

Rosenbrock, Rolf

Book Part

Sozialversicherung und Prävention in der Arbeitswelt: neue Botschaften - Chancen und Risiken ihrer Umsetzung

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Rosenbrock, Rolf (1993) : Sozialversicherung und Prävention in der Arbeitswelt: neue Botschaften - Chancen und Risiken ihrer Umsetzung, In: Heinz Harald Abholz, Dieter Borgers, Hagen Kühn, Rolf Rosenbrock (u.a.) (Ed.): Die Regulierung der Gesundheit, ISBN 3-88619-200-8, Argument-Verlag, Hamburg, pp. 128-149

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/122534>

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>.

Rolf Rosenbrock

Sozialversicherung und Prävention in der Arbeitswelt

Neue Botschaften – Chancen und Risiken ihrer Umsetzung*

1. *Historischer Hintergrund und Ausgangslage*

Durch die Novellierung des SGB V (GRG) im Jahre 1989 ist das Zuständigkeits- und Tätigkeitsfeld der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) explizit über die Steuerung und Finanzierung der Krankenversorgung hinaus auf das Gebiet der Gesundheitsförderung und Prävention ausgeweitet worden. Damit ist ein Schritt in eine Richtung unternommen worden, die von fortschrittlichen Medizern und Sozialpolitikern sowie Teilen der Sozialdemokratie und der Gewerkschaftsbewegung schon in den 70er Jahren des vergangenen Jahrhunderts gefordert worden war. Damals ging um die Etablierung und ursprüngliche Aufgabenbestimmung der gesetzlichen Krankenversicherung (Tennstedt 1976; Hauß/Naschold/Rosenbrock 1981).

Auch wenn dieses Vokabular vor hundert Jahren noch niemandem eingefallen wäre: Der Grundgedanke dieser Forderung besteht darin, Gesundheitspolitik als insgesamt rationales Management von Gesundheitsrisiken nach Kriterien des Verursachungsprinzips und der Eingriffs-Optimierung zu betreiben. Eingegriffen werden kann im Hinblick auf Gesundheitsgefahren (1) durch Beseitigung der Gefahren und Risiken oder/und (2) durch die Ermöglichung und Förderung gesundheitsgerechten 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).

* Überarbeitete Fassung eines Vortrages auf der DGB-Arbeitstagung »Forum Arbeit und Gesundheit« am 26. Januar 1993 im Forum Leverkusen

Nach den Vorstellungen der damals fortschrittlichen Kräfte sollte sich dies auch in der Aufgabenstellung jener Institutionen wiederfinden, die den Fluß von Aufmerksamkeit, Expertise und Ressourcen in der alltäglichen Gesundheitspolitik steuern. Also auch in dem, was dann – zunächst gegen den sehr unterschiedlich motivierten Widerstand von Arbeitern (Tennstedt 1983) und Ärzten (Göckensjan 1985) – ab 1883 als Gesetzliche Krankenversicherung realisiert wurde.

Aus machtpolitischer Rücksicht auf die damals tonangebenden Industriellen blieb die GKV damals von der präventiven Hälfte ihrer Aufgabenstellung, v. a. in der Arbeitswelt, abgeschnitten (Machta 1985). Gesundheitspolitik als Risikomanagement wurde durch diese weichenstellende Entscheidung weitgehend auf die individuell-kurative Seite reduziert. Gesundheitspolitik wurde fragmentiert. Prävention wurde, wo überhaupt, fortan eher von der individuellen und von der medizinischen Seite her gedacht und angegangen. Dies hatte säkulare Auswirkungen auf die gesellschaftliche Aufmerksamkeit, die Ressourcenverteilung, die Verantwortungszuschreibung und die wissenschaftliche Entwicklung.

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 anderen Hälfte der Gesundheitspolitik geführt. Vor allem Befunde der Belastungsforschung und Sozialepidemiologie haben immer wieder 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).

Es ist zu fragen, ob die gesetzliche Übertragung von Aufgaben und Verantwortung auch für arbeitsweltbezogene Prävention an die Institutionen der Gesetzlichen Krankenversicherung heute ein

geeigneter und aussichtsreicher Schritt im Zusammenhang der notwendigen und möglichen Schwerpunktbildung der Gesundheitspolitik auf Prävention und Gesundheitsförderung ist.

2. *Gesundheitsgefahren, Risiken und präventive Potentiale in der Arbeitswelt*

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 potentiell pathogener Risiken (Prävention) mit solchen der Vermehrung salutogener Ressourcen (Gesundheitsförderung) 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.89ff; vgl. auch Conrad/Kickbusch 1988)

Viele Gesundheitspolitiker und Ärzte haben eine eher geringgeschätzige Auffassung von WHO-Dokumenten allgemein und speziell der Ottawa-Charta. Beim Wort genommen sind die zitierten Sätze (und die ebenfalls in der Charta skizzierten Strategien) dagegen weder als

Vorlage für die wohlfeile Sozialbelletristik unverbindlicher Sonntagsreden geeignet, noch als Vorwand, das harte Alltagsgeschäft der Senkung physikalischer, chemischer und ergonomischer Risiken im Betrieb zugunsten allgemeiner Liebeshwürdigkeiten 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 B. Badura 1991). Die folgenden Ausführungen konzentrieren sich auf einige Schlüssel-Aspekte 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 Auslöse-Belastungen 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: menschen-un-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 gebannter Gefahren.

Dazu nur einige wenige Beispiele:

- In einem Forschungsprojekt am WZB (Franz 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 Industrieleistern – 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 (K. Leitner et al. 1987; K. Leitner et al. 1992; W. Volpert/W. 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 Entscheidung- und Gestaltungsfreiheit bieten als möglich (Mangel an geistigen Anforderungen). Die Arbeitsgruppe hat auf Basis dieser Forschungen mehrere sehr konkrete Praxisleitfäden entwickelt (z.B. A. Ducki et al. 1993; H. 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 weder mit – sicherlich notwendigen und risikosenkenden – ergonomischen Verbesserungen noch mit – in ihrer längerfristigen Wirksamkeit fraglichen – Rückenschulen beizukommen ist. Evaluationen rüchenschmerzbezogener Interventionen in der Arbeitswelt (Gustav Wickström 1992, Uwe Osterholz 1991, 1993) zeigen die hohe Bedeutung, die organisatorischen Veränderungen wie job enrichment, job enlargement und größeren Einwirkungsmöglichkeiten der Beschäftigten auf Arbeitsgestaltung und Pausenregime zukommt.
- Ein hochkarätiges schwedisch-amerikanisches Forscherteam (Stanley Bigos et al. 1991) fand in der langfristigen Untersuchung von mehr als 3000 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 – in diesem ergonomisch nicht besonders belastenden Betrieb – für die Verursachung chronischer Rückenschmerzen eine größere Rolle als ergonomische Belastungen oder Kraft, Ausdauer und Flexibilität der Beschäftigten.
- In den Bilrite-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 (F. Sandra Fitzler/Richard 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 7000 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: inkonstistente Anforderungsstrukturen, aufgabenbezogene psychische Belastungen, mangelnde geistige Anforderungen, mangelnde Transparenz betrieblicher Abläufe, Zeitdruck erleben, 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.

Die hier nur kurz skizzierten Forschungsergebnisse beziehen sich auf betrieblich generierte Gefahrenpotentiale. 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 bis 50 % (Osterholz 1993). Aber schon eine Verminderung um nur 10 % würde in Deutschland einen Gewinn von jährlich ca. 16,5 Mio Tagen Schmerzfreiheit und Arbeitsfähigkeit sowie die Vermeidung von 6000 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 und die Aktivierung der Betroffenen 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. A. Ducki/B. 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 aus 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 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 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. Der Betrieb ist für die Beschäftigten der Ort, an dem solche positiven wie negativen Lern- und Verlernprozesse tagtäglich stattfinden und verstärkt 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 Organisation 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 neben den »klassischen« (meist spezifischen) Belastungen und den darauf bezogenen arbeitswissenschaftlichen Kriterien der Ausführbarkeit und Zumutbarkeit einer Arbeitsaufgabe die Kriterien der Transparenz, der Konsistenz, der Beeinflußbarkeit und der sozialen wie materiellen Unterstützung in der Arbeitssituation. 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.

Dem Kenner gewerkschaftlicher Programmatik wird kaum entgangen sein, daß die hier nur kurz skizzierten Prinzipien einer krankheitspräventiven und gesundheitsförderlichen Praxis im Betrieb sich weitgehend mit dem decken, was von gewerkschaftlicher

Seite schon seit langem gefordert und auf manchen Gebieten auch durchgesetzt wird. Im Schlußbericht der Gesundheitspolitischen Strukturkommission des DGB-Bundesvorstandes finden sich entsprechende »Kriterien gesundheitsgerechter Arbeitsgestaltung« (DGB 1988, S.47f.) aufgegliedert nach Technischen, Organisatorischen und Sozialen Kriterien sowie als »Betriebliche Verfahrensregeln für den Umgang mit der Gesundheit«. Zumindest programmatisch hat der DGB als Organisationsform der nach wie vor größten sozialen Bewegung dieses Landes, der Arbeiterbewegung, die Botschaft der Ottawa-Charta der WHO schon vor geraumer Zeit (H. Kühn 1989) und jedenfalls früher und programmatisch entschiedener als die staatlich-offizielle Gesundheitspolitik aufgenommen. Auch dies kann nicht überraschen und verweist auf eine prinzipielle Schwierigkeit im Umgang mit den gesundheitspolitischen Vorstellungen und Vorschlägen der WHO: Schließlich ist die Weltgesundheitsorganisation ja ein Zusammenschluß von Staaten, vertreten durch die jeweiligen Regierungen. Insofern stehen die – meist einstimmig verabschiedeten – Dokumente primär unter dem Anspruch, Leitlinien für staatliches Handeln zu geben. Wenn aber die dort niedergelegten Vorstellungen inhaltlich handlungsleitend verstanden und nicht nur als Steinbruch für propagandistische oder marketing-Formeln genommen werden, erweist sich ihre Botschaft als ziemlich kämpferisch. Sie lesen sich dann viel mehr als strategische Handlungsanleitungen für soziale Emanzipationsbewegungen, und nicht so sehr als Programme für Regierungen, die in erster Linie auf Interessenausgleich orientiert sind und dabei mächtige Interessen nicht verletzen wollen.

Wo diese Vorstellungen gleichwohl von Regierungen übernommen und als nationale Strategien formuliert werden, zeigt sich meist eine erstaunliche Diskrepanz zwischen dem Programm und den vorgeschlagenen Instrumenten zu seiner Umsetzung. Die inhaltlich verdienstvolle Erklärung der 64. Konferenz der für Gesundheit zuständigen Minister und Senatoren ist dafür ein eindrucksvolles Beispiel: hinsichtlich der Erklärung der Notwendigkeiten von Prävention und Gesundheitsförderung entspricht ihr Inhalt weitgehend den hier skizzierten Standards. In der Benennung der Möglichkeiten zur Erreichung dieser Ziele fällt sie dahinter weit zurück: Strategievorstellungen beschränken sich weitgehend auf die Erörterung der äußerst geringen Handlungsmöglichkeiten von Gesundheitsämtern, ohne auch nur den Versuch eines Gesamtkonzepts zur Einlösung der postulierten Ziele und selbstgestellten Ansprüche zu unternehmen (vgl. GMK 1991).

3. *Prävention und Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt durch Sozialversicherungsträger?*

Was heißt dies nun für die Möglichkeiten und Grenzen, für die Chancen und Risiken der Umsetzung solcher moderner gesundheitswissenschaftlicher Konzepte in der Arbeitswelt durch Sozialversicherungsträger, und insbesondere durch die GKV?

Zur Beantwortung dieser Frage ist u. a. daran zu erinnern, daß die GKV heute nicht mehr jene Institution ist, die Bismarck und seine Berater vor über 100 Jahren von jeder substantiellen Einwirkung auf die Gestaltung der Arbeitswelt institutionell ausgeschlossen haben. Die seinerzeitige GKV hatte ja nach dem Willen ihrer Väter durchaus einen Bezug zu sozialen Bewegungen und namentlich zur Arbeiterbewegung, die auf diese Weise in die Mitverantwortung für die Krankenversorgung als Teil der Gesellschaftspolitik eingebunden werden sollte (Heimann 1929). Das zeigt sich schon daran, daß die Vertreter der Beschäftigten in der Selbstverwaltung der GKV bis 1933 eine Zweidrittelmehrheit hatten, es also im Rahmen der stets engen Staatsaufsicht damals mehr reale – und manchmal auch genutzte (vgl. R. Müller 1993) – Einwirkungsmöglichkeiten für die Gewerkschaften und die Arbeiterparteien gab als mit der erst Anfang der 50er Jahre dieses Jahrhunderts eingeführten Parität in der Selbstverwaltung (Tennstedt 1976), die ihr dann für lange Zeit die Bezeichnung »paritätische Selbstlähmung« (DGB 1977) eintrug. Im Ergebnis dieser Entwicklung stellen sich ihre Institutionen heute als eingebundene und integrierte Akteure staatlicher Sozialpolitik für die Steuerung und Finanzierung der Krankenversorgung dar. Von ihrer Herkunft aus der großen Sozialen Frage haben sie kaum noch ein Bewußtsein.

Zugleich hat v. a. im Zuge der Kostendämpfungspolitik der letzten 15 Jahren ein Prozeß der Professionalisierung des Kassen-Managements stattgefunden, der die Geschäftsführungen und den ihnen zunehmend zugesellten professionellen Sachverstand gegenüber der Selbstverwaltung in die Rolle des entscheidenden Handlungszentrums der Kassen gerückt hat (Göckenjan 1980).

Diesem, gegenüber den Ursprüngen entpolitisierten und zugleich sozialtechnokratisch qualifiziertem Politikakteur konnte der Staat 1989 wesentlich leichteren Herzens Kompetenzen auch für die Prävention in der Arbeitswelt zuschreiben als Bismarck in den 80er Jahren des 19. und die Väter der Reichsversicherungsordnung zu Beginn dieses Jahrhunderts.

Wenn nun nach mehr als 100 Jahren die Gesetzliche Krankenversicherung als größter Sozialversicherungsträger 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 der heutigen Arbeitswelt und dem heutigen Wissen entsprechender Maßstab vorgegeben, an dem diesbezügliche Aktivitäten zu messen sind.

Ein Blick in die Praxis zeigt allerdings, 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 Verhaltens oder die frühzeitige Inanspruchnahme medizinisch-kurativer 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 1985) 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 werde, bedürfte noch der Fundierung. Immerhin ist auch das Gegenteil plausibel: mit der einseitigen Orientierung auf das eigene Verhalten und die Inanspruchnahme des medizinisch-kurativen 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.

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« (Rosenbrock 1982, 1985b, Friczewski 1989, Slesina 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, Hauf 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 das professionelle Arbeitsschutz-System.

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 erfreulicherweise schon heute einen 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 Betroffenen-Kompetenz 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.

Wo gewerkschaftliche Vertreter in der Selbstverwaltung der GKV im Sinne der DGB-(und WHO-)Programmatik zur Gesundheit in der Arbeitswelt wirksam werden wollen, finden sie 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 zur Gesundheitsförderung durchzusetzen.

4. *Betriebliche Gesundheitspolitik zwischen Arbeitsschutz und Organisationsentwicklung*

Wo Krankenkassen – sei es nun aufgrund der Anwendung moderner gesundheitswissenschaftlicher Konzepte durch das Kassenmanagement, sei es aufgrund von Initiativen aus der Selbstverwaltung, sei es auf Basis eines glücklichen Zusammentreffens von beidem – Projekte oder Kampagnen der Gesundheitsförderung im hier skizzierten breiten thematischen und ressortübergreifenden Sinne initiieren bzw. begleiten, finden sie sich v. a. in Großbetrieben in einer eigentümlichen Position zwischen zwei anderen Typen gesundheitsbezogener bzw. gesundheitswirksamer Aktivitäten: dies sind zum einen Projekte betriebswirtschaftlich motivierter Organisationsentwicklung (Thom 1992, Sievers 1992, Grossmann 1992) bzw. Personalpflege (R. Brinkmann 1993), und dies ist zum anderen der betriebliche Arbeitsschutz. Das Verhältnis zwischen optimalen Fällen kasseninitiiert betrieblicher Gesundheitsförderung und diesen beiden anderen Typen betrieblicher Gesundheitspolitik soll abschließend kurz beleuchtet werden.

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 resource management und der Anpassung an veränderte Arbeits- und Produktmärkte Projekte der Organisationsentwicklung bzw. Personalpflege 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. In aufgeklärten Unternehmen kommt es dabei heute zu Interventionen, die noch vor wenigen Jahren als Bedrohung des Direktionsrechts wahrgenommen worden wären und deshalb keine Chance gehabt hätten. Zum Teil finden sich in solchen Betrieben 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 BMFT-Programmen 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. Sie sind aber keineswegs in erster Linie gesundheitlich, sondern betriebswirtschaftlich motiviert. Der Betrieb ist nicht mehr nur deshalb gesundheitspolitischer Interventionsort, weil dort wesentliche Verursachungsanteile der modernen chronisch-degenerativen Volkskrankheiten liegen und weil Interventionen dort effektiver zu organisieren und deshalb gesundheitspolitisch effizienter sind als in anderen Lebensbereichen, sondern auch, weil mit solchen Interventionen neben gesundheitlich auch betriebswirtschaftlich positive Effekte zu erzielen sind.

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. Also 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). Oder bei Ansätzen moderner Organisationsentwicklung auch und gerade die untersten Hierarchiestufen, bei denen häufig die höchsten Belastungen mit den niedrigsten Artikulationsmöglichkeiten zusammenfallen (Hauß 1983), einzubeziehen.

Daraus ergeben sich zukunftsweisende Herausforderungen für die Sozialversicherungsträger als Initiatoren, 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, das 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.

Die skizzierten Entwicklungen vergrößern somit insgesamt die Chancen von Sozialversicherungsträgern (und damit auch von gewerkschaftlichen Interessenvertretern in den Selbstverwaltungen), wirksame Prävention und Gesundheitsförderung im Betrieb anzustoßen und 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 (Rosenbrock/Noack/Moers 1993). Es steht zu hoffen, daß diese Verbindung aus solidem betriebswirtschaftlichen und gesundheitspolitischen Interesse mit interdisziplinärer wissenschaftlicher Kompetenz Kriterien hervorbringt, die in der rasch voranschreitenden Kommerzialisierung dieses Bereichs die Spreu vom Weizen trennen hilft.

Moderne Ansätze betrieblicher Gesundheitsförderung haben daneben auch ihr Verhältnis zum gewachsenen betrieblichen Arbeitsschutz zu bestimmen. Knapp 20 Jahre Erfahrungen mit dem professionellen und vorschrittgeleiteten Arbeitsschutz nach 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 Normorientierung, die gegenüber Beanspruchungen und Gesundheitsgefährdungen aus der Organisation der Arbeit, aus dem geschriebenen und ungeschriebenen Belohnungs- und Bestrafungssystem des Betriebs in aller Regel nicht greifen kann. Freilich haben sich in den letzten Jahren auch die Beispiele vermehrt, in denen die Professionals des betrieblichen Arbeitsschutzes die problemunangemessenen Grenzen ihrer ausbildungsbedingten Sichtweise überschreiten und zum Teil sogar Projekte betrieblicher Gesundheitsförderung initiieren. Aber auch in diesen Optimalfällen gilt, daß der betriebliche Arbeitsschutz Gesundheitsinteressen der Beschäftigten durchweg nicht gegen ein anders gerichtetes Interesse des Management durchsetzen kann. Andererseits haben sich vom Management mitgetragene Projekte der (wie auch immer motivierten und bezeichneten) betrieblichen Gesundheitspflege auch bei schlechter wirtschaftlicher Unternehmenslage und Massenarbeitslosigkeit als relativ stabil erwiesen. Ob sie allerdings unter diesen Bedingungen über Grenzen von Branchen, Unternehmensgrößen und Regionen hinweg diffundieren können, bleibt zweifelhaft.

Es besteht damit 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. eine betriebliche Gesundheitssicherung zu etablieren, die 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 wird. 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.

Ob die Sozialversicherungsträger den ihnen übertragenen Präventionsauftrag erfüllen, wird davon abhängen, ob sie in der Lage sind, zwischen und mit betriebswirtschaftlich motivierter Organisationsentwicklung und dem betrieblichen Arbeitsschutz Projekte und Kampagnen zu initiieren und mitzutragen, die den hier skizzierten gesundheitswissenschaftlichen Kriterien genügen.

Korrespondenzadresse:

Rolf Rosenbrock
Holsteinische Straße 3
W-1000 Berlin 31

Literaturverzeichnis

- Abel, Th. (1992): Konzept und Messung gesundheitsrelevanter Lebensstile, in: Prävention, 15, Nr. 4, S.123-128
- Abholz, Heinz-Harald (1980): Welche Bedeutung hat die Medizin für die Gesundheit? In: H.U. Deppe (Hg.): Vernachlässigte Gesundheit. Kiepenheuer & Witsch: Köln, S.15-57
- Antonovsky, Aaron (1991): Meine Odyssee als Streßforscher. In: Rationierung der Medizin, Jahrbuch für kritische Medizin 17, Argument-Sonderband AS 193: Hamburg, S.112-130

- Antonovsky, Aaron (1987): Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. Jossey-Bass: San Francisco
- Badura, Bernhard (1991): Gesundheitsförderung durch Arbeitsgestaltung. Die Betriebskrankenkasse, 79. Jhrg., Nr.12, S.840-848
- Badura, Bernhard (Hg.) (1981): Soziale Unterstützung und chronische Krankheit. Suhrkamp-Verlag: Frankfurt
- Bandura, A. (1977): Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, Vol. 84, S.191-215
- Baule, Godehard (1992): Entwicklungen auf dem Gebiet der betrieblichen Gesundheitsförderung. In: H. Czock; E. Göbel; B. Guthke et al. (Hg.): Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. Berliner Gesundheitsladen e.V.: Berlin
- Berkman, Lisa F.; Syme, Leonhard 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, Stanley; Battié, Michele; Spengler, Dan 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.; Schwaberg, 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. Saur-Verlag: München
- Brinkmann, R. (1993 i.E.): Personalpflege – Gesundheit, Wohlbefinden und Arbeitszufriedenheit als strategische Größen im Personalmanagement. Arbeitshefte Personalwesen, I.H. Saur-Verlag: Heidelberg
- BZgA/WHO (Hg.) (1992): Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. Fränkische Nachrichten: Taubertbischofsheim
- BZgA/WHO (Hg.) (1989): Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. Springer: Berlin, Heidelberg, New York
- Conrad, G.; Kickbusch, I. (1988): Die Ottawa-Konferenz zur Gesundheitsförderung. Grenzen der Prävention, Argument Sonderband AS 178: Hamburg
- DGB (1988): A. Schmidt; E. Jahn; B. Scharf(Hg.): Der solidarischen Gesundheits-sicherung die Zukunft. Bericht der Gesundheitspolitischen Strukturkommission beim DGB-Bundesvorstand. Bund Verlag: Köln
- DGB (1977): E. Standfest; Chr.v. Ferber; A. Holler et al. (Hg.) Sozialpolitik und Selbstverwaltung. WSI-Studie Nr.35, Bund Verlag: Köln
- Ducki, A.; Niedermeier, R.; Pleiss, C.; Lüders, E. et al. (1993 i.E.): Büroalltag unter der Lupe. Hogrefe: Göttingen
- Ducki, Antje; u.a. (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. Verlag der Fachvereine: Zürich
- 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, Sandra L.; Berger, Richard A. (1982): Attitudinal change: The Chelsea Back Program. *Occupational Health and Safety*, No. 51, S.24-26
- Fitzler, Sandra L.; Berger, Richard 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*. Herder: Freiburg
- Friczewski, F.; Maschewsky, W.; Naschold, F.; Wotschak, P.; Wotschak, W. (1987): *Herz-Kreislauf-Krankheiten und industrielle Arbeitsplätze*. Campus: Frankfurt/New York
- Friczewski, F. et al. (1989): Betriebliche Gesundheitszirkel. Eine Pilotstudie zur Prävention streßbedingter Erkrankungen am Arbeitsplatz. TU: Berlin
- GMK (1991): Ergebnisniederschrift der 64. Sitzung der GMK am 24./25. Oktober 1991 in Wiesbaden. 64. Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen MinisterInnen und SenatorInnen der Länder (unver. Ms. o.O. o.J.)
- Göckenjan, G. (1985): *Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt*. Suhrkamp: Frankfurt
- Göckenjan, G. (1980): Politik und Verwaltung präventiver Gesundheitssicherung, in: *Soziale Welt*, No. 2, S.156-175
- Grossmann, R. (1992): Gesundheitsförderung und Organisationsentwicklung. Konsequenzen für die Praxis der Gesundheitsförderung. Vortrag auf der MAM/BKK/WHO-Tagung »Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung, 17.-19. Nov. 1992, Ms. Magdeburg
- Hauß, F.; Naschold, F.; Rosenbrock, R. (1981): Schichtenspezifische Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen. *Forschungsbericht 55, Gesundheitsforschung des Bundesministers für Arbeit und Sozialordnung*: Bonn
- Hauß, F. (1983): *Belastungsthematisierung im Arbeitsschutz*. Campus: Frankfurt/New York
- Heimann, E. (1929): *Soziale Theorie des Kapitalismus*. Mohr: Tübingen (Neudruck: Suhrkamp: Frankfurt 1982)
- Hornung, Rainer (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*. Basic Books, New York
- Kleiber, Dieter (1992): Gesundheitsförderung: Hintergründe, Programmatik, Ansätze und Probleme, in: *psychomed*, 4, No. 4, S.220-230
- Kühn, Hagen (1989): Gesundheitsförderung und Interessenvertretung: Zur Rolle von Gewerkschaften und Gesundheitsbewegung. In: *Jahrbuch für kritische Medizin* 14. Argument Sonderband 186: Berlin/Hamburg, S.89-105
- Kühn, Hagen (1982): Betriebliche Arbeitsschutzpolitik und Interessenvertretung der Beschäftigten. Campus: Frankfurt/New York
- Künzer, Fred-Volker; Ursula Meyer, Klaus Wegner (Hg.) (1993): *Moderne Arbeits- und Produktionskonzepte*. Verlag TÜV Rheinland: Köln
- Lecher, Wolfgang (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. TÜV Rheinland: Köln
- Leitner, K.; Lüders, E.; Greiner, B. et al. (1993 i.E.): Analyse psychischer Anforderungen und Belastungen in der Büroarbeit. Das RHIA/VERA-Büro-Verfahren. Hogrefe Verlag für Psychologie: Göttingen
- Loors, 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: R. Rosenbrock; F. Hauf (Hg.): Krankenkassen und Prävention. Edition Sigma: Berlin, S.3-14
- Mittler, H.; Ochs, P.; Peter, R. (1977): Anwendung arbeitswissenschaftlicher Erkenntnisse im Industriebetrieb. Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung: Bonn-Duisdorf
- 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., U Laaser (Hg.) (1992): Gesundheitsförderung. Hab ein Herz für Dein Herz. Ergebnisse der dreijährigen Pilotphase des betrieblichen Gesundheitsförderungsprogramms IDIS: Bielefeld
- Murza, G., U. Laaser (Hg.) (1990): Gesundheitsförderung. Hab ein Herz für Dein Herz. Der Betrieb als Interventionsort für Prävention und gesundheitsfördernde Maßnahmen. IDIS: Bielefeld
- Müller, Rainer (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
- Naschold, F. (1992): Den Wandel organisieren. Edition Sigma: Berlin
- Osterholz, Uwe (1991): Gegenstand, Formen und Wirkungen arbeitsweltbezogener Interventionen zur Prävention muskulo-skelettraler Beschwerden und Erkrankungen. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P91-202
- Osterholz, Uwe (1993 i.E.): Kritische Bewertung der Wirksamkeit verschiedener Maßnahmen zur Lösung des Problems »Rückenschmerzen«. Veröffentlichungen der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik. Wissenschaftszentrum für Sozialforschung Berlin: Berlin
- Projektträgerschaft »Arbeit und Technik« (Hg.) (1992): Projekt-Status-Bericht 1992/93. Bonn
- Rosenbrock, Rolf; Noack, Horst; Moers, Martin (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
- Rosenbrock, Rolf (1993 i.E.): Gesundheitspolitik. In: K. Hurrelmann; U. Laaser (Hg.): Handbuch der Gesundheitswissenschaften. Beltz/Psychologie-Verlagsunion/Urban & Schwarzenberg: Weilheim

- Rosenbrock, Rolf (1992): Politik der Prävention – Möglichkeiten und Hinderungsgründe. Sozialpolitik als Gestaltungsauftrag. Zum Gedenken an Alfred Schmidt. Bund Verlag: Köln, S.151-173
- Rosenbrock, Rolf (1989): Gesundheitssicherung durch Krankenkassenpolitik? In: B. Riedmüller, M. Rodenstein (Hg.): Wie sicher ist die soziale Sicherung? Suhrkamp Verlag: Frankfurt, S.137-164
- Rosenbrock, Rolf (1985a): Prävention arbeitsbedingter Erkrankungen durch gesetzliche Krankenversicherung – ein Thema in einer Arena. In: F. Naschold (Hg.): Arbeit und Politik. Gesellschaftliche Regulierung der Arbeit und der sozialen Sicherung. Campus: Frankfurt/ New York, S.367-404
- Rosenbrock, Rolf (1985b): Wirtschaftskrise und Arbeitsschutz – Gegenwärtige Entwicklungsbedingungen betrieblicher Gesundheitspolitik. Österreichische Zeitschrift für Soziologie, Heft 3/4, S.96-107
- Rosenbrock, Rolf (1982): Arbeitmediziner und Sicherheitsexperten im Betrieb. Campus: Frankfurt/New York
- Siegrist, Johannes (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. (1992): Theorie und Praxis der Organisationsentwicklung, Vortrag auf der MAM/BKK/WHO-Tagung »Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung«, 17.-19. Nov. 1992, Ms., Magdeburg
- 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
- Tennstedt, F. (1983): Vom Proleten zum Industriearbeiter. Arbeiterbewegung und Sozialpolitik in Deutschland 1800-1913. Bund Verlag: Köln
- Tennstedt, F. (1976): Sozialgeschichte der Sozialversicherung. In: Maria Blohmke, Christian v.Ferber, Karl Peter Kisker und Hans Schaefer (Hg.): Handbuch der Sozialmedizin. Ferdinand Enke Verlag: Stuttgart, S.385-491
- Thom, Norbert (1992): Organisationsentwicklung. In: E. Frese (Hg.): Handwörterbuch der Organisation. Poeschel: Stuttgart, S.1478-1492
- Volkholz, V. (1977): Belastungsschwerpunkte und Praxis der Arbeitssicherheit. BMAuS: Bonn
- Volpert, W.; Kötter, W. (1992): Arbeitsgestaltung als Arbeitsaufgabe – Ein arbeitspsychologischer Beitrag zu einer Theorie der Gestaltung von Arbeit und Technik. GITTABerichte 1, GITTA mbH.: Berlin
- von Ferber, Christian (1992): Betriebliche Gesundheitsförderung. psychomed, 4. Jg., Heft 4, S.269-273
- Voß, K.-D. (1991): Voraussetzungen und Organisationsformen einer betrieblichen Gesundheitsförderungspolitik. Die Betriebskrankenkasse, Heft 5, S.315-323
- WHO/EG/BMJFFG (1992): Konferenz vom Dezember 1990 in Bonn »Gesundheitsförderung – eine Investition in die Zukunft«. Konferenzbericht. G. Conrad, Verlag für Gesundheitsförderung: Hamburg
- Wickström, Gustav (1992): Evaluation of work-related intervention studies to prevent chronification of back disorders. Veröffentlichungen der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik. Wissenschaftszentrum für Sozialforschung Berlin, P92-203