Editorial

Der Arbeitsplatz ist der Ort, an dem tagtäglich positive wie negative Lernerfahrungen gemacht werden können – gesundheitsfördernde oder gesundheitsschädigende. Sowohl Unternehmer als auch Beschäftigte, könnte man annehmen, haben gleichermaßen Interesse an der Gesundheit der Mitarbeiter/innen. Gesundheit als gemeinsames Ziel gerät jedoch schnell in die Mühlen unterschiedlichster und komplexer Interessenspositionen im Unternehmen. Gesundheitsförderung ist kein autonomes Handlungsressort. Der Schutz und die Förderung der Gesundheit geschieht stets in Abhängigkeit anderer organisatorischer Ziele, Strategien sowie unternehmenspolitischer Verhältnisse und hat in der Regel einen eher sekundären Stellenwert.

Betrieblicher Arbeits- und Gesundheitsschutz in seiner bisherigen Umsetzung (z.B. mess- und normierbare Dimensionen des Belastungsgeschehens durch Vorsorgeuntersuchungen bzw. durch Unfallverhütung) und seinen verengten Interventionsformen kann in der Regel den Ansprüchen einer an der *Ottawa Charta* (vgl. *Troschke et al. 1996*) orientierten betrieblichen Gesundheitsförderung nicht mehr genügen (vgl. *Marstedt, Mergner 1995; Rosenbrock 1996*). Die Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung (WHO 1986) betont die Zusammenhänge von Gesundheit, Arbeitsbedingungen und Arbeitswelt und fordert von der Gesundheitsförderung, „sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen“ zu schaffen. Der Arbeitsalltag prägt das Gesundheitsverhalten und trägt zu vielschichtigen gesundheitsgefährdenden Belastungen bei. Chronische, sogenannte berufs(mit)bedingte Erkrankungen gewinnen an gesamtgesellschaftlicher Bedeutung (vgl. *Marstedt, Mergner 1995; Lenhardt, Elkelles, Rosenbrock 1997*). Außerdem wird der Arbeit heute eine andere Bedeutung im Zusammenhang mit der Lebensgestaltung beigemessen als früher. Es besteht seitens der Beschäftigten die Forderung, dass intrinsische Faktoren (z.B. Anerkennung) sowie individuelle Bedürfnisse (z.B. Handlungsspielräume) verstärkt in der Gestaltung des Arbeitsalltages Berücksichtigung finden.

In der Diskussion um zukünftige Arbeitsbedingungen und Gesundheitsschutz spielen Argumente über internationale Konkurrenz, Weltmarkt und den Wirtschaftsstandort Deutschland eine immer wichtigere Rolle. Angesichts von Massenarbeitslosigkeit und Produktionskrisen werden Maßnahmen betrieblichen Gesundheitsschutzes eher als Lu-

xus betrachtet. Andererseits werden betriebliche Fehlzeiten als ein zu beeinflussender Kostenfaktor angesehen. So hat aus unterschiedlichen Gründen das Thema „Reduzierung der Krankenstands durch Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung“ in den vergangenen Jahren an Aktualität gewonnen. Zu diesen Gründen gehören u.a.:

1. Verschlechterung der gesamtwirtschaftlichen Situation,
2. Auseinandersetzung um die Lohnfortzahlung im Krankheitsfall,
3. Gesellschaftlicher und betrieblicher Strukturwandel in Bezug auf Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung.

Im Gegensatz zu den rechtlich verbindlichen Arbeitsschutzvorschriften beruhen Projekte zur Gesundheitsförderung auf freiwilliger Basis. Ob und wie sich ein Unternehmen zum Thema Gesundheit engagiert, hängt von einer Reihe von ökonomischen, strukturellen, interessenpolitischen und organisationskulturellen Gründen ab. Das Ziel, durch gesunde, leistungsfähige und motivierte Beschäftigte eine verbesserte Kostenstruktur z.B. durch einen niedrigen Krankenstand zu erreichen, könnte zwischen den Interessengruppen konsensfähig sein. Um dorthin zu gelangen, sind differenzierte Aushandlungsprozesse notwendig. „Komplexe betriebliche Problemsituationen erfordern vor dem Hintergrund komplexer Zielsysteme ganzheitliche, nicht nur eindimensionale, auf die Spezifik und den engen Rahmen der jeweiligen Situation zugeschnittene Lösungen im Sinne von Kompromissbildungen, in die sich alle Betroffenen einbringen und die deshalb auch von allen mitgetragen werden können“ (Marstedt, Mergner 1995/62).

Neben den verhaltensorientierten Konzepten und Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung hat sich in den 90-er Jahren eine Vorgehensweise etabliert, die sich im Wesentlichen durch eine Kombination dreier Basisinstrumente auszeichnet: Steuerungs- und Evaluationsgremium „Arbeitskreis Gesundheit“, „Betriebliche Gesundheitsberichterstattung“ und „Gesundheitszirkel“. Zum Teil werden diese Aktivitäten durch andere Maßnahmen, wie z.B. Fehlzeiten- bzw. Rückkehrgespräche, ergänzt. Betriebliche Gesundheitsförderung beschäftigt sich zunehmend mit Konventionen, Strukturen und Regeln in Unternehmen und wirkt in verstärktem Maße auf die Veränderungen von Arbeitsbedingungen und Organisationsstrukturen. In der Literatur wird in diesem Kontext von betrieblicher Gesundheitsförderung als Organisationsentwicklung, von „Salutogenic Management“ sowie vom betrieblichen Gesundheits-Management gesprochen (vgl. Bamberg et al. 1998; Westermayer 1998; Badura et al. 1999).

Betriebliche Gesundheitsförderung kann nur dann wirkungsvoll sein, wenn sie auf die Akzeptanz aller Beteiligten trifft und wenn sie ein dauerndes Problembewusstsein für arbeitsbedingte Gesundheitsgefährdungen erreicht (vgl. Sochert 1998). Die Herausforderung für den betrieblichen Gesundheitsschutz ist es, in kommunikativen und partizipativen Problemlösungsprozessen Kompromisse zu erarbeiten, in denen die verschiedenen Positionen und Einzelinteressen in ein gesamtbetriebliches Interesse integriert werden können. Die „offizielle“ Auseinandersetzung mit dem Thema Gesundheit bzw. Krankheit im Unternehmen in Form von Mitarbeiterbefragungen, Arbeitskreis Gesundheit, Gesundheitszirkel etc. kann dazu führen, dass der Gesundheitsschutz eine höhere Legitimität und Normalität erfährt. Dies würde der generellen Tendenz der Beschäftigten, Gesundheitsgefährdungen und -probleme durch informelle oder private Bewältigungsformen zu lösen, entgegenwirken (vgl. Rosenbrock 1996; Marstedt, Mergner 1995). Inwieweit sogenannte „ganzheitliche“ Konzepte zur betrieblichen Gesundheitsförderung angesichts von Rationalisierung, Externalisierung von gesundheitsbeeinträchtigten Beschäftigten etc. Bestand haben bzw. eine zunehmende Verbreitung finden, bleibt abzuwarten.

Zu diesem Heft:

Die Voraussetzung für langfristig wirkungsvolle und gesundheitsorientierte Maßnahmen zur Reduzierung von Fehlzeiten ist eine differenzierte Analyse der Ursachen. *Dorothee Heckhausen* stellt in ihrem Beitrag eine Übersicht der vielfältigen Determinanten dar. Die Analyse von Einflussfaktoren und Ursachen betrieblicher Fehlzeiten macht deutlich, dass diese als Signal für vielfältige Störungen und Probleme im Betrieb anzusehen sind, und vor allem, dass sie sich gegenseitig beeinflussen: Außerbetriebliche und psychosoziale Ursachen wirken zusammen mit Faktoren betrieblichen Ursprungs. Der Beitrag schließt mit Anmerkungen zur konzeptionellen Umsetzung eines Projekts zur gesundheitsorientierten Unternehmensentwicklung.

Bernward Weiß stellt die Ergebnisse einer qualitativ-empirischen Evaluationsstudie vor, die im Rahmen eines Projekts zur gesundheitsorientierten Unternehmensentwicklung in einem Dienstleistungsunternehmen durchgeführt wurde. Die Studie bezieht sich auf das Instrument „Fehlzeiten- bzw. Rückkehrgespräche“ als Maßnahme betrieblicher Gesundheitsförderung. Zentrale Fragestellungen waren u.a., welche Akzeptanz Fehlzeitengespräche erfahren bzw. welche Erwartungen und Befürchtungen Mitarbeiter/innen (hierarchieübergreifend) mit dieser Maßnahme verbinden. Der Autor skizziert die Problematik von Fehlzeitengesprächen, diskutiert die Ergebnisse der Studie und rundet seinen Beitrag mit Vorschlägen zur weiteren Gestaltung des Projekts ab.

Mit dem Aufsatz von *Kerstin Rieder* werden Arbeitsbedingungen und besondere Belastungspotenziale des Arbeitsplatzes von Krankenpflegekräften analysiert sowie Folgen veränderter Erwartungen an die Krankenpflege diskutiert. An drei Fallbeispielen wird dargestellt, wie Pflegekräfte mit den Erwartungen umgehen und welche Chancen für eine qualitativ gute und für die Pflegekräfte befriedigende Arbeit hiermit verbunden sind. Außerdem werden die Gefahren eines Wiederauflebens traditioneller Vorstellungen von Krankenpflege als selbstverleugnendes „Dienen“ und damit verbundene Gesundheitsrisiken diskutiert.

In den 90-er Jahren spielten verhaltensbezogene Maßnahmen, z.B. Gesundheitsberatung, Stressbewältigungstrainings, Rückenschulungen etc., eine zentrale Rolle in der von den gesetzlichen Krankenkassen geförderten betrieblichen Gesundheitsförderung. Durch die Demontage des § 20 (Gesundheitsreformgesetz, 1989) zur „Gesundheitsförderung und Krankheitsverhütung“ im Jahre 1996 wurde rigoros in diese Aktivitäten eingegriffen. Mit dem von der neuen Bundesregierung verabschiedeten Gesetzentwurf (Juni 1999) zum § 20 werden neue Maßstäbe an die Angebote zur Primärprävention angelegt. Qualitätsüberprüfung wird eine obligatorische Voraussetzung sein. Zur Qualitätssicherung in der Gesundheitsförderung kann Supervision einen wesentlichen Beitrag leisten.

Heidi Möller zeigt in ihrem Beitrag auf, wie Supervision in der Gesundheitsförderung zur Qualitätssicherung der Arbeit, zur Psychohygiene der Kursleiterinnen und zur Organisationsentwicklung beitragen kann. Sie beschreibt die Besonderheiten supervisorischen Tuns im prätherapeutischen Feld der Gesundheitsförderung. Supervision im Rahmen verhaltensorientierter Maßnahmen erhält sowohl eine identitätsstiftende als auch eine didaktische Funktion. Anhand kurzer Sequenzen aus Gruppensupervisionen werden von der Autorin sowohl Spiegelphänomene der Psychodynamik der Kursleiterinnen als auch die institutionelle Dynamik und deren Verschränkungen veranschaulicht.

Die übrigen Beiträge dieses Heftes befassen sich mit anderen Fragestellungen. So widmet sich *Marion Schindler* in ihrem Praxisbericht der „Inneren Kündigung“. Sie

vermutet, dass dieses Phänomen besonders in großen Behörden häufig anzutreffen ist. Wie die Autorin an drei Beispielen zeigt, lässt sich aber in vielen Fällen durch Supervision und Coaching eine Milderung, wenn nicht gar Beseitigung dieses Zustands erreichen. Die beiden Diskurs-Beiträge von *Mario Wernado* und *Jonas Schreyögg* thematisieren unter verschiedenen Perspektiven die veränderten ökonomischen Bedingungen und daraus folgende konzeptionelle Verunsicherungen im Krankenhauswesen sowie deren Auswirkungen auf die Arbeit und auf das Selbstverständnis der Mitarbeiter/innen, und sie zeigen Möglichkeiten auf, wie diesen Veränderungen Rechnung getragen werden kann.

Bernward Weiß, Berlin

Literatur

- Badura, B., Ritter, W., Scherf, M.* (1999): Betriebliches Gesundheitsmanagement. Berlin: Sigma.
- Bamberg, E., Ducki, A., Metz, A-M.* (Hg.)(1998): Handbuch zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie.
- Lenhardt, U., Elkeles, T., Rosenbrock, R.* (1997): Betriebsproblem Rückenschmerz. Eine gesundheitswissenschaftliche Bestandsaufnahme zu Verursachung, Verbreitung und Verhütung. Weinheim, München: Juventa.
- Marstedt, G., Mergner U.* (1995): Gesundheit als produktives Potential. Berlin: Sigma.
- Rosenbrock, R.* (1996): Arbeit und Gesundheit. Elemente und Perspektiven betrieblicher Gesundheitsförderung. Reihe Arbeitsgruppe Public Health, WZB für Sozialforschung Berlin, S. 96-206
- Sochert, R.* (1998): Gesundheitsbericht und Gesundheitszirkel. Evaluation eines integrierten Konzepts betrieblicher Gesundheitsförderung (hg. v. Bundesverband der BKK, Essen). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Troschke v., J., Reschauer, G., Hoffmann-Markwald, A.* (Hg.)(1996): Die Bedeutung der Ottawa Charta für die Entwicklung einer New Public Health in Deutschland. Koordinierungsstelle Gesundheitswissenschaften/Public Health an der Abteilung für Medizinische Soziologie der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg.
- Westermayer, G.* (1998): Organisationsentwicklung und betriebliche Gesundheitsförderung. In: *Bamberg, E. et al.* (Hg.)(1998): Handbuch zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie.