

Betriebliche Gesundheit: Ziele, Gegenstandsbereiche und Diagnose

Beck, David; Bonn, Verena; Westermayer, Gerhard

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Beck, D., Bonn, V., & Westermayer, G. (2005). Betriebliche Gesundheit: Ziele, Gegenstandsbereiche und Diagnose. *Sozialwissenschaften und Berufspraxis*, 28(1), 18-32. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-38435>

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.

Betriebliche Gesundheit

Ziele, Gegenstandsbereiche und Diagnose

David Beck, Verena Bonn, Gerhard Westermayer

Ausgehend von den Ansprüchen und Zielen der betrieblichen Gesundheitsförderung müssen tragfähige Antworten auf die Frage entwickelt werden, wie die Beschäftigten in die Lage versetzt werden können, mit potenziell krankmachenden Anforderungen in einer gesunden Weise umzugehen. Die Bedingungen dafür liegen in dem, was wir als *betriebliche Gesundheit* bezeichnen wollen: Betriebliche Gesundheit liegt dann vor, wenn das Gefüge organisationaler Regeln zu einer kohärenten Interaktion der Beschäftigten mit ihrer betrieblichen Umwelt führt. In diesem Artikel werden Ziele und Gegenstandsbereiche der *Förderung betrieblicher Gesundheit* in eine salutogenetische Theorie¹ der Gesundheitsförderung eingebettet und begründet. Anhand welcher Messkonzepte betriebliche Gesundheit gemessen und ihre Entstehungsbedingungen in salutogenen Organisationsstrukturen identifiziert werden können, wird im Konzept zur Diagnose betrieblicher Gesundheit konkretisiert und schließlich anhand einer Fallstudie veranschaulicht.

1 Gesundheit und der Anspruch der Gesundheitsförderung

In der WHO-Ottawa-Charta² von 1986 wurde der heute gemeinhin geteilte Anspruch formuliert, 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. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, sei es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können.

- 1 Salutogenese ist eine Wortschöpfung aus dem lateinischen Wort „salus“, das soviel wie Unverletztheit, Glück oder Heil bedeutet, und dem griechischen Wort „genese“, gleichbedeutend mit Entstehung. Entgegen der Fragestellung von Theorien der Pathogenese („patho“ von griech. páthos = Leiden) fragen Theorien der Salutogenese nach den Ursachen und Entstehungsbedingungen von Gesundheit.
- 2 Die Charta wurde von der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung am 21. November 1986 in Ottawa verabschiedet. Die Charta und weitere Hintergrundinformationen findet man z.B. auf den Webseiten der World Health Organisation (WHO): <http://www.euro.who.int>

Der Bedeutungsinhalt der oben formulierten Bestimmung von Gesundheit als umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden geht deutlich über die Abwesenheit von Krankheit – d.h. von „medizinischen Seinsbegriffen“ von Krankheit, wie sie etwa in der „International Classification of Diseases“ bestimmt sind – hinaus. In eben diesem Maße gehen die von der Gesundheitsförderung zu verantwortenden Gegenstandsbereiche und Ziele der Intervention über die Prävention von Krankheit hinaus. Doch bei der Frage danach, wie der Unterschied von *gesunden* Personen und *nicht kranken* Personen beobachtet werden kann – kurz: bei der Frage nach einer operationalen Definition von Gesundheit – stößt die Gesundheitsförderung an methodische und vor allem ethische Grenzen (Westermayer 2004): „Wenn man Gesundheit in Wahrheit nicht messen kann, so eben deswegen, weil sie ein Zustand der inneren Angemessenheit und Übereinstimmung mit sich selbst ist, die man nicht durch eine andere Kontrolle überbieten kann“ (Gadamer 1993, S.138f.).

Gesundheit, so wird in *Gadamers* weit vorausschauendem Buch „Über die Verborgenheit der Gesundheit“ (1993) deutlich, entzieht sich einer operationalen Definition mit intersubjektivem Geltungsanspruch. Daraus resultiert die Eigenheit von Theorie und Praxis der Gesundheitsförderung, dass nicht Gesundheit im Zentrum steht, sondern Befähigung und Erhalt der Fähigkeit der Menschen zur Bestimmung, Reflexion und Gestaltung dessen, was Gesundheit für *sie* und *ihren Leib* zu bedeuten hat. Gesundheitsförderung steht in der besonderen Verantwortung, in ihrer Theorie und Praxis die „Verborgenheit der Gesundheit“ zu akzeptieren und sich eben nicht verleiten zu lassen, sich für die Einlösung aktueller Forderungen an die Brauchbarkeit und Kosteneffizienz von Menschen – für die Chiffren wie Leistungsfähigkeit und Verwertbarkeit am Arbeitsmarkt, Funktionsfähigkeit, Schönheit, Sportlichkeit, Hilfsbedürftigkeit usw. stehen – instrumentalisieren zu lassen.

2 Statthalter von Gesundheit

Wenn Gesundheit sich einer operationalen Definition entzieht und Gesundheitsförderung auf die Befähigung und den Erhalt der Fähigkeit der Menschen zur Bestimmung, Reflexion und Gestaltung dessen, was Gesundheit für *sie* und *ihren Leib* zu bedeuten hat, zielt – was sind dann operable Ziel- und Erfolgsgrößen der Gesundheitsförderung?

Antonovsky (1979, 1997) hat mit dem Konzept des Sense of Coherence (SOC) eine in der Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung populäre Zielgröße formuliert. *Antonovsky* geht davon aus, dass die individuelle Gesundheitsbalance permanent in der handelnden Auseinandersetzung mit Anforderungen, welche die Gesundheitsbalance in Frage stellen, hergestellt werden muss. An den menschlichen Organismus stellt sich in seiner sogenannten salutogenetischen Betrachtungsweise die Anforderung der permanenten aktiven Adaptation an eine Umwelt, die sich durch allgegenwärtige Stressoren auszeichnet. Stressor definiert *Antonovsky* als „... demand made by the internal or external environment of an organism that upsets its homeostasis, restoration of which depends on a nonautomatic and not readily available energy-expending action“ (Antonovsky 1979, S.72). In Abhängigkeit von der Qualität und vom Erfolg der handelnden Auseinandersetzung mit diesen Anforderungen resultiert Gesundheit bzw. Krankheit. Durch Krankheitssymptome bzw. Gesundheitsbeeinträchtigungen wird in diesem Verständnis die Tatsache indiziert, dass ein Organismus seine Ordnung nicht mehr herstellen und aufrechterhalten kann – der Prozess der aktiven Adaptation nicht gelungen ist (Antonovsky 1991). Teilt man diese Auffassung,

stellt sich die Frage nach den Faktoren, welche den Erfolg dieser Auseinandersetzung (d.h.: Herstellung der individuellen Gesundheitsbalance) beeinflussen. Menschen gelingt dies nach *Antonovsky* eher dann, wenn sie über ein grundlegendes Vertrauen darin verfügen, dass (1) die Stimuli, die sich im Laufe des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind; (2) ihnen die Ressourcen zur Verfügung stehen, um den Anforderungen, die diese Stimuli stellen, zu begegnen; (3) diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengungen und Engagement lohnen (Antonovsky 1997). Kennzeichen der Fähigkeit zur permanenten Herstellung der individuellen Gesundheitsbalance ist nach *Antonovsky* demnach dieses als Sense of Coherence (SOC) bezeichnete Vertrauen in die Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit der Anforderungen der internalen und externalen Umwelt und der Auseinandersetzung mit ihnen.

Wir können den SOC als einen messbaren Statthalter von Gesundheit betrachten,

- der erstens indiziert, in welchem Ausmaß Menschen in der Auseinandersetzung mit Anforderungen der Umwelt Kohärenz erfahren haben, d.h. Konsistenz und Erklärbarkeit, Handhabbarkeit der Anforderungen sowie Sinnhaftigkeit und Bedeutsamkeit des eigenen Tuns im Hinblick auf die Gestalt des Handlungsergebnisses;
- der zweitens indiziert, in welchem Ausmaß ein in der Erfahrung gewachsenes Vertrauen darin besteht, dass es auch in Zukunft gelingen wird, in der Auseinandersetzung mit Anforderungen der internalen und externalen Umwelt Kohärenz zu erleben, d.h. die Anforderungen verstehen und einordnen zu können, die damit verbundene Handlungsforderung handhaben und schließlich darauf vertrauen zu können, dass es sinnvoll und für das eigene gesundheitliche Befinden bedeutsam ist, Anstrengung und Engagement zu investieren.

Wenn bei dem SOC von einem *Statthalter* von Gesundheit gesprochen wird, soll damit betont werden, dass mit dem SOC nicht die Bewertung des Zustands der inneren Angemessenheit und Übereinstimmung mit sich selbst im Zentrum des Interesses der Gesundheitsförderung steht, sondern die individuelle Bewertung der Möglichkeiten und Chancen sowie der Sinnhaftigkeit, diese Diskrepanzen in der handelnden Auseinandersetzung zu bearbeiten.

3 Betriebliche Gesundheit

Der SOC ist keine angeborene, unveränderliche Disposition einer Person. Auch kann man Menschen nicht einreden, sie sollten Vertrauen in die Handhabbarkeit und Verstehbarkeit der Anforderungen und in die Sinnhaftigkeit der Auseinandersetzung mit ihnen haben, dann würde es ihnen schon besser gehen. Es stellt sich also die Frage, unter welchen (betrieblichen) Bedingungen sich der SOC entwickeln kann.

Es ist wohl unmittelbar einsichtig, dass ein grundlegendes Vertrauen in die *Handhabbarkeit* von Problemen eine Basis nur im wiederholten Erleben des *Selbst-wirksam-Seins* einschließlich der Wahrnehmung von Chancen und Möglichkeiten, *selbst wirksam werden zu können*, haben kann.

Genauso kann ein grundlegendes Vertrauen in die *Sinnhaftigkeit und Bedeutsamkeit* der eigenen Anstrengungen in der Auseinandersetzung mit Anforderungen nur eine Basis

im wiederholten Erleben haben, dass Engagement und Mühe lohnt, dass gesetzte Ziele erreicht wurden, dass das Ergebnis die Anstrengungen, Mühen und Strapazen gelohnt hat.

Menschen entwickeln ein Gefühl *von* bzw. ein Vertrauen *in Verstehbarkeit*, wenn sie in der Reflexion des Prozesses der eigenen Auseinandersetzung mit Anforderungen *Kontingenzen in Form* bringen, d.h. in der Reflexion anschlussfähige Informationen zu den problemauslösenden, handlungsmotivierenden, handlungsbestimmenden und ergebnisbestimmenden Determinanten des eigenen Tuns und des Verhaltens anderer generieren können.

Das Erleben von Konsistenz und Erklärbarkeit, das Erleben von Handhabbarkeit der Anforderungen und das Erleben von Bedeutsamkeit des eigenen Tuns – d.h.: das Erleben von Kohärenz – ist im betrieblichen Setting bestimmt durch das *Gefüge von organisationalen Regeln*, welche die Art und Weise der Wahrnehmung der (betrieblichen) Wirklichkeit bestimmen und durch die diese (betriebliche) Wirklichkeit sinnhaft erschlossen wird. *Betriebliche* Gesundheit liegt dann vor, wenn dieses Gefüge von Regeln zu einer *kohärenten Interaktion* der Beschäftigten mit ihrer betrieblichen Umwelt führt. Solche organisationalen Regeln, d.h. Organisationsstrukturen und Prozesse, sollen als *salutogene Organisationsstrukturen* im engeren Sinne, als eine *salutogene Organisationskultur* im weiteren Sinne bestimmt sein (Westermayer 1996) und sind Gegenstand der betrieblichen Gesundheitsförderung – verstanden als Förderung betrieblicher Gesundheit.

4 Gegenstände der Diagnose betrieblicher Gesundheit

4.1 Indikatoren betrieblicher Gesundheit

Selbstwirksamkeit und Arbeitsstolz als Statthalter von Gesundheit

Wenn betriebliche Gesundheit vorliegt, sobald das organisationale Gefüge von Regeln zu einer kohärenten Interaktion der Beschäftigten mit ihrer betrieblichen Umwelt führt, dann stellt sich für die Diagnose betrieblicher Gesundheit die Frage nach einem brauchbaren Messkonzept zur Erfassung des Kohärenzgefühls der Beschäftigten im Hinblick auf ihr Erleben und Handeln in der Arbeitswelt. *Antonovsky* (1997) hat einen Fragebogen zur Messung des SOC vorgelegt, der allerdings im betrieblichen Setting aufgrund seiner zu geringen Arbeitsspezifität und seines zu geringen Differenzierungsvermögens (Differenzierung von SOC-Levels der Beschäftigten) als Instrument der betrieblichen Gesundheitsförderung nicht geeignet zu sein scheint (Beck 2003). Für die Zwecke der betrieblichen Gesundheitsförderung haben sich die Messkonzepte Selbstwirksamkeit (Schwarzer 1994) und Arbeitsfreude/Arbeitsstolz (Ducki 1998) zur Erfassung eines arbeitsweltspezifischeren SOC auch empirisch bewährt (Beck 2003):

- *Selbstwirksamkeit*: Effektives Bewältigungshandeln bedarf nach *Antonovsky* (1997) u.a. des Vertrauens bzw. der Überzeugung, über adaptive Handlungsmöglichkeiten zu verfügen, um ein Problem instrumentell und emotional regulieren zu können (SOC-Komponente Handhabbarkeit). Mit der Skala Selbstwirksamkeit wird eine generalisierte Selbstwirksamkeitserwartung (synonym wird auch der Begriff „optimistische Kompetenzerwartung“ gebraucht) erfasst, die die subjektive Überzeugung zum Ausdruck bringt, aufgrund eigenen Handelns schwierige Anforderungen bewältigen zu

können. „Selbstwirksamkeitserwartung erweist sich als ein zentraler Motivationsfaktor, der darüber mitbestimmt, welche Handlungen man auswählt, wieviel Anstrengung man investiert und wie lange man auf einer Strategie beharrt, bevor man sie aufgibt. [...] Hohe Selbstwirksamkeitserwartung (...) veranlasst zu optimistischen Einstellungen und zur Interpretation schwieriger Aufgaben als Herausforderungen“ (Schwarzer 1994, S. 106). Selbstwirksamkeit thematisiert das Erleben von und das Vertrauen in die Möglichkeit effektiver Bewältigung von Stressoren. Selbstwirksamkeit kann damit als eine Operationalisierung des SOC-Subkonstruktes Handhabbarkeit betrachtet werden.

- *Arbeitsfreude/Arbeitsstolz*: Effektives Bewältigungshandeln bedarf nach *Antonovsky* u.a. des Vertrauens bzw. der Überzeugung, dass es sinnvoll und von Bedeutung ist, sich mit Anforderungen der internalen und externalen Umwelt auseinander zu setzen (SOC-Komponente Bedeutsamkeit). Wenn auch *Antonovsky* die Position eingenommen hat, dass sich der SOC und damit auch das Gefühl der Bedeutsamkeit nicht auf spezifische Lebensbereiche bezieht, sondern eine globale Betrachtung der Welt und des Lebens in ihr bezeichnet (Antonovsky 1997, S. 165), so lassen sich u.E. spezifische Settings des Erlebens und Handelns von Personen unterscheiden, hinsichtlich derer Bedeutsamkeit, Verstehbarkeit und Handhabbarkeit erfahrbar werden. In der betrieblichen Gesundheitsförderung interessiert der Betrieb bzw. die „Arbeitswelt“ als ein solches spezifisches Setting des Erlebens und Handelns. Die von *Ducki* (1998, 2000) entwickelte Skala „Arbeitsfreude/Arbeitsstolz“ erfasst allgemein das Ausmaß von positiven Emotionen in Bezug auf die eigene Arbeit. Dabei wird der Aspekt des Sinns der eigenen Tätigkeit ebenso thematisiert wie das Ausmaß, in dem die eigene Tätigkeit Quelle eines Gefühls von Freude und Stolz darstellt. Damit kann sie u.E. eine settingspezifische Operationalisierung der Bedeutsamkeitskomponente des SOC darstellen. Settingspezifisch deshalb, weil mit Arbeitsfreude/Arbeitsstolz nicht eine globale Disposition im Sinne einer Welt- und Lebensbetrachtung operationalisiert wird, sondern ein Erleben von Sinnhaftigkeit und Bedeutsamkeit der eigenen Arbeit im betrieblichen Setting.

Die o.g. Hypothesen zu den Beziehungen zwischen dem SOC bzw. seinen Komponenten und den Messkonzepten Arbeitsfreude/Arbeitsstolz und Selbstwirksamkeit wurden im Rahmen einer Diplomarbeit an einer Fallstudie empirisch untersucht (Datengrundlage: 93 Beschäftigte eines Berliner Dienstleistungsunternehmens, vgl. Beck 2003). Hier konnte in multiplen Regressionsanalysen gezeigt werden, dass Arbeitsfreude/Arbeitsstolz und Selbstwirksamkeit in ihrer Erklärung der Varianz verschiedener abhängiger Variablen (Gesundheitsindikatoren, Gesundheitspotenziale) diskriminante Messkonzepte sind, gegenüber dem SOC aber redundant sind. Die Ergebnisse legen auch die Annahme nahe, dass der SOC als ein „Core Concept“ aufzufassen ist, das eine globale Disposition bzw. eine generelle „Sicht auf die Welt“ erfasst, wogegen die Messkonzepte Arbeitsfreude/Arbeitsstolz und Selbstwirksamkeit arbeitsweltspezifischer sind, eine geringere Reichweite besitzen und gegenüber Änderungen in Gesundheitspotenzialen (d.h. gegenüber Interventionen der betrieblichen Gesundheitsförderung) deutlich sensibler sind.

Selbstwirksamkeit und Arbeitsfreude/Arbeitsstolz scheinen im betrieblichen Setting damit geeignete und messbare Indikatoren für die betriebliche Gesundheit zu sein. Im Gegensatz zu Maßen gesundheitlicher Beeinträchtigung, Krankheitsmaßen oder Krankenstand informieren sie als Statthalter von Gesundheit erstens darüber, *wie* die Beschäftigten

ihre Möglichkeiten und Chancen sowie die Sinnhaftigkeit erleben, Diskrepanzen bzw. Ungleichgewichte in der individuellen Gesundheitsbalance zu bearbeiten. Sie informieren als Statthalter von Gesundheit zweitens über das Vermögen oder die Fähigkeit der Beschäftigten, mit zukünftigen Anforderungen, welche die jeweils individuelle Gesundheitsbalance in Frage stellen, in einer gesunden Weise umzugehen.

Gesundheitsbeeinträchtigungen der Beschäftigten

Gesundheitsbeeinträchtigungen bzw. Krankheitssymptome indizieren nach *Antonovsky* in Anlehnung an moderne stresstheoretische Konzepte (insbesondere Lazarus/Folkman 1984) die Tatsache, dass keine ausreichenden Ressourcen zur Bewältigung der Anforderungen wahrgenommen werden konnten. Im Gegensatz zu den Indikatoren Arbeitsfreude/Arbeitsstolz und Selbstwirksamkeit geben in diesem Verständnis Indikatoren für psychische und somatische Gesundheitsbeeinträchtigungen also einen Hinweis darauf, ob unter den gegebenen Anforderungen die Beschäftigten ihre Gesundheitsbalance herstellen konnten oder nicht. Neben den subjektiven Einschätzungen der Beschäftigten hinsichtlich Art und Ausmaß ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung fallen in diese Kategorie von Indikatoren betrieblicher Gesundheit auch die Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen der Krankenkassen sowie krankheitsbedingte Fehlzeiten.

4.2 Gesundheitspotenziale/Ressourcen

Eine zielorientierte *Organisationsdiagnose* im Kontext der Förderung betrieblicher Gesundheit identifiziert und beurteilt Regeln bzw. Organisationsstrukturen und organisationale Prozesse im Hinblick darauf, ob und inwiefern sie zum Erleben von Konsistenz und Erklärbarkeit, zum Erleben von Selbstwirksamkeit und zum Erleben von Arbeitsfreude/Arbeitsstolz als Ausdruck des Erlebens von Bedeutsamkeit beitragen. Die Diagnose betrieblicher Gesundheit besteht dabei nun nicht in der Lektüre und Beurteilung des organisationalen Regelwerks (Stellenbeschreibungen, Führungskräfteleitlinien, Organigramme etc.) durch einen „Experten“, sondern in einer Regeln (re)konstruierenden bzw. Regeln erschließenden Reflexion bestimmter Ausschnitte der betrieblichen Realität durch die Organisationsmitglieder. Im Rahmen der Diagnose betrieblicher Gesundheit wird u.a.

1. das Erleben der Information und Beteiligung in wichtig erscheinenden Belangen,
2. das Erleben des aufgabenbezogenen Entscheidungsspielraums,
3. das Erleben der Anerkennung der eigenen Arbeit und der persönlichen Integrität und Würde,
4. das Erleben der persönlichen Entwicklungschancen (aufgabenbezogen und karrierebezogen),
5. das Erleben der Transparenz und Klarheit der Arbeitsorganisation,
6. das Erleben der Chancen und Möglichkeiten zur aufgabenbezogenen und aufgabenunspezifischen Kommunikation und Konfliktbewältigung mit Kollegen und Vorgesetzten erfragt.

Die dieses Erleben strukturierenden organisationalen Regeln der Kommunikation und Kooperation sowie der vertikalen und horizontalen Arbeitsteilung und die institutionalisierten Regeln und Formen der Anerkennung der eigenen Arbeit und der persönlichen

Integrität und Würde sind begrifflich-analytisch als *Gesundheitspotenziale* von Ressourcen zu unterscheiden (Beck 2004). Erst anhand der Analyse der Beziehungen zwischen dem Erleben der Chancen und Möglichkeiten zur Entscheidung und Kontrolle, der Fairness der Anerkennung, der Kommunikations- und Kooperationschancen, der persönlichen Entwicklungschancen usw. und den Indikatoren betrieblicher Gesundheit können diejenigen Gesundheitspotenziale als *Ressourcen* im Sinne von salutogenen Organisationsstrukturen qualifiziert werden, die in der spezifischen Wirklichkeit der Organisation oder einer Organisationseinheit zur Entwicklung und Erhaltung von Arbeitsfreude/Arbeitsstolz und Selbstwirksamkeit beitragen.

4.3 Gesundheitsrisiken/Belastungen

Mit Gesundheitsrisiken wird eine Auswahl der im Hinblick auf gesundheitliche Risiken wichtigsten und fast in jedem Betrieb auftretenden Anforderungen bzw. Problemsituationen erfasst, welche im Sinne des Stressor-Begriffs *Antonovskys* (1979, 1997) die Routine und Geordnetheit des Arbeitsalltags stören und eine Problemlösung erfordern. Ob diese Problemsituationen von den Beschäftigten als eine Belastung im Sinne einer Regulationsüberforderung erlebt werden und gesundheitsbeeinträchtigende Folgen haben oder nicht, ist abhängig von der Wahrnehmung geeigneter Ressourcen zur Problembewältigung, einem Verständnis für die Problemsituation und ihre Ursachen sowie dem Vertrauen in die Bedeutsamkeit und Sinnhaftigkeit des eigenen Engagements im Hinblick auf die Problemlösung. Als Gesundheitsrisiken werden u.a. erfragt:

- das Auftreten von Zeitdruck (Missverhältnis von anfallendem Arbeitsvolumen und Arbeitszeit)
- das Auftreten von Unterbrechungen und Störungen der Arbeit durch andere Personen, Telefonate, unzureichende bzw. fehlende Informationen oder Betriebsmittel,
- das Auftreten von qualifikatorischen Überforderungen (Übertragung von Aufgaben, die mit den vorhandenen fachlichen Kompetenzen nicht routinisiert zu bewältigen sind) und
- das Auftreten von belastenden Umgebungsbedingungen (Bedingungen in der Umgebung des Arbeitsplatzes wie Lärm, Beleuchtung, klimatische Verhältnisse usw.).

Gesundheitsrisiken können Gesundheitsbeeinträchtigungen zufolge haben, wenn sie die Beschäftigten überfordern. So kann etwa Zeitdruck, d.h. die Wahrnehmung einer Diskrepanz zwischen anfallendem Arbeitsvolumen und Arbeitszeit, dann als eine gesundheitsbeeinträchtigende Belastung wahrgenommen werden, wenn keine Möglichkeiten zur Problemlösung bestehen (etwa ausreichender Entscheidungsspielraum für Terminverschiebungen; Strukturen der Kommunikation und Kooperation, die Unterstützung durch Kollegen/Vorgesetzte sicherstellen). Das Nichtvorhandensein von Gesundheitsrisiken reicht dagegen allein noch nicht aus, Gesundheit positiv aufzubauen, d.h. Arbeitsfreude/Arbeitsstolz und Selbstwirksamkeit in der Arbeit entwickeln zu können.

5 Das Konzept zur Diagnose betrieblicher Gesundheit

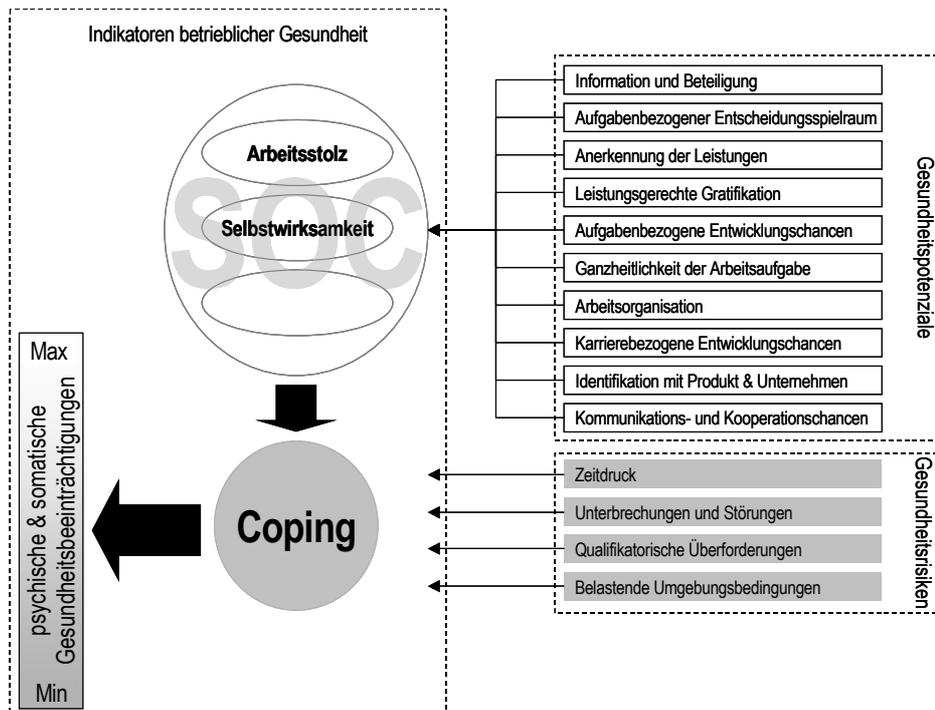


Abb. 1: Diagnose betrieblicher Gesundheit

Abb. 1 veranschaulicht das Konzept zur Diagnose betrieblicher Gesundheit, dass wie folgt zusammengefasst werden kann:

Die Organisationsmitglieder reflektieren ihr Erleben bestimmter Ausschnitte der betrieblichen Realität, die wir als *Gesundheitspotenziale* und *Gesundheitsrisiken* bezeichnen. Anhand der Analyse der Beziehungen zwischen diesem Erleben der betrieblichen Realität und der Ausprägung von Selbstwirksamkeit, Arbeitsfreude/Arbeitsstolz und Indikatoren gesundheitlicher Beeinträchtigung kann es gelingen, das *Erleben* bestimmter Realitätsausschnitte als salutogen wirkende *Ressourcen* (z.B. das Erleben der Kommunikations- und Kooperationschancen) oder als überfordernde *Belastung* (z.B. das Erleben von Zeitdruck) zu qualifizieren.

Die *betriebliche Gesundheit* ist in Abhängigkeit davon bestimmt, inwieweit die hinter dem Erleben der Organisationsmitglieder stehenden Regeln dazu beitragen, dass Selbstwirksamkeit und Arbeitsfreude/Arbeitsstolz entwickelt und erhalten werden können. Beschäftigte, die in ihrer Arbeit ein hohes Maß an Selbstwirksamkeit und Arbeitsfreude/Arbeitsstolz erleben konnten und erwarten können (hohe betriebliche Gesundheit), gelingt es mit einer höheren Wahrscheinlichkeit, mit potenziell gesundheitsgefährdenden Anforderungen der Arbeit in einer gesunden Weise umzugehen. Dagegen werden solche

Anforderungen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit als überfordernde und damit gesundheitsbeeinträchtigende *Belastung* erlebt, wenn die Beschäftigten in ihrer Arbeit nur in geringem Ausmaß Selbstwirksamkeit und Arbeitsfreude/Arbeitsstolz erleben konnten und erwarten können (niedrige betriebliche Gesundheit). Gewissermaßen als erfreulicher Nebeneffekt resultiert in Organisationen mit einer hohen betrieblichen Gesundheit auch ein niedrigerer Krankenstand und oftmals auch eine nachhaltig höhere – weil *gesunde* – Produktivität.

Ziel der Förderung der betrieblichen Gesundheit ist Entwicklung und Erhalt von Arbeitsfreude/Arbeitsstolz und Selbstwirksamkeit der Beschäftigten sowie die Verringerung gesundheitlicher Beeinträchtigung und Krankheit. Korrelate erfolgreicher Förderung betrieblicher Gesundheit sind niedrigere Fehlzeiten sowie motivierte und in gesunder Weise produktiv arbeitende Beschäftigte. Fragt man nun nach den Gegenstandsbereichen der *Förderung* betrieblicher Gesundheit, so lassen sich unschwer zwei Aufgabenfelder abgrenzen:

1. die Identifizierung und Entwicklung solcher organisationaler Regeln, die in der spezifischen Wirklichkeit der Organisation als salutogen wirkende Ressourcen qualifiziert werden können,
2. die Identifizierung und Beseitigung bzw. Moderation von Anforderungen im Sinne von Gesundheitsrisiken, die in der spezifischen Wirklichkeit der Organisation als regulationsüberfordernde Belastung erlebt werden.

5.1 Diagnose betrieblicher Gesundheit – eine Fallstudie

5.1.1 Allgemeines zur Datenerhebung, Datenaufbereitung und zum Datenfeedback

Zur Diagnose betrieblicher Gesundheit in einem Dienstleistungsunternehmen wurden die bereits in Abbildung 1 aufgeführten Gesundheitspotenziale und -risiken sowie die Indikatoren betrieblicher Gesundheit (Arbeitsfreude/Arbeitsstolz, Selbstwirksamkeit, somatische Gesundheitsbeeinträchtigungen, psychische Erschöpfung und Gereiztheit/Belastetheit) mittels standardisierter schriftlicher Befragung erfasst. Eine detaillierte Beschreibung des Fragebogens findet sich bei *Beck* (2003).

Bei dem betreffenden Unternehmen wurden insgesamt 431 Beschäftigte in insgesamt 12 Abteilungen befragt (Rücklauf/ausgewertete Fragebögen: 245). Die Auswertung erfolgte unternehmensbezogen und abteilungsspezifisch. Zunächst wurden für das gesamte Unternehmen mittels multipler schrittweiser Regression die Gesundheitspotenziale und die Gesundheitsrisiken identifiziert, die einen signifikanten Beitrag zur Aufklärung der Varianz der Indikatoren betrieblicher Gesundheit (Arbeitsfreude/Arbeitsstolz, Selbstwirksamkeit, gesundheitliche Beeinträchtigung) leisteten und daher als Ressource bzw. Belastung qualifiziert werden konnten. Der im Unternehmen wie in den Abteilungen präsentierte und diskutierte Datensatz enthielt damit nur noch die erfassten Gesundheitspotenziale und Gesundheitsrisiken, die einen eigenständigen und bedeutsamen Beitrag zur Erklärung des Gesundheits- und Krankheitsgeschehens im Unternehmen leisten konnten (Komplexitätsreduktion). Mit diesem reduzierten Datensatz konnten für insgesamt sechs Abteilungen aussagekräftige spezifische Profile erstellt werden. Diese Profile enthalten die Skalenmit-

telwerte der Beschäftigten der betreffenden Abteilung für die auf Unternehmensebene relevanten Ressourcen und Belastungen sowie für die Indikatoren betrieblicher Gesundheit. In einem Vergleichsprofil werden diese abteilungsspezifischen Mittelwerte in einer Grafik gegenübergestellt und vergleichbar gemacht (vgl. Abb. 2). Hier lassen sich abteilungsspezifische Muster auf der einen Seite, abteilungsübergreifende Muster im Gesundheits- und Krankheitsgeschehen sowie im Belastungs- und Ressourcenspektrum auf der anderen Seite identifizieren. Alle Daten bzw. Profile wurden in den Abteilungen mit den Beschäftigten und Führungskräften in einem strukturierten und klaren Regeln folgenden Prozess des Datenfeedbacks analysiert und hinterfragt. Das zentrale Ziel einer Organisationsentwicklung durch Datenfeedback (Bonn 2002; Westermayer 1998) besteht darin, die hinter dem Erleben der betrieblichen Realität stehenden organisationalen Regeln zu erschließen bzw. zu rekonstruieren und bearbeitbar zu machen. Im Rahmen dieses Prozesses kommen weitere Verfahren zur Diagnose und Entwicklung betrieblicher Gesundheit zum Einsatz bzw. werden als eine auf Dauer angelegte Struktur etabliert (etwa Führungskräftefeedbacks, Mitarbeitergesprächssystem, Optimierungszirkel, Gesundheitszirkel etc.).

5.1.2 Die Abteilung A470 – ein salutogener Arbeitsbereich

Nachfolgend möchten wir das Verfahren zur Diagnose betrieblicher Gesundheit an einer Abteilung veranschaulichen, die als ein salutogener Arbeitsbereich im Unternehmen gelten kann. Wir nennen diese Abteilung im Folgenden A470. In A470 arbeiten 35 Personen, davon fünf mit Führungsverantwortung. Hinsichtlich Alter, Geschlecht, Ausbildungsniveau und Aufgabenprofil ist diese Abteilung den anderen Abteilungen des Unternehmens vergleichbar. In der folgenden Abb. 2 ist das betriebliche Gesundheitsprofil für A470 abgebildet.

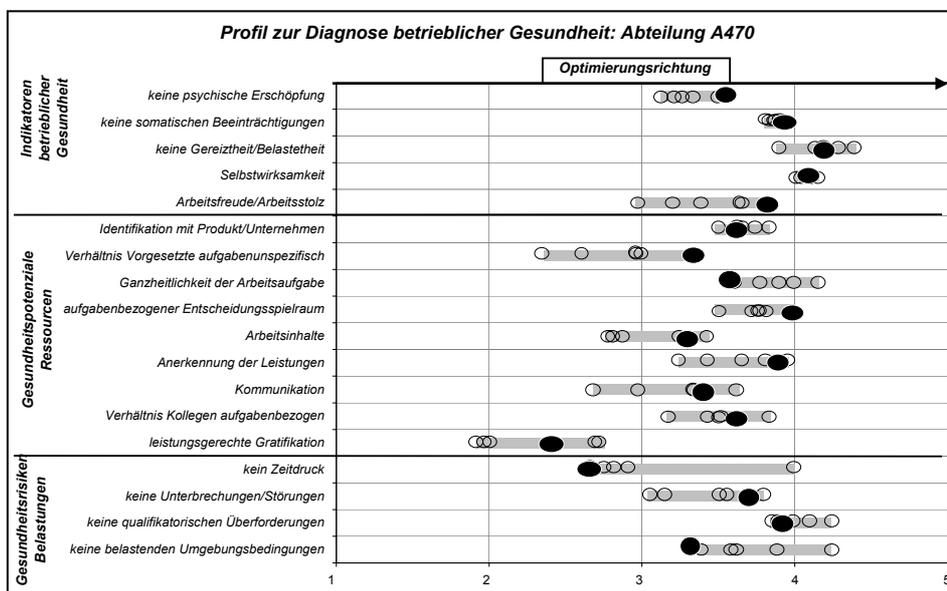


Abb. 2: Betriebliches Gesundheitsprofil der Abteilung A470

In dem Profil sind die arithmetischen Mittelwerte der Abteilung für die jeweiligen Skalen (schwarzer Punkt) im Vergleich zu den übrigen Abteilungen (schwarze Kreise) dargestellt. Die den abgebildeten Abteilungsmittelwerten zugrundeliegende Skala ist eine fünfstufige Rating-Skala (1=trifft nicht zu; 2=trifft wenig zu; 3=trifft teilweise zu; 4=trifft überwiegend zu; 5=trifft völlig zu). Der Range der ermittelten Abteilungsmittelwerte ist durch eine graue Hinterlegung hervorgehoben. Wie man anhand des Profils erkennen kann, zeichnen sich die Mitarbeiter der Abteilung A470 durch das höchste Maß an Arbeitsfreude/Arbeitsstolz und das geringste Maß an psychischer Erschöpfung aus. Die Selbstwirksamkeitserwartung ist, wie in allen Bereichen, gut ausgeprägt und somatische Beeinträchtigungen liegen kaum vor. Hinsichtlich der Gereiztheit und Belastetheit liegen die Mitarbeiter der Abteilung A470 im Vergleich zu den anderen Abteilungen im mittleren, insgesamt aber positiven Bereich. Die Indikatoren betrieblicher Gesundheit der Abteilung A470 sind damit sehr positiv ausgeprägt. Dementsprechend hat sich auch bei einer Auswertung der abteilungsbezogenen Krankenstände gezeigt, dass der Krankenstand der Abteilung deutlich niedriger ist als der Durchschnitt (vgl. Abb. 3).

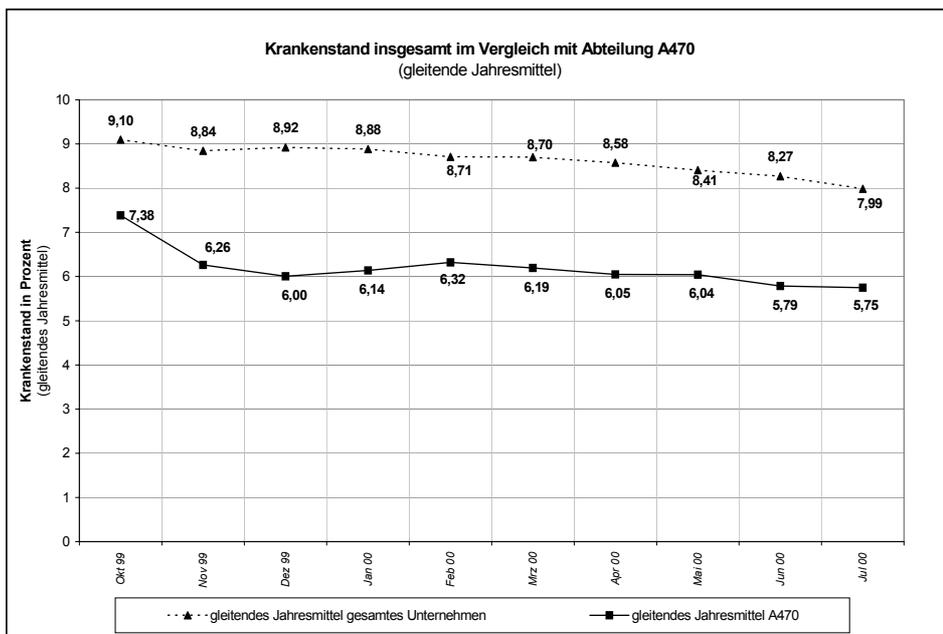


Abb. 3: Krankenstand der Abteilung A470 im Vergleich zum gesamten Unternehmen

Betrachtet man die wahrgenommenen Belastungen, fällt auf, dass die Beschäftigten in A470 ein hohes Maß an Zeitdruck angeben, belastende Umgebungsbedingungen und im Vergleich zu anderen Abteilungen auch ein recht hohes Maß an qualifikatorischen Überforderungen wahrnehmen. Lediglich die Unterbrechungen und Störungen werden weniger wahrgenommen als in anderen Abteilungen. Dies lässt auf eine gute Arbeitsorganisation schließen, da objektiv vorhandene Unterbrechungen trotz des Zeitdrucks sich offenbar weniger belastend auswirken als in anderen Abteilungen.

Wie bereits dargestellt, sind die Mitarbeiter der Abteilung jedoch trotz der insgesamt hohen Belastungen selten krank und weisen darüber hinaus gute Werte bei Indikatoren für betriebliche Gesundheit auf. Auch die Produktivität (Anzahl der Erledigungen/Fallabschlüsse pro Monat) der Abteilung A470 ist überdurchschnittlich hoch, wie die folgende Abb. 4 zeigt.

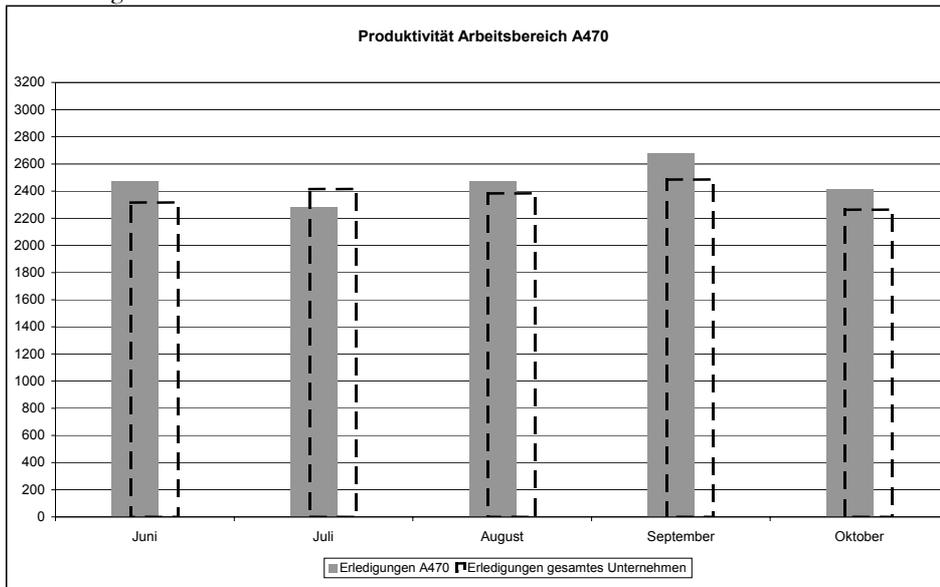


Abb. 4: Produktivität der Abteilung A470 im Vergleich zu dem gesamten Unternehmen

Das Phänomen der hohen Belastung und der dennoch guten Gesundheits-, Krankenstands- und Produktivitätswerte kann durch eine abpuffernde Wirkung der wahrgenommenen Ressourcen erklärt werden, die in der Abteilung A470 vergleichsweise hoch ausgeprägt sind. Vor allem das Verhältnis zu Vorgesetzten, der aufgabenbezogene Entscheidungsspielraum sowie die Anerkennung von Leistungen sind sehr gut ausgeprägt. Bemerkenswert ist auch die Sonderstellung bei der leistungsgerechten Gratifikation. Zwar werden die Beschäftigten genauso bezahlt, wie die Beschäftigten der bei diesem Punkt problematischeren Abteilungen, scheinen aber dennoch eher das Gefühl zu haben, dass sich Engagement und Leistungsbereitschaft auszahlen.

Um herauszufinden, wie die konkreten Werte beim Profil der Abteilung A470 zustande kamen, wurden zum einen bei den identifizierten Ressourcen und Belastungen die Fragen mit den höchsten Korrelationen zu allen Indikatoren betrieblicher Gesundheit herausgefiltert. Zum anderen wurde im Rahmen von Rückmeldeveranstaltungen erfasst, woran die Mitarbeiter konkrete Aspekte wie z.B. die Förderung des guten Arbeitsklimas fest machen. Wie die Ergebnisse dieses Analyseprozesses (vgl. Tabelle 1) zeigen, scheint sich vor allem der kooperative Führungsstil gekoppelt mit situativem Führungsverhalten in dieser Abteilung positiv auf das Arbeitsklima sowie die Stressresistenz der Mitarbeiter auszuwirken.

Tabelle 1: Ergebnisse des Datenfeedbacks

Skala	Items, die hoch mit Gesundheitsindikatoren korrelieren	Ergebnisse aus Besprechungen
Identifikation mit Produkt / Unternehmen	Die Firma hat Zukunft.	Erläuterung der Hintergründe für Entscheidungen der Leitung
Verhältnis Vorgesetzte aufgabenunspezifisch	Die Vorgesetzten sind offen für konstruktive Kritik. Die Vorgesetzten sorgen für ein gutes Arbeitsklima im Team.	Vorgesetzter geht täglich durch die Zimmer → viel Kontakt, Probleme können offen ausdiskutiert werden, VG unterstützen ihre MA nach Möglichkeit tatkräftig bei der Arbeit, Teamgedanke „arbeiten alle zusammen“ – nicht: „meine Akten“ wird hervorgehoben.
Ganzheitlichkeit der Arbeitsaufgabe	Meine Arbeit ist zerstückelt, ich erledige nur kleine Teilaufgaben.	
aufgabenbezogener Entscheidungsspielraum	Ich kann selbstständig planen, wie ich bei der Erledigung meiner Arbeitsaufgaben vorgehe. Ich kann mir meine Arbeit selbstständig einteilen.	Vorgesetzte sind nicht kleinlich: wichtig ist, dass die Arbeit korrekt gemacht wird, nicht, welcher Vordruck verwendet wurde o.ä.
Arbeitsinhalte	Bei meiner Arbeit verliere ich viele Fähigkeiten, die ich früher hatte.	
Anerkennung der Leistungen	Wenn ein Fehler passiert, dann finden die Vorgesetzten ihn immer bei uns, nie bei sich.	viel Lob mit Statistik „trotz schwieriger Situation noch soviel geschafft“
Kommunikation im Unternehmen	Im Unternehmen wird mehr übereinander als miteinander gesprochen.	
Verhältnis Kollegen aufgabenbezogen	Zur Erledigung meiner Arbeitsaufgaben habe ich ausreichend die Möglichkeit, mich mit Mitarbeitern anderer Arbeitsbereiche auszutauschen.	wird gemacht aufgrund von objektiven Arbeitserfordernissen, gutem Teamgeist und zur gegenseitigen Unterstützung
leistungsgerechte Gratifikation	Mit meiner Bezahlung bin ich zufrieden.	Mitarbeiter erhalten „mentale Prämien“ von VG: „Ihr hättet jetzt eigentlich eine Prämie verdient“.
kein Zeitdruck	Ich merke (nicht) häufig, dass die anfallende Arbeit in der zur Verfügung stehenden Zeit nicht zu schaffen ist.	
keine Unterbrechungen/ Störungen	Es kommt (nicht) häufig vor, dass Arbeitsmaterial fehlt oder fehlerhaft ist. Es kommt (nicht) häufig vor, dass zur Erledigung der Arbeitsaufgaben notwendige Informationen oder Unterlagen fehlerhaft sind.	bei Unterbrechungen (z.B. PC-Ausfall) bekommen Mitarbeiter die Möglichkeit sich „auszuschimpfen“, füllen Vordruck des Unternehmens aus (als Rechtfertigung für geringere Leistung), und sie bekommen von VG alte Vordrucke oder Aufgaben, die auch ohne PC erledigt werden können.
keine qualifikatorischen Überforderungen	Es kommt (nicht) häufig vor, dass mir übertragene Aufgaben meine fachlichen Kompetenzen übersteigen.	
keine belastenden Umgebungsbedingungen	v.a. (wenig) Hitze	

6 Diagnose betrieblicher Gesundheit als Instrument der Organisationsentwicklung

Die vorgestellte Fallstudie zur Diagnose betrieblicher Gesundheit veranschaulicht, wie die relevanten und im Erleben der Beschäftigten wirksamen Gesundheitspotenziale und -risiken erfasst und in überschaubarer Form zurückgemeldet werden können. Das strukturierte und klare Vorgehen sowie die Komplexitätsreduktion bzw. Beschränkung auf die gesundheitlich wirksamen Faktoren erhöhen die „Handhabbarkeit“ des Prozesses für die Beteiligten und helfen dabei Notwendigkeiten der Veränderung unmittelbar einsichtig zu machen. Die Reflexion der Ergebnisse mit Mitarbeitern und Führungskräften (Datenfeedback) ermöglicht zum einen die Erschließung von organisationalen Regeln und damit die „Verstehbarkeit“ der betriebsinternen Prozesse bei allen Beteiligten. Zum anderen ermöglicht sie auch die Identifizierung wirksamer Vorgehensweisen und Möglichkeiten der Generalisierung und damit die „Handhabbarkeit“ von Veränderungen. Das Verfahren zur „Diagnose betrieblicher Gesundheit“ ist in dieser Hinsicht vor allem ein organisierter Dialog und Austausch über die individuell und/oder kollektiv als notwendig erachteten hemmenden und fördernden Bedingungen der Herstellung von Gesundheit und damit ein wichtiges Interventionsinstrument der betrieblichen Gesundheitsförderung.

Literatur

- Antonovsky, Aaron, 1979: Health, Stress and Coping. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, Aaron, 1991: Meine Odyssee als Stressforscher. In: Anonymus (Hrsg.), 1991: Jahrbuch für kritische Medizin, Hamburg: Argument Verlag, S. 112-130.
- Antonovsky, Aaron, 1997: Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Beck, David, 2003: Sense of Coherence (SOC) – ein brauchbares Analysekonzept in der betrieblichen Gesundheitsförderung? Gütebeurteilung des Sense of Coherence (SOC) – Messkonzeptes von Aaron Antonovsky anhand einer Querschnittsuntersuchung bei Angestellten eines Berliner Dienstleistungsunternehmens. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Berlin: Freie Universität.
- Beck, David, 2004: Zum Stellenwert der Mitarbeiterbefragung in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Discussion Paper der BGF-Berlin, DP04-0304, Online Publikation: <http://www.bgf-berlin.de/archiv.html>.
- Bonn, Verena, 2002: Organisationsentwicklung durch Datenfeedback. Evaluation eines Führungskräftefeedbacks in einem Dienstleistungsunternehmen. Diplomarbeit. Technische Universität. Berlin.
- Ducki, Antje, 1998: Arbeits- und organisationspsychologische Gesundheitsanalysen – Entwicklung und Erprobung eines Befragungsinstrumentes im Rahmen eines Mehr-Ebenen-Ansatzes zur betrieblichen Gesundheitsanalyse. Dissertation. Leipzig: Universität.
- Ducki, Antje, 2000: Diagnose gesundheitsförderlicher Arbeit. Eine Gesamtstrategie zur betrieblichen Gesundheitsanalyse. MTO, Band 25. Zürich: Vdf.
- Gadamer, Hans-Georg, 1993: Über die Verborgenheit der Gesundheit. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Lazarus, Richard S.; Folkman, Susan, 1984: Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer.
- Schwarzer, Ralf, 1994: Optimistische Kompetenzerwartung: Zur Erfassung einer personellen Bewältigungsressource. In: Diagnostica, Jg. 40, Heft 2, S. 105-123.

Westermayer, Gerhard; Stein, Bertolt, 1996: Salutogenic Management. In: Busch, Rolf (Hrsg.), 1996: Unternehmenskultur und betriebliche Gesundheitsförderung. Berlin: Freie Universität, Referat für Weiterbildung. Kooperationsstelle FU-DGB, S. 50-75.

Westermayer, Gerhard, 1998: Organisationsentwicklung und betriebliche Gesundheitsförderung. In: Bamberg, Eva; Ducki, Antje; Metz, Anne-Marie, (Hrsg), 1998: Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Göttingen: Verlag für angewandte Psychologie, S. 119-132.

Westermayer, Gerhard, 2004: Gesundheit lässt sich nicht messen, ihre Statthalter aber schon. Discussion Paper der BGF-Berlin, DP04-1011, Online Publikation: <http://www.bgf-berlin.de/archiv.html>.

Dipl.-Soz. David Beck
Dorotheastr. 26
10318 Berlin
Tel: +49.30.282 98 16
Mobil: +49.0163 282 98 16
eMail: david.beck@cafej.de



Dipl.-Psych. Verena Bonn
Gesellsch. für Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)
Manfred-von-Richthofen-Str. 15
12101 Berlin
Tel: +49.30.78 09 62 41
Fax: +49.30.78 09 62 42
eMail: verena.bonn@bgf-berlin.de
URL: <http://www.bgf-berlin.de>



Dr. phil., Dipl.-Psych. Gerhard Westermayer
Geschäftsführender Gesellschafter
Gesellsch. für Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF)
Manfred-von-Richthofen-Str. 15
12101 Berlin
Tel: +49.30.78 09 62 41
Fax: +49.30.78 09 62 42
eMail: gerd.westermayer@bgf-berlin.de
URL: <http://www.bgf-berlin.de>

