

Rosenbrock, Rolf

Article — Digitized Version

Sozialversicherung und Prävention in der Arbeitswelt: zehn Thesen zum betrieblichen Gesundheitsschutz

Soziale Sicherheit: Zeitschrift für Arbeit und Soziales

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Rosenbrock, Rolf (1993) : Sozialversicherung und Prävention in der Arbeitswelt: zehn Thesen zum betrieblichen Gesundheitsschutz, Soziale Sicherheit: Zeitschrift für Arbeit und Soziales, ISSN 0490-1630, Bund-Verlag, Köln, Vol. 42, Iss. 2, pp. 38-41

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/122782>

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>.

GESUNDHEITSPOLITIK

Sozialversicherung und Prävention in der Arbeitswelt

Zehn Thesen zum betrieblichen Gesundheitsschutz*)

Von Rolf Rosenbrock, Berlin

1. Mit der Ausdehnung des Zuständigkeits- und Tätigkeitsfeldes über die Steuerung und Finanzierung der Krankenversorgung hinaus auf das Gebiet der Gesundheitsförderung und Prävention, vor allem durch die Novellierung des SGB V (GRG) im Jahre 1989 ist eine Forderung erfüllt worden, die von fortschrittlichen Medizinern und Sozialpolitikern sowie Teilen der Sozialdemokratie und der Gewerkschaftsbewegung schon in den 70er Jahren des vergangenen Jahrhunderts erhoben worden war, als es um die Etablierung und Aufgabenbestimmung der gesetzlichen Krankenversicherung ging.
2. Der Grundgedanke dieser Forderung war, in der Gesundheitspolitik und damit auch in der Aufgabenstellung ihrer Institutionen ein breites und offenes Konzept von Gesundheit und Krankheit zugrunde zu legen; Gesundheitspolitik nicht auf die Behandlung von Krankheiten und Symptomen nach ihrer Manifestation zu begrenzen, sondern gleichgewichtig Probleme und Strategien der Schaffung und Erhaltung von Gesundheit einzubeziehen.
3. Die Einlösung dieses Gedankens hat von dem heute gegebenen Stand des gesundheitswissenschaftlichen Wissens auszugehen. Das heißt, Strategien der Senkung spezifischer und unspezifischer Risiken (Prävention) mit solchen der Vermehrung salutogener Ressourcen (Gesundheitsförderung) zu verbinden. 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 insofern Zielbestimmungen und Kriterien, an denen zu messen ist, ob und inwieweit Aktivitäten und Strategien geeignet sind, dem Trend der Zunahme vor allem chronisch-degenerativer Erkrankungen durch Senkung von Risiken und durch Stärkung von Gesundheitsressourcen entgegenzuwirken. Speziell zur Arbeitswelt finden sich dort vor allem folgende Sätze: „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.“
4. Entgegen mancher geringschätzigen Auffassung der Ottawa-Charta sind diese Sätze keine Vorlage für unverbindliche Sonntagsreden oder wohlfeile Sozialbelletristik, sondern epidemiologisch gesichertes Wissen mit hoher Anwendungsrelevanz, das über die bleibende Daueraufgabe betrieblicher Gesundheitspolitik – die Senkung von ergonomischen, chemischen und physikalischen Risiken – hinausweist und Gestaltungskriterien vor allem für die betriebliche Aufbau- und Ablauforganisation, für Lohnformen, Zeitregime und Personalentwicklung sowie auch für die betriebliche Mitbestimmung enthält.
5. Dazu einige Beispiele:
 - In einem Forschungsprojekt am WZB (*Friczewski et al.*) zum Zusammenhang zwischen Herzinfarkt und Industriearbeit wurde schon Mitte der achtziger Jahre ermittelt, daß das Risiko einer Koronarerkrankung signifikant steigt, wenn Beschäftigte im Schnittpunkt von nicht miteinander vereinbarenden Anforderungen agieren müssen, also z. B. zwischen Geschwindigkeit und Genauigkeit oder – etwa im Falle von Industriemeistern – zwischen Terminzwängen vom Management und der Loyalität der Beschäftigten in ihrem Leitungsbereich.
 - In sorgfältigen vergleichenden Studien fanden die amerikanischen Bluthochdruckforscher um *Schnall* heraus, daß schon Gerüchte und Ankündigungen bevorstehender betrieblicher Umorganisationen vor allem dann den Blutdruck gesundheitsschädlich erhöhen und die Befindlichkeit verschlechtern, wenn die weitere Entwicklung für die Beschäftigten intransparent ist und die Einwirkungsmöglichkeiten gering sind.
 - Die Arbeitsgruppe um den Arbeitspsychologen *Walter Volpert* in Berlin konnte in zahlreichen Studien zeigen, daß es weniger die Arbeitsanforderungen selbst sind, die zu Streß, emotionaler Verstimmung und somatischer Erkrankung führen, als vielmehr betriebliche und organisatorische Bedingungen, die das Arbeitshandeln von außen, meist durch die Betriebsorganisation behindern und unterbrechen.
 - *Robert Karasek* und *Töres Theorell* untersuchten den Zusammenhang zwischen hohen – qualitativen und quantitativen – Arbeitsanforderungen

*) Vorgestellt auf der DGB-Arbeitstagung „Forum Arbeit und Gesundheit“ am 26./27. 1. 1993 in Leverkusen.

einerseits (job demand) und den Möglichkeiten, 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 vor allem, aber nicht nur an koronaren Herzerkrankungen signifikant erhöht.

- Ein hochkarätiges schwedisch-amerikanisches Forscherteam fand in der Untersuchung von 3 500 Beschäftigten der Flugzeugwerke Boeing in Seattle heraus, daß der stärkste Prädiktor für chronischen Rückenschmerz die Unzufriedenheit mit der Arbeit ist, also weder die ergonomische Belastung noch Kraft und Flexibilität der Beschäftigten.
- Johannes Siegrist und Mitarbeiter untersuchten mehr als 6 Jahre lang eine Kohorte von mehreren hundert deutschen Metallarbeitern und fanden heraus, daß insbesondere die Kombination von hohen Arbeitsanforderungen und großem Arbeitseinsatz mit Enttäuschungen über mangelnde Anerkennung, Belohnung und Beförderung zu signifikanten Erhöhungen der physiologisch meßbaren Herz-Kreislauf-Risiken führt.
- Dies schließt widerspruchlos an die schon in den frühen siebziger Jahren in der Alameda-Study von Berkman und Syme 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.

Zusammengefaßt: inkonsistente Anforderungsstrukturen, aufgabenbezogene psychische Belastungen, 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 10 Jahre als epidemiologisch gesicherte Risikokonstellationen angesehen werden, die die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung der in hochindustrialisierten Ländern vorherrschenden chronisch-degenerativen Erkrankungen signifikant steigern. Ihr Risikopotential ist nicht geringer als das meist in den Vordergrund gestellte gesundheits-schädliche Verhalten wie Rauchen, Bewegungsmangel etc. Sie 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.

6. Diese Forschungsergebnisse beziehen sich auf betriebliche Gesundheitsrisiken und die Möglichkeiten ihrer Senkung. Sie korrespondieren aber auch

sehr stark zu den Forschungsergebnissen zur Stärkung von Gesundheitsressourcen, oder, wie der Züricher Sozialpsychologe Rainer Hornung es metaphorisch ausgedrückt hat, zur Stärkung des psychosozialen Immunsystems, das es Menschen erlaubt, auch unter belastenden Situationen und unter Risikobedingungen gesund zu bleiben. Der israelisch-amerikanische Sozialepidemiologe Aaron Antonovsky hat die Voraussetzungen der Belastungsbewältigung in seinem Modell der Salutogenese auf Basis zahlreicher empirischer Studien an den verschiedensten Bevölkerungsgruppen zusammengefaßt. Danach bleiben Individuen und Gruppen dann auch unter hohen Belastungen eher gesund,

- wenn die Anforderungen und Zumutungen, mit denen sie konfrontiert werden, einigermaßen vorhersehbar und einordnungsfähig sind (comprehensibility),
- wenn Möglichkeiten der Reaktion und des Eingreifens, wenn Chancen des Einflüßnehmens auf Entwicklungen und Ereignisse gegeben sind (manageability) und
- wenn 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 zusammen genommen nach Antonovsky den „sense of coherence“ – zu deutsch etwa das Gefühl, sich in einer verstehbaren und beeinflüßbaren Welt zu bewegen. Diese Formel für eine positiv gesundheitsförderliche Umwelt wiederum läßt sich gut 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 Mitsich-geschehen-Lassen) und der Fähigkeit, Anforderungen als Herausforderung (und nicht als Bedrohung) zu erleben. Oder der „Willen zum Sinn“, den Frankl bei Überlebenden deutscher Konzentrationslager als eine entscheidende Überlebensressource identifizierte. Hinter all den meist englischen Bezeichnungen – health belief, locus of control, social support etc. – verbergen sich in unterschiedlicher Zusammensetzung immer wieder die von Antonovsky zusammengefaßten Faktoren der Salutogenese.

Für den Zusammenhang betrieblicher Prävention und Gesundheitsförderung ist es nun besonders interessant, daß Risiken der Erkrankung und Ressourcen des Gesundbleibens als unterschiedliche Werte auf den gleichen Skalen dargestellt werden können – im Minusbereich für Risiken, im Plusbereich für Ressourcen. Prävention und Gesundheitsförderung sind damit keine zwei Welten, sondern unterschiedliche Ansätze an den gleichen Problemen. Im Zentrum des Interesses stehen neben den klassischen ar-

beitswissenschaftlichen Kriterien der Ausführbarkeit und Zumutbarkeit einer Arbeitsaufgabe die Kriterien der Transparenz, der Konsistenz, der Beeinflussbarkeit und der sozialen wie materiellen Unterstützung. In dem Maße, wie diese Bedingungen nicht gegeben sind, steigen die Erkrankungsrisiken gerade für die Krankheiten, die heute unter den Gesichtspunkten vermeidbares Leiden, Defizite der Produktivität und wirtschaftliche Verluste im Mittelpunkt gesundheitswissenschaftlicher und betriebswirtschaftlicher Aufmerksamkeit stehen. In dem Maße, wie diese Bedingungen gegeben sind und damit die Arbeitswelt nach den Kriterien der Ottawa-Charta der WHO gestaltet und gestaltbar ist, lassen sich dagegen Gesundheit, Produktivität und betrieblich-organisatorische Innovationskraft steigern, entstehen Biotope eines gesunden Lebens in der Arbeitswelt.

7. Wenn nun nach mehr als 100 Jahren die Gesetzliche Krankenversicherung als größter Sozialversicherungsträger vom Gesetzgeber endlich einen mehr als symbolischen Präventionsauftrag in der Arbeitswelt übertragen bekommen hat und auch wahrnehmen soll, ist mit der Ottawa-Charta und den sie tragenden Erkenntnissen der Sozialepidemiologie und der Interventionsforschung ein Maßstab vorgegeben, an dem sich die diesbezüglichen Aktivitäten messen lassen müssen. Ein Blick in die Praxis zeigt, daß zwar gegenwärtig der Bereich betriebliche Gesundheitsförderung stark zunimmt und zum Teil geradezu boomt, daß aber unter dieser Überschrift ganz überwiegend noch Aktivitäten verstanden werden, die auf die Beeinflussung individuellen Verhaltens oder die frühzeitige Inanspruchnahme medizinisch-kurativer Leistungen abzielen.

Dieses Verhalten ist zwar schlüssig vor dem Hintergrund der politisch gewollten Konkurrenzsituation der Kassen, es ist aber nicht schlüssig im Hinblick auf die allseits zumindestens programmatisch unterstützten Kriterien der WHO. Auch das hierzu häufig gehörte Argument vom zwar bescheidenen, aber „richtigen Schritt in die richtige Richtung“ sticht nicht: Es konnte bislang nicht gezeigt werden, daß oder wie mit solchen Ansätzen der Verhaltensmodifikation und Gesundheitserziehung selbst 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.

8. Die wenigen positiven Beispiele expliziter betrieblicher Gesundheitspolitik, 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“ und „Betriebsdiagnose“. Hieran haben Krankenkassen erfreulicherweise schon heute einen Anteil. Sie konkurrieren auf

diesem Feld mit Ansätzen, die von vor allem großen Unternehmen selbst unter den Gesichtspunkten der Schaffung von corporate identity, veränderter, vor allem längerfristig blickender Kalküle des human resource management sowie der Organisationsentwicklung in Bewegung gebracht worden sind. Zum Teil finden sich in Betrieben unter Einbeziehung berufspädagogischer, arbeitspsychologischer, soziologischer und arbeitspolitischer Kompetenz Ansätze und Modelle der Qualifizierung und Organisationsentwicklung, die im Hinblick auf ihre gesundheitlichen Wirkungen durchaus mit Gesundheitszirkeln etc. vergleichbar, aber keineswegs in erster Linie gesundheitlich, sondern betriebswirtschaftlich motiviert sind. Es wird in den nächsten Jahren darauf ankommen, diese Ansätze impliziter Gesundheitspolitik auch explizit an gesundheitswissenschaftlichen Kriterien auszurichten und damit ihre gesundheitliche Effizienz zu erhöhen. Daraus ergeben sich reizvolle und zukunftsweisende Aufgaben für die Sozialversicherungsträger, neben den Krankenkassen natürlich auch für die Berufsgenossenschaften/GUV und für die Rentenversicherungsträger, die ja alle zunehmend deutlich und explizit den präventiven Teil ihrer sozialstaatlichen Aufgabenstellung wahrnehmen und zum Teil auch umzusetzen versuchen.

9. Die von den Verschiebungen des Krankheitspanoramas diktierten Notwendigkeiten einer gesundheitspolitischen Schwerpunktsetzung auf der Intervention vor der Manifestation, also in der Prävention und Gesundheitsförderung, rückt den Betrieb als Interventionsfeld nicht einmal primär wegen des hohen arbeitsbedingten Anteils an der Ätiologie der modernen Volkskrankheiten in das Zentrum des gesundheitspolitischen Interesses, sondern zunehmend mehr wegen der dort liegenden Interventionsmöglichkeiten. Letztlich marktbedingte Verschiebungen in der Interessenlage aufgeklärter Unternehmen an der Gesundheit der Beschäftigten ermöglichen dabei heute z. T. Interventionsformen, die noch vor wenigen Jahren als Bedrohung des Direktionsrechts wahrgenommen worden wären und deshalb keine Chance gehabt hätten.

Dies vergrößert auch die Chancen von Sozialversicherungsträgern, reale Prävention und Gesundheitsförderung in diesem Bereich anzustoßen und professionell zu unterstützen. Die zeitlich parallele Entwicklung der Gesundheitswissenschaften einschließlich ihrer derzeit anlaufenden Verankerung in akademischen Public-Health-Studiengängen eröffnet zugleich die Chance, die dazu notwendigen Wissensbestände aus verschiedenen Disziplinen gleichberechtigt zur Arbeitsmedizin und zu den Ingenieurwissenschaften in die betriebliche Gesundheitspolitik einzubeziehen. Es steht zu hoffen, daß diese Verbindung aus solidem betriebswirtschaftlichem Interesse und interdisziplinärer wissenschaftlicher Kompetenz auch Kriterien hervorbringt, die in der rasch voranschreitenden Kommer-

Fortsetzung von Seite 40

zialisierung dieses Bereichs die Spreu vom Weizen trennen hilft.

10. Knapp 20 Jahre Erfahrungen mit professionellem und vorschritengeleitetem Arbeitsschutz haben die Stärken und Schwächen dieses Ansatzes gezeigt. Die Stärken liegen in der Zurückdrängung physikalisch und chemisch meßbarer Gesundheitsbelastungen und in der Verbesserung der Ergonomie. Die Schwächen liegen in der Experten-
dominanz, gegen die die Belastungsartikulation der Beschäftigten meist keine Chance auf Gehör und Durchsetzung hat, und in der Normorientierung, die gegenüber Belastungen und Beanspruchungen aus der Organisation der Arbeit, aus dem geschriebenen und ungeschriebenen Belohnungs- und Bestrafungssystem des Betriebs in aller Regel nicht greifen kann. Es besteht heute die Notwendigkeit und in einigen Betrieben auch schon die Möglichkeit, neben dem Arbeitsschutz, dessen

Aufgabenstellung ja keineswegs unwichtiger geworden ist, einen betrieblichen Gesundheitsschutz zu etablieren, der sich den psychosozialen und psychomentalen Belastungen und Beanspruchungen annimmt.

Der betriebliche Gesundheitsschutz 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 von Grenzwerten und um die Anwendung von Vorschriften, sondern es geht um die Förderung der Gesundheitskompetenz der Beschäftigten durch Schaffung von unterstützenden und veränderungsoffenen Verfahren und Umwelten, durch die die wichtigste und knappste Gesundheitsressource, die Aktivierung der Betroffenen, kontinuierlich produziert und freigesetzt wird. Ob die Sozialversicherungsträger den ihnen übertragenen Präventionsauftrag erfüllen, wird davon abhängen, ob sie diese Entwicklung wirkungsvoll initiieren und mittragen werden. □