

Rosenbrock, Rolf

Book Part — Digitized Version

Betriebliche Gesundheitspolitik und Organisationsentwicklung

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Rosenbrock, Rolf (1993) : Betriebliche Gesundheitspolitik und Organisationsentwicklung, In: Jürgen M. Pelikan, Klaus Hurrelmann, Hildegard Demmer (Ed.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung: Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen, ISBN 3-7799-1153-1, Juventa Verlag, Weinheim ; München, pp. 123-140

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/112104>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



WZB-Open Access Digitalisate

WZB-Open Access digital copies

Das nachfolgende Dokument wurde zum Zweck der kostenfreien Onlinebereitstellung digitalisiert am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH (WZB).

Das WZB verfügt über die entsprechenden Nutzungsrechte. Sollten Sie sich durch die Onlineveröffentlichung des Dokuments wider Erwarten dennoch in Ihren Rechten verletzt sehen, kontaktieren Sie bitte das WZB postalisch oder per E-Mail:

Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung gGmbH

Bibliothek und wissenschaftliche Information

Reichpietschufer 50

D-10785 Berlin

E-Mail: bibliothek@wzb.eu

The following document was digitized at the Berlin Social Science Center (WZB) in order to make it publicly available online.

The WZB has the corresponding rights of use. If, against all possibility, you consider your rights to be violated by the online publication of this document, please contact the WZB by sending a letter or an e-mail to:

Berlin Social Science Center (WZB)

Library and Scientific Information

Reichpietschufer 50

D-10785 Berlin

e-mail: bibliothek@wzb.eu

Digitalisierung und Bereitstellung dieser Publikation erfolgten im Rahmen des Retrodigitalisierungsprojektes **OA 1000+**. Weitere Informationen zum Projekt und eine Liste der ca. 1 500 digitalisierten Texte sind unter <http://www.wzb.eu/de/bibliothek/serviceangebote/open-access/oa-1000> verfügbar.

This text was digitizing and published online as part of the digitizing-project **OA 1000+**.

More about the project as well as a list of all the digitized documents (ca. 1 500) can be found at <http://www.wzb.eu/en/library/services/open-access/oa-1000>.

Betriebliche Gesundheitspolitik und Organisationsentwicklung

Rolf Rosenbrock

Die Grenzen der Medizin im Hinblick auf die heute dominierenden, ganz überwiegend chronisch-degenerativen Massenerkrankungen sind in den vergangenen Jahrzehnten zunehmend deutlich geworden (Abholz 1980). Dies hat wieder zu einer verstärkten Aufmerksamkeit gegenüber der "präventiven Hälfte der Gesundheitspolitik" geführt. Der Grundgedanke dieser Re-Orientierung besteht darin, Gesundheitspolitik als insgesamt rationales Management von Gesundheitsrisiken nach Kriterien des Verursacherprinzips und der Eingriffsoptimierung zu betreiben. Eingegriffen werden kann im Hinblick auf Gesundheitsgefahren (1) durch Beseitigung bzw. Minderung der Gefahren und Risiken oder/und (2) durch die Ermöglichung und Förderung risikomeidenden Verhaltens oder/und (3) durch individuelle medizinische Intervention nach Auftreten von Befunden oder Symptomen. Die Frage nach dem Mischungsverhältnis zwischen diesen Interventionen entscheidet sich im rationalen Risikomanagement nach den Kriterien der Schadensminimierung ("so früh wie möglich"), der Machbarkeit, der ethischen Zulässigkeit und der Bezahlbarkeit (Rosenbrock 1993). In dieser Logik sind Prävention und Krankenbehandlung gleichgewichtige Strategien der Gesundheitssicherung (Rosenbrock 1989).

Vor allem Befunde der Belastungsforschung und Sozialepidemiologie haben immerwieder eindrucksvoll bestätigt, daß die Reduktion der Gesundheitssicherung auf Krankenversorgung und Krankenhilfe weder unter gesundheitlichen noch unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu Lösungen führt, die dem Stand des Wissens und der Möglichkeiten entsprechen. Aber einige wichtige Faktoren sträuben sich gegen eine adäquate Umsetzung dieser Erkenntnisse. Neben dem gewachsenen Eigengewicht der seit den Tagen der Gründung der GKV mit Krankenversorgung beauftragten Berufe, Wirtschaftszweige und Institutionen sind in erster Linie die durch Medien und Erziehung geförderte Medizingläubigkeit in der Bevölkerung und der Widerstand aus den von wirksamer Prävention potentiell betroffenen Interessensphären zu nennen (Rosenbrock 1992).

Bezogen auf betriebliche Gesundheitspolitik ist es eine seit vielen Jahren von der Wissenschaft letztlich ergebnislos erörterte Frage, warum Unternehmen nicht mehr für Gesundheit und Wohlbefinden der in ihnen Beschäftigten tun. Schon die Untersuchung von Mittler/Ochs/Peter kam 1977 zu dem Schluß, daß diesbezüglich weniger unternommen und mehr abgeblockt wird, als es dem "wohlverstandenen Eigeninteresse" der Unternehmen entspräche. Hier scheint nun in den letzten Jahren einiges in Bewegung gekommen zu sein, das diesen Befund relativieren könnte.

Im wesentlichen handelt es sich dabei:

- um vorsichtige Dehnungen des professionellen Problemverständnisses im Bereich Arbeitsschutz/Arbeitsmedizin (vgl. z.B. Brandenburg et al. 1991),
- um vom Management induzierte Projekte der Organisationsentwicklung (vgl. z.B. Thom 1992, Sievers 1993, Grossmann 1993) bzw. Personalpflege (vgl. z.B. Brinkmann 1993) sowie
- um - häufig von Krankenkassen angestoßene - Projekte der betrieblichen Gesundheitsförderung (vgl. z.B. BZgA/WHO 1989, WHO/BMJFFG/EG 1991).

Es stellt sich die Frage, ob mit einzelnen dieser Ansätze oder Kombinationen/ Koalitionen zwischen ihnen Entwicklungen eingeleitet und Ergebnisse erzielt werden können, die die notwendige und mögliche Schwerpunktbildung der Gesundheitspolitik auf Prävention und Gesundheitsförderung befördern können.

Um diese Frage im Hinblick auf die Arbeitswelt zu beantworten, ist ein Blick auf den Stand des gesundheitswissenschaftlichen Wissens notwendig. Die Fülle vorliegender Befunde läßt sich - stark vergrößert - dahingehend zusammenfassen, daß Prävention in der Arbeitswelt heute heißt, Strategien der Senkung überwiegend spezifischer Risiken (Prävention) mit solchen der Vermehrung salutogener Ressourcen (Minderung unspezifischer Risiken: Gesundheitsförderung) miteinander zu verbinden (BZgA/WHO 1989; BZgA/WHO 1992). In sehr allgemeiner Form ist der internationale Stand des Wissens über solche Strategien in der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation (1986) niedergelegt. Die Ottawa-Charta enthält Zielbestimmungen und Kriterien, an denen zu messen ist, ob und inwieweit Aktivitäten und Strategien zumindest plausibel geeignet sind, dem Trend der Zunahme v.a. chronisch-degenerativer Erkrankungen durch Senkung von Risiken und durch Stärkung von Gesundheitsressourcen entgegenzuwirken. Grundsätzlich heißt es dort: "Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen... Gesundheit wird von den Menschen in ihrer alltäglichen Umwelt geschaffen und gelebt, dort, wo sie spielen, lernen, arbeiten und lieben. Gesundheit entsteht dadurch, daß man sich um sich selbst und für andere sorgt, daß man in der Lage ist, selber Entscheidungen zu fällen und Kontrolle über die eigenen Lebensumstände auszuüben sowie dadurch, daß die Gesellschaft, in der man lebt, Bedingungen herstellt, die allen ihren Bürgern Gesundheit ermöglichen." Speziell zur Arbeitswelt finden sich dort u.a. folgende Aussagen: "Die sich verändernden Lebens, Arbeits- und Freizeitbedingungen haben entscheidenden Einfluß auf die Gesundheit. Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen." (zit.n. WHO/EG/BMJFFG 1991, S.89 ff.; vgl. auch Conrad/Kickbusch 1988)

Viele Gesundheitspolitiker und Ärzte haben eine eher geringschätzigere Auffassung von WHO-Dokumenten allgemein und speziell der Ottawa-Charta. Beim Wort genommen sind diese Sätze dagegen weder als Vorlage für unverbindliche Sonntagsreden oder wohlfeile Sozialbelletristik geeignet, noch als Vorwand, das harte Alltagsgeschäft der Senkung physikalischer, chemischer und ergonomischer Risiken im Betrieb zugunsten allgemeiner Lebenswürdigkeiten zu vernachlässigen. Vielmehr ist die Ottawa-Charta die Zusammenfassung von Schlussfolgerungen aus epidemiologisch vergleichsweise gut gesichertem Wissen mit hoher Anwendungsrelevanz. Sie enthält die bleibenden Daueraufgaben des betrieblichen Arbeitsschutzes und reicht darüber hinaus.

Die Zielvorgabe "sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeitsbedingungen" enthält Gestaltungskriterien für die betriebliche Aufbau- und Ablauforganisation, für Technikgestaltung, Lohnformen, Führungsstil, Zeitregime und Personalentwicklung sowie auch für die betriebliche Mitbestimmung (vgl. auch Badura 1991). Die folgenden Ausführungen konzentrieren sich auf einige Schlüsselaspekte der Betriebsorganisation. Gerade diese Aspekte werden in der Diskussion allzuoft vernachlässigt, obgleich sie die Gesundheit der Beschäftigten gleich auf drei Ebenen betreffen:

- Die Beachtung von Kriterien der Gesundheitsförderlichkeit in der betrieblichen Organisation und Gestaltung vermindert unmittelbar gesundheitsschädliche Belastung durch Distress in seinen verschiedenen Formen und gesundheitlichen Folgen.
- Die explizite Einführung dieser Kriterien in das betriebliche Geschehen erhöht die Aufmerksamkeit für und vergrößert bei allen Beteiligten das Wissen über Gesundheitsrisiken und die Möglichkeiten ihrer Vermeidung, z.T. auch über die ursprünglich thematisierten Bereiche hinausgehend.
- Der Antrieb für belastungskompensierendes gesundheitsschädliches Verhalten wird durch Abbau der Auslösebelastungen geschwächt.

Die Kriterien der Gesundheitsförderung für die Arbeitsgestaltung beruhen auf einer Fülle von wissenschaftlichen Studien. Sie alle belegen den gesundheitlichen Schaden aus nicht menschengerechter - besser gesagt: menschenun-gerechter - Arbeitsorganisation. Die dem Wortlaut nach auf positive Gesundheitsziele gerichtete Diktion der WHO-Dokumente beruht damit - wie der Arbeitsschutz - auf Befunden über die gesundheitlichen Folgen nicht geplanter Gefahren. Dazu nur einige wenige Beispiele:

- In einem Forschungsprojekt am Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB) (Friczewski et al. 1987) zum Zusammenhang zwischen Herzinfarkt und Industriearbeit wurde schon Anfang der achtziger Jahre ermittelt, daß das Risiko einer Herz-Kreislauf-Erkrankung signifikant steigt, wenn Beschäftigte im Schnittpunkt von nicht miteinander vereinbaren Anforderungen der Zeiteinteilung und Aufgabenerfüllung agieren müssen. Also z.B. zwischen Geschwindigkeit und Genauigkeit oder - etwa im Falle von Industriemeistern-

- zwischen vom Management gesetzten Terminzwängen einerseits und der Notwendigkeit der Aufrechterhaltung der Loyalität der Beschäftigten in ihrem Leitungsbereich andererseits. Es ist betrieblich und betriebswirtschaftlich möglich, solche Gesundheitsrisiken durch Veränderung der Arbeitsorganisation und insbesondere durch mehr Mitbestimmung am Arbeitsplatz zu verringern.
- Die Arbeitsgruppe um den Arbeitspsychologen Walter Volpert in Berlin konnte in zahlreichen Studien (Leitner et al. 1987, Leitner et al. 1992, Volpert/Kötter 1992) zeigen, daß es oft weniger die Arbeitsanforderungen selbst sind, die zu Streß, emotionaler Verstimmung, Überforderung und psychischer sowie somatischer Erkrankung führen, als vielmehr betriebliche und organisatorische Bedingungen, die das Arbeitshandeln von außen, meist durch die Betriebsorganisation, immer wieder behindern und unterbrechen (psychische Belastungen) und die weniger Entscheidungs- und Gestaltungsfreiheit bieten als möglich (Mangel an geistigen Anforderungen). Die Arbeitsgruppe hat auf Basis dieser Forschungen mehrere sehr konkrete Praxisleitfäden entwickelt (z.B. Ducki et al. 1993, Dunckel et al. 1993), deren Anwendung Gesundheitsförderung im genauen Sinne des Wortes wäre.
 - In einem derzeit laufenden Projekt untersuchen wir am WZB die arbeitsbezogenen Möglichkeiten der Verhütung des Rückenschmerzes und seiner Chronifizierung - und damit die Präventionsmöglichkeiten für eines der quälendsten und teuersten Gesundheitsprobleme hochindustrialisierter Gesellschaften (Elkeles/Rosenbrock 1992). Dabei deuten erste Ergebnisse darauf hin, daß diesem Erkrankungsrisiko auf Dauer weder mit - sicherlich notwendigen und risikosenkenden - ergonomischen Verbesserungen noch mit - in ihrer längerfristigen Wirksamkeit fraglichen - Rückenschulen beizukommen ist. Evaluationen rückenschmerzbezogener Interventionen in der Arbeitswelt (Wickström 1992, Osterholz 1991, 1993) zeigen vielmehr die hohe Bedeutung, die organisatorischen Veränderungen wie job enrichment, job enlargement und größeren Einwirkungsmöglichkeiten auf Arbeitsgestaltung und Pausenregime zukommt.
 - Ein hochkarätiges schwedisch-amerikanisches Forscherteam (Bigos et al. 1991) fand in der langfristigen Untersuchung von mehr als 3 000 Beschäftigten der Flugzeugwerke Boeing in Seattle/Washington/USA heraus, daß der stärkste Prädiktor für chronischen Rückenschmerz die Unzufriedenheit mit Arbeitsaufgaben und Betriebsklima war. Diese Faktoren spielten für die Verursachung chronischer Rückenschmerzen eine größere Rolle als ergonomische Belastungen oder Kraft, Ausdauer und Flexibilität der Beschäftigten.
 - In den Biltrite-Werken in Chelsea/Massachusetts/USA wurden sämtliche Beschäftigten und das Management daraufhin orientiert, das erste Auftreten von Rückenschmerzen zu melden und diese Meldungen auch ernst zu nehmen. Jeder Meldung wurde sowohl mit individueller Behandlung bzw. Training als auch ggf. mit einer Analyse des Arbeitsplatzes nachgegangen. Das Ergebnis

war - erwartungsgemäß - ein steiler Anstieg der gemeldeten Fälle von Rückenschmerz auf das Doppelte. Gleichzeitig sank aber durch dieses Ernstnehmen der Befindlichkeitsäußerungen der Beschäftigten und durch die Versuche, den Beschwerden auch arbeitsorganisatorisch zu antworten, die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage um fast die Hälfte (Fitzler/Berger 1982, 1983).

- Robert Karasek und Töres Theorell (1990) untersuchten den Zusammenhang zwischen hohen - qualitativen und quantitativen - Arbeitsanforderungen einerseits (job demand) und den Möglichkeiten andererseits, sich die Arbeit selbst zu gestalten und einzuteilen (job control). Sie fanden heraus, daß insbesondere die - gerade in hierarchisch eher unteren Berufspositionen häufiger anzutreffende - Kombination von hohen Anforderungen und geringen Gestaltungsmöglichkeiten die Erkrankungswahrscheinlichkeit v.a., aber nicht nur für koronare Herzerkrankungen signifikant erhöht.
- Johannes Siegrist (1992) und Mitarbeiter untersuchten in der Bundesrepublik mehr als 6 Jahre lang eine Kohorte von mehreren hundert Metallarbeitern. Sie fanden heraus, daß insbesondere die Kombination von hohen Arbeitsanforderungen und großem Arbeitseinsatz mit Enttäuschungen über mangelnde Anerkennung, Belohnung und Beförderung ('Gratifikationskrisen') zu signifikanten Erhöhungen der physiologisch meßbaren Herzkreislaufisrisiken führt.
- Dies schließt an die schon in den siebziger Jahren vom Human Population Laboratory in der Alameda-Study von Lisa Berkman und Leonard Syme (1979) an einer Kohorte von über 7.000 Menschen gewonnenen Erkenntnisse an, nach denen emotionaler und sozialer Rückhalt durch Wertschätzung, Bestätigung, Interesse, Vertrauen, Rat und materielle Unterstützung einen wirksamen Schutz vor Erkrankung auch bei hohen Anforderungen und Zumutungen bildet. Dieser Befund ist seither vielfach bestätigt worden (Badura 1981).

Zusammengefaßt: inkonsistente Anforderungsstrukturen, aufgabenbezogene psychische Belastungen, mangelnde geistige Anforderungen, mangelnde Transparenz betrieblicher Abläufe, Zeitdruckerleben, Gratifikationskrisen, die Spannung zwischen hohen Anforderungen und geringen Gestaltungsmöglichkeiten sowie geringer sozialer Rückhalt und mangelnde Einflußchancen am Arbeitsplatz müssen im Ergebnis der Gesundheitsforschung der letzten Jahrzehnte als epidemiologisch gut gesicherte Risikokonstellationen für die nach Morbidität und Mortalität wichtigsten Krankheiten industrialisierter Länder angesehen werden. Ihr Risikopotential ist oftmals nicht geringer als das meist in den Vordergrund gestellte gesundheitsschädliche Verhalten wie Rauchen, Bewegungsmangel etc. Belastungen aus der Betriebs- und Arbeitsorganisation haben bei aller Verschiedenheit mindestens zwei Merkmale gemeinsam: sie sind betrieblich produziert und betrieblich gestaltbar, und sie sind nicht ohne aktive Einbeziehung der Beschäftigten zu mindern oder gar zu beseitigen. Es ist evident, daß die Chancen ihrer betrieblichen Thematisierung und betriebspolitischen

Bearbeitung im Kontext nachtayloristischer bzw. nachfordistischer Produktions- und Managementkonzepte erheblich steigen.

Der Abbau solcher Gefahrenpotentiale senkt die Wahrscheinlichkeit des Eintritts von Erkrankungen. Gefahrenpotentiale verweisen daher stets auf Bedingungen der Möglichkeit von Gesundheit. Wo und insoweit diese Bedingungen hergestellt werden können, sprechen wir von präventiven Potentialen. Präventive Potentiale geben an, um wieviel die Inzidenz oder Prävalenz von Krankheiten gesenkt werden könnte, wenn von den - gewissermaßen im Umkehrschluß aus der Belastungs- und Gesundheitsforschung gewonnenen - Präventionsmöglichkeiten Gebrauch gemacht würde. Eine exakte Quantifizierung dürfte wegen der vielfach miteinander verbundenen Verursachungs- und Bewältigungsfaktoren (vgl. Abel 1992) und wegen der zahlreichen, gleichzeitig stattfindenden Veränderungen z.B. im Betrieb weder ex ante noch ex post möglich sein (Osterholz 1991, Kleiber 1992). Aber auch extrem vorsichtige Schätzungen lassen den möglichen Ertrag deutlich werden: Schätzungen der möglichen Verhinderung des Rückenschmerzes und seiner Chronifizierung durch arbeitsweltbezogene Interventionen belaufen sich - mit großen Unterschieden zwischen verschiedenen Berufsgruppen - auf 20 - 50% (Osterholz 1993). Aber schon eine Verminderung um nur 10% würde in Deutschland einen Gewinn von jährlich ca. 16,5 Mio. Tagen Arbeitsfähigkeit und Schmerzfreiheit sowie die Vermeidung von 6 000 Frühverrentungen bedeuten (Zahlen nach Jeiter 1992). Gemessen am Ertrag kurativ-medizinischer Interventionen ist dies sehr viel.

Risiken der Erkrankung und Ressourcen des Gesundbleibens können dabei als unterschiedliche Werte auf den gleichen Skalen (z.B. für zeitliche und inhaltliche Gestaltungsmöglichkeiten, für geistige Anforderungen, für sozialen und emotionalen Rückhalt) gedacht werden, - im Minusbereich für Risiken, im Plusbereich für Ressourcen. Prävention und Gesundheitsförderung sind damit keine zwei getrennten Welten, sondern unterschiedliche Ansätze an den gleichen Problemen: Prävention senkt (überwiegend spezifische) Risiken unter definierte Grenzwerte, Gesundheitsförderung vergrößert durch die Verminderung von (überwiegend unspezifischen) Belastungen Chancen des Gesundbleibens. Die Veränderung belastender betrieblicher Strukturen senkt nicht nur das Erkrankungsrisiko, sondern vermehrt auch die Möglichkeiten der Beschäftigten, Belastungen ohne Gesundheitsbeeinträchtigung zu bewältigen (vgl. Ducki/Greiner 1992).

Auch dieser Zusammenhang ist wissenschaftlich gut belegt: Forschungsergebnisse zur Stärkung von Gesundheitsressourcen, oder, wie der Zürcher Sozialpsychologe Rainer Hornung (1988) es metaphorisch ausgedrückt hat, zur Stärkung des psychosozialen Immunsystems, identifizieren die objektiven und subjektiven Bedingungen, die es Menschen erlauben, auch unter belastenden Situationen und unter Risikobedingungen gesund zu bleiben. Der israelisch-amerikanische Sozialepidemiologe Aaron Antonovsky (1987, 1991) hat die Voraussetzungen der Belastungsbewältigung in seinem Modell der Salutogenese auf der Basis

zahlreicher empirischer Studien an den verschiedensten Bevölkerungsgruppen zusammengefaßt. Danach bleiben Individuen und Gruppen dann auch unter hohen Belastungen eher gesund,

1. wenn die Anforderungen und Zumutungen, mit denen sie konfrontiert werden, einigermaßen vorhersehbar und einordnungsfähig sind (comprehensibility),
2. wenn Möglichkeiten der Reaktion und des Eingreifens, wenn Chancen der Einflußnahme auf Entwicklungen und Ereignisse gegeben sind (manageability), und wenn
3. die Möglichkeit besteht, unter diesen Bedingungen individuelle oder kollektive Ziele anzustreben und auch zu erreichen (meaningfulness).

Diese drei Faktoren, die Vorhersehbarkeit, die Machbarkeit und die Sinnhaftigkeit, bilden zusammengenommen nach Antonovsky den "sense of coherence" - zu deutsch etwa das Gefühl, sich in einer verstehbaren und beeinflussbaren Welt zu bewegen. Diese Formel für eine positiv gesundheitsförderliche Umwelt wiederum läßt sich - trotz z.T. großer Unterschiede in den Meßmethoden und im Entwicklungsstand der Theorie - mit anderen Konzepten verbinden, die ebenfalls den Zusammenhang zwischen schwierigen Außenanforderungen und den Möglichkeiten, damit gesundheitsverträglich umzugehen, zum Gegenstand haben: hierher gehört z.B. das von Suzanne Kobaza entwickelte Konzept der "hardiness" mit seinen Elementen der Kontrolle (im Gegensatz zu Machtlosigkeit), des Engagements (im Gegensatz zum passiven Mit-sich-geschehen-Lassen) und der Fähigkeit, Anforderungen als Herausforderung (und nicht als Bedrohung) zu erleben. Oder der "Willen zum Sinn", den V.E. Frankl bei Überlebenden deutscher Konzentrationslager als eine entscheidende Überlebensressource identifizierte. Auch das von dem amerikanischen Sozialpsychologen A. Bandura (1977) entwickelte Gesundheitskonzept der "self-efficacy" (grob übersetzt: die Überzeugung, Anforderungen und Belastungen aus eigener Kraft bewältigen zu können), ist mit dem von Antonovsky vorgeschlagenen Ansatz der Salutogenese verwandt.

Wenn es nun so etwas wie den "sense of coherence" gibt, dann ist es keineswegs plausibel anzunehmen, daß er ausschließlich angeboren oder durch die frühkindliche Sozialisation für das ganze Leben festgelegt ist. Empirische Befunde über die Veränderbarkeit von Wahrnehmung, Attitüden und Verhalten sowie Theorien des sozialen Lernens verweisen vielmehr darauf, daß eine solche Sichtweise des Lebens und der Welt sowie ihre praktischen Handlungsfolgen beständig durch das Erleben der Umwelt, durch die Möglichkeiten der Einflußnahme, durch die sichtbaren und unsichtbaren Systeme der Belohnung und Bestrafung geschaffen, bestätigt oder beschädigt werden. Jeder Berufstätige kann seine und die Arbeitssituationen seiner Mitarbeiter, Kollegen und Vorgesetzten einmal daraufhin durchgehen, inwieweit durch die Gestaltung der Arbeitsabläufe, durch offene und verborgene Belohnungs- und Bestrafungssysteme gesundheitsförderliches Erleben und Lernen bekräftigt oder entmutigt wird. Im Ergebnis solcher Analysen werden wohl in jedem Betrieb Schwachstellen der Orga-

nisation und der Betriebspolitik zu identifizieren sein. Ihre Abstellung bzw. Minderung würde sowohl Gesundheitsbelastungen senken als auch positives Gesundheitslernen im hier beschriebenen Sinne befördern. Insofern findet auch an jedem Arbeitsplatz jeden Tag Gesundheitserziehung statt - positiv wie negativ.

Im Zentrum betrieblicher Gesundheitspolitik stehen damit heute sowohl die "klassischen" (meist spezifischen) Belastungen und den darauf bezogenen arbeitswissenschaftlichen Kriterien der Ausführbarkeit, Erträglichkeit und Zumutbarkeit einer Arbeitsaufgabe als auch die Kriterien der Transparenz, der Konsistenz, der Beeinflussbarkeit und der sozialen wie materiellen Unterstützung in der Arbeitssituation. Das Verhältnis zwischen diesen beiden Belastungsarten ist weder eine Stufenfolge (erst harte, klassische Belastungen abbauen, dann weiche psychosoziale ...), noch einfach additiv: Vielmehr ist davon auszugehen, daß durch arbeitsorganisatorische Veränderungen erreichbare Verringerungen von psychosozialen Belastungen nicht selten eine notwendige Voraussetzung zum Schutz gegen die klassischen Risiken und Gefahren sind. Das von Volker Volkholz (1977) für die Orientierung des betrieblichen Arbeitsschutzes eingeführte Konzept der "Belastungsschwerpunkte" wäre heute um diese Belastungen aus der Arbeitsorganisation und dem Managementstil zu ergänzen bzw. zu differenzieren.

Es ist nun zu fragen, ob die eingangs benannten drei Entwicklungen betrieblicher Gesundheitspolitik - kasseninduzierte Gesundheitsförderung, Organisationsentwicklung/Personalpflege, Arbeitsschutz/Arbeitsmedizin - diesem Maßstab und damit den Kriterien der Effektivität und Effizienz genügen.

Betriebliche Gesundheitsförderung

Ein Blick in die Praxis zeigt, daß zwar gegenwärtig der Bereich kassengetragener bzw. -unterstützter betrieblicher Gesundheitsförderung stark zunimmt und zum Teil geradezu boomt, daß aber unter dieser Überschrift ganz überwiegend noch Aktivitäten verstanden werden, die auf die Beeinflussung individuellen Konsum- und Freizeitverhaltens oder die frühzeitige Inanspruchnahme medizinisch-therapeutischer Leistungen abzielen. Damit bleiben sie weit unterhalb der durch die Wissenschaft und die WHO gelegten Meßlatte. Dieses Verhalten der Kassen ist zwar schlüssig vor dem Hintergrund der genannten Entpolitisierung (Rosenbrock 1985a) sowie der politisch gewollten Konkurrenzsituation der Kassen untereinander (Rosenbrock 1992). Es ist aber nicht schlüssig im Hinblick auf die auch von den Kassen zumindestens programmatisch vorbehaltlos unterstützten Kriterien der WHO. Gegen diese Kritik wird häufig der Einwand erhoben, die gegenwärtigen Aktivitäten seien vielleicht zwar bescheidene, aber doch "richtige Schritte in die richtige Richtung". Die dahinter stehende Entwicklungsvermutung wäre allerdings noch zu belegen: es konnte bislang weder empirisch noch logisch gezeigt werden, daß oder wie mit solchen Ansätzen ärztlicher Diagnoseangebote oder traditioneller Gesundheitserziehung im Betrieb sogar

im Falle ihres Erfolges eine Dynamik in Gang gesetzt werden kann, die dann im Selbstlauf auch die epidemiologisch keineswegs weniger relevanten oder weniger abgesicherten betriebs- und organisationsstrukturellen Quellen für Gesundheit und Krankheit einbezieht. Auch die Vermutung, daß mit solchen Angeboten die "gesundheitlichen Kompetenzen der Beschäftigten" (v. Ferber 1992) im Sinne eines "Bahnungsmodells" (Murza 1990) für die Gesundheitsförderung erhöht würden, bedürfte noch der Fundierung. Immerhin ist auch das Gegenteil plausibel: mit der einseitigen Orientierung auf das eigene Verhalten (und dabei nicht etwa das Arbeitsverhalten) und die Inanspruchnahme des medizinisch-therapeutischen Systems kann der Blick auf die potentiell gesundheitsförderlichen Ressourcen der Arbeitswelt eher verstellt werden. Gut dokumentierte Projektbeschreibungen betriebsbezogener Gesundheitsförderung (z.B. Murza/Laaser 1990, 1992) belegen diese Vermutung eher, als daß sie sie widerlegen: Es kommt trotz programmatisch weitreichender Ankündigungen weder zu Einwirkungen auf die Arbeitsbelastungen noch zu Vergrößerungen der Gestaltungsmöglichkeiten der Beschäftigten. Als "übergreifender Interventionseffekt" wird die Reklamation des zu hohen Natriumgehalts eines in der Cafeteria verkauften Mineralwassers berichtet (Hellmers/Giese 1992, S. 127).

Die wenigen positiven Beispiele betrieblicher Gesundheitsförderung, die sich auf die skizzierten neueren gesundheitswissenschaftlichen Forschungsergebnisse beziehen lassen bzw. die Chance in sich bergen, diese Erkenntnisse in betriebliche Praxis umzusetzen, finden sich meist unter den Rubriken "Gesundheitszirkel" (Rosenbrock 1982, 1985b, Friczewski 1989, Slesina/Beuels/Sochert 1989, Baule 1992) und "Betriebsdiagnose" bzw. "Betrieblicher Gesundheitsbericht" (Voß 1991, Überblicke bei Brandenburg et al. 1990).

Erstere greifen den schon Anfang der 80er Jahre in einem WZB-Projekt zum Arbeitsschutz (Kühn 1982, Rosenbrock 1982, Hausß 1983) identifizierten zentralen Engpaß betrieblicher Gesundheitspolitik auf: die nach Beschäftigtengruppen unterschiedlichen Defizite der Wahrnehmung, Artikulation und Thematisierung betrieblich generierter Gesundheitsprobleme und der Behinderung authentischer Belastungswahrnehmung und Gestaltungsvorschläge der Beschäftigten durch Management und professionelles Arbeitsschutzsystem. Letztere versuchen betriebliche Gesundheitspolitik an epidemiologisch ermittelten Gefahrenpotentialen zu orientieren, indem durch Zusammenführung verschiedener Datenquellen (z.B. Krankheitsarten nach Belastungsgruppen) rationale Aufgreifkriterien und ggf. Prioritäten für die betriebliche Gesundheitspolitik ermittelt werden (Rosenbrock 1985a).

An solchen Projekten haben Krankenkassen und Gewerkschaften heute einen großen Anteil. Dabei haben offenbar in der Mehrzahl der Fälle Kassen-Geschäftsführungen Impulse aus der Selbstverwaltung aufgenommen und sowohl unter Berücksichtigung des v. a. in den Kassenverbänden mittlerweile repräsentierten professionellen Know-how als auch unter sensibler Vermeidung von

Konflikten weiterentwickelt. Im Ergebnis hat dies bei solchen Projekten dazu geführt,

- daß es sich bei den vorfindlichen Ansätzen von Gesundheitszirkeln bis heute um Modellprojekte handelt, deren Verallgemeinerung unklar bleibt. Ohnehin ist es nur ein sehr schmales Segment von entweder großen oder speziell betreuten kleinen Betrieben, in denen sich solche Ansätze finden.
- daß in Gesundheitszirkeln die Betroffenenkompetenz der Beschäftigten nur unzureichend und indirekt repräsentiert ist. Es ist bei Gesundheitszirkeln heute oft nicht leicht zu entscheiden, ob mit ihnen informelles Wissen und Unmutspotentiale aus der Belegschaft abgeschöpft werden sollen, oder ob es sich um reale Partizipation handelt.
- daß die Umsetzung der aus Gesundheitszirkeln kommenden Vorschläge durchweg Gegenstand nicht transparenter Entscheidungen des Managements bleibt. Gesundheitszirkel haben in aller Regel lediglich ein informelles Vorschlagsrecht.
- daß bei den Betriebsdiagnosen bzw. betrieblichen Gesundheitsberichten, die von den Kassen angeboten und überwiegend von Unternehmen mit hohem Krankenstand angefordert werden, die oben skizzierten Gestaltungsfragen der betrieblichen Aufbau- und Ablauforganisation, und damit wesentliche WHO-Kriterien der Gesundheitsförderung, meist außen vor bleiben.

Gesundheitswissenschaftlich inspirierte Vertreter der GKV finden ein reichhaltiges Aufgabenfeld darin, die Aufnahme von Dimensionen der Arbeitsbelastung durch Betriebsorganisation sowie durch betriebliche Belohnungs- und Sanktionssysteme in die Diagnose- und Dienstleistungsangebote der Kassen durchzusetzen.

Organisationsentwicklung/Personalpflege

Vor allem das Management großer Unternehmen hat in den vergangenen Jahren vermehrt unter den Gesichtspunkten der Schaffung von corporate identity, veränderter, v.a. längerfristig blickender Kalküle des human resources management und der Anpassung an veränderte Arbeits- und Produktmärkte Projekte der Organisationsentwicklung bzw. Personalpflege (zur Organisationsentwicklung vgl. z.B. Thom 1992, Sievers 1993, Grossmann 1993, zur Personalpflege vgl. z.B. Brinkmann 1993) in Bewegung gebracht (vgl. z.B. Künzer/Meyer/Wegner 1993, Naschold 1992), die in der Zielsetzung des betrieblichen Umgangs mit der Arbeitskraft hohe Überschneidungen mit Projekten der Gesundheitsförderung aufweisen. Wie bei der Gesundheitsförderung geht es um die Suche nach Strategien und Strukturen, die zugleich den Kriterien betriebswirtschaftlicher Effizienz und menschengerechter Arbeitsgestaltung genügen. Wie in der gesundheitswissenschaftlichen Präventionsdebatte gibt es auch in Theorie und Praxis der Organisationsentwicklung Differenzen und Auseinandersetzungen zwischen eher strukturbezogenen und eher verhaltensbezogenen Ansätzen (Thom 1992). Obgleich die Ähnlichkeiten zwischen Gesundheitsförderung und Organisationsentwicklung hinsichtlich Zielsetzung, Ansätzen und auch Kon-

fliktlinien unübersehbar sind, ist das Verhältnis zwischen beiden (z. B. in bezug auf betriebliche Entstehungsbedingungen, Ressortanbindung, Durchsetzungschancen, professionelle Konfigurationen, Zielkonflikte, Synergie/Konkurrenz/Konflikt) bis auf wenige erste Beobachtungen (z.B. Grossmann 1993, Loos 1992) noch nicht wissenschaftlich untersucht, obgleich sich dabei Erkenntnisse von strategischer Bedeutung ergeben könnten: immerhin kommt es heute im Rahmen von Organisationsentwicklung in aufgeklärten Unternehmen zu Interventionen, die noch vor wenigen Jahren als Bedrohung des Direktionsrechts wahrgenommen worden wären und deshalb keine Chance gehabt hätten, und die unter der Überschrift "Gesundheitsförderung" wohl auch heute noch keine Chance hätten.

Zum Teil finden sich in solchen Projekten unter Einbeziehung berufspädagogischer (Stichworte z.B. Schlüsselqualifikationen, Betrieb als Lernort), arbeitspsychologischer (Stichworte z.B.: lernförderliche Arbeitssituationen, Polyvalenz), soziologischer (Stichworte z.B. neue Produktionskonzepte) und arbeitspolitischer (Stichworte z.B. Modelle sozialer Produktivität) Kompetenz und unter Nutzung von Forschungsergebnissen aus den Programmen des Bundesministeriums für Forschung und Technologie zur "Humanisierung des Arbeitslebens" und zu "Arbeit und Technik" (Projektträger AuT 1992) Ansätze und Modelle der Qualifizierung und Organisationsentwicklung, die im Hinblick auf ihre gesundheitlichen Wirkungen durchaus mit Gesundheitszirkeln etc. vergleichbar sein können, aber keineswegs in erster Linie gesundheitlich, sondern betriebswirtschaftlich motiviert sind. Der Betrieb - dies wird immer deutlicher - ist nicht mehr nur deshalb gesundheitspolitischer Interventionsort, weil dort wesentliche Verursachungsanteile der modernen chronisch-degenerativen Volkskrankheiten liegen, sondern auch, weil Interventionen dort effektiver zu organisieren und deshalb gesundheitspolitisch effizienter sind als in anderen Lebensbereichen, und weil mit solchen Interventionen neben gesundheitlich auch betriebswirtschaftlich positive Effekte zu erzielen sind. Für die gesundheitspolitische Beurteilung solcher vom Management (mit-)getragener Projekte der (wie auch immer motivierten und bezeichneten) betrieblichen Gesundheitspflege ist es angesichts der aktuellen und absehbaren Entwicklung auf dem Arbeitsmarkt bedeutsam, daß sie sich auch bei hoher Massenarbeitslosigkeit als relativ stabil erwiesen haben.

Nun ist es sicher zu begrüßen, daß sich langsam ein Kanon gemeinsamen Gestaltungswissens zwischen den beteiligten humanwissenschaftlichen Disziplinen hinsichtlich der Menschengerechtigkeit der Arbeit herauszubilden scheint. Dabei ist nicht anzunehmen, daß diese Überschneidungen statisch sind und bis zur Deckungsgleichheit reichen. Unter dem speziellen Aspekt der Gesundheitsförderung wird es in den nächsten Jahren darauf ankommen, diese Ansätze impliziter Gesundheitspolitik auch explizit an gesundheitswissenschaftlichen Kriterien auszurichten (Rosenbrock 1993) und damit ihre gesundheitliche Effizienz zu erhöhen, zumindest aber gesundheitsbezogene Kriterien stärker in

die Gestaltungs- und Entscheidungsprozesse einzubringen. Dabei tritt das Problem auf, daß in dieser Hinsicht besonders aufgeschlossene Unternehmen oft ein eher "betriebsgemeinschaftliches" Managementkonzept verfolgen, in dem "allgemeinverbindliche und einklagbare Regelungen durch das Prinzip einer - nicht selten fürsorglichen und liberalen - Bevormundung in Gesundheitsfragen (substituiert)" werden (Marstedt 1990). Das kann die Aufgabenerfüllung der betrieblichen Interessenvertretung erheblich erschweren, z.B. im Zusammenhang mit der Einführung von lean production nicht nur die gesundheitsförderlichen Aspekte höherer Transparenz, geringerer Hierarchie und größerer Gestaltungsfreiheit, sondern auch die gesundheitsbelastenden Aspekte der Arbeitsintensivierung zu thematisieren (Lecher 1992, Oehlke 1993). Oder bei Ansätzen moderner Organisationsentwicklung auch und gerade die untersten Hierarchiestufen, bei denen traditionell die höchsten Belastungen mit den niedrigsten Artikulationsmöglichkeiten zusammenfallen (Hauß 1983), einzubeziehen.

Da nicht vorausgesetzt werden kann, daß das Management eine solche Ausweitung von Projekten der Organisationsentwicklung initiiert, ergeben sich daraus zukunftsweisende Herausforderungen für die Sozialversicherungsträger als Berater und Begleiter solcher Projekte. Das sind neben den Krankenkassen natürlich auch die Berufsgenossenschaften/GUV und die Rentenversicherungsträger, die ja alle zunehmend deutlich und explizit den präventiven, gestaltenden Teil ihrer sozialstaatlichen Aufgabenstellung wahrnehmen und zum Teil auch umzusetzen versuchen. Auf Basis ihres sozialpolitischen Auftrags sind sie mehr als andere Träger betrieblicher Gesundheitspolitik legitimiert und verpflichtet, in diese Prozesse und Projekte den Gesichtspunkt einzubringen, daß Gesundheitspolitik immer auch heißt, die nach wie vor bestehende soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod zu verringern. Deshalb müssen die Sozialversicherungsträger dem Gesichtspunkt der Einbeziehung gerade der diesbezüglich nicht aktiven Betriebe, Branchen und Regionen sowie der unteren Hierarchieebenen und weniger qualifizierten Beschäftigten besondere Beachtung schenken.

Betrieblicher Arbeitsschutz/Arbeitsmedizin

Moderne Ansätze betrieblicher Gesundheitsförderung haben daneben auch ihr Verhältnis zum gewachsenen betrieblichen Arbeitsschutz zu bestimmen. Knapp 20 Jahre Erfahrungen mit dem professionellen und vorschrittengeleiteten Arbeitsschutz nach dem Gesetz über Betriebsärzte, Sicherheitsingenieure und andere Fachkräfte für Arbeitssicherheit (ASiG 1974) haben die Stärken und Schwächen dieses Ansatzes gezeigt (Kühn 1982, Rosenbrock 1982, Hauß 1983). Stärken liegen in den Möglichkeiten der Zurückdrängung physikalisch und chemisch meßbarer Gefahren und Gesundheitsbelastungen sowie der Verbesserung der Ergonomie. Schwächen liegen in der Expertendominanz, gegen die die Belastungsartikulation der Beschäftigten meist keine Chance auf Gehör und Durchsetzung hat, und in der grenzwert- und meßbarkeitsfixierten Norm-

orientierung, die gegenüber Beanspruchungen und Gesundheitsgefährdungen aus der Organisation der Arbeit, aus dem geschriebenen und ungeschriebenen Belohnungs- und Bestrafungssystem des Betriebes in aller Regel nicht greifen kann. Auch ist deutlich geworden, daß der betriebliche Arbeitsschutz Gesundheitsinteressen der Beschäftigten durchweg nicht gegen ein anders gerichtetes Interesse des Management durchsetzen kann.

Andererseits sind in den letzten Jahren vermehrt Projekte der betrieblichen Gesundheitsförderung von Betriebsärzten angestoßen und organisiert worden, die über das naturwissenschaftlich verengte Paradigma der akademischen Arbeitsmedizin hinausweisen. Es bilden sich - wiederum meist in Großbetrieben - neue Akteurkonfigurationen der betrieblichen Gesundheitspolitik, in denen Betriebsärzte die in ihrer Ausbildung und in ihrer Stellung im Betrieb angelegten Beschränkungen der Problemverkürzung und einseitigen Maßnahmegewichtung (Rosenbrock 1982) überwinden und zum Teil Initiativfunktion übernehmen. Es ist derzeit nicht möglich, die Verallgemeinerbarkeit dieser Tendenzen und insbesondere ihre Resistenz gegenüber den Druck- und Sogwirkungen aus dem Arbeitsmarkt (anhaltende Massenarbeitslosigkeit) abzuschätzen.

Fazit

Es besteht heute die Notwendigkeit und in einigen Betrieben auch schon die Möglichkeit, mit und neben dem Arbeitsschutz, dessen Aufgabenstellung ja keineswegs unwichtiger geworden ist, und den betriebswirtschaftlich motivierten Projekten der Organisationsentwicklung etc. einen betrieblichen Gesundheitsschutz zu etablieren, der sich der psychosozialen und psychomentalen Belastungen und Beanspruchungen in der dazu notwendigen Breite annimmt. Dieser Ansatz betrieblicher Gesundheitspolitik unterscheidet sich nicht nur hinsichtlich der beteiligten Wissenschaften vom klassischen Arbeitsschutz, sondern auch im Hinblick auf den Regelungstyp: es geht dabei in erster Linie nicht mehr um die Bestimmung, Durchsetzung und Kontrolle von Grenzwerten und um die Anwendung von Vorschriften, sondern es geht um die Förderung der Gesundheitskompetenz der Beschäftigten durch Schaffung von unterstützenden und veränderungsoffenen Umwelten. Denn nur dadurch kann die wichtigste und knappste Gesundheitsressource, die Aktivierung der Beschäftigten, kontinuierlich produziert und freigesetzt werden. Dieser Bereich betrieblicher Gesundheitspolitik ist nicht über Normen, sondern über Prozeßkriterien zu steuern.

Welche organisatorischen Formen betriebliche Gesundheitspolitik angesichts dieser neuen Herausforderungen annimmt, ist derzeit eine von der Praxis höchst unterschiedlich beantwortete Frage: in manchen Betrieben ist betriebliche Gesundheitsförderung Aufgabe des Arbeitsschutzausschusses nach ASiG und damit Teil des Arbeitsschutzes, andernorts wird Gesundheitsförderung als "Fremdleistung" extern in Form von Programmen gekauft, manchmal ist sie Angelegenheit der Personal- oder Sozialabteilung oder der Krankenkassen,

manchmal wird sie - dem Anspruch nach ressortübergreifend - von einem betrieblichen Arbeitskreis Gesundheit organisiert.

Die zeitlich parallele Entwicklung der Gesundheitswissenschaften einschließlich ihrer derzeit anlaufenden Verankerung in akademischen Public Health-Studiengängen eröffnet zugleich die Chance, die für betriebliche Gesundheitspolitik notwendigen Wissensbestände aus verschiedenen Disziplinen gleichberechtigt zur Arbeitsmedizin und zu den Ingenieurwissenschaften zusammenzuführen (Rosenbrock/Noack/Moers 1993). Es steht zu hoffen, daß diese Verbindung aus solidem betriebswirtschaftlichen und gesundheitspolitischen Interesse mit interdisziplinärer wissenschaftlicher Kompetenz Kriterien und Evaluationsverfahren (vgl. Adam 1990, Demmer 1992) hervorbringt, die in der rasch voranschreitenden Kommerzialisierung dieses Bereichs die Spreu vom Weizen trennen helfen.

Literatur

- Abel, Th. (1992): Konzept und Messung gesundheitsrelevanter Lebensstile. In: Prävention, 15, Nr. 4, S.123-128
- Abholz, H.H. (1980): Welche Bedeutung hat die Medizin für die Gesundheit? In: Deppe, H.U. (Hg.): Vernachlässigte Gesundheit. Köln: Kiepenheuer & Witsch, S.15-57
- Adam, H. (1990): Kosten-Wirksamkeits-Analyse im Gesundheitswesen. In: Arbeit und Sozialpolitik, Nr.6, S.192-196
- Antonovsky, A. (1987): Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. San Francisco: Jossey-Bass
- Antonovsky, A. (1991): Meine Odyssee als Streßforscher. In: Rationierung der Medizin, Jahrbuch für kritische Medizin 17, Argument-Sonderband AS 193. Hamburg, S.112-130
- Badura, B. (Hg.) (1981): Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Frankfurt: Suhrkamp-Verlag
- Badura, B. (1991): Gesundheitsförderung durch Arbeitsgestaltung. Die Betriebskrankenkasse, 79. Jg., Nr.12, S.840-848
- Bandura, A. (1977): Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, Vol.84, S.191-215
- Baule, G. (1992): Entwicklungen auf dem Gebiet der betrieblichen Gesundheitsförderung. In: Czock, H., Göbel, E., Guthke, B. et al. (Hg.): Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. Berlin: Berliner Gesundheitsladen e.V.
- Berkman, L.F., Syme, L.S. (1979): Social Networks, Hosts Resistance And Mortality: A Nine-Year Follow-Up Study Of Alameda County Residents. American Journal of Epidemiology, Vol.109, No.2, S.186-204
- Bigos, S., Battié, M., Spengler, D.M. et al. (1991): A Prospective Study of Work Perceptions and Psychosocial Factors Affecting the Report of Back Injury. Spine, Vol.16, No.1
- Brandenburg, U., Buchter, A., Grimm, H.-G, Laurig, W., Marschall, B., Schreinicke, G., Schwabinger, G. (1991): Aktuelle Probleme arbeitsmedizinischer Belastungs- und Beanspruchungsforschung. In: Z.Arb.wiss., 45.Jg. (17 NF), S.47-50
- Brandenburg, U. et al. (Hg.) (1990): Prävention im Betrieb. München: Saur-Verlag

- Brinkmann, R. (1993 i.E.): Personalpflege - Gesundheit, Wohlbefinden und Arbeitszufriedenheit als strategische Größen im Personalmanagement. Arbeitshefte Personalwesen. Heidelberg: I.H. Saur-Verlag
- BZgA/WHO(Hg.)(1989): Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. Berlin, Heidelberg, New York: Springer
- BZgA/WHO(Hg.)(1992): Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. Tauberbischofsheim: Fränkische Nachrichten
- Conrad, G., Kickbusch, I. (1988): Die Ottawa-Konferenz zur Gesundheitsförderung. Grenzen der Prävention, Argument Sonderband AS 178. Hamburg
- Demmer, H. (1992): Wirksamkeit und Nutzen betrieblicher Gesundheitsförderung. In: Die Betriebskrankenkasse, 80, Nr.11, S.643-650
- DGB (1977): Standfest, E., v. Ferber, Chr., Holler, A. et al. (Hg.) Sozialpolitik und Selbstverwaltung. WSI-Studie Nr.35. Köln: Bund Verlag
- DGB (1988): Schmidt, A., Jahn, E., Scharf, B. (Hg.): Der solidarischen Gesundheits-sicherung die Zukunft. Bericht der Gesundheitspolitischen Strukturkommission beim DGB- Bundesvorstand. Köln: Bund Verlag
- Ducki, A., Niedermeier, R., Pleiss, C., Lüders, E. et al. (1993 i.E.): Büroalltag unter der Lupe. Hogrefe: Göttingen
- Ducki, A., Greiner, B. (1992): Gesundheit als Entwicklung von Handlungsfähigkeit - Ein "arbeitspsychologischer Baustein" zu einem allgemeinen Gesundheitsmodell. Zeitschrift für Arbeits- u. Organisationspsychologie, Nr.36, S.184-189
- Dunckel, H., Volpert, W., Zölch, M. et al. (1993): Leitfaden zur kontrastiven Aufgabenanalyse und -gestaltung bei Büro- und Verwaltungstätigkeiten. Das KABA-Verfahren. Handbuch und Manual. Zürich: Verlag der Fachvereine
- Elkeles, Th., Rosenbrock, R. (1992): Arbeitsweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung am Beispiel von Rückenschmerzen. Präventionspolitische Konstellationen für Entwurf und Umsetzung zielgerichteter Interventionen. Antrag im Forschungsverbund Public Health, Ms. Berlin
- Fitzler, S.L., Berger, R.A. (1982): Attitudinal change: The Chelsea Back Program. Occupational Health and Safety, No.51, S.24-26
- Fitzler, S.L., Berger, R.A. (1983): Chelsea Back Program: One Year Later. Occupational Health And Safety, No.52, S.52-55
- Franke, V.E. (o.J.): Der Mensch auf der Suche nach Sinn. Freiburg: Herder
- Friczewski, F. et al. (1989): Betriebliche Gesundheitszirkel. Eine Pilotstudie zur Prävention streßbedingter Erkrankungen am Arbeitsplatz. Berlin
- Friczewski, F., Maschewsky, W., Naschold, F., Wotschak, P., Wotschak, W. (1987): Herz-Kreislauf-Krankheiten und industrielle Arbeitsplätze. Frankfurt, New York: Campus
- Grossmann, R. (1993): Gesundheitsförderung und Organisationsentwicklung - Organisationsentwicklung durch Projektmanagement. In: Pelikan, J.M., Demmer, H., Hurrelmann, K. (Hg.) In: Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Weinheim, München: Juventa
- Hauß, F. (1983): Belastungsthematisierung im Arbeitsschutz. Frankfurt, New York: Campus
- Hauß, F., Naschold, F., Rosenbrock, R. (1981): Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen. Forschungsbericht 55, Gesundheitsforschung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung. Bonn
- Hellmers, D., Giese, W. (1992): Gesundheitsförderung mit Spaß betrieben. Erfahrungsbericht und Leitfaden zum Modellprojekt zur Prävention von Herz-Kreislauf-Erkrankungen im Betrieb der BKK des Carlswerks In: Murza/Laaser 1992, S.113-135

- Hornung, R. (1988): Das psychosoziale Immunsystem - Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung als Bereich angewandter Sozialpsychologie. Neue Züricher Zeitung, 30.11.1988
- Jeiter, W. (1992): Statement für die Bundesanstalt für Arbeitsschutz vor dem Bundestagsausschuß für Arbeit und Sozialordnung zur Anhörung für die Schaffung eines Arbeitsschutzgesetzes am 9.12.1992, Ausschußdrucksache 550, 12. Wahlperiode, Ms. Dortmund, Bonn
- Karasek, R. A., Theorell, T. (1990): Healthy work. New York: Basic Books
- Kleiber, D. (1992): Gesundheitsförderung: Hintergründe, Programmatik, Ansätze und Probleme In: Psychomed, 4, No. 4, S.220-230
- Kühn, H. (1982): Betriebliche Arbeitsschutzpolitik und Interessenvertretung der Beschäftigten. Frankfurt, New York: Campus
- Kühn, H. (1989): "Gesundheitsförderung und Interessenvertretung: Zur Rolle von Gewerkschaften und Gesundheitsbewegung". Gesundheitspolitik zwischen Steuerung und Autonomie. Jahrbuch für kritische Medizin 14. Argument-Sonderband AS 186. Berlin, Hamburg, S.89-105
- Künzer, F.V., Meyer, U., Wegner, K. (Hg.) (1993): Moderne Arbeits- und Produktionskonzepte. Köln: Verlag TÜV Rheinland
- Lecher, W. (1992): Schlanke Produktion - dichte Arbeit. Die neue Gesellschaft. Frankfurter Hefte, Nr.8
- Leitner, K., Volpert, W., Greiner, B., Weber, W.G., Hennes, K. (1987): Analyse psychischer Belastung in der Arbeit. Das RHIA-Verfahren. Köln: TÜV Rheinland
- Leitner, K., Lüders, E., Greiner, B. et al. (1993): Analyse psychischer Anforderungen und Belastungen in der Büroarbeit. Das RHIA/VERA-Büro-Verfahren. Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie
- Loos, W. (1992): Erkenntnisse der Organisationsentwicklung bei der Realisierung betrieblicher Gesundheitsförderung. In: Zeitschrift für Präventivmedizin und Gesundheitsförderung 4, S.91-98
- Machtan (1985): Risikoversicherung ohne arbeitsweltbezogene Sozialpolitik (Prävention). Eine historische Weichenstellung. In: Rosenbrock, R., Hauß, F. (Hg.): Krankenkassen und Prävention. Berlin: Edition Sigma, S.3-14
- Marstedt, G. (1990): Schattenwürfe sozialer Rationalisierung. Zum Bedeutungswandel von Gesundheit und Krankheit in der Arbeitswelt. In: psychosozial, 12. Jg., Heft II, S.74-86
- Mittler, H., Ochs, P., Peter, R. (1977): Anwendung arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse im Industriebetrieb. Bonn-Duisdorf: Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung
- Müller, R. (1993): Sozialversicherung und Prävention in der Arbeitswelt. Frühere Botschaften, Erinnerungen für die Zukunft. Referat gehalten auf der DGB-Tagung "Forum Arbeit und Gesundheit" am 26./27. Januar 1993 im Forum Leverkusen
- Murza, W. (1990): Gesundheit fördern durch Bewegung und Entspannung. Das "Bahnungsmodell": ein Ansatz zur Förderung körperlicher Aktivität. In: Murza/Laaser 1990, S.37-43
- Murza, G., Laaser, U. (Hg.) (1990): Gesundheitsförderung. Hab ein Herz für Dein Herz. Der Betrieb als Interventionsort für Prävention und gesundheitsfördernde Maßnahmen. IDIS: Bielefeld
- Murza, G., Laaser, U. (Hg.) (1992): Gesundheitsförderung. Hab ein Herz für Dein Herz. Ergebnisse der dreijährigen Pilotphase des betrieblichen Gesundheitsförderungsprogramms IDIS: Bielefeld
- Naschold, F. (1992): Den Wandel organisieren. Berlin: Edition Sigma
- Oehlke, P. (1993): Zur gesellschaftspolitischen Ambivalenz der schlanken

- Produktionsstrategien In: WSI-Mitteilungen, 46. Jg., Heft 2, S.97-110
- Osterholz, U. (1991): Gegenstand, Formen und Wirkungen arbeitsweltbezogener Interventionen zur Prävention muskulo-skelettaler Beschwerden und Erkrankungen. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, S.91-202
- Osterholz, U. (1993 i.E.): Kritische Bewertung der Wirksamkeit verschiedener Maßnahmen zur Lösung des Problems "Rückenschmerzen". Veröffentlichungen der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik. Berlin: Wissenschaftszentrum für Sozialforschung
- Projektträgerschaft "Arbeit und Technik" (Hg.) (1992): Projekt-Status-Bericht 1991/92. Bonn
- Rosenbrock, R. (1982): Arbeitmediziner und Sicherheitsexperten im Betrieb. Frankfurt, New York: Campus
- Rosenbrock, R. (1985a): Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen durch gesetzliche Krankenversicherung - ein Thema in einer Arena. In: Naschold, F. (Hg.): Arbeit und Politik. Gesellschaftliche Regulierung der Arbeit und der sozialen Sicherung. Frankfurt, New York: Campus, S.367-404
- Rosenbrock, R. (1985b): Wirtschaftskrise und Arbeitsschutz - Gegenwärtige Entwicklungsbedingungen betrieblicher Gesundheitspolitik. Österreichische Zeitschrift für Soziologie, Heft 3/4, S.96-107
- Rosenbrock, R. (1989): Gesundheitssicherung durch Krankenkassenpolitik? In: Riedmüller, B., Rodenstein, M. (Hg.): Wie sicher ist die soziale Sicherung? Frankfurt: Suhrkamp Verlag, S.137-164
- Rosenbrock, R. (1992): Politik der Prävention - Möglichkeiten und Hinderungsgründe. Sozialpolitik als Gestaltungsauftrag. Zum Gedenken an Alfred Schmidt. Köln: Bund-Verlag, S.151-173
- Rosenbrock, R. (1993): Gesundheitspolitik. In: Hurrelmann, K., Laaser, U. (Hg.): Handbuch der Gesundheitswissenschaften. Weinheim, Basel: Beltz-Verlag, S.317-346
- Rosenbrock, R., Noack, H., Moers, M. (1993 i. E.): Qualitative Bedarfsabschätzung gesundheitswissenschaftlicher und pflegewissenschaftlicher Qualifikationen im Öffentlichen Gesundheitswesen in Nordrhein-Westfalen. Schriftenreihe des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales (MAGS) des Landes NRW. Düsseldorf
- Siegrist, J. (1991): Contributions of Sociology to the Prediction of Heart Disease and Their Implications for Public Health. European Journal of Public Health, No.1, S.10-21
- Sievers, B. (1993): Theorie und Praxis der Organisationsentwicklung. In: Pelikan, J.M., Demmer, H., Hurrelmann, K. (Hg.) In: Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Weinheim, München: Juventa
- Slesina, W., Beuels, F.-R., Sochert, R. (1989): Vorbeugende Gesundheitssicherung durch betriebliche Gesundheitszirkel. AK-Beiträge der Arbeiterkammer des Saarlandes (1/1989). Saarbrücken, S.65-72
- Thom, N. (1992): Organisationsentwicklung. In: Frese, E. (Hg.): Handwörterbuch der Organisation. Stuttgart: Poeschel, S.1478-1492
- von Ferber, C. (1992): Betriebliche Gesundheitsförderung. psychomed, 4. Jg., Heft 4, S.269-273
- Volkholz, V. (1977): Belastungsschwerpunkte und Praxis der Arbeitssicherheit. Bonn: BMAuS
- Volpert, W.; Kötter, W. (1992): Arbeitsgestaltung als Arbeitsaufgabe - Ein

- arbeitspsychologischer Beitrag zu einer Theorie der Gestaltung von Arbeit und Technik. GITTABerichte 1, GITTA, Gesellschaft für interdisziplinäre Technikforschung, Technologieberatung, Arbeitsgestaltung mbH. Berlin
- Voß, K.-D. (1991): Voraussetzungen und Organisationsformen einer betrieblichen Gesundheitsförderungspolitik. In: Die Betriebskrankenkasse, Heft 5, S.315-323
- WHO/EG/BMJFFG (1992): Konferenz vom Dezember 1990 in Bonn "Gesundheitsförderung - eine Investition in die Zukunft". Konferenzbericht. Hamburg: G.Conrad, Verlag für Gesundheitsförderung
- Wickström, G. (1992): Evaluation of work-related intervention studies to prevent chronification of back disorders. Veröffentlichungen der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik. Berlin: Wissenschaftszentrum für Sozialforschung Berlin, S.92-203