SSOAR

Open Access Repository
www.ssoar.info

Zehn Jahre nach der Ottawa-Charta: die betriebliche Gesundheitsförderung am Scheideweg zwischen Neuanfang und Marginalisierung

Badura, Bernhard; Ritter, Wolfgang

Veröffentlichungsversion / Published Version
Zeitschriftenartikel / journal article

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:
Badura, B., & Ritter, W. (1997). Zehn Jahre nach der Ottawa-Charta: die betriebliche Gesundheitsförderung am Scheideweg zwischen Neuanfang und Marginalisierung. *Journal für Psychologie*, *5*(3), 3-12. https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-29110

Nutzungsbedingungen:
Dieser Text wird unter einer Deposit-Lizenz (Keine Weiterverbreitung - keine Bearbeitung) zur Verfügung gestellt. Gewährt wird ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.
Mit der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

Terms of use:
This document is made available under Deposit Licence (No Redistribution - no modifications). We grant a non-exclusive, non-transferable, individual and limited right to using this document. This document is solely intended for your personal, non-commercial use. All of the copies of this documents must retain all copyright information and other information regarding legal protection. You are not allowed to alter this document in any way, to copy it for public or commercial purposes, to exhibit the document in public, to perform, distribute or otherwise use the document in public.
By using this particular document, you accept the above-stated conditions of use.

gesis Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Mitglied der Leibniz-Gemeinschaft

Gesundheitspsychologie und Gesundheitsförderung

Zehn Jahre nach der Ottawa-Charta. Die betriebliche Gesundheitsförderung am Scheideweg zwischen Neuanfang und Marginalisierung

Bernhard Badura und Wolfgang Ritter

Zusammenfassung

Wer heute einen modernen Produktionsbetrieb betritt, erwartet nicht mehr ernsthaft, daß Arbeiter beispielsweise noch an 20 oder 30 Jahre alten Drehbänken stehen und den Werkzeugschlitten von Hand bewegen. Das Bild wird dagegen bestimmt von computergesteuerten Entwicklungs- und Bearbeitungsautomaten, zu deren Bedienung gut ausgebildete Facharbeiter nötig sind. Was dagegen kaum auffällt, ist, daß in den meisten der Betriebe immer noch mit einem weit über 20 Jahre alten Konzept des Arbeitsschutzes über die Gesundheit und das Wohlbefinden der Beschäftigten »gewacht« wird. Bereits 1986 wurde in der kanadischen Hauptstadt Ottawa der Grundstein für einen Wandel von einer pathogen geprägten zu einer salutogenen Grundhaltung gelegt. Die in der Ottawa-Charta formulierten Prinzipien einer adäquaten Gesundheits- und Sozialpolitik setzten neue Maßstäbe auch für die betriebliche Gesundheitsförderung. Die Gesetzlichen Krankenversicherer setzten diese Anforderungen, forciert durch das Gesundheitsreformgesetz von 1989, in zahlreiche Aktivitäten um. Heute nach nun mehr »10 Jahren Ottawa-Charta« ist die Gesundheitsförderung wieder in Frage gestellt und droht dem Kostendruck zum Opfer zu fallen. Im folgenden werden die wirtschaftlichen und sozialen Notwendigkeiten und die hieraus resultierenden Anforderungen an eine qualitativ hochwertige Gesundheitsförderung dargestellt. Abschließend sollen der heutige Stand und zukünftige Entwicklungsaufgaben näher analysiert werden.

Die neunziger Jahre waren für die betriebliche Gesundheitsförderung gerade in der Bundesrepublik von besonderer Turbulenz. 1989 wurden der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) durch die Gesundheitsreform vom Gesetzgeber besondere Kompetenzen zur Gesundheitsförderung und zur Bekämpfung arbeitsbedingter Erkrankungen zugewiesen. Orientiert an der Ottawa-Charta entwickelten eine Reihe von Krankenkassen Gesundheitsförderungsaktivitäten, die auf schädigende Verhältnisse und Verhaltensweisen in der Arbeitswelt einwirken sollten. Von der zunehmenden Diskussion um die Bezahlbarkeit unseres Sozialstaates sind auch die Gesundheitsförderungsaktivitäten der gesetzlichen Krankenversicherer (GKV) betroffen, die nun in nicht näher definierter Weise von den Berufsgenossenschaften (GUV) fortgesetzt werden sollen. Nach der beachtenswerten aber kurzen Hochkonjunktur droht der Gesundheitsförderung nun die Marginalisierung.

Entstehung und Einfluss der Ottawa-Charta

Die Ottawa-Charta verdankt ihre Entstehung einer ganzen Reihe intellektueller Wurzeln und Akteure. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit sollen einige besonders augenfällige rückblickend betrachtet erwähnt werden. Die Ottawa-Charta war zunächst einmal das Produkt einer internationalen Organisation, die ihre Existenz weniger durch konkrete politische Funktionen denn durch ein weltumspannendes Angebot an Ideen und technischen Hilfeleistungen rechtfertigen muß. In der Deklaration von Alma-Ata war es dieser Organisation gelungen, mit der Vision der gesundheitlichen Primärver-

sorgung (»primary health care«) so etwas wie eine intellektuelle Führerschaft in Sachen Weltgesundheit zu übernehmen. Dies galt insbesondere für die Gesundheitsplaner in der Dritten Welt. In den entwickelten Industrienationen wurde Primärversorgung (fälschlicherweise) recht bald mit »Billigmedizin für die Habenichtse« gleichgesetzt und fand entsprechend wenig Akzeptanz. Zentrales Problem dieser Länder war nicht die Unterversorgung ihres Gesundheitswesens mit Geld und Technik, sondern der zunehmend mit der Entwicklung der modernen Medizin an den Rand gedrängte vorbeugende Gesundheitsschutz. Dieser vorbeugende Gesundheitsschutz wurde von der Weltgesundheitsorganisation lange Jahre nahezu ausschließlich als Gesundheitserziehung verstanden. Dies erwies sich aber am Beginn der 80er Jahre als höchst ineffiziente Strategie, weil er sehr personalintensiv und wenig wirksam war. Die sich hier allmählich auftuende Lücke an Ideen und Visionen mußte früher oder später aufgefüllt werden.

Etwa zeitgleich entstand an der neugegründeten Universität Konstanz - am Ende der 70er Jahre - eine Gruppe junger Soziologen, Politik- und Verwaltungswissenschaftler, die, gefördert durch das damalige Bundesministerium für Forschung und Technologie, an einem Gutachten zur Entwicklung sozialwissenschaftlicher Gesundheitsforschung arbeitete. Dieser Gruppe gehörte auch Ilona Kickbusch an, die spätere Architektin des Ottawa-Prozesses. Mangels einschlägiger Vorbilder bastelten wir damals an einer Collage unterschiedlicher Ideen und Ansätze zum Thema »Gesellschaft und Gesundheit«. Wesentliche Orientierungspunkte lieferte Ivan Illich mit seiner Kritik der Expertenmacht und seiner Forderung nach Übereignung der Gesundheit und der Gesundheitskompetenz an die bisher allzu sehr passivierten Konsumenten medizinischer Dienste (»empowerment«) (Illich 1979). Ein zweites wichtiges intellektuelles Vorbild war für uns Thomas McKeown (McKeown 1982) mit seiner nachdrücklichen Betonung krankmachender Einflüsse aus der Umwelt und dem Verhalten sowie Archibald Cochrane mit seiner These von der inflationären Entwicklung der kurativen Medizin (Cochrane 1972). Dies alles fügte sich in unseren Köpfen zu einem Bild, in dem die Gesundheitspotentiale der Gesellschaft in den Vordergrund und die High-Tech-Medizin eher in den Hintergrund traten - ganz im Gegensatz zur damals und auch heute noch weithin herrschenden Lehre, daß Investitionen in Gesundheit gleichzusetzen seien mit Investitionen in die moderne Akutmedizin.
Unsere politische Vision gipfelte in der Forderung nach Autonomie und Selbsthilfe, und unsere wissenschaftlichen Arbeiten konzentrierten sich zunächst auf die soziale Unterstützungsforschung und die Entwicklung der Sozialepidemiologie (Badura 1981).

Ihr großes Engagement und die Teilnahme an internationalen Kongressen zum Thema Selbsthilfe und Gesundheit ermöglichten Ilona Kickbusch Anfang der 80er Jahre dann den Sprung aus der Wissenschaft in die Position eines »Regional Officers« für Gesundheitserziehung im Europäischen Büro der WHO in Kopenhagen. Hier konnte sie weitere wichtige Erfahrungen in Sachen Gesundheitspolitik (auch in Sachen Innenpolitik der WHO) sammeln, bis es ihr schließlich gelang, Halfdan Mahler, den damaligen Generalsekretär der WHO, davon zu überzeugen, daß es wieder einmal Zeit ist für eine große Gesundheitskonferenz mit weltweiter Ausstrahlung. Daß die Wahl auf den Konferenzort Ottawa fiel, war ebenfalls alles andere als ein Zufall. Hier hatte bereits der im Auftrag der kanadischen Bundesregierung erstellte Lalonde-Report, mit seiner Betonung der Achse »Umwelt und Gesundheit«, wesentliche Vorarbeiten geleistet für eine Neuorientierung der Gesundheitspolitik. 1985, ein Jahr vor dieser denkwürdigen Konferenz, versuchten Ilona Kick-

busch und der Senior-Autor dieses Artikels so etwas wie eine intellektuelle Zwischenbilanz der wissenschaftlichen Grundlagen der Gesundheitsförderung, die in die Konzeption des Bandes »Health Promotion Research« mündete. Er konnte wegen notorischer hausinterner Verzögerungen erst 1991 als offizielle Publikation von WHO Euro erscheinen (Badura/Kickbusch 1991).

ÖKONOMISCHE UND SOZIALE HERAUSFORDERUNGEN FÜR SALUTOGENE ANSÄTZE

Nicht nur die Bundesrepublik Deutschland, sondern die meisten westlichen Industriestaaten befinden sich in einem dynamischen Prozeß, der bisherige Organisations- und Produktionsprozesse als zu unflexibel erscheinen läßt. Die zunehmende internationale Konkurrenz auf den Weltmärkten bringen die Unternehmen in eine verschärfte Wettbewerbssituation mit zunehmenden Sättigungstendenzen, dabei kommt es zu einem ständigen Innovationsdruck, der nur einen kurzen Produktionszyklus bei einer immer längeren und aufwendigeren Forschungs- und Entwicklungsvorlaufzeit bietet (vgl. Ohmae 1985: 13). Der Aufwand zur Erarbeitung der innovativen Basistechnologie wird stetig größer. Der Zeitdruck nimmt zu, die innovativen Ideen für eigene Produkte zu nutzen. Insgesamt zeichnet sich ein Strukturwandel in der Industriegesellschaft ab. Breite Bereiche des sekundären Sektors lösen sich auf. Allein in den USA fand in den letzten 20 Jahren ein Rückgang um 25 -30% statt, wobei der tertiäre Sektor eine immer größere Bedeutung gewinnt (vgl. Omae 1985: 14). Auch die europäische Integration mit der Globalisierung von Märkten setzt Unternehmen unter einen verstärkten Wettbewerbsdruck.

Diese Faktoren haben für die Unternehmen, d.h. für die dort arbeitenden Menschen, konkrete Folgen. Für die Beschäftigten bedeutet dies oft eine Intensivierung der Arbeit. Sowohl in der Produktion, aber auch im Dienstleistungsbereich können zunehmende Überforderung jedoch konkrete negative Folgen für die Qualität von Produkten oder Dienstleistungen haben. Viele Organisationen versuchen diesen dynamischen Einflußgrößen mit neuen Technologien sowie neuen Managementkonzepten zu begegnen. »Lean management«, »Kaizen« oder »Business Reengineering« setzen verstärkt den arbeitenden Menschen als Produktivkraft in den Mittelpunkt. Im Gegensatz zu den tayloristischen Ansätzen verlagern sich bei den neuen Konzepten die Anforderungen auf die geistigen und sozialen Fähigkeiten sowie auf Selbstverantwortung und das Engagement der Beschäftigten.

Auch wenn Gesundheitsförderungsexperten der Tatsache mit Skepsis gegenüberstehen: ihr Handeln wird zukünftig immer häufiger an den zu erwartenden Kosten und dem volks- sowie betriebswirtschaftlichen Nutzen gemessen werden. Je eher wir uns darauf einstellen, um so besser wird es uns gelingen, zukünftig diese Erwartungen mit den Bedürfnissen der Beschäftigten vor Ort und mit unserem eigenen professionellen Selbstverständnis in Einklang zu bringen. Aus volkswirtschaftlicher Sicht trägt Gesundheitsförderung dazu bei, Kosten, die den GKV, aber auch den Unfallversicherungsträgern, entstehen, etwa durch Invalidität, Krankengelder oder Reha-Maßnahmen, zu verhindern bzw. zu verringern. Gesundheitsförderung trägt ferner dazu bei, daß Beschäftigte, insbesondere hochqualifiziertes Fachpersonal, den Unternehmen länger zur Verfügung stehen, d.h. Frühverrentung verhindert oder hinausgeschoben wird. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht lassen sich Kosten spezifizieren, die sich aus Absentismus, innerer Kündigung, Fluktuation, verringerter quantitativer/qualitativer Arbeitsleistung sowie Produktionsausfällen ergeben. Indirekte Kosten für ein Unternehmen ergeben sich aus den Arbeitgeberanteilen an den Sozialversicherungsbeiträgen. Ein Trend, der nicht zuletzt auch ökonomi-

sche Auswirkungen hat, ist der demographische Wandel in der Bundesrepublik Deutschland. Eine zunehmend älter werdende Arbeiterschaft stellt die derzeitige Frühberentungspolitik in Frage. Sowohl aus volkswirtschaftlicher als auch aus betriebswirtschaftlicher Sicht erscheinen »gesunde« Arbeitsplätze sinnvoller als ein vorzeitiger Verschleiß der Arbeitskraft durch arbeitsbedingte Erkrankungen oder Berufskrankheiten. Die Berufsgenossenschaften haben 1992 rund 7 Mrd. DM für Renten an Erkrankte, Verletzte und Hinterbliebene ausgegeben, davon entfielen über 70% auf die Erkrankten und Verletzten (HVBG 1993). Jede fünfte Frühinvalidenrente wird aufgrund eines Rückenleidens ausgezahlt (vgl. Konstanty 1992: 9).
Der Versuch, auf diese Anforderungen mit den bisherigen traditionellen Arbeitsschutzstrukturen zu reagieren, erscheint wenig erfolgversprechend. Technisch-normierte Rahmenrichtlinien sowie medizinische Erkenntnisse sind im betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz immer noch vorherrschend. Entscheidend dabei ist, daß die institutionelle Logik des Arbeitsschutzsystems sich bislang fundamental an Vorschriften und formalen Normen orientiert. Insofern fällt es den Akteuren schwer, sich überhaupt außerhalb des Einflusses bestehender Vorschriften und Normen durchzusetzen, denn »nicht normiertes oder normierbares Präventionswissen ist über diese Handlungsmuster kaum zu transportieren« (Pröll 1991: 152).

NEUE SALUTOGENE DENKANSTÖSSE DURCH DIE OTTAWA-CHARTA

Die lange vorherrschende pathogene Sichtweise greift heute zu kurz. Die sich nun herausbildenden Arbeits- und Produktionsstrukturen erfordern einen Wandel der betrieblichen Gesundheitspolitik von der Pathogenese zur Salutogenese. Eine entscheidende Zielsetzung von Gesundheitsförderungspolitik sollte das Wohlbefinden und die Gesundheit der Beschäftigten sein. Sie läßt sich messen durch Indikatoren, die sich auf den seelischen, sozialen und körperlichen Zustand der Beschäftigten beziehen, sowie durch Indikatoren der in einem Unternehmen wirksamen Gesundheitspotentiale und Risikofaktoren. Im Vordergrund sollte dabei die Förderung der Gesundheitspotentiale stehen. Sie verspricht in der modernen Arbeitswelt den größten Gesundheitsgewinn und erhöht zugleich die Fähigkeit zur schädigungsfreien Bewältigung unvermeidlicher Belastungen und befristeter Überforderungen. Diesem von der Ottawa-Charta propagierten salutogenen Konzept schließt sich auch das Europäische Parlament sowie der Rat der Europäischen Union an, die ein Aktionsprogramm zur Gesundheitsförderung damit begründen, daß dieser Wandel einen deutlichen Einfluß auf die Sozialkosten haben kann:

»Das wichtigste Kennzeichen der Bemühungen um Gesundheitsförderung muß sein, daß sie stets gesundheitsorientiert sind, nicht krankheitsorientiert. Dies bedeutet, daß sich die Gesundheitsförderung nicht mit medizinischer Versorgung, Behandlung und Betreuung befaßt, sondern bei konsequenter Durchführung zu einer Senkung der Kosten von Behandlung und Gesundheitsversorgung führen kann.« (Mitteilung der EU-Kommission 1994)

Diese Form der Gesundheitspolitik ist mit dem traditionell eher pathogen geprägten Gesundheitsbegriff schwer durchführbar. Insofern ist statt eines statischen auf »Krankheit« fixierten Begriffs eine dynamische Definition, die auf die Interdependenz von Personen und Umwelt setzt, eine treffendere Prämisse. Gesundheit ist eine Fähigkeit zur Situationsbewältigung - z.B. zur Bewältigung von Problemen bei der Arbeit -, durch die ein positives Selbstbild, positive Gefühle und körperliches Wohlbefinden erhalten oder wiederhergestellt werden. Gesundheit ist beides: Voraussetzung und Ergebnis einer kontinuierlichen Auseinander-

setzung des Menschen mit seinen sozialen und physischen Lebensbedingungen in der Arbeitswelt, in der Familie und in der Freizeit gleichermaßen. Soziale und fachliche Kompetenzen sowie ein positives und stabiles Selbstwertgefühl bilden wichtige persönliche Gesundheitspotentiale. Ein Klima gegenseitiger Unterstützung, gut geplante Arbeitsabläufe und ausreichende Handlungsspielräume bilden wichtige soziale und organisatorische Gesundheitspotentiale. Förderung persönlicher und betrieblicher Gesundheitspotentiale sollte ein zentraler Bestandteil von Gesundheitsförderung sein (Badura, 1993: 76). Die WHO plädiert somit auch für eine Reorientierung der gesundheitspolitischen Prioritäten:

- von häufigen monokausalen biomedizinischen Leistungen zu einer vernetzten und vorausschauenden Umwelt- und Strukturpolitik,
- von expertenorientierten »top down«-Ansätzen zu partizipatorischen »bottom up«-Verfahren,
- von pathogenen Fragen bzw. krankheitsorientierten Konzepten zu salutogenen Bemühungen, d.h. zur Erschließung von Gesundheitspotentialen (Badura 1993 b: 21).

Das Wissen über Gesundheitsrisiken und krankheitsbegünstigende Arbeitsbedingungen - im Sinne der pathogenen Fragestellung - ist recht umfassend erforscht. Auf diesem Hintergrund überwiegen jedoch in der Forschung »negative Gesundheitsbegriffe«, also Gesundheit wird als Abwesenheit von Krankheit definiert (vgl. Udris et al. 1994: 198). Der klassische Verhütungsbegriff hat die Gesundheitsschutzziele bisher auf diese Vorstellung vom »Freisein von Krankheit und Unfällen« fixiert. Soll Gesundheitsförderung jedoch als qualitativ hochwertig begriffen werden, so muß sie sich an den aktuellen Rahmenbedingungen und zukünftigen Herausforderungen orientieren und ein integratives Handlungskonzept darstellen, daß vor allem die salutogenen Einflüsse gerade in der Arbeitswelt fördert. Was wissen wir darüber? Melvin Kohn und seine Mitarbeiter haben durch ihre Studien, die in zahlreichen international vergleichenden Arbeiten repliziert wurden, den Zusammenhang zwischen den objektiven Arbeitsbedingungen einerseits und dem Selbstbild, der intellektuellen und sozialen Kompetenz der Beschäftigten andererseits betont. Nach ihren Ergebnissen hat intellektuell anspruchsvolle Arbeit, die eigenständige Initiative und Urteilskraft fordert, einen persönlichkeitsfördernden Einfluß. Intellektuelle Unterforderung wirkt sich längerfristig negativ aus, da sie zum Verlust von Problemlösungskompetenzen beiträgt.
Ähnliches gilt nach Kohn et al. für die mit anspruchsloser Arbeit oft einhergehenden Bedingungen wie geringer Handlungsspielraum und hochgradige Routinisierung der Arbeit (Kohn 1990). Gerade die Gesundheitsrelevanz von Handlungsspielräumen bei der Arbeit ist durch eine Reihe von Untersuchungen (Karasek/Theorell 1990; Sigrist 1996) gut belegt. Handlungsspielräume beeinflussen die wechselseitige Adaptabilität von Arbeitsaufgaben und Arbeitsleistungen an die spezifischen Bedürfnisse und Befähigungen der Beschäftigten und bilden deshalb eine wesentliche Voraussetzung schädigungsfreier Problemlösung. Neben der Komplexität der Arbeitsaufgaben und den zu ihrer Bewältigung gewährten Handlungsspielräumen, haben insbesondere die sozialen Beziehungen am Arbeitsplatz eine erhebliche Gesundheitsrelevanz. Positiv bewertete soziale Kontakte und Interaktion gelten als Gesundheitspotentiale, wie dies Studien über soziale Unterstützung belegen (Pfaff 1988).

»Streß« ist eines der populärsten Stichworte zum Thema Arbeit und Gesundheit. Von besonderer Bedeutung sind Arbeitsbedingungen, die chronische Überforderung im quantitativen und qualitativen Sinne hervorrufen. Diese chronischen Stressoren können sich zum einen aus der Aufbauorga-

nisation selbst (Komplexität und Umfang), aber auch aus der Ablauforganisation (Arbeitszeit und Qualifikation) und den sozialen Beziehungen (Konflikte mit Vorgesetzten, Kollegen etc.) ergeben. Auch hierfür gibt es eine Reihe von Studien mit z.T. konkreten Hinweisen auf Möglichkeiten gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung (vgl. Badura/ Pfaff 1989). Gesundheitspotentiale wie Qualifikation, soziale Unterstützungen oder Handlungsspielräume lassen die pathogene Sichtweise, die auch in der Streßthese noch enthalten ist, als nicht mehr zeitgemäß erscheinen.

Salutogene Einflüsse in der Arbeitswelt müssen dementsprechend Gesundheitsförderung im Kontext der Arbeits- und Organisationsgestaltung sehen. Verhalten und Verhältnisse stehen in enger Wechselwirkung miteinander. Jede Strategie der Gesundheitsförderung muß sich dessen bewußt sein. Die Arbeitsbedingungen wurden in der betrieblichen Gesundheitsförderung der Bundesrepublik bisher zu sehr vernachlässigt. Experten für Gesundheitsförderung müssen zukünftig nicht nur verstärkt mit Arbeitsschützern, sie müssen vor allem auch verstärkt mit Ingenieuren und Betriebswirten zusammenarbeiten, wenn aus der Vision einer vorausschauenden Gesundheitsförderung durch Arbeits- und Organisationsgestaltung Realität werden soll. Gesundheitsförderung und Organisationsentwicklung bilden somit einen integrativen Ansatz zur Salutogenese von Arbeit. Daraus folgt die Notwendigkeit zur Entwicklung integrierter, d.h. abgestimmter, am Menschen und seiner Arbeitsumwelt ansetzender Interventionskonzepte.

Umsetzung der Ottawa-Charta in betriebliche Gesundheitsförderungspraxis

Gerade der Arbeitsplatz biete wie kaum ein anderer Ort die Möglichkeit, ein umfangreiches, langfristiges Präventionsprogramm mit großen, relativ konstanten Personengruppen durchzuführen, die darüber hinaus aus präventivmedizinischer Sicht derzeitig eine besonders günstige Altersstruktur aufweisen. Längerfristig sollte eine Integration von arbeitswelt- und gemeindebezogener Gesundheitsförderung angestrebt sowie eine nicht nur verhaltens-, sondern auch eine strukturbezogene Gesundheitsförderung betrieben werden. Bezogen auf die Betriebe bedeutet das eine Gesundheitsförderung, die durch Maßnahmen der Arbeits- und Organisationsgestaltung dazu beiträgt, sowohl die Gesundheit der Beschäftigten zu fördern als auch das Betriebsergebnis zu verbessern. Eine Strategie der betrieblichen Gesundheitsförderung muß daher mehrere Zielbündel berücksichtigen, und sie muß nicht nur kurz, sondern auch mittel- und längerfristig ausgerichtet sein (vgl. Kirschner et al.: 1995). Gesundheitsförderung sollte:

1. Gesundheitspotentiale für Beschäftigte mobilisieren sowie die Steigerung ihrer Kreativität, Selbstvertrauen und der Einsatzbereitschaft ermöglichen.
2. Zu einer Verringerung krankheitsbedingter Fehlzeiten, längerfristigem Erhalt der Arbeitskraft und Verhütung krankheitsbedingter Frühberentung beitragen.
3. Als Unternehmensziel anerkannt, strukturell abgesichert sein durch Einstellung entsprechenden Personals und Bereitstellung von Ressourcen.
4. Neue Instrumente zur Diagnostik und Intervention hervorbringen und einer systematischen Evaluation unterzogen werden.

Die von vielen Krankenkassen entwickelten Modelle der betrieblichen Gesundheitszirkel versuchen das beschriebene Zielbündel in ein Stufenkonzept zu integrieren. Neben der Anwendung der klassischen Arbeitsschutzmaßnahmen zur Verminderung von Krankheiten, werden auch gesundheitsfördernde Aspekte, wie beispielsweise Förderung in der Persönlichkeitsentwicklung und Kreativität von Beschäftigten für mehr Arbeitszufriedenheit, berücksichtigt. Insgesamt liegt dieser Methode ein verhaltens- und

verhältnisorientierter Ansatz zugrunde, der die Beschäftigten an den Planungs- und Umsetzungsprozessen beteiligt.

Das Verfahren der »betrieblichen Gesundheitsberichte, und Gesundheitszirkel« ist ein solches integriertes Konzept, das sich aus den Instrumenten bzw. Phasen »Gesundheitsbericht«, »Mitarbeiterbefragung«, »Gesundheitszirkel« und »Umsetzung der erarbeiteten Verbesserungsvorschläge« zusammensetzt. Die in einer Phase erzielten Ergebnisse, Daten und/oder Informationen sind für das effektive Funktionieren der nächsten Stufe von großer Bedeutung. Erst die im Gesundheitsbericht erhobenen Daten über Krankheitsauffälligkeiten in bestimmten Organisationsbereichen ermöglichen den Entscheidungsträgern, den Interventionsbereich für die nachfolgenden Stufen festzulegen. Die Grundidee jeder betrieblichen Maßnahme zur Qualitätssicherung ist die Entwicklung von Lernschleifen zur Selbstbeobachtung und Zurückmeldung, über den Zustand von Strukturen, Prozessen und Ergebnissen mit dem Ziel einer kontinuierlichen Fehlersuche, einer kontinuierlichen Verbesserung oder bei Bedarf auch einer grundsätzlichen Überarbeitung von Aufbau- und Ablauforganisation. Lernschleifen enthalten die immer gleichen Schritte der Situationsanalyse (z.B. Gesundheitsbericht, Mitarbeiterbefragung), der Zielsetzung (z.B. Bestimmung des Interventionsortes und der Interventionsart durch betriebliche Entscheidungsträger), der durchgeführten Intervention (z.B. Gesundheitszirkel) und der Evaluation. Mehrfach durchlaufene Lernschleifen sollten zu einer Lernspirale und diese zu einem sich selbsttragenden, lernenden System führen (Badura/Ritter 1996).

NEUORIENTIERUNG DER GESUNDHEITS- UND SOZIALPOLITIK: DIE GESUNDHEITSFÖRDERUNG AM SCHEIDEWEG

Die skizzierte Vorgehensweise einer qualitativ hochwertigen Gesundheitsförderung konnte bisher erst ansatzweise entwickelt und erprobt werden. Mitte 1996 deuteten sich dann erhebliche Veränderungen der gesetzlichen Rahmenbedingungen an, die der GKV für die betriebliche Gesundheitsförderung die weitgehenden Kompetenzen entzogen. In den Vordergrund rückten hier die Gesetzlichen Unfallversicherer (GUV), die bis dato den klassischen Arbeitsschutz abdeckten. Entscheidend für diesen Akteurswechsel waren eine Reihe von Gesetzen:

1. Das Beitragsentlastungsgesetz (BeitrEntlG), das die Kompetenzen der Kassen hinsichtlich der Gesundheitsförderungsaktivitäten neu festlegt (§20 SGB V).
2. Die Gesetzesentwürfe zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung (1. und 2. NOG).
3. Das neue Arbeitsschutzgesetz, das die bisherigen EG-Rahmenrichtlinien in nationales Recht umsetzt.
4. Das Gesetz zur Einordnung der gesetzlichen Unfallversicherung in das SGB VII.
5. Die Kürzungen der Lohnfortzahlungen im Krankheitsfall (vgl. BKK-News 2/96: 6).

Die einzelnen Novellierungen sollen in diesem Artikel nicht in allen Einzelheiten kommentiert und diskutiert werden. Die meisten Änderungen zielen auf eine verstärkte Kompetenzzuweisung für die Unfallversicherer, ohne dabei die hierfür nötigen Instrumente näher zu beschreiben. Auf der einen Seite wird damit die langgeforderte Vernetzung aller am Arbeits- und Gesundheitsschutz beteiligten Akteure forciert, gleichzeitig werden jedoch durch das BeitrEntlG und das NOG bestehende und in Entwicklung begriffene Strukturen bei den Kassen stark beschnitten bzw. abgebaut. Zudem führt die Rückbindung an die klassischen Strukturen des Arbeitsschutzes unter der Federführung der einzelnen Berufsgenossenschaften zu erheblichen Schnittstellen- und Kooperationsproblemen. Sicherlich bedeutet die Schwerpunktlegung der ge-

setzlichen Regelungen auf die GUV und Arbeitgeber nicht das unmittelbare und sichere »Aus« für die Krankenkassen im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung. Immer noch haben viele Kassenverbände starke Ressourcen und Wissensbestände für dieses Politikfeld. Insofern leuchtet nicht unbedingt ein, warum bestehende und sich langsam etablierte Kompetenzen unter den Akteuren umverteilt werden sollen und die Unfallversicherer plötzlich mit völlig neuen Aufgaben beauftragt werden. Wie und mit welchen Akteurskonstellationen lassen sich zukünftig sinnvolle Gesundheitsförderungsaktivitäten durchführen? Welchen Weg wird die Gesundheitsförderung gehen?

Mit den Berufsgenossenschaften hat zwar nicht ein neuer Akteur das Politikfeld »betriebliche Gesundheitsförderung« betreten. Jedoch ist diese Institution weitaus eher dem traditionellen Arbeitsschutz verpflichtet, als den vorliegenden Erkenntnissen zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Wie und in welchem Umfang die GKV und GUV an dem Bestehen bzw. der Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung beteiligt sein werden, hängt von einer Reihe Punkten wie Handlungsoptionen, Kompetenzen, Strategien, Machtpotentiale, aber auch Unterstützung durch gesetzliche Rahmenbedingungen, ab. Die zukünftige Gestaltung von Gesundheitsförderung ist daher weitgehend unklar. Daher sollen hier kurz die bisherigen Konfliktpunkte und die sich evtl. hieraus ergebende Marginalisierung der betrieblichen Gesundheitsförderung zwischen den GKV und den GUV aufgezeigt werden. Es sollen aber auch die Kooperationsmöglichkeiten zwischen den beiden Akteuren dargestellt werden.

Mögliche Konfliktpunkte sind die bereits oben angedeuteten institutionellen Selektionsprozesse und Defizite des klassischen Arbeitsschutzsystems. Konkrete Gefährdungsexpositionen »müssen« messbar und streng naturwissenschaftlich belegbar sein. Die gesetzlichen Rahmenbedingungen tragen zu dieser Konkretisierung wenig bei, da hier die GUV mit ihrem Regelwerk das Abstraktionsniveau mit arbeitswissenschaftlich abgesicherten Instrumentarien und Gefährdungspunkten ausfüllen. Die bereits beschriebenen Gesundheitsförderungskonzepte, aber auch das neue Verständnis von Gesundheit, genügen diesen »dinglichen« bzw. technisch-normierbaren Ansprüchen nicht und werden es schwer haben, sich durch die »institutionellen Filter« der Unfallversicherer durchzusetzen. Das Festhalten der Berufsgenossenschaften an den alten Leistungskatalogen, die immer noch von der unmittelbaren Meßbarkeit von Gefährdungsexpositionen ausgehen, scheint diese Annahmen zu stützen.

Ein weiteres mögliches Konfliktpotential stellt u. E. auch die bisherige »Bedarfsorientierung« der Berufsgenossenschaften am Klientel der Unternehmen dar. Gerade die GUV sehen die Gefahr, daß durch den neugeschaffenen Dualismus von Kassen und Berufsgenossenschaften, den Betrieben doppelte Belastungen auferlegt werden. Es ist anzunehmen, daß die Bedarfsangebote der Berufsgenossenschaften sich hier wohl an der Nachfrage der Unternehmen orientieren werden, nicht zuletzt, weil ihre anteilige Finanzierung durch die der Betriebe gedeckt wird. Hier wird nicht der objektive Bedarf an Prävention und Gesundheitsförderung entscheiden, sondern sich möglicherweise die unproblematischste Version für die einzelnen Betriebe durchsetzen. Die Forderung vieler Unternehmen nach der Umsetzung des Gesetzes für Lohnfortzahlungen im Krankheitsfall lassen nicht gerade auf einen Bedarf nach komplexen und aufwendigen Gesundheitsförderungsprogrammen schließen. Der Krankenstand soll schnell und kostensparend gesenkt werden.
Trotz der zahlreichen Schnittstellenprobleme und Konfliktpotentiale, gibt es eine Reihe von Anknüpfungspunkten, die die bei-

den Hauptakteure in dem Politikfeld »betriebliche Gesundheitsförderung« kooperationsfähig erscheinen lassen. Hier kann auf die bestehenden Kooperationsversuche zwischen Kassen und verschiedenen Berufsgenossenschaften, wie etwa das KOPAG-Programm zwischen dem Bundesverband der BKK und dem Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, hingewiesen werden. Ferner sind von der AOK Kooperationen mit den Berufsgenossenschaften geplant. Sowohl auf sektoraler als auch auf regionaler Ebene ließen sich hier die jeweiligen Kompetenzen und Wissensbestände zusammenführen. Auf der Seite der Berufsgenossenschaften sind hier die hohen betrieblichen Kompetenzen sowie deren starke fachliche Spezialisierung auf Branchenebene zu nennen. Starke Anknüpfungspunkte für die Kassen stellen insbesondere die teilweise Nutzung der bereits vorhandenen Präventionsinstrumente bei den Berufsgenossenschaften dar. Hier sehen auch die GUV Chancen, den Routinedatenbestand der Krankenkassen für eine Zielpopulations- und Bedarfsermittlung zu nutzen. Die salutogen orientierten und auf sozialwissenschaftlichen Erkenntnissen basierenden Gesundheitsförderungskonzepte der GKV können die technisch und medizinisch geprägten Interventionen sinnvoll ergänzen bzw. erweitern und tendenziell auch sublimieren.
Für ein kooperatives Handeln der beiden Akteure im Hinblick auf eine integrative und qualitativ hochwertige Gesundheitsförderung sind u.E. jedoch einige Voraussetzungen zu erfüllen, die hier thesenartig dargestellt werden sollen.

1. Erhebliche Bedeutung für kooperatives Handeln kommt den gesetzlichen Rahmenbedingungen zu. Staatliche Steuerungspolitik kann hier einen Anstoß zu einem Interessen- und Machtausgleich geben, um somit eine ausgewogene Gesprächsbasis für die zukünftigen Möglichkeiten von Arbeits- und Gesundheitsgestaltung zu schaffen (vgl. Kuhn 1995). Kurzfristige und einseitige Kompetenzzuweisungen sowie die Beschränkung auf rein ökonomische Probleme erschweren eine qualitativ hochwertige und integrative Gesundheitsförderung. Daß Belastungen, Beanspruchungen und daraus resultierende Fehlzeiten beispielsweise durch Lohnfortzahlungsgesetze bekämpft werden, verkennt u.E. die meist polykausalen Zusammenhänge der Probleme und konzentriert sich somit vorwiegend auf kurzfristig wirksame Ergebnisse bzw. Erfolge.

2. Prinzipiell sollte bei allen Akteuren der Gesundheitsförderung ein grundlegendes Verständnis von Qualitätsstandards für Diagnostik, Intervention und Evaluation herrschen. Hier sind keine apodiktischen Festschreibungen von seiten staatlicher Akteure gefragt, sondern vielmehr ein breites Konsensusverfahren von Arbeits- und Gesundheitsschutzexperten und Beteiligten aus der Praxis. Für die Schaffung solcher Standards werden konzertierte Aktionen nötig sein (vgl. Badura/Ritter 1996 b).

3. Gemeinsame Standardsetzung kann institutionelle Egoismen der einzelnen Akteure minimieren und ein kooperatives Handeln im Politikfeld »betriebliche Gesundheitsförderung« entwickeln helfen. Als zukünftige »Vision« sollte eine »Profession Gesundheitsförderer« stehen, die sich den geschaffenen Qualitätsstandards und -anforderungen über den institutionellen Grenzen und Verständnissen hinweg verpflichtet fühlt.

Das Gelingen der von uns als Idealtypus skizzierten Gesundheitsförderung wird sowohl innerhalb der Unternehmen als auch auf sektoraler und regionaler Ebene von der Kooperation aller Akteure abhängen. Die neuen einseitig ausgerichteten Rahmenbedingungen, verbunden mit den möglichen institutionellen Egoismen, drohen die Gesundheitsförderung zu marginalisieren.

Literatur

BADURA, B.; RITTER, W. (1996): Die betriebliche Gesundheitsförderung - Herausforderungen, Defizite, Gewinne und Entwicklungsaufgaben. In: Dokumentation zur Veranstaltung »Wirksam Gesundheit fördern - Vielfältig und Vernetzt« am 01.11.1995 vom BKK-Landesverband Nord, Hamburg

BADURA, B.; RITTER, W. (1996 b): Qualitätssicherung in der betrieblichen Gesundheitsförderung - Die Entwicklung einer Projektskizze. In: Eva Bamberg et al. (Hrsg.) (Voraussichtlich 1997): Betriebliche Gesundheitsförderung (Arbeitstitel). Wien

BADURA, B./GRANDE, G./JANßEN, H./SCHOTT, T. (Hg.) (1995): Qualitätsforschung im Gesundheitswesen. Ein Vergleich ambulanter und stationärer kardiologischer Rehabilitation. Weinheim, Juventa

BADURA, B./KICKBUSCH, I. (Ed.) (1991): Health Promotion Research: towards a new social epidemiology. World Health Organization. Regional Office of Europe, Copenhagen, Bd. 37, Eigendruck

BADURA, B. PFAFF, H. (1989): Streß, ein Modernisierungsrisiko? Mikro- und Makroaspekte soziologischer Belastungsforschung im Übergang zur postindustriellen Zivilisation. In: Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie, 41. Jg., 4, S. 644-668

BADURA, B. (1993): Gesundheitsförderung durch Arbeits- und Organisationsgestaltung. Die Sicht des Gesundheitswissenschaftlers. In: Pelikan, J./Demmer, H./Hurrelmann, K.: Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Weinheim/München, Juventa, S. 20-33

BADURA, B. (1993b): Soziologische Grundlagen der Gesundheitswissenschaften. In: Hurrelmann/Laaser (Hg.): Gesundheitswissenschaften. Handbuch für Lehre, Forschung und Praxis. Weinheim/ Basel; Beltz, S. 63-90

BADURA, B. (Hg.) (1981): Soziale Unterstützung und chronische Krankheit: zum Stand sozialepidemiologischer Forschung. Frankfurt a.M., Suhrkamp

COCHRANE, A. (1972): Effictivness and efficiency: Random reflections on health services. London, The Rock Carling Fellowship

EUROPÄISCHE KOMMISSION (1994): Mitteilung der Kommission über Gesundheitsförderung, Aufklärung, Erziehung und Ausbildung im Zuge des Aktionsrahmens im Bereich der öffentlichen Gesundheit. Generaldirektion V, Rev. 6.5, Luxemburg

GEORG, A. (1994): Literaturbericht. Teilstudie im Projekt - Betriebsratshandeln im präventiven Arbeitsschutz-. Sozialforschungsstelle Dortmund Landesinstitut, Dortmund, Eigendruck

HAUPTVERBAND DER GEWERBLICHEN BERUFSGENOSSENSCHAFTEN (1993): Geschäfts- und Rechnungsergebnisse der gewerblichen Berufsgenossenschaften '92. St. Augustin

ILLICH, I. (Hg.) (1979): Entmündigung durch Experten: zur Kritik der Dienstleistungsberufe. Hamburg, Rowohlt

KONSTANTY, R. (1992): Hallo Grenzwert: Das geschundene Rückgrat. In: Forum Arbeit. Magazin für Arbeitspolitik und Arbeitsumwelt. Heft 3/92, S. 3

KUHN, J. (1995): Entstehung und Zielsetzung des Arbeitskreises »Betriebliche Gesundheitsförderung« im Verein Gesundheit Berlin e.V. In: Pröll, U. u.a. (Hg.): Regionale Kooperationsnetzwerke Arbeit und Gesundheit. Modelle-Projekte-Erfahrungen Tagungsdokumentation. Duisburg, WAZ-Druck, S. 31-37

MCKEOWN, T. (1982): Die Bedeutung der Medizin: Traum, Trugbild oder Nemesis. Frankfurt a.M., Suhrkamp

OMAE, K. (1985): Die Macht der Triaden: die neue Form des weltweiten Wettbewerbs. Wiesbaden, Gabler

PFAFF, H. (1988): Streßbewältigung und soziale Unterstützung. Weinheim, Deutscher Studien Verlag

PRÖLL, U. (1995): Arbeit und Gesundheit als Gegenstand institutionenübergreifender Zusammenarbeit in der Region. In: Pröll, U. u.a. (Hg.): Regionale Kooperationsnetzwerke Arbeit und Gesundheit. Modelle-Projekte-Erfahrungen. Tagungsdokumentation. Duisburg, WAZ-Druck, S. 11-30

RITTER, W. (1994): Gesundheitszirkel und Mitarbeiterpartizipation im betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz. Unveröffentlichte Diplomarbeit an der Universität Bielefeld, Fakultät für Soziologie, Bielefeld

SIEGRIST, J. (1996): Soziale Krisen und Gesundheit: Eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf-Risiken im Erwerbsleben. Göttingen/Bern/Toronto/Seattle, Hogrefe

UDRIS, I; RIMANN, M; THALMANN, K. (1994): Gesundheit erhalten, Gesundheit herstellen: Zur Funktion salutogenetischer Ressourcen. In: Bergmann, B. /Richter, P. (Hg.): Die Handlungsregulationstheorie. Von der Praxis einer Theorie. Göttingen, Hogrefe, S. 198-217