblichen Gesundheitsförderung ausgerichtet waren:

- Der **Gesundheitsbericht** eines Unternehmens stellt ein unverzichtbares Instrument der Betrieblichen Gesundheitsförderung dar. Er kann als Standardbericht der Krankenkasse angefordert werden oder mit zusätzlichen Daten aus dem Unternehmen ergänzt werden. Die Erstellung und Fortschreibung einer Datengrundlage ist daher für die Bewertung der gesundheitlichen Situation der Beschäftigten, für die Analyse von Krankenständen oder Fehlzeiten relevant. Sie dient jedoch auch als wichtige Basis für die Evaluation von Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung. Da es im Unternehmen keine verwertbaren Daten für einen Gesundheitsbericht gab, enthielt die Dienstvereinbarung Eckpunkte für die Erstellung von Gesundheitsberichten.
„Alle Daten sind für Frauen und Männer differenziert auszuweisen. Außerdem sind zusätzliche Belastungen im außerbetrieblichen Bereich mit zu berücksichtigen.“
- Während auf der zentralen Ebene eine freigestellte **Gesundheitskoordination** eingerichtet werden sollte, waren die „Gesundheitsbeauftragten“ in den Unternehmensbereichen Mitarbeitende, die in notwendigem Umfang für die Aufgaben freigestellt werden sollten. In der vorgeschlagenen Aufgabenbeschreibung für beide Ebenen wurde u.a. als Qualitätsmerkmal benannt:
Genderkompetenz (z.B. durch Qualifikation in Gender Mainstreaming)“
- Die Gesamtmitarbeitervertretung entwickelte Prüfkriterien, die Genderaspekte bzw. die Geschlechterperspektive in Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung bewerteten. Ziel der **Genderprüfung** ist es, jede Maßnahme in der betrieblichen Gesundheitsförderung durch eine einfache und praxisnahe Überprüfung auf ihre geschlechtsspezifischen Auswirkungen hin zu testen und Vorschläge für eine genderorientierte Vorgehensweise zu finden. Hieraus entstanden z.B. „Leitfragen zur Genderprüfung“ (vgl. Janßen, 2007).
- Als **Qualitätskriterien** in der Betrieblichen Gesundheitsförderung lassen sich Eckpunkte benennen, mit denen die Grundausrichtung des gesamten Systems der Betrieblichen Gesundheitsförderung



deutlich wird: Ganzheitlichkeit des Ansatzes, Partizipation der Mitarbeitenden, Integration in die Organisation, Projektmanagement als Methode. Sie wurden um ein weiteres Kriterium „Gender Mainstreaming“ ergänzt:

„Die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung fördern eine Geschlechtersensibilität zwischen Frauen und Männern sowie geschlechterdemokratische Prozesse.“

Als Reaktion auf die Ergebnisse einer Mitarbeitendenbefragung, auf die Erfahrungen von zwei Pilotprojekten zur demografischen Entwicklung der Belegschaft und den Initiativantrag der Gesamtmitarbeitervertretung beschloss der Vorstand nach Durchführung einer Vorstudie 2004 die Durchführung eines „Projektes Gesundheit“, in dem ab 2005 die Grundlegung einer Betrieblichen Gesundheitsförderung - angelehnt an die Vorschläge der Gesamtmitarbeitervertretung - getestet wurde. In diesem Rahmen fanden 2006 in mehreren Unternehmensteilen konkrete Umsetzungen von Instrumenten, Regelungen und Verfahren zur Betrieblichen Gesundheitsförderung im Rahmen von Pilotprojekten statt. Schließlich nahm der Vorstand konkrete Verhandlungen zum Abschluss einer Dienstvereinbarung „Betriebliche Gesundheitsförderung“ mit der Gesamtmitarbeitervertretung auf. Diese Verhandlungen erstreckten sich aufgrund der komplexen Unternehmens- und Entscheidungsstruktur über einen Zeitraum von zwei Jahren. Im Folgenden soll der weitere Prozess und Bestandteile der Dienstvereinbarung insbesondere in ihrer Relevanz zum Gender Mainstreaming dargestellt werden.

2.2.2. Projekt Betriebliche Gesundheitsförderung

In dem vom Vorstand beschlossenen zweijährigen Projekt wurden in einem gegenseitig fruchtbaren Prozess ein gemeinsames Verständnis und wichtige Festlegungen im Unternehmen getroffen. Das Projekt wurde nach Regeln des Projektmanagements (z.B. Wolf & Genz, 2004) durchgeführt. Die Interessenvertretung war fachlich qualifiziert sowohl in der Steuerungsgruppe vertreten, wie auch im Kernteam, dem die Durchführung des Projektes und damit die konkrete inhaltliche Arbeit oblag. Getestet in mehreren Piloten beeinflusste das Projekt den weiteren Verhandlungsverlauf und die konkrete Ausgestaltung des Modells der Betrieblichen Gesundheitsförderung im Unternehmen entscheidend.

Über die Vorstellungen des Initiativantrages der Gesamtmitarbeitervertretung hinaus wurde beispielsweise eine der Steuerungsgruppe inhaltlich zuarbeitende „Fachgruppe Betriebliche Gesundheitsförderung“ installiert. Diese soll inhaltlich-fachlich der Steuerungsgruppe des Unternehmens zuarbeiten, die die Entscheidungen zur betrieblichen Gesundheitsförderung im Unternehmen trifft. Dadurch können die Entscheidungsträger in der Steuerungsgruppe (Mitglieder waren aus dem Vorstand, den Geschäftsführungen einzelner Unternehmensbereiche, der Mitarbeitervertretung und die Koordination) auf fachlich fundierte, bewertete und bereits ausformulierte Empfehlungen zurückgreifen. Die Entscheidungen der Steuerungsgruppe wurden nach dem im Kernteam konzipierten Vorgehen in einem „Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung“ zusammengestellt. Während des Projektes wurde bereits ein weit gefächertes Baukasten von Instrumenten, Verfahren und Regelungen erarbeitet, die inzwischen Grundlage und wichtiger Bestandteil des weiteren inhaltlichen Vorgehens zur Betrieblichen Gesundheitsförderung geworden sind. Diese wurden nach einem festen Schema beschrieben, weiterführende Literatur recherchiert und ein/e Ansprechpartner/-in im Betrieb benannt. Eine Spalte „Genderspekte“ in der Beschreibung eines Instruments wurde eingefügt.

Folgende Instrumente, Verfahren und Regelungen wurden bereits bewertet und zur Nutzung eingeführt:

- Arbeitssituationsanalyse
- BAAM-Verfahren (Beurteilung psychischer Belastungen durch Arbeitsinhalte, Arbeitsorganisation, Mitarbeiterführung und soziale Beziehungen)
- Bewegungsbezogene Gesundheitsförderung
- Dienstvereinbarung Beschäftigtenschutz
- Gefährdungsbeurteilung von psychosozialen Belastungen
- Gesundheitsworkshops
- Gesundheitszirkel
- Mitarbeitendenbefragung
- Kurzfragebogen zur Arbeitsanalyse (KFZA)
- Work-Ability-Index (WAI)



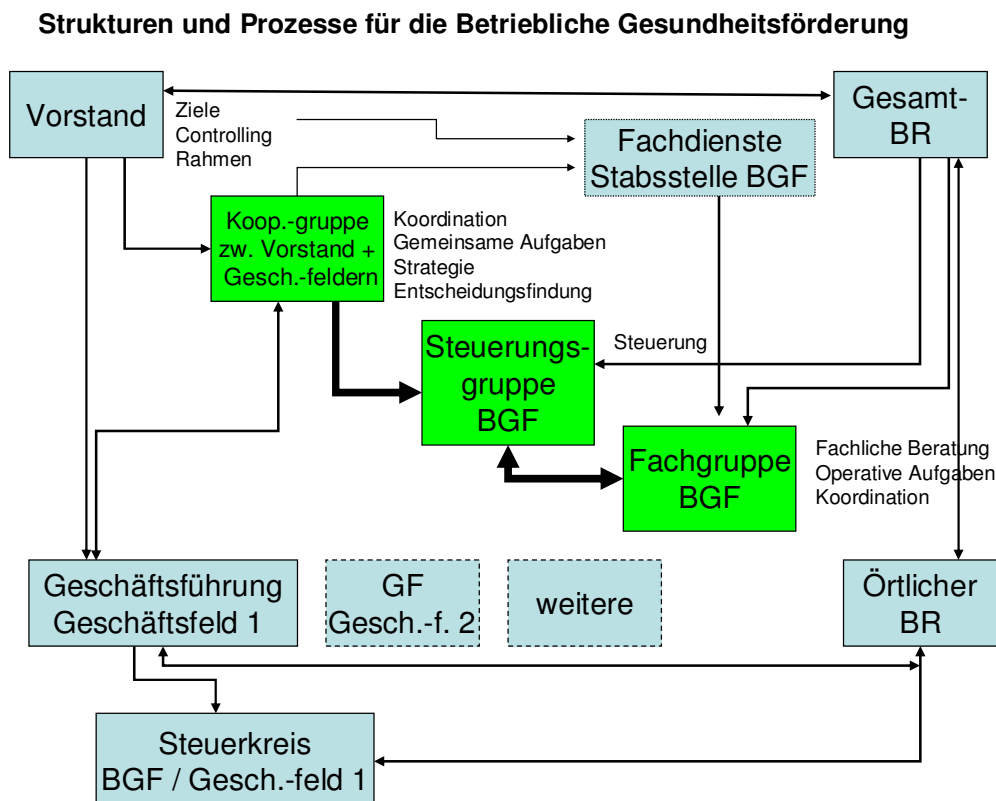
Ein erster Gesundheitsbericht wurde erstellt. Dazu wurde die Festlegung getroffen, dass dieser nicht nur aus einer Fehlzeitenanalyse der Krankenkasse besteht, sondern immer auch über gesundheitsfördernde Projekte und Maßnahmen sowie deren Ergebnisse berichtet. Dadurch soll der Blickwinkel von einem ausschließlich pathogenen Fokus auf einen salutogenen ausgeweitet werden.

Zum Abschluss des Projektes und der Piloten waren mit einem inhaltlich in vielen Bereichen gleichgerichteten Verständnis der Betrieblichen Gesundheitsförderung zwischen Dienstgeber und Interessenvertretung bereits viele Hürden für die konkrete Ausgestaltung der Betrieblichen Gesundheitsförderung im Unternehmen und die Festlegungen in einer Dienstvereinbarung genommen und eine vertrauensvolle Zusammenarbeit mit einem wichtigen - auch inhaltlichen - Arbeitsgegenüber erprobt.

2.2.3. Dienstvereinbarung Betriebliche Gesundheitsförderung

Die im Herbst 2008 verabschiedete Dienstvereinbarung basiert - wie bereits erwähnt - in wesentlichen Teilen auf dem von der Interessenvertretung in ihrem Initiativantrag eingebrachten Modell. Dieses wurde in einzelnen Punkten verbessert. Hier ist v.a. die oben genannte Bildung der für die fachlich-inhaltlichen Arbeit zuständigen und der Steuerungsgruppe zuarbeitenden „Fachgruppe Betriebliche Gesundheitsförderung“ zu nennen sowie die Dokumentation von Instrumenten, Verfahren und Regelungen in einem im Intranet jeweils aktualisierten „Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung“. Auch die erwähnte Ausweitung der Gesundheitsberichterstattung auf einen salutogenen Blickwinkel ist in diesem Zusammenhang zu nennen. Insofern hat das zweijährige Projekt Gesundheitsförderung eine Bestätigung und kritische Erweiterung dieses Vorgehens erbracht. In Abbildung ist die Struktur der Betrieblichen Gesundheitsförderung im Gesamtunternehmen und den Geschäftsfeldern dargestellt (Abbildung 1).

Abbildung 1





Trotz des Vorstandbeschlusses zum Gender Mainstreaming war es im Verhandlungsprozess nicht möglich, konkrete und überprüfbare Formulierungen zur Geschlechtersensibilität direkt in der Dienstvereinbarung zu verankern. Die Operationalisierung soll jetzt in der Umsetzung der Dienstvereinbarung erfolgen. Es wurde letztlich nur die Formulierung überarbeitet, die in der Präambel des Initiativantrags erschien. Im Grundverständnis der Betrieblichen Gesundheitsförderung heißt es jetzt - allerdings sehr weit gefasst:

„Betriebliche Gesundheitsförderung (im Unternehmen) ist partizipativ und geschlechtergerecht ausgerichtet und nutzt soweit wie möglich bereits vorhandene Strukturen und Prozesse bzw. integriert diese.“

Die Formulierung „geschlechtergerecht“ impliziert einen sehr hohen Anspruch und geht über das hinaus, was die Gesamtmitarbeitervertretung in ihrem Entwurf vorgeschlagen hatte.

In den Anlagen zur Dienstvereinbarung findet sich ein weiterer Bezug zum Gender Mainstreaming. So heißt es im „Grundverständnis der Betrieblichen Gesundheitsförderung“, das als Beschluss des Vorstandes vorliegt, ebenfalls sehr weitreichend:

„Die Berücksichtigung von Genderaspekten in den Kernprozessen betrieblicher Gesundheitsförderung wird durch geeignete Vorgehensweisen sichergestellt. Dabei sind Frauen und Männer beteiligt.“

Der Operationalisierung der Betrieblichen Gesundheitsförderung im Unternehmen - z.B. durch Festlegung konkreter Schritte für die Gesundheitsberichterstattung in den dezentralen Unternehmensbereichen - und der Überprüfung ihrer Praxis kommt eine besondere Bedeutung zu. Als erste Schritte in der Umsetzung der Dienstvereinbarung werden nun in der für die inhaltliche Arbeit zuständigen Fachgruppe Eckpunkte zu verschiedensten Sachverhalten formuliert, in denen Konkretisierungen zum Gender Mainstreaming erfolgen müssen. Dies ist abhängig von Köpfen und Herzen, die diese Inhalte bearbeiten, transportieren und in den Texten wirksam verankern. Folgende relevante Eckpunkte wurden in diesem Zusammenhang bereits für die Steuerungsgruppe vorbereitet, von ihr beschlossen bzw. umgesetzt:

- Inhalt und zeitlicher Ablauf der Gesundheitsberichterstattung sowie zur Interpretation der Ergebnisse auf zentraler und dezentraler Ebene,
- Selbstverständnis der Fachgruppe (Konzept bzw. Geschäftsordnung),
- Aufgabenbeschreibung der zentralen Gesundheitskoordination und der Ansprechpartner/-innen in den Unternehmensteilen,
- Leitlinien zur Evaluation von Maßnahmen der BGF,
- Moderator/-innen-Pool für die Moderation von Gesundheitsworkshops,
- faire Umstrukturierungsprozesse.

Der konkrete Verhandlungsprozess war für die Interessenvertretung v.a. wegen des oben genannten gefächerten Leitungsmodells des Unternehmens und die dadurch aus Sicht des Vorstandes notwendigen Rückkopplungen mit den verschiedenen Leitungsebenen komplex. Divergierende Interpretationen des Grundverständnisses mussten wiederholt geklärt, Missverständnisse zum Einfluss der Zentrale ausgeräumt und das Modell von verpflichtenden und freiwilligen Bausteinen der Betrieblichen Gesundheitsförderung vermittelt werden. Auf Seiten der Interessenvertretung hatte die sechsjährige Beschäftigung mit dem Thema die Herausbildung einer kleinen Gruppe von Fachleuten zur Folge. Dies professionalisierte einerseits den Diskussions- und Verhandlungsprozess in fachlich-inhaltlicher Hinsicht, andererseits hatte dieses Vorgehen allerdings auch zur Folge, dass Einzelne mit der Betrieblichen Gesundheitsförderung identifiziert werden, notwendige Arbeit an diese delegiert wird und andere Kolleg/-innen aus den Mitarbeitervertretung eine Scheu entwickelt haben, sich in das Thema einzuarbeiten.

2.3. Stolperfallen auf dem Weg zu einer betriebliche Gesundheitsförderung

Als einer der wichtigsten Erfolgsfaktoren für eine effektive betriebliche Gesundheitsförderung wird der gemeinsame Wille von Dienstgeber und Mitarbeitervertretung genannt. Neben einem gemeinsamen Grundverständnis von betrieblicher Gesundheitsförderung ist auch eine Übereinstimmung notwendig über den Weg, den die Beteiligten auf dem Weg zu gesünderen Arbeitsbedingungen gehen wollen.

Gesundheitliche Maßnahmen lassen sich nicht gegen den Willen des Dienstgebers durchsetzen. Ebenso sind Maßnahmen der Betrieblichen Gesundheitsförderung durch den Dienstgeber kaum gegen den Willen der Interessenvertretung effektiv durchführbar. Im Arbeitsschutzgesetz (§ 3 insbes. Abs. 1, 2) sowie in den gesetzlichen Grundlagen der Interessenvertretung (z.B. Mitbestimmungsgesetz - MitbestG §§ 40 (b, g), Betriebsverfassungsgesetz - BVG § 87 (7)) sind die meisten Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung als beteiligungspflichtige Tatbestände zuzuordnen. Deshalb ist ein von beiden Seiten



getragener Wille zur Betrieblichen Gesundheitsförderung unabdingbar. Dem Arbeitgeber können die Vorteile der Einführung einer betrieblichen Gesundheitsförderung relativ einfach vermittelt werden. Dazu gehören auch und nicht an letzter Stelle die mittel- und langfristigen finanziellen Einsparungen durch Reduzierung der Fehlzeiten, Verbesserung des Arbeitsklimas und der Arbeitszufriedenheit und der damit verbundenen höheren „Produktivität“.

Für die Interessenvertretung bedeutet die Verhandlung und die Mitarbeit an einer ambitionierten betrieblichen Gesundheitsförderung die Herausbildung von Fachleuten - mit den bereits oben erwähnten möglichen Folgen. Ein weiteres Manko der fachlichen Professionalisierung der MAV-Arbeit liegt in der Abhängigkeit von engagierten Mitarbeitervertreterinnen und -vertretern sowie unserer Meinung nach auch in der Berücksichtigung von sozialwissenschaftlich kundigen Personen. Der Einfluss der Mitarbeitervertretung z.B. bei der Interpretation von Fehlzeitenanalysen im Gesundheitsbericht erfordert ein Grundwissen, das auf der Arbeitgeberseite leicht durch Beauftragung entsprechend qualifizierter interner oder externer Fachleute sichergestellt werden kann. Auf der durch Wahlen zustande gekommenen Seite der Arbeitnehmer/-innenvertretung ist das Vorhandensein von Fachkompetenz mehr oder weniger zufällig bzw. eingeschränkt.

In einer Zeit zunehmender Personalreduzierung aufgrund des Kostendrucks oder anderer „Notwendigkeiten“ im sozialen Arbeitsfeld liegt der primäre Ansatzpunkt einer betrieblichen Gesundheitsförderung unserer Meinung nach in verhältnisbezogenen Maßnahmen, d.h. in den Arbeitsbedingungen, der Arbeitsorganisation oder z.B. dem Führungsverhalten. Eine einseitige Betonung verhaltensbezogener Maßnahmen, wie sie häufig noch als vermeintlich einziger Ansatzpunkt propagiert wird, ist kurzsichtig. Verhaltensbezogene Maßnahmen spielen jedoch als Ergänzung einer verhältnisbezogenen Prävention eine relevante Rolle. Im vorgestellten Prozess konnte diese Priorisierung jedoch nicht verhandelt werden - beide Vorgehensweisen werden nebeneinander genannt. Im Umsetzungsprozess ist nun darauf zu achten, dass in der dezentralen Umsetzung der Dienstvereinbarung nicht wieder ein Rückfall in das einseitige Angebot von Rückenschulen der Weg gebahnt wird. Dies erscheint allerdings nur möglich, wenn überholte Auffassungen unternehmerischen Handelns „Wir kümmern uns um die Gesundheit unserer Bewohnerinnen und Klienten und nicht um die der Mitarbeitenden“ eine Renaissance erleben. Dies erscheint vor dem Hintergrund des umfassenden, modernen Verständnisses von betrieblicher Gesundheitsförderung im Unternehmen derzeit nicht vorstellbar.

Was hat die Mitarbeitervertretung mit ihrem Initiativantrag erreicht?

- der Dienstgeber war zur einer Einführung Betrieblichen Gesundheitsförderung bereit,
- die Mitarbeitervertretung hat entscheidend Einfluss auf die Entwicklung, Ausgestaltung und Festlegungen eines BG-Managementsystems genommen (im Grundsatz wurde der Vorschlag der Gesamtmitarbeitervertretung aus dem Initiativantrag 2004 übernommen),
- das System ist als Bausteinmodell aufgebaut, wie der Initiativantrag es vorgesehen hatte, mit verbindlichen und wählbaren Bausteinen. Federführung hat die Steuerungsgruppe,
- die Gesundheit der Beschäftigten ist Unternehmensziel,
- der Vorschlag für eine Lenkung ist übernommen: Gesundheit ist Teil von Zielvereinbarungen des Vorstandes mit den Geschäftsführungen,
- der Vorstand hat finanzielle Anreize geschaffen,
- es gibt eine „Fachgruppe“, die zentral Inhalte und Fachleute bündelt,
- die vier Kernprozesse wurden festgeschrieben, d.h. eine Planung und Evaluierung/Auswertung aller Maßnahmen ist „vorgeschrieben“,
- eine halbe Stelle für die zentrale Koordination wurde geschaffen,
- die Gesamtmitarbeitervertretung hat Kenntnis von und bestimmt über alle wichtigen Instrumente mit,
- auf Ebene der Unternehmensbereiche ist der „Lenkungsausschuss“ verantwortlich und nicht die Geschäftsführung. Das sichert einen größeren Einfluss der Mitarbeitervertretung. Und schließlich
- es werden „Gesundheits“-berichte in den Unternehmensbereichen verfasst, die den Namen verdienen, und die nicht nur auf die Fehlzeitenanalyse der Krankenkasse reduziert werden.

Die Mitarbeitervertretung hätte gerne mehr verpflichtende Anteile für die Unternehmensbereiche festgelegt, ein gibt festes Budget und die dauerhafte Festschreibung der Stellenanteile für die Gesundheitskoordination konnten ebenso wenig verhandelt werden wie die Priorität der Verhältnisprävention.



Insgesamt wird sich noch in der konkreten Umsetzung in den dezentralen Unternehmensbereiche zeigen müssen, ob die Geschäftsführungen dem in der Dienstvereinbarung vorgezeichneten Weg folgen können und der sehr umfassende und gute Text der Dienstvereinbarung mit Leben gefüllt wird.

3. Literatur:

- Antonowsky, A.
Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung, In: Franke, A. & Broda, M. (Hrsg.),
Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese Konzept, Tübingen, dgvt-
Verlag, 1993
- Antonowsky, A.
Salutogenese. Zur Entmystifizierung der Gesundheit, Tübingen, 1997
- Badura, B.; Ritter, W., Scherf, M.
Betriebliches Gesundheitsmanagement - ein Leitfaden für die Praxis, Berlin, Ed.
Sigma, 1999
- Badura, B. & Hehlmann, T. (Hrsg.)
Die gesunde Organisation, Berlin, Springer, 2002
- Badura, B. & Hehlmann, T. (Hrsg.)
Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation, Berlin, Springer, 2003
- Blickhäuser, A. & Barga, H. von
Genderorientierte Projektplanung (GOPP), In: dies., Wege zu Gender-Kompetenz, Gender
Mainstreaming mit Gender-Training umsetzen, Berlin, 2003, S. 20-21, 25
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend
Bericht zur gesundheitlichen Situation von Frauen in Deutschland, Berlin, 2002
- Europäisches Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung
Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung in der
Europäischen Union, Brüssel, 1997
- Genz, H.O. & Vogt-Akpetou, U.
Gesundheitsworkshop in Kleinbetrieben, BGW, Hamburg, 2002
- Heinrich-Böll-Stiftung (Hrsg.)
Geschlechterdemokratische Dialoge - Dokumentation der Veranstaltungsreihe, Berlin, 2002
- Hurrelmann, K. & Kolip, P. (Hrsg.)
Geschlecht, Gesundheit und Krankheit - Männer und Frauen im Vergleich, Bern, Huber, 2002
- Janßen, Chr.
Gender mainstreaming im betrieblichen Gesundheitsmanagement am Beispiel der v.
Bodenschwingschen Anstalten Bethel - von der Planung zur Realisierung, Schritte zum Erfolg und
Stolpersteine, In: Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft, Arbeits- und Gesundheitsschutz am
Arbeitsplatz „Gesünder mit Gender- Mainstreaming“ - Geschlechterblick im Arbeits- und
Gesundheitsschutz, Dokumentation der Tagung am 5./6.10.2004 in Hannover, Berlin, 2004, S.19-27
- Janßen, Chr. & Kleinitz, L.
Gender Mainstreaming in der Mitarbeitervertretung - Praktische Erfahrungen aus der Einführung des
Ansatzes, Arbeit und Kirche, 2005a, 1, 17-21
- Janßen, Chr. & Kleinitz, L.
Gender Mainstreaming in der betrieblichen Gesundheitsförderung, Arbeitsrecht und Kirche, 2005b,
2, 37-42
- Janßen, Chr.
Die Entstehung einer Dienstvereinbarung und der Prozess zur Einführung eines Betrieblichen
Gesundheitsmanagements unter Gender-Aspekten, In: Arbeitnehmerkammer Bremen, Was heißt
hier geschlechtergerecht? - Gender Mainstreaming in Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung,
Tagung am 9.6.2005, Bremen, 2005c, S.13-26
Die Dokumentation der Tagung ist nur im Internet verfügbar:
www.arbeitnehmerkammer.de/downloads/ (Zugriff: 24.10.2008)
- Janßen, Chr.
Gender Analyse als Baustein zu einer geschlechtersensiblen betrieblichen Gesundheitsförderung,
Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis, 2007a, 1, 99-108



Janßen, Chr.

Geschlechtersensible betriebliche Gesundheitsförderung - Gender Analyse kann ein Baustein dazu sein, Arbeitsrecht im Betrieb, 2007b, 11, 656-659 (dieser Artikel ist fehlerhaft abgedruckt worden, eine korrigierte Fassung ist im Internet verfügbar)

Kolip, P.

Geschlechtergerechte Gesundheitsförderung und Prävention, Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 2008,1, 28-35

Krell, G.

Managing Diversity: Chancengleichheit als Wettbewerbsfaktor, In: dies., Chancengleichheit durch Personalpolitik, Wiesbaden, Gabler, 2008⁵

Kremer, H. & Klemp, J.

Frauen sind anders krank, Münchner medizin. Wochenschau, 1998, 29/30, 43-44

Matuscheck, K.

Betriebliches Gesundheitsmanagement: Eine soziale Innovation im Unternehmen Fallstudie zur Implementierung und Entwicklung des BGM in den v. Bodelschwingschen Anstalten Bethel in Bielefeld, Bielefeld, 2008

Vereinigte Dienstleistungsgewerkschaft

Fit für Gender Mainstreaming, Berlin, 2002

Wolf, C. & Genz, H.O.

Projektmanagement – Eine Einführung, Hamburg, BGW, 2004

Anschrift:

Christian Janßen
v. Bodelschwingsche Anstalten Bethel
- Gesamtmitarbeitervertretung
Karl-Siebold-Weg 9
33617 Bielefeld
Tel. 0521-144 1654

Im Internet:

www.gmav.net/gender/
www.sivus-online.de (hier finden sich alle eigenen Texte)