

Rosenbrock, Rolf

Working Paper

Arbeit und Gesundheit: Elemente und Perspektiven betrieblicher Gesundheitsförderung

WZB Discussion Paper, No. P 96-206

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Rosenbrock, Rolf (1996) : Arbeit und Gesundheit: Elemente und Perspektiven betrieblicher Gesundheitsförderung, WZB Discussion Paper, No. P 96-206, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Berlin

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/47365>

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.

Veröffentlichungsreihe der
Arbeitsgruppe Public Health
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
ISSN-0935-8137

P 96-206

Arbeit und Gesundheit
Elemente und Perspektiven
betrieblicher Gesundheitsförderung

von

Rolf Rosenbrock

Berlin, August 1996

Publications series of the research unit
Public Health Policy
Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
D-10785 Berlin, Reichpietschufer 50
Tel: 030/25491-577

Das vorliegende Dokument ist die pdf-Version zu einem Discussion Paper des WZB. Obwohl es inhaltlich identisch zur Druckversion ist, können unter Umständen Verschiebungen/Abweichungen im Bereich des Layouts auftreten (z.B. bei Zeilenumbrüchen, Schriftformaten und –größen u.ä.).

Diese Effekte sind softwarebedingt und entstehen bei der Erzeugung der pdf-Datei.

Sie sollten daher, um allen Missverständnissen vorzubeugen, aus diesem Dokument in der folgenden Weise zitieren:

Rosenbrock, Rolf: Arbeit und Gesundheit. Elemente und Perspektiven betrieblicher Gesundheitsförderung. Discussion Paper P 96_206. Berlin : Wissenschaftszentrum, Berlin, 1993 .

URL: <http://bibliothek.wz-berlin.de/pdf/1996/p96-206.pdf>

Abstract

Die Instrumente des technischen und medizinischen Arbeitsschutzes reichen trotz beachtlicher Erfolge nicht aus, um in der Entwicklung des Millionengeschehens arbeitsbedingter Erkrankungen eine Trendwende zu erreichen. Fundiert durch Ergebnisse der Belastungs-/Beanspruchungs-, der Streß- sowie der Ressourcenforschung sowie unterstützt durch politisch-programmatische Impulse, z.B. von der WHO, deutet sich demgegenüber in einer wachsenden Anzahl von Interventionsprojekten eine Art kopernikanischer Wende in der betrieblichen Gesundheitspolitik an, nach der der Betrieb gesundheitspolitisch nicht mehr nur als Ort zu senkender Risiken, sondern als selbstlernendes Gestaltungsfeld einer gesundheitsförderlichen technischen und sozialen Umwelt gesehen wird.

Die damit verbundene soziale Innovation hat tiefgreifende Auswirkungen auf

- Problemdefinition und -abschätzung (assessment),
- Strategiewahl und -formulierung (policy formulation),
- Organisation und Umsetzung (assurance) sowie
- Ergebnisbestimmung und -messung (evaluation).

In diesem überarbeiteten Vortragstext werden anhand zentraler Indikatoren wissenschaftliche, professionelle und verfahrensmäßige Elemente der damit verbundenen sozialen Innovation skizziert. Obwohl große Defizite auf allen Stufen ausgemacht werden können, scheinen die wirksamsten Engpässe dieser Entwicklung in der Umsetzung, Verstetigung und Generalisierung innovativer Interventionen zu liegen.

Inhalt

	Seite
1. Einführung.....	5
2. Betriebliche Gesundheitsförderung als soziale Innovation.....	6
2.1 Systematik von Planen und Handeln.....	6
2.2 Problemabschätzung, Prioritätensetzung (assessment).....	8
2.3 Auswahl, Aushandlung und Formulierung der Strategie (policy formulation).....	11
2.4 Wirkungsabschätzung (evaluation).....	15
2.5 Organisierung, Umsetzung, Steuerung (assurance).....	17
3. Fördernde und hemmende Bedingungen.....	19
Literatur.....	25

1. Einführung

Seit der Antike ist bekannt, daß physische Arbeitsbelastungen und die organisatorische Gestaltung der Arbeitssituation die menschliche Gesundheit sowohl schädigen als auch kräftigen und schützen können. Beim immer noch überwiegenden Vollarbeitsverhältnis verbringen die Beschäftigten den größeren Teil ihrer wachen Zeit der meisten Tage im Betrieb oder „auf Arbeit“ und sind den dort produzierten Belastungen und Anreizen ausgesetzt. Darüber hinaus beeinflussen die Art der Arbeit und die Höhe des Lohns in erheblichem Umfang auch die Lebenslage und den Lebensstil, und damit Chancen und Risiken für Gesundheit und Krankheit auch außerhalb der Arbeit. Besonders in lohnarbeitszentrierten Systemen der sozialen Sicherung wie in Deutschland seit Bismarck definiert das Arbeitsverhältnis darüber hinaus auch die materiellen Seiten der Lebenslage in Phasen der Nicht-Arbeit. Insofern ist es berechtigt, im Hinblick auf die Gesundheit vom „langen Arm der Arbeit“ zu sprechen und zwischen primären, sekundären und tertiären gesundheitlichen Effekten zu unterscheiden: die sozial bedingte Ungleichheit vor Krankheit und Tod läßt sich immer noch weitgehend entlang den Hierarchielinien von Beruf, Qualifikation und Einkommen ablesen (OPPOLZER 1994).

Scheinbar losgelöst und unabhängig von der wirtschaftlichen Entwicklung erleben nun Aktivitäten unter der Überschrift „betriebliche Gesundheitsförderung“ seit einigen Jahren einen Aufschwung. Die Anzahl an Konferenzen, Symposien und Veröffentlichungen zum Thema ist beachtlich und steigt noch immer weiter.

Befindet sich also alles in bester Ordnung oder wenigstens auf dem Wege der Besserung? Werden endlich jene Forderungen erfüllt, wie sie nicht nur, aber hauptsächlich von gewerkschaftlicher Seite in der Selbstverwaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung, zum Beispiel in der Denkschrift „Sozialpolitik und Selbstverwaltung“ schon 1977 (STANDFEST et al. 1977) aufgestellt wurden? Oder handelt es sich beim gegenwärtigen Boom mehr um einen Aufschwung der Präventionsrhetorik, um die Aufschließung eines neuen profitablen Gewerbezweiges oder gar um ideologische Kompensationsversuche für sich real verschlechternde Arbeitsbedingungen?

Um die Antwort kurz zu machen: Ich glaube, daß beides der Fall ist: ich beobachte sowohl einen nahezu hemmungslosen Gebrauch der Vokabel „betriebliche Gesundheitsförderung“ für kommerz-, marketing-, und karriereorientierte Aktivitäten, die sich bei näherem Hinsehen meist als modisch etwas geliftete Versionen alter Ge-

sundheitserziehung, als medizinische Früherkennung ohne nennenswerten Bezug zur Arbeitssituation oder gar als einfache Scharlatanerie entpuppen. Und ich beobachte zugleich eine zunehmende Anzahl von Projekten, die - wenn sie denn verallgemeinert würden - tatsächlich Modellfälle für eine kopernikanische Wende des gesellschaftlichen Umgangs mit der Gesundheit in der Arbeitswelt sein oder werden könnten.

Eine - notwendige, wenngleich sicher nicht hinreichende - Bedingung betrieblicher Gesundheitsförderung besteht in dieser Situation darin, sich klar zu machen, was mit diesem Begriff eigentlich gemeint ist, sich vor Augen zu führen, auf was sich eigentlich einläßt, wer die Grundsätze der Gesundheitsförderung, wie sie z.B. in der Ottawa-Charta der WHO zur Gesunderhaltung und zur Gesundheitsförderung niedergelegt sind, tatsächlich auch in der Arbeitswelt zur Geltung bringen will. Es geht also nicht zuletzt darum, die Spreu vom Weizen zu trennen, um daraus Bedingungen für die Produktion von mehr und besserem Weizen herzuleiten. Eher cursorisch soll in diesem kurzen - und deshalb auf Beispiele und Zitate weitgehend verzichtenden - Überblick über Elemente und Kriterien betrieblicher Gesundheitsförderung auch der Frage nachgegangen werden, wo die wirksamsten Engpässe der praktischen Umsetzung bzw. Verallgemeinerung dieser derzeit noch viel häufiger beschworenen als realisierten sozialen Innovation liegen.

2. Betriebliche Gesundheitsförderung als soziale Innovation

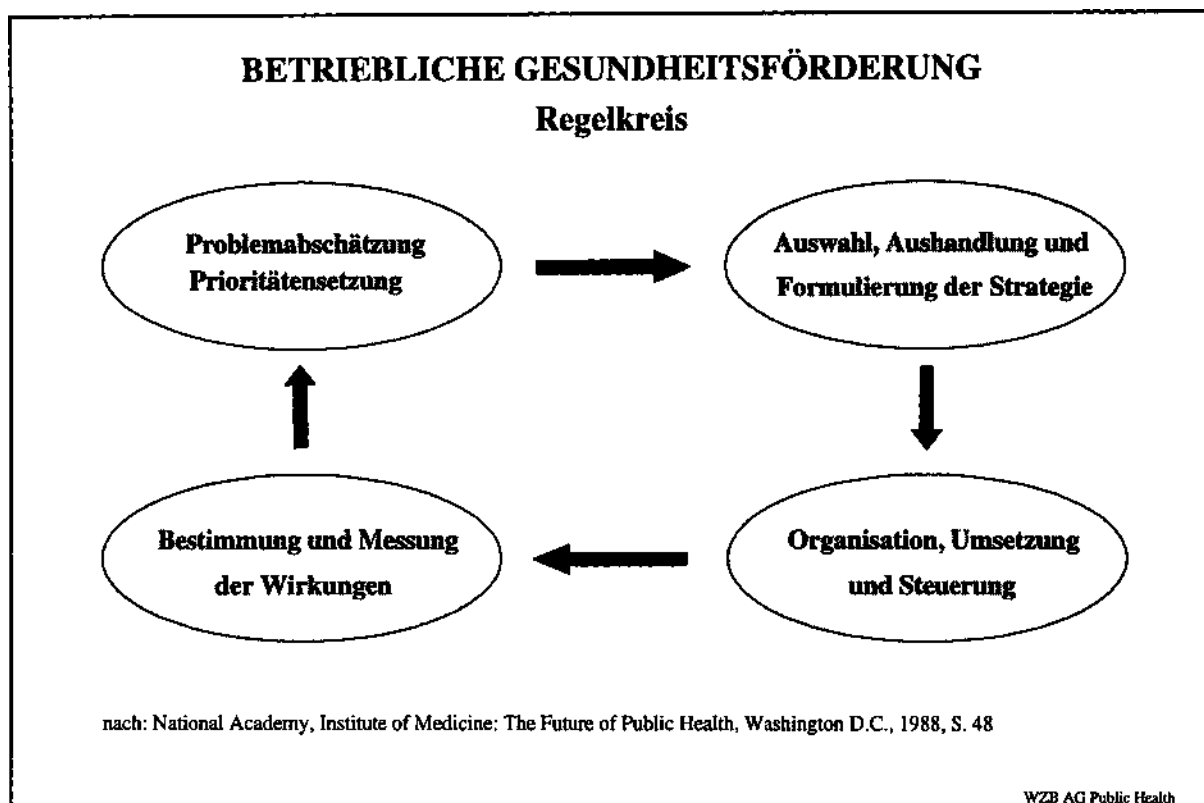
Ich möchte dazu im folgenden fünf Kriterien vorstellen und kurz erläutern. An der mehr oder weniger gelungenen Erfüllung dieser Kriterien läßt sich - so meine These - ablesen, ob Projekte der betrieblichen Gesundheitsförderung tatsächlich diesen Namen verdienen, ob sie also gegenüber dem bisherigen Umgang mit der Gesundheit im Betrieb tatsächlich eine soziale Innovation darstellen.

2.1 Systematik von Planen und Handeln

Das erste Kriterium bezieht sich auf die Systematik des Vorgehens: In Anlehnung an den Public Health Action Cycle, wie er von der US-amerikanischen Academy of Science für alle Gesundheitsinterventionen vorgeschlagen worden ist, betrachte ich

die Aktionen, Kampagnen, Maßnahmen, Projekte und Strategien der betrieblichen Gesundheitsförderung als Regelkreis.

Abbildung 1:



Danach beginnt jede Aktion mit (1) einer epidemiologisch begründeten Problemabschätzung und Prioritätensetzung, auf deren Basis (2) eine Strategie ausgewählt, formuliert und zwischen den Akteuren ausgehandelt wird. Daraus folgt (3) die Organisation der Umsetzung, die Umsetzung selbst und ihre Steuerung. Dann gilt es (4) schließlich, zu bestimmen, welche Wirkungen die Maßnahme hat oder haben soll und wie man sie messen kann. Mit den Ergebnissen dieser Evaluation soll dann der gesundheitliche Ausgangszustand daraufhin geprüft werden, ob die Maßnahme weiterlaufen soll, ob sie verändert oder abgebrochen werden muß, oder ob das Problem gelöst ist.

Das alles klingt vielleicht banal. Aber ein Blick auf die Praxis zeigt, daß dieses erste Kriterium, das Kriterium des systematischen Herangehens an die Gesundheitsprobleme, nach wie vor eher die Ausnahme als die Regel darstellt. Oft genug fängt Ge-

sundheitsförderung irgendwo an, ohne daß die Größe des Problems, die Optionen der Strategie oder die Möglichkeiten der Wirkungsmessung auch nur angedacht worden sind. Das Ergebnis ist allenfalls zufällig ein Erfolg, in der Mehrzahl der Fälle finden sich Frust, versandete Initiativen, enttäuschter Idealismus, Vortäuschung von Erfolgen usw. usf.

Freilich bietet die Einhaltung der Systematik noch keinerlei Garantie für Erfolg oder leichte Umsetzung. Sie stellt eine notwendige, aber noch keine hinreichende Bedingung dar. Entscheidend ist, was auf den vier Stufen des Regelkreises passiert, ob dort nach gesundheitlichen Regeln und mit betriebspolitischer Klugheit vorgegangen wird.

Im folgenden möchte ich deshalb zu jeder der vier Stufen kurz erläutern, was das Neue an betrieblicher Gesundheitsförderung ist bzw. sein soll, worin also die Innovation gegenüber der alten Kombination aus technischem Arbeitsschutz und belehrender Gesundheitserziehung liegt. Die Kriterien sind keine fixierten Check-Listen für die Gestaltung von betrieblicher Gesundheitsförderung, nicht alles paßt zu allen Maßnahmen.

2.2 Problemabschätzung, Prioritätensetzung (assessment)

**Abbildung 2: Betriebliche Gesundheitsförderung
Problemabschätzung/Prioritätensetzung**

	bisheriger Standard	Public Health Innovation
Problemdefinition	fallbezogen	populationsbezogen
Risikokzept	physiologisch quantitativ	zusätzlich psychosozial qualitativ
Ressourcenkonzept	Geld, Recht, Information	zusätzlich sozial und psychosozial
Äthiologiekonzept	Belastungen, Noxen	Ungleichgewicht Belastungen/Ressourcen

Auf der ersten Stufe - also der Identifikation und Abschätzung von Gesundheitsproblemen bzw. -risiken - findet sich die soziale Innovation in mindestens vier Dimensionen.

- An die Stelle fallbezogener *Problemdefinitionen* treten epidemiologische Sichtweisen, gefordert ist ein Denken in Wahrscheinlichkeiten. Betrieblich bedeutet dies, daß die Belegschaft nicht primär als Ansammlung von Individuen gesehen wird, die in individuell unterschiedlichem Ausmaß Träger von physiologischen und Verhaltens-Risiken und somit Gegenstand von Früherkennung oder Belehrung und Gesundheitserziehung sein sollen. Vielmehr impliziert die geforderte Sichtweise, den Betrieb als technische, organisatorische und sozialklimatische Einheit zu sehen, der für unterschiedliche Beschäftigte und Beschäftigtengruppen unterschiedliche Risiken und Gesundheitschancen setzt.
- Zum *Risikokonzept*: Gegenstandsbereich sind nicht nur physiologisch meß- und quantifizierbare Noxen und Belastungen, sondern auch die überwiegend nur qualitativ zu beschreibenden psychosozialen und psychomentalen Risiken. Damit werden neben der Ergonomie und den physikalisch-chemischen Belastungen auch monotone Arbeit, Zeitdruck, inkonsistente Arbeitsanforderungen, mangelnde situative und strategische Transparenz in der Arbeitssituation, externe Störungen des Arbeitshandelns, Leistungs- und Verhaltensanreize aus der Betriebsorganisation und dem Entlohnungssystem, autoritärer Führungsstil, Über- und Unterforderung etc. Gegenstandsbereiche betrieblicher Gesundheitsförderung.
- Zum *Ressourcenkonzept*: Es sollen nicht nur Risiken gesenkt, sondern auch Ressourcen gestärkt werden. Auch bei den Ressourcen geht es nicht nur um materielle oder physiologische Bewältigungsmöglichkeiten für Belastungen und Störungen. Vielmehr geht es auch um die Schaffung lernanregender Arbeitsaufgaben, verlässliche und als gerecht empfundene Belohnungen und Sanktionen, die Schaffung bzw. Sicherung von beruflichen Perspektiven, die Vergrößerung von Handlungs- und Entscheidungsspielräumen, die Möglichkeit von Kommunikation am Arbeitsplatz, sinnvolle Angebote für Entspannung und Regeneration in den Arbeitspausen etc. Als Schlüsselvariable kann bei all diesen Fragen der Grad der Partizipation hinsichtlich der Gestaltung und Durchführung der Arbeitsaufgabe und die Erweiterung von Handlungsspielräumen gelten. Das erst schafft die Möglichkeiten für die Beschäftigten, ein differenziertes und dauer-

haftes Interesse an ihrer Arbeitssituation und ihre Gesundheit in ihr zu entwickeln sowie die Veränderungsbedarfe und -möglichkeiten selbst zu identifizieren. Die damit verbundene Aktivierung ist außerdem eine wichtige eigenständige Gesundheitsressource.

- *Zum Ätiologie-Konzept:* Vor allem den dominanten, überwiegend chronisch-degenerativ verlaufenden Massenerkrankungen ist mit monokausalen und bloß belastungs- bzw. noxen-orientierten Ätiologievorstellungen nicht beizukommen. Aussichtsreich sind Konzepte, in denen Gesundheit und Krankheit als Folge des Gelingens oder Mißglückens der Balance zwischen solchen Belastungen sowie materiellen und biopsychosozialen Ressourcen zur Gesunderhaltung gesehen wird. Betrieblich darf dies kein Vorwand sein, das harte Alltagsgeschäft der Verringerung chemisch-physikalisch-ergonomischer Belastungen zugunsten des Angebots an Entspannungskursen oder erlebnisorientierten Rückenschulen zu vernachlässigen. Vielmehr folgen daraus Aufgaben, die den klassischen Arbeitsschutz einschließen und im Sinne der sozialen Gestaltung der Arbeitssituation über ihn hinausgehen. Die heute in der Praxis vorfindliche Orientierung an AU-Statistiken kann bei derart anspruchsvollen Projekten allenfalls die Rolle einer Thematisierungshilfe spielen. Viel aussagekräftiger - das zeigen auch die Erfahrungen aus nahezu allen anspruchsvolleren Projekten - sind die Ergebnisse von Beschäftigtenbefragungen und aus Gesundheitszirkeln.

Nach diesen Kriterien also sollen die Interventionsfelder für betriebliche Prävention und Gesundheitsförderung identifiziert und beschrieben werden. Es geht bei der Problemabschätzung und Prioritätensetzung also um Arbeits- und Sozialepidemiologie, um Risiko- und Ressourcenabschätzung sowie Risiko- und Gesundheitsberichterstattung. Bei allen Defiziten und insbesondere auch fehlender Institutionalisierung kann unter dem hier interessierenden Aspekt der Umsetzung gesagt werden, daß der Wissensstand über Risiken und Ressourcen nicht den entscheidenden Engpass der Entwicklung und Umsetzung von betrieblicher Gesundheitsförderung darstellt. Anders ausgedrückt: wir wissen zwar bei weitem nicht genug über Größe, Verteilung und Entwicklungsdynamik von Gesundheitsrisiken und gesundheitsrelevanten Ressourcen in der Arbeitswelt, aber wir wissen wesentlich mehr, als derzeit politisch-praktisch angegangen wird.

2.3 Auswahl, Aushandlung und Formulierung der Strategie (policy formulation)

Die soziale Innovation hat selbstverständlich auch Auswirkungen auf Grundsätze und Entscheidungskriterien der Auswahl, Formulierung und Aushandlung von Vorschlägen zur Gestaltung. Auch hier läßt sich der Inhalt der sozialen Innovation wieder in vier Dimensionen beschreiben:

**Abbildung 3: Betriebliche Gesundheitsförderung
Auswahl, Aushandlung und Formulierung der Strategie**

	bisheriger Standard	Public Health Innovation
Aufgreifkriterium	eingetretene Risiken	präventive Potentiale
Interventionskonzept	individuelle Gefahrenabwehr	kollektive Gefahrenvorsorge
Interventionstyp	Normen (v.a. Grenzwerte) Wissen-Einstellung-Verhalten	zusätzliche Faktoren der Lebenslage u. Lebensweise
Interventionsziel	Kompensation von Autonomiedefiziten	Autonieförderung (enabling, empowerment)

- Zum *Aufgreifkriterium*: Gegenüber dem herkömmlichen, überwiegend von der individuellen Kuration her bestimmten Umgang mit Gesundheit besteht die soziale Innovation darin, daß nicht erst im Falle des Gesundheitsproblems, also des eingetretenen Risikos interveniert werden soll, sondern dann und dort, wo durch Interventionen - spezifisch und unspezifisch - gruppen- oder belegschaftsbezogen die Eintrittswahrscheinlichkeit von Erkrankungen gesenkt werden kann, wo also präventive Potentiale liegen. Die Realisierung dieses Grundsatzes würde in der betrieblichen Gesundheitsförderung tatsächlich eine kopernikanische Wende bedeuten: es wäre die Abkehr von der letztlich in Prinzipien des Haftungsdenkens verankerten Sichtweise. Es würde stattdessen bedeuten, den Betrieb in technischer, organisatorischer und sozialklimatischer Hinsicht

daraufhin zu durchforsten, wo Möglichkeiten der Belastungsminderung und Wohlbefindenssteigerung liegen.

- Zum *Interventionskonzept*: Das klassische - ursprünglich aus dem Bereich des Haftungsrechts und der Gesundheitspolizei stammende - Konzept der individuellen Gefahrenabwehr soll durch Strategien kollektiver Gefahrenvorsorge überformt werden. In der Arbeitswelt entspricht dem der Grundsatz, daß die Eliminierung von Gefahrenquellen ihrer Einkapselung vorausgehen soll und diese der Verwendung von persönlichen Körperschutzmitteln vorzuziehen ist. Es wäre viel gewonnen, wenn diesem Grundsatz in der Praxis auch gefolgt würde. Noch mehr wäre gewonnen, wenn dieser Grundsatz auch auf andere, nicht minder wichtige Gesundheitsrisiken der Arbeitswelt angewendet würde: wenn der Empfehlung von Entspannungskursen und Rückenschulen die ergonomische, organisatorische und betriebsklimatische Sanierung der Arbeitssituation voraus- oder zumindest mit ihr einhergehen würde.
- Das leitet über zum *Interventionstyp* und zum *Interventionsziel*: die klassischen Konzepte verhaltensorientierter Interventionen durch Informationsvermittlung, Belehrung, Normsetzung und Erziehung sollen durch Berücksichtigung und ggf. Veränderung pathogener und salutogener Faktoren der Arbeitssituation und der durch diese mitbestimmten Verhaltensweisen erweitert werden. Die paternalistische Orientierung auf Fürsorge und Betreuung soll wo immer möglich von Strategien zielgruppen- und lebensweltspezifischer Aktivierung und Mobilisierung - also des Enabling und Empowerment - abgelöst werden.

Die positiven gesundheitlichen Wirkungen solcher Ansätze sind gut belegt: Forschungsergebnisse zur Stärkung von Gesundheitsressourcen, oder, wie der Zürcher Sozialpsychologe Rainer KÖRNUNG (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 1994 verstorbene israelisch-amerikanische Sozialepidemiologe Aaron ANTONOVSKY (1987; 1991) hat die Voraussetzungen der Belastungsbewältigung in seinem Modell der Salutogenese auf Basis zahlreicher empirischer Studien an den verschiedensten Bevölkerungsgruppen zusammengefaßt.

Abbildung 4: Salutogenese (Antonovsky 1987,1991) durch 'sense of coherence'

Individuen und Gruppen bleiben eher gesund, wenn sie

- Anforderungen und Zumutungen einigermaßen vorhersehen und einordnen können ('comprehensibility')
- Möglichkeiten haben zu reagieren, einzugreifen und Einfluß zu nehmen ('manageability')
- dabei eigene (individuelle oder kollektive) Ziele anstreben und erreichen können ('meaningfulness')

Verwandte Konzepte:

'hardiness'	S. Kobasa (1982)
'self-efficacy'	A. Bandura (1977)
'Wille zum Sinn'	V.E. Frankl (1972)
'control of destiny'	L. Syme (1991)
'locus of control'	B. Rotter (1975)

Danach bleiben Individuen und Gruppen dann auch unter hohen Belastungen eher gesund,

1. wenn die Anforderungen und Zumutungen, mit denen die 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 Beeinflußbarkeit 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, also zum Beispiel im Kommunikationszusammenhang eines Betriebes unter als halbwegs gerecht und transparent erlebten Bedingungen eine anregende und entwicklungsfähige Arbeitsaufgabe ohne schädigende physikalische und chemische Einflüsse zu erfüllen.

Das Salutogenese-Konzept von Antonovsky ist mittlerweile der bekannteste Ansatz auf diesem Gebiet. Aber er ist nicht der einzige: aus der Pädagogik, der Psychologie,

der Soziologie und der Politikwissenschaft sind in den letzten ca. 15 Jahren unabhängig voneinander eine ganze Reihe von Erklärungsmodellen, Meßmethoden und Interventionsergebnissen zu vermelden, die im Kern die Aussagen von Antonovsky bestätigen, erhärten und umsetzbar machen.

Wenn es nun so etwas wie den 'sense of coherence' gibt, dann ist es keineswegs plausibel anzunehmen und von Antonovsky auch nicht gemeint, daß er angeboren oder durch frühkindliche Sozialisation und Erziehung 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 praktische Erleben der Umwelt, durch die Möglichkeiten der Einflußnahme, durch die sichtbaren und unsichtbaren Systeme der Belohnung und Bestrafung geschaffen, bestätigt oder beschädigt werden. Der Betrieb ist für die Beschäftigten der Ort, an dem solche positiven wie negativen Lern- und Verlernprozesse tagtäglich stattfinden und verstärkt werden. Insofern findet auch an jedem Arbeitsplatz jeden Tag Gesundheitserziehung statt - positiv wie negativ, mit Auswirkungen weit über die Arbeit hinaus. Die gezielte und strukturgestützte Beeinflussung solcher Lern- und Verlern-Prozesse würde sowohl Gesundheitsbelastungen senken als auch positives Gesundheitslernen im hier beschriebenen Sinne befördern.

Im Zentrum betrieblicher Gesundheitspolitik stehen damit heute sowohl die „klassischen“ (meist spezifischen) Belastungen und die darauf bezogenen arbeitswissenschaftlichen Kriterien der Ausführbarkeit, Erträglichkeit und Zumutbarkeit einer Arbeitsaufgabe als auch das Kriterium der Gesundheitsförderlichkeit, welches v.a. Transparenz, Konsistenz, Partizipation sowie soziale und materielle Unterstützung in der Arbeitssituation einschließt. Gesundheitsförderlichkeit und Persönlichkeitsförderlichkeit sind dabei weitgehend identisch. Das Verhältnis zwischen technischen und psychosozialen Belastungsarten ist weder eine Stufenfolge („erst harte, klassische Belastungen abbauen, dann weiche psychosoziale ...“), noch einfach additiv: vielmehr ist oft umgekehrt 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.

Die Beachtung und Bearbeitung dieser Aspekte in der betrieblichen Gesundheitsförderung beeinflusst die Gesundheit der Beschäftigten gleich auf drei Ebenen:

- 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 von Auslöse-Belastungen geschwächt.

Was über den Stand des Wissens im Hinblick auf die Stufe der Problemabschätzung gesagt wurde, gilt auch für die Stufe der Strategieformulierung: Auf die Fragen:

- Was ist gut und was ist schlecht für die Gesundheit von Beschäftigtengruppen?
- Wie müßten Umwelten, Beanspruchungen, Ressourcenausstattungen, Organisationsstrukturen, Organisationsentwicklungen, Belohnungs- und Sanktionssysteme sowie zielgruppenspezifische Maßnahmen und Kampagnen der Aufklärung, des Trainings und der Verhaltensbeeinflussung aussehen, um Gesundheitsrisiken zu senken und Ressourcen zu vermehren?

wissen wir ebenfalls sehr viel mehr als umgesetzt wird. Auch hier also - unter dem Gesichtspunkt der Umsetzung - eher ein Vollzugsdefizit als ein Wissensdefizit.

2.4 Wirkungsabschätzung (evaluation)

Vielleicht aber - so wird oft eingewandt - sind es die Wissensdefizite der Wirkungsbestimmung, der Evaluation, also auf der letzten Stufe dieses Regelkreises, die den unübersehbaren Abstand zwischen dem Stand der vorfindlichen Aktivitäten betrieblicher Gesundheitsförderung und Interventionen nach dem Stand des Wissens, wie ich ihn hier in sehr allgemeiner Form skizziert habe, erklären können? Ich glaube dies nicht, obwohl es ja sowohl im Hinblick auf - formative - Prozeßevaluation als auch auf - summative - Ergebnisevaluation tatsächlich eine Menge ungelöster Probleme gibt. Von besonderer Bedeutung scheinen mir neben dem meist sehr

niedrigen methodologischen Niveau und der häufig erkennbaren Interessenbindung solcher Bemühungen zwei echte Dilemmata zu sein:

1. Wenn an betrieblicher Gesundheitsförderung nur das geschehen soll, was für das Unternehmen kosteneffektiv ist, werden tendenziell solche Anstrengungen ausgeschlossen, die aufwendig sind und dem Gesundheitsschutz leicht ersetzbarer Beschäftigtengruppen dienen. Durch das Raster der Kosteneffektivität kann dann Gesundheitsförderung bei genau jenen Gruppen fallen, bei denen hohe Belastungen, schlechte Bewältigungsmöglichkeiten und Arbeitsplatzunsicherheit zu teilweise extrem schwierigen Lebenslagen und entsprechenden Gesundheitsproblemen kumulieren. Der humanistische Grundsatz der Gesundheitspolitik, nach dem es immer auch um den Abbau sozial bedingter Ungleichheit vor Krankheit und Tod geht, kann auf der Strecke bleiben oder gar in sein Gegenteil verkehrt werden, wenn als Nutzen nur gilt, was sich in Geldgrößen zugunsten des Unternehmens darstellen läßt.

2. Für komplexe Strategien der unspezifischen Prävention und Gesundheitsförderung im Betrieb - also für die mutmaßlich wirksamsten Interventionen zur Senkung der Inzidenz der heute dominierenden chronischen, überwiegend degenerativ verlaufenden Massenerkrankungen - läßt sich in der betrieblichen Wirklichkeit ein quantitativer Wirkungsnachweis mit dem verfügbaren Instrumentarium oft nicht führen. Die amerikanische Epidemiologin und Interventionsforscherin Barbara SILVERSTEIN (1992) hat darauf hingewiesen, daß Absatzmärkte, Technologie, Belegschaft, Management und Betriebsorganisation mindestens sechs Jahre konstant gehalten werden müßten, um methodisch wirklich unanfechtbar die Wirksamkeit zum Beispiel von komplexen Interventionen der Primärprävention muskulo-skelettaler Erkrankungen zu beweisen. Die heute oft geübte Praxis, die Teilnehmer z.B. von Entspannungskursen oder Rückenschulen gleich nach Kursende oder maximal sechs Monate später per Fragebogen ankreuzen zu lassen, ob sie sich besser als vor Kursbeginn fühlen, hilft hier wissenschaftlich keinen Schritt weiter, da es zur Prävention chronischer Erkrankungen primär auf längerfristige Wirkungen ankäme.

Wir haben uns wohl damit abzufinden, daß die wissenschaftsförmige Legitimation durch Evaluation betrieblicher Gesundheitsförderung derzeit oft nicht über Plausibilitäten und Analogien hinauskommt. Das kann ein erhebliches Hindernis für die Legitimation und Finanzierung neuer Programme sein. Es wird auch oft als Vorwand zur Nicht-Intervention, also für die Beibehaltung des Status quo genommen.

Aber die entscheidende Hürde scheint es nicht zu sein: Wo der Problemdruck groß genug ist - z.B. bei AU-Größen von über 10 Prozent -, oder wo sich das Gesundheitsthema mit anderen Themen - zum Beispiel der betrieblichen Organisationsentwicklung, der Anpassung an neue Marktgegebenheiten oder der Profilbildung von Krankenkassen - verbindet, wird dieser Einwand bezeichnenderweise meist nicht erhoben. Ich schließe daraus, daß ein großer Teil der mit mangelnden Evaluationsmöglichkeiten begründeten Unterlassungen oder Verstümmelungen betrieblicher Interventionen tatsächlich eher Ausdruck von arbeits- und betriebspolitischen Implementationshindernissen ist und - zumindest in erheblichen Anteilen - mit ihnen auch verschwinden würde.

2.5 Organisierung, Umsetzung, Steuerung (assurance)

Damit rückt die Stufe der Organisation und Umsetzung betrieblicher Projekte der Prävention und Gesundheitsförderung und speziell die Steuerung solcher Projekte als wahrscheinlich zentraler Engpass in den Mittelpunkt des Interesses (ROSEN-BROCK/KÜHN/KÖHLER 1994). Engpässe und Chancen haben zu einem guten Teil damit zu tun, daß eine dem Stand des Wissens entsprechende Praxis auch auf dieser Stufe eine soziale Innovation - und damit beträchtliche Herausforderungen für alle beteiligten Akteure - darstellt.

Abbildung 5: Betriebliche Gesundheitsförderung Organisation, Umsetzung, Steuerung

	bisheriger Standard	Public Health Innovation
Steuerungsinstrumente	Anweisung, Norm, Information	zusätzliche Partizipation, Organisationsentwicklung, Organisationslernen
Steuerungsbereiche	explizite Gesundheitspolitik	explizite und implizite Gesundheitspolitik
Professionelle Zuständigkeit	Gesundheitsberufe	gesundheitswirksame Berufe

- Zu den *Steuerungsinstrumenten*: Gesundheitspolitik in der Arbeitswelt erfolgt herkömmlicherweise überwiegend als betriebliche Anwendung staatlicher und tarifvertraglicher Normen und Grenzwerte, manchmal ergänzt um zusätzlich paternalistisch gewährte freiwillige Leistungen. Interventionen, die den hier skizzierten Kriterien genügen sollen, sind in der Regel zu komplex für solche Top-down-Steuerung. Erfolgreiche Beispiele schließen dagegen die gezielte Förderung der Betroffenen-Kompetenz und - auf der Institutionen-Ebene - Anreize zu selbstlernendem Problemlösungshandeln und moderner Organisationsentwicklung mit ein. Das gilt keineswegs nur für große Organisationen, sondern auch im Handwerksbetrieb. Dies wiederum setzt beim Management eine Überwindung von letztlich meist tayloristisch begründeten Kontrollambitionen und ein Denken über den Bilanzstichtag hinaus voraus. Auch von den anderen Akteuren werden beträchtliche Modifikationen ihres herkömmlichen Rollenverständnisses erwartet.
- Zu den *Steuerungsbereichen*: Wie in allen Interventionsbereichen moderner Gesundheitspolitik geht es auch im Betrieb darum, den Interventionsbereich von Gesundheitspolitik zu erweitern. Also nicht nur Unfälle, Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Erkrankungen zu verhüten, sondern riskante Ungleichgewichte von Belastungen und Ressourcen. Betriebliche Gesundheitsförderung findet überall statt, wo durch die Gestaltung von Verhältnissen, Verhaltensbedingungen und Verhaltensanreizen gruppenbezogene Wahrscheinlichkeiten von Erkrankungen - positiv oder negativ - beeinflusst werden können. Der Bereich betrieblicher Gesundheitsförderung erweitert sich damit auf Bereiche - wie z.B. Lohn-Leistungspolitik, Hierarchiegestaltung und betriebliche Qualifizierung -, die bislang eben nicht als gesundheitsrelevante Gestaltungsbereiche galten, in denen aber immer implizite Gesundheitspolitik (ROSENBROCK 1993a) betrieben wird.
- Damit verändert sich auch der *Kreis der einzubeziehenden Akteure*. Neben Beschäftigten, ggf. Betriebsrat, Management und Arbeitsschutz kommen alle jene Entscheidungsträger hinzu, die Entscheidungen über Strukturen, Anreize und Verfahren zu treffen haben, die ihrerseits einen relevanten Einfluß auf Gesundheitschancen und Erkrankungswahrscheinlichkeiten der davon Betroffenen ausüben.

Grob zusammengefaßt läßt sich festhalten, daß die Gestaltung von Betrieben nach den hier skizzierten Grundsätzen für betriebliche Gesundheitsförderung das Unter-

nehmen und die betrieblichen Akteure vor die Aufgabe stellt, sich neue Wahrnehmungsmuster, Relevanzkriterien, Handlungslogiken und Interventionsformen anzueignen und diese in neuen Kooperationsformen anzuwenden.

3. Fördernde und hemmende Bedingungen

Wer soll dies tun? Wie sieht es um die Chancen dieser sozialen Innovation aus? Wo liegen die Gründe dafür, daß das prinzipiell verfügbare oder beschaffbare Wissen so selten Richtschnur des präventionspolitischen Handelns wird, daß der „Mainstream“ präventionspolitischen Handelns in der Arbeitswelt sich so weit unterhalb dessen bewegt, was in bezug auf eine risikomindernde und ressourcenfördernde Arbeitsgestaltung eigentlich als notwendig erscheint? Zu einigen vorläufigen Antworten auf diese Fragen möchte ich abschließend einen Blick auf die Akteure betrieblicher Gesundheitsförderung werfen:

Wesentlich ist - und auch dies klingt zwar banal, ist es aber nicht -, daß der Betrieb nicht dazu da ist, Gesundheit zu produzieren, sondern am Markt verkäufliche Güter und Dienstleistungen. Das prägt die Wahrnehmung, die Prioritätensetzung und das Verhalten aller Akteure - Management, Arbeitsschutzexperten, Belegschaftsvertretung und Beschäftigte.

- Bei den *betrieblichen Arbeitsschutzexperten* (Betriebsärzte, Sicherheitsfachkräfte) findet sich eine zwar abnehmende, aber durchweg noch handlungsprägende, den Interventionserfordernissen zuwiderlaufende Tendenz zur Problemverkürzung (auf meß- und normierbare Dimensionen des Belastungsgeschehens) und einseitigen Maßnahmegewichtung (auf Unfallverhütung und Vorsorgeuntersuchungen). Diese Tendenz entspringt einerseits den ausbildungsbedingt verengten professionellen Sichtweisen, andererseits aber ihrer Positionierung im betrieblichen Interessen- und Machtgefüge. Medizinische Maßnahmen wie Risikofaktoren-Screening oder verhaltensbezogene Maßnahmen wie Rückenschulen bieten dieser Akteurgruppe eine Möglichkeit zur Kompatibilisierung bzw. konfliktarmen „Entsorgung“ der quer zu ihren tradierten Wahrnehmungen und Handlungsroutinen stehenden Gesundheitsprobleme und Bearbeitungsansätze. Allerdings ist zunehmend häufiger zu beobachten, daß engagierte Betriebsärzte - unterstützt von einer zumindest partiellen programmatischen Öffnung der im Arbeitsschutz vertretenen Disziplinen (vgl. BRANDENBURG et al. 1991) - versuchen,

die als unbefriedigend und inadäquat erfahrenen Formen routinisierten Umgangs mit arbeitsbedingten Gesundheitsrisiken praktisch zu überwinden. Dabei wachsen manche von ihnen sogar in die Rolle eines zentralen Akteurs gestaltungsorientierter Gesundheitsförderungsprojekte hinein.

Die Möglichkeiten der *Belegschaftsvertretungen* zu einer Korrektur des defizitären Handlungsprofils der Experten erweisen sich vielfach als recht begrenzt. Zwar ist davon auszugehen, daß der professionelle betriebliche Arbeitsschutz in der Regel umso besser funktioniert, je aktiver die Beschäftigtenvertreter ihre Mitwirkungs- und Mitbestimmungsrechte auf diesem Gebiet wahrnehmen. Über die gegebene rechtliche, institutionelle und professionelle Struktur des Arbeitsschutzes gehen die Betriebs- und Personalräte bei ihren Bemühungen aber nur selten hinaus (vgl. KÜHN 1982). Dies ist eine Folge der ihnen durch die Betriebsverfassung auferlegten Restriktionen und des permanenten Zwangs, an allen möglichen anderen Fronten Abwehrkämpfe zu führen. Daraus resultiert dann auch häufig eine gewisse Wertschätzung der Berechenbarkeit „eingespielter“ konsensualer Verfahren im betrieblichen Umgang mit Gesundheitsrisiken. Wo aber die Durchsetzung ergonomischer, arbeitsinhaltlicher und organisatorischer Veränderungen mit präventivem Zielbezug objektiv oder subjektiv außerhalb des Handlungshorizonts liegt, kann die Einführung eines Gymnastikkurses oder von Vollwertkost in der Kantine bereits als großer Fortschritt erscheinen.

Die Reichweite der Thematisierung und Bearbeitung spezifisch gesundheitsbezogener Probleme im Betrieb (auch auf Seiten des Betriebsrates) hängen maßgeblich vom allgemeinen interessenpolitischen Niveau und Konfliktvermögen der *Beschäftigten* selbst ab (vgl. ebd.). Dies bedeutet keineswegs, daß strukturelle Verbesserungen nur im offenen Konflikt durchsetzbar sind, sondern vielmehr, daß der betriebliche „Konsensrahmen“ für solche Verbesserungen bei einem hohen Grad kollektiver Handlungsfähigkeit der Belegschaft von vornherein weiter ist. Dem stehen jedoch die auf vielfältigen Sanktionspotentialen formeller wie informeller Art beruhenden Desintegrations- und Passivierungseffekte im System betrieblicher Herrschaft entgegen. Sie hindern die Beschäftigten häufig an einer Artikulation und interessenpolitischen Durchsetzung ihrer gesundheitlichen Belange.

Im Zielsystem von *Betriebsleitungen* ist der Schutz und die Förderung der Beschäftigtengesundheit dem Bestreben, die Funktionsfähigkeit des Betriebes als

profitgenerierendem Sozialzusammenhang zu gewährleisten, prinzipiell untergeordnet. Je nach Qualität der betrieblichen Interessenbeziehungen und Kompromißstrukturen variieren allerdings die Formen, in denen diese Unterordnung strategisch bewerkstelligt wird; sie reichen von der rigiden „ökonomistischen“ Ausgrenzung von Gesundheitsproblemen über die reine Exekution rechtlich absolut zwingender Vorschriften bis hin zu „betriebsgemeinschaftlichen“, paternalistische Fürsorglichkeit mit hohen Loyalitätserwartungen verbindenden Orientierungen sowie „technokratischen“ Konzepten eines umfassenden, detailliert und standardisiert geregelten Gesundheitsmanagements (vgl. MARSTEDT 1990, S. 76 f.). Entsprechend unterschiedlich dürften auch die Chancen arbeitsinhaltlich und -organisatorisch sowie partizipativ ausgerichteter Präventionsansätze sein, von der betrieblichen Leitung initiiert oder unterstützt zu werden. Inwieweit die in letzter Zeit häufig unter dem Stichwort „lean production“ diskutierten und eng mit Konzepten der Organisations- und Personalentwicklung verknüpften Reorientierungsprozesse auf der Ebene der Managementstrategien diesbezüglich eine weitere Öffnung bewirken, ist unsicher: In ihrer Betonung dezentralisierter und transparenter Entscheidungsstrukturen, „flacher“ Hierarchien, relativ autonomer Gruppenarbeit, permanenter Förderung von Problemlösungskompetenz etc. scheinen sie für eine Politik der Gesundheitsförderung durchaus „anschlußfähig“ zu sein. In der Praxis werden die darin enthaltenen präventiven Potentiale allerdings offenbar meist durch höhere Arbeitsintensität und andere Belastungssteigerungen aufgezehrt.

- Die seit den späten achtziger Jahren zunehmend in die präventionspolitische Akteurkonstellation der Betriebe eintretenden *Krankenkassen* spielen eine widersprüchliche Rolle. Als öffentlich-rechtliche Organisationen besitzen sie eine relative Unabhängigkeit von den betrieblichen Interessen und Konfliktstrukturen, eine gewisse, bislang noch labile Autorität in Fragen betrieblicher Gesundheitsförderung, und sie verfügen über mehr oder weniger ausgereifte Programme, die betriebliche Akteure meist selbst nicht entwickeln können. Ihre quasi-neutrale Positionierung ermöglicht es ihnen unter Umständen auch, präventionspolitische Handlungsoptionen ins Spiel zu bringen, die zuvor im Betrieb aufgrund gegenseitiger Blockadehaltungen kaum diskutierbar waren. Nicht von ungefähr gehen die betrieblich praktizierten Ansätze einer epidemiologisch geleiteten und partizipativ orientierten Prävention (Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitszirkel) maßgeblich auf Initiativen von Krankenkassen zurück. Allerdings haben die Kassen hierbei keinerlei materielle oder rechtliche Sanktions- und

Durchsetzungsmacht: Der „Korridor“ konsensfähiger Maßnahmen im Betrieb kann durch geschickt agierende Kassenvertreter zwar graduell erweitert werden, bleibt im wesentlichen aber von Faktoren bestimmt, die außerhalb ihres Einflusbereiches liegen. Folglich liegt es nahe, daß die arbeitsweltbezogenen Aktivitäten und Angebote der Krankenkassen durch das geprägt sind, was im Betrieb präventionspolitisch ohnehin am ehesten konsensfähig ist (und zudem ihrem qua Konkurrenzdruck erzeugten Interesse an marketingorientierter Eigenprofilierung entgegenkommt): leicht verfügbare verhaltenspräventive Maßnahmen „zum Anfassen“.

- Ein ebenfalls relativ neues Phänomen ist die (zeitlich meist befristete) Integration von *privaten Anbietern präventionsbezogener (oder -relevanter) Dienstleistungen* in das betriebliche Akteursystem. Größtenteils handelt es sich hierbei um Angehörige von Berufsgruppen, deren Qualifikationsprofil und professionelles Selbstverständnis auf verhaltenszentrierte Interventionen zugeschnitten ist oder sich in dieser Weise der Nachfrage angepaßt hat, die meist von den Kassen ausgeht. Derart programmierte Unternehmen wirken durch ihre Tätigkeit zwar sekundär verstärkend an der Individualisierung sozial generierter Gesundheitsrisiken mit, einen strukturierenden Einfluß auf das präventionspolitische Feld des Betriebes dürften sie gleichwohl kaum haben. Hinsichtlich der Intention und Reichweite der Interventionen teilweise anders verhält es sich vermutlich mit einer anderen Gruppe von Leistungsanbietern: Vertretern verschiedener humanwissenschaftlicher Disziplinen, die als Gesundheits-Consultants und Organisationsentwickler im Auftrag von Unternehmen an der Identifikation und Lösung explizit gesundheitsbezogener oder doch in hohem Maße gesundheitsrelevanter organisatorischer und kommunikativer Probleme im Betrieb arbeiten. Auch die Realisierungsmöglichkeiten solcher Konzepte bleibt von Einwilligung, Genehmigung und Zustimmung des Management abhängig.

Der Problemkomplex „Arbeit und Gesundheit“ stellt sich somit häufig als ein durch die Handlungsorientierungen und Beziehungskonstellationen der betrieblichen Akteure „vermintes“ Gelände dar, in das bislang nicht praktizierte Formen präventiver Intervention nur schwer Eingang finden. Gemäß dem präventionspolitischen Gesetz des „survival of the fittest“ (i.S. einer Durchsetzung der den vorherrschenden Interessenlagen und Handlungsimperativen am besten angepaßten Konzepte) (vgl. KÜHN 1993, S. 133) gelingt dies solch leicht verfügbaren und allseits kompatiblen Maß-

nahmen wie z.B. Risikofaktorenscreening, Ernährungs- und Entspannungskursen oder Rückenschulen. Solche Projekte haben - ungeachtet aller Effektivitäts- und Effizienzmaßstäbe - eine weitaus bessere Realisierungschance als Gesundheitsförderungsprojekte, die auf technische, organisatorische und soziale Innovationen orientieren.

Aber auch dort, wo es die betriebliche Akteurkonstellation erlaubt, auf Problemsignale wie etwa einen überdurchschnittlichen Krankenstand mit dem Einschlagen solcher alternativen „Interventionspfade“ zu reagieren, können die genannten Widerstände und Blockaden im Zuge des Umsetzungsprozesses wieder mobilisiert werden und zu dessen „Versickern“ führen. Selbst avancierte Projekte wie Gesundheitszirkel unterliegen solchen Gefahren: die Neigung des Managements, organisationsbezogene Veränderungsvorschläge als Eingriff in seine Entscheidungskompetenzen und als Unterstellung defizitärer Aufgabenerfüllung zu interpretieren; Widerstände der professionellen Arbeitsschützer gegen die Relativierung ihres Expertenstatus; Reserviertheit des Betriebsrates aufgrund befürchteter Schwächung seiner Interessenvertretungsfunktion; mangelnder Bereitschaft der Mitarbeiter, ihre Unzufriedenheit, Kritik und erst recht ihre gesundheitlichen Probleme in der betrieblichen Öffentlichkeit zu artikulieren.

Ich möchte diesen Überblick über Elemente, Bedingungen und Perspektiven betrieblicher Gesundheitsförderung mit vier Thesen schließen:

1. Durch die Anwendung moderner gesundheitswissenschaftlicher Methoden und Verfahren könnten im Bereich betrieblicher Prävention und Gesundheitsförderung große präventive Potentiale realisiert, und das heißt: Wohlbefinden, Gesundheit und Leben erhalten werden. Im Vergleich mit anderen Interventionsfeldern von moderner Gesundheitspolitik, als Umsetzung Public Health entsprechen bislang weder die wissenschaftliche Aufmerksamkeit noch das Ausmaß an wissenschaftlich fundierten Interventionen dieser Bedeutung (ROSEN-BROCK 1993b).
2. Gesundheitswissenschaftliche Kriterien für die Gestaltung der Arbeit überschneiden sich zunehmend mit Konzepten der Arbeitswissenschaft (z.B. persönlichkeitsförderliche Arbeitsgestaltung, zyklisch und hierarchisch vollständige Arbeitsaufgaben), der Berufspädagogik (z.B. Schlüsselqualifikationen, Betrieb als Lernort, Polyvalenz), der Arbeitspsychologie (z.B. störungsfreie und lernför-

derliche Arbeitssituation), der Industriesoziologie (z.B. qualifizierte und qualifizierende Arbeitsplätze durch neue Produktionskonzepte) und der Arbeitspolitik (z.B. Gestaltung betrieblicher Beziehungen nach dem Konzept der sozialen Produktivität) in Richtung auf ein verallgemeinerbares humanwissenschaftliches Paradigma gesunder und produktiver Arbeitsgestaltung, wie es auch in zahlreichen Projekten der BMFT-Programme „Humanisierung der Arbeit“ und „Arbeit und Technik“ aufscheint. Damit liegen neben einer relativ soliden Wissensbasis auch Voraussetzungen für Themenverbindungen und Koalitionen im Betrieb vor.

3. Wer - in welcher Rolle und mit welchem professionellen Hintergrund auch immer - dieses Wissen im Betrieb umsetzen möchte, trifft auf ein Sozialgebilde, dessen Wahrnehmungsmuster, Relevanzkriterien, Zuständigkeiten und Handlungsroutinen nach anderen Interessen und Kriterien als denen der Gesundheit gewachsen und institutionell verfestigt sind. Die Initiierung und Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderung ist deshalb regelmäßig gegentendenzielles Handeln (vgl. NOACK/ROSENBROCK 1994).
4. Auch wenn der Anteil gelungener Projekte einer dem Stand des Wissens entsprechenden betrieblichen Gesundheitsförderung an den unter dieser Überschrift insgesamt zu verzeichnenden Aktivitäten gering sein mag: ihre Existenz und ihre Erfolge beweisen, daß die Umsetzung auch unter den gegenwärtigen gesellschaftlichen und Arbeitsmarkt-Bedingungen möglich ist, wenn Initiatoren und Akteure die schwierige Gratwanderung zwischen lähmendem Konsens und blockierendem Konflikt gelingt.

Strategien betrieblicher Prävention und Gesundheitsförderung haben dann - und meist nur dann - Aussicht auf Erfolg, wenn ihre Erfinder und Protagonisten die fördernden und hindernden Faktoren nicht in die black box unbeeinflussbarer Rahmenbedingungen abschieben, sondern bewußt antizipieren und für die damit verbundenen Probleme geeignete Bearbeitungsmechanismen finden. Hier liegt nach wie vor ein weites Handlungsfeld, auf dem nicht nur der in diesem Feld gewachsene kritische Sachverstand, sondern auch die sich allmählich konturierende Disziplin Public Health ihre Praxistauglichkeit unter Beweis stellen könnte.

Literatur

ANTONOVSKY, A. (1991): Meine Odyssee als Streßforscher. In: Jahrbuch für Kritische Medizin 17, Argument-Sonderband AS 193. Hamburg: Argument Verlag, S. 112-130.

ANTONOVSKY, A. (1987): Unravelling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well. San Francisco: Jossey-Bass.

BANDURA, A. (1977): Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. In: Psychological Review, Bd. 84, S. 191-215.

BRANDENBURG, U.; BUCHTER, A.; GRIMM, H.G.; LAURIG, W.; MARSCHALL, B.; SCHREINICKE, G.; SCHWABERGER, G. (1991): Aktuelle Probleme arbeitsmedizinischer Belastungs- und Beanspruchungsforschung. In: Zeitschrift für Arbeitswissenschaft, Jg. 45 (17 NF), S. 47-50.

FRANKL, V.E. (1972): Der Wille zum Sinn. Bern - Stuttgart - Wien: Huber.

HORNUNG, R. (1988): Das psychosoziale Immunsystem - Krankheitsverhütung und Gesundheitsförderung als Bereich angewandter Sozialpsychologie. In: Neue Züricher Zeitung v. 30.11.1988.

KOBASA, S.C. (1982): The Hardy Personality: Toward a Social Psychology of Stress and Health. In: Sanders, G.S.; Suls, H. (Hg.): Social Psychology of Health and Illness. Hillsdale, S. 3-32.

KÜHN, H. (1982): Betriebliche Arbeitsschutzpolitik und Interessenvertretung der Beschäftigten. Frankfurt a. M. - New York: Campus.

KÜHN, H. (1993): Healthismus. Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den USA. Berlin: edition sigma.

MARSTEDT, G. (1990): Schattenwürfe sozialer Rationalisierung. Zum Bedeutungswandel von Gesundheit und Krankheit in der Arbeitswelt. In: Psychosozial, Jg. 12, H. 2, S. 74-86.

NATIONAL ACADEMY OF SCIENCES; INSTITUTE OF MEDICINE (1988): The Future of Public Health. Washington D.C.: National Academy Press.

NOACK, H.; ROSENBROCK, R. (1994): Stand und Zukunft der Berufspraxis im Bereich Public Health. In: Schaeffer, D.; Moers, M.; Rosenbrock, R. (Hg.), Public Health und Pflege. Zwei neue gesundheitswissenschaftliche Disziplinen. Berlin: edition sigma, S. 129-158.

OPPOLZER, A. (1994): Die Arbeitswelt als Ursache gesundheitlicher Ungleichheit. In: Mielck, A. (Hg): Krankheit und soziale Ungleichheit. Opladen: Leske & Budrich, S. 125 - 166.

ROSENBROCK, R. (1982): Arbeitsmediziner und Sicherheitsexperten im Betrieb. Frankfurt a. M. - New York: Campus.

ROSENBROCK, R. (1993a): Betriebliche Gesundheitspolitik und Organisationsentwicklung. In: Demmer, H.; Pelikan, J. M.; Hurrelmann, K. (Hg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung - Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. München: Juventa, S. 123-140.

ROSENBROCK, R. (1993b): Gesundheitspolitik. In: Hurrelmann, K.; Laaser, U. (Hg.): Handbuch der Gesundheitswissenschaften. Beltz/Psychologie-Verlagsunion/Urban & Schwarzenberg: Weinheim, S. 317-346.

ROSENBROCK, R.; KÜHN, H.; KÖHLER, B.M. (Hg.) (1994): Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung. Berlin: edition sigma.

ROTTER, B. (1975): Some Problems and Misconceptions Related to the Construct of Internal versus External Control of Reinforcement. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, Jg. 43, S. 56-57.

SILVERSTEIN, B. (1992): Design and Evaluation of Interventions to Reduce Work-Related Musculoskeletal Disorders. In: Hagberg, M.; Kilbom, A. (Eds.): International Conference on Prevention of Work-related Musculoskeletal Disorders (PREMUS), Sweden, May 12-14, 1992, Book of Abstracts. Arbete och Hälsa 17. Stockholm: Arbetsmiljö Institutet, S. 3-7.

STANDFEST, E.; V. FERBER, CHR.; RÖLLER A.; LEMINSKY, G.; NASCHOLD, F.; SCHMIDT, A.; TENNSTEDT, F. (1977): Sozialpolitik und Selbstverwaltung. Zur Demokratisierung des Sozialstaats, WSI-Studie. Köln: Bund Verlag.

SYME, L. (1991): Individual and Social Determinants of Disease: Experiences and Perspectives. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P 91-205. Berlin: WZB.

VOLKHOLZ, V. (1977): Belastungsschwerpunkte und Praxis der Arbeitssicherheit. Forschungsbericht des Bundesministeriums für Arbeit und Sozialordnung. Bonn: BMAuS.