

Erwartungskonflikte in betrieblichen Veränderungsprozessen - Psychosoziale Gesundheitsgefährdungen und Gestaltungsansätze

Becke, Guido; Senghaas-Knobloch, Eva; Müller, Rainer; Ducki, Antje; Kumbruck, Christel; Punke, Walter

Veröffentlichungsversion / Published Version

Arbeitspapier / working paper

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Becke, G., Senghaas-Knobloch, E., Müller, R., Ducki, A., Kumbruck, C., & Punke, W. (2014). *Erwartungskonflikte in betrieblichen Veränderungsprozessen - Psychosoziale Gesundheitsgefährdungen und Gestaltungsansätze*. (artec-paper, 198). Bremen: Universität Bremen, Forschungszentrum Nachhaltigkeit (artec). <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-58726-1>

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.

Erwartungskonflikte in betrieblichen Veränderungsprozessen – Psychosoziale Gesundheitsgefährdungen und Gestaltungsansätze

Guido Becke, Eva Senghaas-Knobloch
mit 4 Expertisen von Rainer Müller, Antje Ducki,
Christel Kumbruck und Walter Punke

Das Forschungszentrum Nachhaltigkeit ist eine Zentrale Wissenschaftliche Einrichtung der Universität Bremen. Es wurde 1989 zunächst als Forschungszentrum Arbeit und Technik (artec) gegründet. Seit Mitte der 90er Jahre werden Umweltprobleme und Umweltnormen in die artec-Forschung integriert. Das Forschungszentrum bündelt heute ein multi-disziplinäres Spektrum von – vorwiegend sozialwissenschaftlichen – Kompetenzen auf dem Gebiet der Nachhaltigkeitsforschung. „artec“ wird nach wie vor als ein Teil der Institutsbezeichnung beibehalten.

Das Forschungszentrum Nachhaltigkeit gibt in seiner Schriftenreihe „artec-paper“ in loser Folge Aufsätze und Vorträge von MitarbeiterInnen sowie ausgewählte Arbeitspapiere und Berichte von durchgeführten Forschungsprojekten heraus.

Impressum

Herausgeber:

Universität Bremen
artec Forschungszentrum Nachhaltigkeit
Postfach 33 04 40
28334 Bremen
Tel.: 0421 218 61800
Fax.: 0421 218 98 61800
Web: www.uni-bremen.de/artec

Kontakt:

Andrea Meier
E-Mail: andrea.meier@artec.uni-bremen.de

Inhaltsverzeichnis

Guido Becke, Eva Senghaas-Knobloch

Erwartungskonflikte in betrieblichen Veränderungsprozessen – Psychosoziale Gesundheitsgefährdungen und Gestaltungsansätze

Anhang mit den Expertisen

Rainer Müller

Zur Unhintergebarkeit von Leiblichkeit, Körperlichkeit bei der Gestaltung von Arbeit

Antje Ducki

Vereinbarkeit beruflicher und nicht beruflicher Anforderungen bzw. Lebenswelten – im Bereich personennaher Dienstleistungen –

Christel Kumbruck

Persönliche berufliche Qualitätsstandards im Spannungsfeld von Ökonomisierung und Professionalisierung von Pflege

Walter Punkte

Menschen stärken - Sachen klären

Erwartungskonflikte in betrieblichen Veränderungsprozessen – Psychosoziale Gesundheitsgefährdungen und Gestaltungsansätze

Der Bremer Workshop „Gesundheitsrelevante Dimensionen von Lebenswelten im Konflikt – Gefährdungen und gesundheitsförderliche Handlungsoptionen in den Betrieben“ und sein Ertrag

Guido Becke und Eva Senghaas-Knobloch

Inhalt

1. Konzept und Agenda des Workshops
 2. Zur Unhintergebarkeit von Leiblichkeit
 3. Die relationale und die lebensweltliche Forschungsperspektive
 4. Psychosoziale Gefährdungen durch Erwartungskonflikte in permanenten organisatorischen Veränderungsprozessen
 5. Psychosoziale Gefährdungen durch Vereinbarkeitskonflikte
 6. Psychosoziale Gefährdungen durch berufliche Identitätskonflikte
 7. Psychosoziale Gefährdungen durch Anerkennungs- und Reziprozitätskonflikte
 8. Das Gestaltungskonzept ‚*Organisationale Achtsamkeit*‘
 9. Schlussfolgerungen und Ausblick
- Anhang. 4 Expertisen

1. Konzept und Agenda des Workshops

Im Rahmen des Bremer Workshops „Gesundheitsrelevante Dimensionen von Lebenswelten im Konflikt - Gefährdungen und gesundheitsförderliche Handlungsoptionen in den Betrieben“ am 21. März 2014 wurden aus unterschiedlichen Fachdisziplinen der Arbeitswissenschaft psychosoziale Belastungskonstellationen und mögliche Gestaltungsansätze zu ihrer konstruktiven Bearbeitung sondiert und in ihrem Zusammenwirken analysiert. Diese Analyse des Zusammenwirkens sollte auch dazu beitragen, mögliche Widersprüche zwischen einzelnen Gestaltungsmaßnahmen zu iden-

tifizieren, denn es kommt in der betrieblichen Arbeitsrealität darauf an, konsistente Gestaltungsansätze zu entwickeln.

Den Ausgangspunkt für die interdisziplinäre Erörterung bildete Leiblichkeit als grundlegende Existenzbedingung von Menschen; Leiblichkeit impliziert Verletzlichkeit in physischer und psychischer Hinsicht. Dabei sollten die psychosozialen Belastungen und Gesundheitsrisiken in Change-Prozessen primär aus der Perspektive des sozialen Beziehungsgeschehens in Organisationen und seiner Wirkungen auf die psychisch-physische Gesundheit der Organisationsmitglieder untersucht werden.¹ Diese *relationale* Perspektive ist in der arbeitswissenschaftlichen Diskussion um psychosoziale Belastungen in (permanenten) organisatorischen Veränderungsprozessen bisher zu wenig beachtet. Sie bietet unseres Erachtens neue Impulse für die anwendungsorientierte Arbeits- und Organisationsforschung nicht nur in analytischer, sondern auch in gestaltungsorientierter Hinsicht.

Beteiligt waren ausgewiesene Expertinnen und Experten der Arbeitsmedizin, Sozialpolitik und Gesundheitswissenschaft, der Arbeits- und Organisationspsychologie sowie der betrieblichen Praxisforschung und Organisationsentwicklung. Zur Vorbereitung waren an die Workshopteilnehmer zwei Rundbriefe und das konzeptionelle Hintergrundpapier verschickt worden, in dem das konflikttheoretisch fundierte und lebensweltlich orientierte Konzept für den Workshop sowie der empirische Schwerpunkt auf soziale und personennahe Dienstleistungen dargelegt waren (siehe dazu im Folgenden die Abschnitte 3 und 4). Die vier eingeladenen schriftlichen Expertisen und Kurzreferate aus verschiedenen disziplinären Perspektiven sollten sich in ihrer Empirie beispielhaft auf **soziale** bzw. **personennahe Dienstleistungen** beziehen, um einen gemeinsamen Kontext zu haben. Mit den ExpertInnen wurde im Vorfeld des Workshops ein intensiver Austausch über Ziel und Anlage der Expertisen gepflegt. Ihre Expertisen wurden ebenfalls an alle Teilnehmenden versandt worden

1. Für die Expertise zum Thema **Leiblichkeit** wurde der Arbeitsmediziner und Soziologe Rainer Müller (Bremen) gewonnen. Bei diesem Thema geht es um Grenzen bzw. Überdehnung und Verschleiß psycho-physischer Gesundheitsressourcen und biologischer Kapazitäten in Bezug zu betrieblichen Veränderungs- und Arbeitsanforderungen). Die weiteren Expertisen² für den Workshop waren um ausgewählte zentrale

¹ Dieser Ansatz hat am Forschungszentrum Nachhaltigkeit (artec) eine Tradition, die sich in Veröffentlichungen zu achtsamen Organisationswandel (u.a. Becke et al. 2013) und zu sozialer Nachhaltigkeit (u.a. Senghaas-Knobloch 2009) manifestiert.

² Alle Expertisen finden sich im Anhang zu diesem Bericht.

Konflikte zentriert, die bei betrieblichen Change-Prozessen für gesundheitsbezogene Fragen besonders relevant sind:

2. Vereinbarkeit beruflicher mit nicht beruflichen Anforderungen / Lebenswelten (hier geht es um Passfähigkeit bzw. um Grenzkonflikte zwischen Anforderungen/Ansprüche, die aus der privaten Lebenswelt resultieren, und den betrieblich/beruflichen Leistungserwartungen. Zu dieser Fragestellung trug die Arbeits- und Organisationspsychologin Antje Ducki (Berlin) bei.

3. Persönliche berufliche Qualitätsstandards (hier geht es um Spannungen zwischen den persönlichen Vorstellungen guter Arbeit/Dienstleistung und den betriebsökonomischen Vorgaben) Diese Problemstellung wurde von der Arbeits- und Organisationspsychologin Christel Kumbruck (Osnabrück) bearbeitet.

4. Reziprozität (hier geht es um das konfliktive Verhältnis zwischen dem individuell oder kollektiv erlebten eigenen Aufwand für betriebliche Zwecke und der Wahrnehmung der dafür betrieblicherseits erhaltenen Gratifikationen/Anerkennung. Der Theologe und OE-Berater Walter Punkte (Stade) ist auf diese Problemstellung eingegangen.

Die Expertisen sollten sich mit Blick auf die drei spezifischen Konfliktfeld auf die Beantwortung folgender Leitfragen beziehen:

- a) Wie übersetzt sich das Konfliktfeld bei betrieblichen Veränderungsprozessen in psycho-soziale Gefährdungen?
- b) Was sind typische gesundheitswidrige bzw. -förderliche persönliche Bewältigungsmuster von Beschäftigten (auf verschiedenen Ebenen, inkl. Führungskräften) im Umgang mit dem Konfliktfeld?
- c) Welche Gestaltungsoptionen zur gesundheitsförderlichen Bearbeitung des spezifischen Konflikts lassen sich auf betrieblicher und überbetrieblicher Ebene identifizieren?

Der Workshop fand im Gästehaus der Universität Bremen mit 9 Teilnehmenden statt. Zur Einstimmung waren an den Wänden des Workshopsraums Plakate mit Hinweisen auf 1. die *Leitlinie zu Überwachung und Beratung bei psychischer Belastung der Nationalen Arbeitsschutzkonferenz 2012*, 2. die Ergänzung des *Arbeitsschutzgesetzes 2013*, besonders des Paragraphen 4.1 („Die Arbeit ist so zu gestalten, dass eine Gefährdung für Leben sowie die psychische Gesundheit möglichst vermieden und die verbleibende Gefährdung möglichst gering gehalten wird.“) und 3. aktuelle Krankenzustände und Arbeitsunfähigkeitstage nach Quellen der DAK angebracht, bei denen die Durchschnittswerte mit denen deutlich höheren im Gesundheitswesen bzw. in der Krankenpflege und Altenpflege verzeichnet waren.

Um der Fragestellung des Dortmunder Verbundprojekts nach Ansätzen für eine neue Interdisziplinarität in der Arbeitsforschung Rechnung zu tragen, wurden die Teilnehmenden in der *Vorstellungsrunde* gebeten, jeweils den Beitrag, den sie als Vertreter und Vertreterinnen ihrer Fachdisziplin als besonders wichtig für die Bearbeitung der im Workshop zu verhandelnden Fragen ansehen, zu benennen. Dadurch wurde für alle Teilnehmenden deutlich, welche persönlichen Relevanzkriterien im Workshop präsent waren, die zugleich auch Ansatzpunkte für ein neues Orientierungs- und Gestaltungswissen mit dem Ziel einer gesundheitsförderlichen Gestaltung organisatorischer Veränderungsprozesse bilden konnten:

Hier wurden von Seiten der Teilnehmenden aus Soziologie und Praxisforschung Konzepte der *Balance* betrieblicher Flexibilitäts- und Stabilitätsanforderungen und der *nachhaltigen Beschäftigungspolitik* für Unternehmen sowie die *Begleitung organisatorischer Veränderungsprozesse* benannt. Eine *konflikttheoretische Perspektive* auf verschiedenen Ebenen wurde als Beitrag der sozialwissenschaftlichen Arbeitsforschung betont. Als besondere Beiträge aus der Perspektive der Arbeits- und Organisationspsychologie wurden das Konzept der *Interaktionsarbeit* und die Entwicklung von *Kriterien* zu ihrer Berücksichtigung sowie der *handlungsregulationstheoretische und der stresstheoretische* Zugang vorgestellt. Eine kritische *Auseinandersetzung mit dem pathogenetischen* Schwerpunkt der Arbeitsmedizin sowie die *Beachtung von Ressourcen und subjektiven Bedeutungen* wurden aus arbeitsmedizinischer und gesundheitswissenschaftlicher Sicht hervorgehoben. Aus der Perspektive der Organisationsentwicklung galt der Nutzen des *salutogenetischen* Konzepts die *Überwindung von Mobbingproblemen* als besonders wichtiger Beitrag.

Ablauf des Workshops

- 10:00 Zusammentreffen, Begrüßung, Vorstellungsrunde und Darlegung des Rahmenkonzepts (Guido Becke, Eva Senghaas-Knobloch)
- 11:30 Zur Unhintergebarkeit von *Leiblichkeit* in beruflichen Biographien (Rainer Müller)
- 12:15 Mittagspause
- 13:00 Panel 1: *Vereinbarkeitskonflikte* zwischen Anforderungen/Ansprüchen, die aus der *privaten* Lebenswelt resultieren und den betrieblichen Leistungserwartungen (Antje Ducki) und um *Passfähigkeitskonflikte* zwischen den *persönlichen berufsprufessionellen* Vorstellungen guter Arbeit/Dienstleistung und den betrieblichen Vorgaben (Christel Kumbruck)
- 14:30 Kurzpause

14:45 *Innerbetriebliche Konflikte um Reziprozität und Anerkennung* (Walter Punke)

15:30 Kurzpause

15:45 Auswertungsrunde: Die spezifische Bedeutung der Konfliktfelder für Gesundheitsrisiken und die *Passfähigkeit der verschiedenen Lösungen/Gestaltungsoptionen* zueinander

17:15 Abschluss

Das Format des Workshops sah jeweils knappe Thesendarstellungen auf Basis der erstellten Papiere und intensive Diskussionen vor. Die Darstellung des tragenden Rahmenkonzepts ist in diesem Bericht in die Abschnitte 3 und 4 integriert.

2. Zur Unhintergebarkeit von Leiblichkeit

Den Impuls für die Diskussion zur „untilgbaren Natur der Menschen“ setzte der Arbeitsmediziner und Soziologe Rainer Müller. Er hob darauf ab, dass sich eine interdisziplinäre Erneuerung der Arbeitswissenschaft damit auseinandersetzen müsse, wie ihre beiden zentralen Traditionslinien beachtet werden können: die hermeneutische Tradition und die naturwissenschaftliche Tradition. Es sei ein grundlegendes Problem, dass eine beide Traditionslinien integrierende Anthropologie nicht vorliege. In den Subdisziplinen der Biologie sowie in hermeneutischen Subdisziplinen seien Bemühungen im Gange, theoriegeleitete und empirisch gestützte konzeptionelle Brücken zur Bestimmung der *conditio humana* zu bauen. Beispiele für diese Entwicklungen auf theoretischer wie auch angewandter Ebene seien die Psychosomatische Medizin (v. Uexküll u.a. 2011) und die Entwicklungspsychologie (Schneider, Lindenberger 2012). Für die Arbeits- und Gesundheitswissenschaften stehen entsprechende Anstrengungen noch an.

2.1 Grundlegende wissenschaftliche Zugänge zum Verständnis von Leiblichkeit

Müller vertrat die Auffassung, dass die Arbeits- und Gesundheitswissenschaften in den Rahmen von Public Health gestellt werden müssten. Er betrachtete Leiblichkeit in dem größeren Zusammenhang von Daseinskompetenz und Daseinssicherung, einem Zusammenhang, innerhalb dessen Arbeit thematisiert werden müsse. Für diese komplexere Sicht wird das Konzept von *Humanvermögen* skizziert und in diesem Zusammenhang Leiblichkeit/Körperlichkeit in einem *biopsychosozialen Modell* (siehe An-

hang³) erläutert, wobei auch dies Modell nur sehr begrenzt interdisziplinäre Intentionen erfüllen kann. Es ermöglicht aber immerhin sowohl saluto- als auch pathogenetische Deutungen für analytische und gestalterische Fragestellungen. Dies ist von besonderer Bedeutung, weil die pathogenetische Sicht in der Arbeitsmedizin bzw. in der arbeitsbezogenen Gesundheitsforschung noch immer vorherrschend sei: Stand dabei früher das Körperorgan Lunge im Vordergrund, sei es heute das Hirn. Im Folgenden werden die von Müller beschriebenen grundlegenden wissenschaftlichen Zugänge und die Diskussionsergebnisse skizziert.

Der Begriff *Humanvermögen* bezeichnet gemäß dem Bericht des Bundesministeriums für Familie und Senioren 1994 „die Gesamtheit der Kompetenzen aller Mitglieder einer Gesellschaft, d.h. all das, was das Individuum befähigt, sich in der komplexen Welt zu bewegen und sie zu akzeptieren“ (S. 28). Dazu zählen Arbeitsvermögen, Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Elternverantwortung und zum politischen und gemeinnützigen Engagement. Für die Ausbildung, Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung des Arbeitsvermögens sind Bildungseinrichtungen und konkrete berufliche Tätigkeiten die entscheidenden Orte. Menschliche Entwicklung vollzieht sich, so Müller, auf historischen und ontogenetischen Zeitebenen; die Entwicklungsprozesse geschehen in einem Möglichkeitsraum sowohl biologischer Ausstattungen als auch sozialer und kultureller Bedingungen. Individuelle Entwicklung werde wesentlich durch die personalen Lernprozesse geprägt.

Von besonderer Bedeutung für das Thema Gesundheitsgefährdungen im Arbeitsleben wurden von Müller folgende biologisch orientierte Ansätze herausgestellt:

Die **Psychoneuroimmunologie** zeigt, dass sich psychisches System und Immunsystem in ständiger Anpassung an die wechselnden Umweltbegebenheiten befinden, wobei die Anpassungsleistungen durch emotionale und immunologische Parameterfluktuationen gekennzeichnet sind. Bei einer Überforderung sind Übergänge von gesund zu krank möglich, die sich durch „kritische Fluktuationen in krankheitsassoziierten Parametern zeigen“.

Die **Epigenetik** als eine weitere wichtige biologische Forschungsrichtung „bietet Ansätze für das Verständnis genetischer Regulation von Entwicklungs- und Erkrankungsprozessen.“ In diesem Zusammenhang werden aktuell Diskussionen über eine mögliche „Vererbung von ‚sozialen Erfahrungen‘ als epigenetische Prägung“ geführt.

³ Siehe das Positionspapier Müller 2014. Alle Zitate sind dieser Expertise entnommen; entsprechend wird in den weiteren Abschnitten vorgegangen.

Die **Chronobiologie** nimmt zum Ausgangspunkt die Erkenntnis, dass das biologisch-rhythmisch strukturierte Leben der Menschen nicht unendlich plastisch und beliebig formbar ist. „ Die Rhythmen und ihre Koppelungen werden durch endogene, biologische Prozesse (innere Uhr) und über äußere Zeitgeber der Umweltperiodik, insbesondere Licht im Tag-Nachtwechsel, aber auch durch soziale Prozesse gesteuert, reguliert und synchronisiert bzw. desynchronisiert.“

Zu den leiblichen Gegebenheiten, die eine gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung berücksichtigen muss, werden von Müller hervorgehoben: Bewegungsnotwendigkeit, der zirkadiane Rhythmus, Ermüdung und Erholungsnotwendigkeit, besonders auch durch Schlaf. In der gegenwärtigen Arbeitswelt kommt dem Stresserleben eine herausgehobene Bedeutung zu. Hier können psychoneuroendokrinologische Studien über Stress und Bewältigung zeigen, dass „durch die zeitliche Strukturierung von Anforderungen in und außerhalb der Erwerbssphäre über den Tag, die Woche und länger sich eine anhaltende Aktivierung (spillover) der neuroendokrinen Reaktivität, ein anhaltend erhöhter Stresshormonspiegel, einstellt. Dies führt längerfristig zu chronischen Erkrankungen psychosomatischer Art mit Beschwerden an den verschiedenen Organen insbesondere des Herzkreislaufsystems.“ In diesen Zusammenhang gehören auch Erfahrungen des „Ausgebranntseins“.

Rainer Müller verdeutlichte diese Problematik anhand der Befunde seiner Studie über Arbeitsbedingungen von Flugbegleitpersonal (Müller, Larisch 2012). Die Wahrnehmung von Stress im Gehirn führt über zwei Signalwege (Hormonachsen) über Neuronen und das Gefäßsystem zu den Organen und Geweben. „Bei Flügen zwischen Europa und Japan bei solchen Flügen in einer biorhythmischen Phase, in der Schlaf und Erholung sein soll, kommt es zu einer Aktivierung der beiden physiologischen Stressreaktionsweisen mit einer deutlichen Erhöhung der ‚Stress-Parameter‘ und den darauf basierenden erhöhten Herzkreislauffunktionen wie Herzfrequenz und Blutdruck. Es zeigt sich bei solchen beruflichen Belastungen eine anhaltende Erhöhung der Stresshormone im Blut mit chronischer Erhöhung von Blutdruck, ein Risikofaktor psychosomatischer Art insbesondere des Herzkreislaufsystems.“

2. 2 Diskussionsertrag

Die Diskussion wurde vor allem von der Beobachtung geprägt, dass gegenwärtig Gesundheitsgefährdungen sehr stark durch technische Medien wahrgenommen werden. Fragt man, wie Gesundheitsgefährdungen im Alltag der Menschen erkannt werden, so bieten sich vier Wege an: Selbstwahrnehmung und -beobachtung, Befragen und Messen. Dabei scheint es so, dass offenbar technische Apparate zum Messen, z.B. beim Fitnesstraining, bevorzugt werden. Dort haben besonders elektronische

Geräte eine hohe Attraktivität. Messen kann dabei nicht selten zum Ersatz für die sinnliche Selbstwahrnehmung leiblicher Befindlichkeit werden (Schwitzen, Herzklopfen, Schwindel etc.). Aus psychologischer Sicht wird dieser Trend mit dem Bedürfnis nach Kontrollierbarkeit und Sicherheit erklärt, das durch Messgeräte befriedigt werde. Damit werde allerdings nur eine Scheinsicherheit gefördert. Eine gesellschaftlich sichtbare Tendenz, Fitness zur Ersatzreligion zu machen, habe damit zu tun, dass es vielfach keinen angemessenen Umgang mit der Angst vor der eigenen Endlichkeit gibt. Deutlich werde so eine gesellschaftlich-kulturell fehlende Akzeptanz sowohl von Lebendigkeit als auch von körperlichem Verfall.

Die Wahrnehmung der Leiblichkeit in der Gesellschaft allgemein ist ein zentrales Thema für die Frage nach betrieblichen Gestaltungsmöglichkeiten zur Vermeidung von Gesundheitsgefährdungen. Vor dem Hintergrund, dass es mit der Digitalisierung auch im Gesundheitswesen zu dem Phänomen der *Big Data* und den Problemen ihrer Handhabung und Kontrolle kommt, stellt sich die Forschungsfrage, wie eine gesundheitsförderliche Betriebspolitik die Rechte auf Privatsphäre und strikte Grenzen gegen Übergriffe aufstellen und bewahren kann.

3. Die relationale und lebensweltliche Forschungsperspektive

Wenn Leiblichkeit die natürliche Grundbedingtheit menschlicher Existenz ist, so ist eine soziale Grundbedingtheit die **Angewiesenheit** (Senghaas-Knobloch 2000) bzw. **Relationalität** (vgl. Donati 2011; Emirbayer 1997). Im Mittelpunkt unseres Verständnisses von psychosozialen Belastungen und Gesundheitserhalt in organisationalen Veränderungsprozessen steht eine relationale und lebensweltliche Perspektive, die bisher in der arbeitswissenschaftlichen Forschung zu Change-Prozessen kaum entwickelt ist:

Die **relationale** Perspektive nimmt in Bezug auf Change-Prozesse die sozialen Beziehungsdynamiken sowohl zwischen Management- bzw. Führungsgruppen und Belegschaftsgruppen als auch zwischen unterschiedlichen Belegschaftsgruppen in den Blick und untersucht die damit zusammenhängenden gesundheitlichen Folgen. Zwischen Management- und Belegschaftsgruppen entwickeln sich in alltäglichen Interaktionsprozessen relativ stabile, aber der Veränderung zugängliche *soziale Erwartungsstrukturen* der Reziprozität (Becke 2008), d.h. Gefüge der Gegenseitigkeit von Geben und Nehmen auf der Grundlage der prinzipiell unvollständigen, formalen Arbeitsverträge, in denen der subjektive Einsatz des Arbeitsvermögens immer unbestimmt bleibt. Die sozialen Erwartungsstrukturen der Gegenseitigkeit fördern die Herausbildung betrieblicher Anerkennungsverhältnisse und die Entstehung vertrauensbasierter sozia-

ler Tauschbeziehungen zwischen den Beteiligten. Soziale Erwartungsstrukturen der Reziprozität ermöglichen es Beschäftigten und ihren Interessenvertretungen, sozial-moralische Ansprüche an Fairness, Gerechtigkeit und Anerkennung geltend zu machen. Wenn Unternehmen die sozialmoralischen Ansprüche von Belegschaftsgruppen verletzen oder missachten, laufen sie Gefahr die für ihre Innovations- und Wettbewerbsfähigkeit zentralen sozialen Ressourcen der Loyalität und des sozialen Vertrauens einzubüßen. Damit einher geht oft auch ein Verlust an gesellschaftlicher Reputation als Arbeitgeber.

In dieser relationalen Perspektive lässt sich die Entstehung psychosozialer Belastungen von Beschäftigten dadurch erklären, dass geplanter permanenter Wandel (z.B. durch das Managementkonzept der internen Marktsteuerung) oder aber intendierte radikale Veränderungsvorhaben (Organisationstransformation) von Belegschaftsgruppen als Störung oder gar Zerrüttung des Zusammenspiels als legitim erachteter wechselseitiger Erwartungen zwischen Belegschaft und Management, also als Enttäuschung erlebt werden. Psychosoziale Belastungen sind demnach besonders dann stark ausgeprägt, wenn Belegschaftsgruppen (das können auch mittlere Führungskräfte sein) die Verletzung von Vertrauen in die Stabilität des Gefüges wechselseitiger Erwartungen als tiefgreifend erleben und das Verhältnis von Leistung und Gegenleistung als strukturell unausgeglichen zu eigenen Lasten wahrnehmen.

Diese Perspektive ist **lebensweltlich** orientiert, da sie analytisch in den Blick nimmt, wie die Veränderungen des *implizite Erwartungsgefüges* zwischen Management- und Führungsgruppen und Belegschaftsgruppen durch betriebliche Veränderungsprozesse erlebt und welche *individuellen und kollektiven Bewältigungsmuster* in der Antwort auf betriebliche Veränderungsvorhaben informell entwickelt werden (Senghaas-Knobloch 2008). Hierbei geraten auch gesundheitlich problematische Bewältigungsmuster von Beschäftigten in den Blick, die zugleich ein Spiegel betrieblicher Organisations- und Arbeitskulturen sind (siehe Becke 2014), beispielsweise Bewältigungsmuster der selbstinduzierten Überschreitung eigener Belastungsgrenzen, etwa um dynamische Zielvorgaben indirekter Marktsteuerung zu erreichen oder trotz mangelnder Zeitressourcen doch dem eigenen Anspruch auf Qualität zu entsprechen (Kumbruck, Rumpf, Senghaas-Knobloch 2010).

In der lebensweltlichen Perspektive kommen die nicht intendierten Folgen in den Blick, die durch geplante Veränderungen von Kooperation innerhalb und zwischen Belegschaftsgruppen in den *Kollegialitätsbeziehungen* entstehen und sich gesundheitlich auswirken können. Ebenso werden in der lebensweltlichen Perspektive die sozialen und gesundheitlichen Folgen sichtbar, die sich aus geplanten Change-Initiativen für die *außerbetrieblichen Lebenswelten* von Beschäftigten ergeben. Hier-

bei geht es uns vor allem um die Frage, inwiefern betriebliche Veränderungsvorhaben die notwendigen Ressourcen von Beschäftigten beeinträchtigen, um ihren außerbetrieblichen Sorgeverpflichtungen (Careaufgaben) nachkommen zu können.

Sorgeaufgaben/Caretätigkeiten werden von uns als Tätigkeiten zur Befriedigung lebensnotwendiger und damit unabweislicher menschlicher Bedürfnisse und biologischer Lebensprozesse verstanden (Senghaas-Knobloch 2008a, 54ff). *Care* verstanden als fürsorgliche Praxis ist ebenso wie *soziale Erwartungsstrukturen* ein Konzept, das die menschliche Beziehungshaftigkeit (Relationalität) als Existenzbedingung in den Blick nimmt, wobei die verletzte Person im Mittelpunkt steht. Unser Verständnis von Sorgeaufgaben orientiert sich an der Leitidee, dass Menschen ein Recht haben, fürsorgliche Tätigkeiten für andere auszuüben, für sich selbst zu sorgen und auch Fürsorge zu empfangen. Betriebliche Veränderungsvorhaben rufen oft „*Grenzkonflikte*“ (Peter 2008) zwischen Anforderungen der Erwerbsarbeit in Organisationen einerseits und den lebensweltlich geprägten Care-Orientierungen der beschäftigten Frauen und Männer andererseits hervor (Senghaas-Knobloch 2011). Diese Konflikte bilden eine bedeutsame Quelle psychosozialer Belastungen für Beschäftigte; zugleich erhöhen sie das Risiko unzureichender Care-Beziehungen zwischen Beschäftigten und den ihnen anvertrauten Kindern, kranken oder zu pflegenden Angehörigen.

Ausgehend von der Problematik, dass in betrieblichen Veränderungsvorhaben das Gefüge wechselseitiger sozialer Erwartungen gestört wird und zu einer neuen Balance finden muss, wurde am Forschungszentrum Nachhaltigkeit (artec) der Universität Bremen das forschungsbasierte **Gestaltungskonzept ‚organisationale Achtsamkeit‘** (zu Details siehe Abschnitt 8) entwickelt und betrieblich erprobt (Becke et al. 2013). Dieses Gestaltungskonzept zielt darauf ab, die Handlungskapazität von Unternehmen und ihrer Träger (d.h. Führungskräfte, betriebliche Interessenvertretungen und Belegschaftsgruppen) zur Selbstbeobachtung und -reflexion in Veränderungsprozessen zu erhöhen und zu stärken. Das Gestaltungskonzept konzentriert sich auf die konstruktive Bearbeitung *ungeplanter Folgen* geplanter Veränderungen für die Entwicklungsfähigkeit von Unternehmen, wenn der soziale Zusammenhalt gestört, die Ausübung von Kernaufgaben beeinträchtigt und die für die Regeneration entscheidenden gesundheitlichen Ressourcen der Organisationsmitglieder eingeschränkt sind. Mit Blick auf psychosoziale Gesundheitsgefährdungen durch betriebliche Veränderungsvorhaben hat das *Konzept der organisationalen Achtsamkeit* in geplanten Change-Projekten eine doppelte Bedeutung:

- Zum einen geht es darum, systematisch für die Gesundheit von Erwerbstätigen in betrieblichen Kontexten Sorge zu tragen.

- Zum anderen geht es um den Erhalt / die Regeneration der sozialen Ressourcenbasis von Unternehmen, wie Loyalität, soziales Vertrauen und soziale Anerkennung, die ihrerseits für die Innovations- und Wettbewerbsfähigkeit von Unternehmen ebenso relevant sind wie für die psychosoziale Gesundheit der Beschäftigten.

4. Psychosoziale Gefährdungen durch Erwartungs- und Grenzkonflikte in permanenten organisatorischen Veränderungsprozessen

Die relationale und lebensweltlich orientierte Forschungsperspektive ermöglicht eine konzeptionelle Neurahmung psychosozialer Gesundheitsgefährdungen als Ausdruck von Erwartungskonflikten. Dies bedeutet, dass psychosoziale Gesundheitsgefährdungen bei permanenten organisatorischen Veränderungen, wie Arbeitsintensivierung, erlebte Arbeitsplatzunsicherheit oder aber symbolische und materielle Anerkennungsdefizite, erklärt werden können durch eine von Beschäftigten oder Führungskräften erlebte Störung oder Erschütterung organisationsinterner sozialer Erwartungsstrukturen. Soziale Erwartungsstrukturen werden verstanden als „das sozial situierte und innerhalb einer relativ dauerhaften Interaktionsgeschichte hervorgebrachte und sich verändernde lebensweltlich geprägte wechselseitige Erwartungsgefüge zwischen betrieblichen Akteursgruppen“ (Becke 2008: 399). Dieses Erwartungsgefüge ist heterogen, da Belegschafts- und Führungskräftegruppen in Unternehmen je nach erlebter Zugehörigkeit unterschiedliche Erwartungen entwickeln können, z.B. aufgrund der unterschiedlichen Dauer der Betriebszugehörigkeit, der sozialen Zugehörigkeit zu bestimmten organisationsinternen Arbeits- und Professionskulturen oder aber zu Generations- und Geschlechtergruppen.

Für solche betriebshistorisch entstandenen und sich verändernden Erwartungsgefüge sind nicht nur formal dokumentierte Erwartungen zwischen Unternehmen und Belegschaftsgruppen relevant, wie sie etwa in Betriebsanweisungen, Arbeitsverträgen, Betriebsvereinbarungen oder in Qualitäts- und Umweltmanagementsystemen fixiert sind. Mindestens ebenso bedeutsam für diese komplexen sozialen Erwartungsgefüge sind implizite Erwartungen zwischen der Unternehmensseite und ihren Repräsentanten und Repräsentantinnen auf der einen Seite und Belegschaftsgruppen auf der anderen Seite. Solche impliziten Erwartungen beziehen sich beispielsweise auf informelle Senioritätsrechte langjähriger Beschäftigter oder eingespielte, nicht formalisierte Formen des Gebens und Nehmens zwischen Management und Belegschaftsgruppen, z.B. die Flexibilitätsbereitschaft von Beschäftigten zu ungeplanten Überstunden und bedarfsorientierter Mehrarbeit, wenn den Beschäftigten hierfür flexible Auszeiten für

die Regelung privater Angelegenheiten gewährt werden, ohne dafür Urlaub anmelden zu müssen. Dieses Erwartungsgefüge weist neben der vertikalen auch eine horizontale Dimension auf, die sich auf die wechselseitigen Erwartungen zwischen Belegschaftsgruppen bezieht. Solche impliziten Kollegialitätserwartungen können sich im Laufe der Zusammenarbeit in und zwischen verschiedenen Belegschaftsgruppen herausbilden (Bachmann 2014). Hierbei geht es beispielsweise um die gewährte wechselseitige Unterstützung zur Bewältigung eines hohen Arbeitsanfalls oder um Rücksichtnahme bei zeitweiligen Leistungseinschränkungen (Senghaas-Knobloch, Nagler, Dohms 1996, S. 117ff).

Soziale Erwartungsstrukturen vermitteln den Mitgliedern einer Organisation immer auch Orientierung darüber, wie sie bestimmte Ereignisse und Handlungsweisen anderer Akteure innerhalb der Organisation einordnen können. Sie bieten Organisationsmitgliedern darüber hinaus Erwartungssicherheit, die unter anderem entlastendes Routinehandeln ermöglicht. Radikale Organisationsveränderungen werden von Belegschaftsgruppen häufig als Erschütterung sozialer Erwartungsstrukturen erlebt, die emotional negative Reaktionen, wie Ängste und Verunsicherung oder Erwartungstäuschungen hervorrufen und psychosozialen Stress verursachen können (siehe auch Ducki 2014). Im Rahmen permanenter organisatorischer Veränderungen, etwa infolge einer internen Marktsteuerung von Unternehmen, drohen die sozialen Erwartungsgefüge ihre relative Stabilität und damit auch ihre soziale Funktion der Vermittlung von Orientierung und Erwartungssicherheit einzubüßen. In einem solchen durch permanenten Wandel geprägten Organisationsklima nehmen daher die Verunsicherung von Organisationsmitgliedern und der psychosoziale Stress (siehe hierzu Köper 2012) merklich zu.

Aus gestörten Erwartungsstrukturen können psychosoziale Gesundheitsgefährdungen in organisatorischen Veränderungsprozessen entstehen, wenn im Erleben von Belegschaftsmitgliedern und -gruppen solche Widersprüche zwischen betrieblichen Anforderungen, bzw. Erwartungen auf der einen Seite und Erwartungen, bzw. Ansprüchen der Beschäftigten auf der anderen Seite auftreten, die sich nicht durch verfügbare individuelle, soziale oder organisatorische Ressourcen bewältigen lassen. Wir gehen davon aus, dass in organisatorischen Veränderungsprozessen solche Widersprüche empirisch identifiziert und typisiert werden können, die zur Entstehung psychosozialer Überforderungen und Gesundheitsgefährdungen maßgeblich beitragen. Es handelt sich dabei um die folgende, noch weiter empirisch zu untersuchende **Typologie von Erwartungs- und Grenzkonflikten:**

- *Integrationskonflikte:* Diese richten sich auf die Frage der sozialen Zugehörigkeit in organisatorischen Veränderungsprozessen, wie den innerbetrieblichen

Umgang mit Leiharbeitnehmern, die sozialen Beziehungen zwischen jüngeren und älteren oder aber zwischen langjährigen und neueren Beschäftigten. Integrationskonflikte verweisen auf den Widerspruch zwischen den Bedürfnissen von Organisationsmitgliedern und Belegschaftsgruppen nach sozialer Zugehörigkeit in Unternehmen und Organisationen als erlebter „betrieblicher Sozialordnung“ (zum Konzept: siehe Kotthoff/Reindl 1990) und der Redefinition sozialer Zugehörigkeitsgrenzen in betrieblichen Veränderungsvorhaben. Derartige Redefinitionsprozesse sozialer Zugehörigkeit können sich auf die formale Mitgliedschaftsrolle von Organisationsmitgliedern beziehen; sie können auch eine informelle Dimension aufweisen. In solchen Fällen geht es um die Zugehörigkeit von Organisationsmitgliedern zu bestimmten Arbeitskulturen oder Teilkulturen in Organisationen (Senghaas-Knobloch, Nagler, Dohms 1996). Integrationskonflikte können auftreten, wenn seitens des Managements in Veränderungsprozessen bestimmte Belegschaftsgruppen, besonders hervorgehoben bzw. bevorzugt und andere, wie Leiharbeitnehmer, abgewertet werden (Kraemer/Speidel 2004). Die informelle Redefinition sozialer Zugehörigkeit geht nicht notwendigerweise mit einer Redefinition formaler Mitgliedschaftsrollen einher. So können Integrationskonflikte auch emergent entstehen, z.B. als Kollegialitätskonflikte zwischen Beschäftigten, die neue bzw. erhöhte Leistungserwartungen in Change-Vorhaben akzeptieren und sich zu eigen machen, und Beschäftigten, die sich diesen auf unterschiedliche Weise zu widersetzen oder zu entziehen suchen (Becke 2008; Hürtgen 2013). Integrationskonflikte werden vor allem als in psychosozialer Hinsicht belastend erlebt, wenn Beschäftigte bzw. bestimmte Belegschaftsgruppen sich mit sozialer Ausgrenzung oder sozialer Abwertung konfrontiert sehen (Becke 2002). Soziale Ausgrenzung und Missachtung bilden psychosoziale Stressoren und Gesundheitsgefährdungen, die gerade mit Blick auf permanente Veränderungsprozesse noch näher zu untersuchen wären. In unserem Workshop wurden soziale Integrationskonflikte aus zeitlichen Gründen nicht vertiefend erörtert. Sie weisen allerdings stärkere Überschneidungen zu Reziprozitäts- und Anerkennungskonflikten auf.

- *Reziprozitäts- und Anerkennungskonflikte*: Diese beziehen sich auf die subjektiven wie kollektiven Wahrnehmungen und Bewertungen von Beschäftigten in Bezug auf das erwartete Verhältnis zwischen ihrem geleisteten Arbeitsengagement (Leistung) und den dafür erhaltenen Gegenleistungen im Sinne von materieller wie immaterieller Anerkennung in organisatorischen Veränderungsprozessen (siehe auch Punkte 2014). Zu diesem Konflikttypus liegt bereits eine Vielzahl von empirischen Studien vor, deren theoretisch-konzeptioneller Ausgangspunkt das Modell der *beruflichen Gratifikationskrisen* bildet (vgl. Siegrist 1996; Peter 2010). Dieses Modell hilft auch die Entstehung psychosozialer

aler Gesundheitsgefährdungen in betrieblichen Veränderungsvorhaben zu erklären, wie seine wiederholte empirische Anwendung und Bestätigung ein-drucksvoll unter Beweis stellt (vgl. Dragano 2007; Dragano/Siegrist 2006). Es stellt allerdings vor allem auf die individuellen Wahrnehmungen und Bewer-tungen von Beschäftigten ab und differenziert damit nicht hinreichend nach (betrieblichen oder subbetrieblichen) Arbeits- und Berufskulturen bzw. hete-rogenen Belegschaftsgruppen. Das Modell bezieht überdies auch nicht den möglichen grundlegenden Wandel betrieblicher Anerkennungsverhältnisse im Zuge permanenten Organisationswandels und der Ökonomisierung von Arbeit ein, wonach Anerkennung in stärkerem Maße zu einem flüchtigen, an den ökonomischen Erfolgsbeitrag von Individuen und Belegschaftsgruppen gebun-denen Phänomen wird (vgl. hierzu Voswinkel 2005).

- *Berufliche Identitätskonflikte*: Sie verweisen auf den Widerspruch zwischen beruflichen Qualitätsvorstellungen und Handlungsorientierungen von Beschäftig-ten auf der einen Seite und betrieblichen Leistungserwartungen in organisato-rischen Veränderungsprozessen auf der anderen Seite. Ein Beispiel hierfür bil-den betriebliche Erwartungen an eine selbstgesteuerte Ökonomisierung des Arbeitshandelns von Beschäftigten zu Lasten ihrer professionellen Orientie-rungen. In solchen Fällen lässt sich ein berufskulturell geprägtes Arbeitsethos (z.B. sich in der beruflichen Pflege den Gepflegten mit hinreichend Zeit wid-men zu können) oft nur erschwert, verkürzt oder gar nicht mehr aufrechterhal-ten. Beschäftigte und ihre Führungskräfte, die in permanenten Veränderungs-prozessen – wie dies bei beständigem Ökonomisierungsdruck auf soziale Dienstleistungen der Fall ist – an sich selbst berufliche Identitätskonflikte erle-ben, neigen oft zu in gesundheitlicher Hinsicht problematischen Bewälti-gungsmustern (vgl. Kumbruck 2014). Sie schädigen ihre Gesundheit, wenn sie z.B. versuchen, ihre eigenen Ansprüche an eine qualitätsorientierte, gute Ar-beit durch eine informelle Ausweitung von Arbeitszeiten aufrechtzuerhalten. Diese Informalisierung von Arbeitszeiten kann ihre psycho-physische Erho-lungsfähigkeit beeinträchtigen; Erholungsunfähigkeit ist zugleich ein Prädiktor für das Entstehen von Burnout (Gerlmaier 2006). Das Gefühl, unter hohem Ökonomisierungsdruck den eigenen beruflichen Ansprüchen in der Arbeit nicht mehr gerecht werden zu können, kann in einen Zustand der psycho-physischen Erschöpfung münden (siehe Burisch 2006). Solche Überforde-rungsgefühle können ein Arbeitshandeln begünstigen, dass beispielsweise so-gar eine potenzielle gesundheitliche Schädigung von anvertrauten Pflegebe-dürftigen in Kauf nimmt (vgl. Kumbruck 2014; Kumbruck/Senghaas-Knobloch 2014), indem eine Bewältigungsstrategie der „Depersonalisierung“ entwickelt wird.

- *Vereinbarkeitskonflikte*: Diese beziehen sich auf die aus Sicht von Beschäftigten bedrohte Vereinbarkeit der Anforderungen in der Sphäre der Erwerbsarbeit einerseits und der außerbetrieblichen Tätigkeitsräume der privaten Lebensführung andererseits (vgl. Fenzl/Resch 2005). Da bei diesem spezifischen Erwartungskonflikt Anforderungen aus unterschiedlichen sozialen Sphären miteinander in Konflikt geraten, handelt es sich hierbei zugleich um einen Grenzkonflikt. Derartige Grenzkonflikte betreffen allererst Frauen und wurden mit Blick auf permanente Veränderungsprozesse bisher nur ansatzweise untersucht. Sie entstehen in Abhängigkeit von Veränderungen des Arbeitsvertrags, der Arbeitszeit, der Aufgabe und des Arbeitsorts (siehe Ducki 2014). Dies lässt sich anhand der Veränderung von Arbeitsaufgaben in organisatorischen Veränderungsprozessen veranschaulichen:

Insgesamt zeigen Forschungsbefunde, dass in radikalen und in permanenten Veränderungsprozessen die von Beschäftigten erlebten tief greifenden Störungen sozialer Erwartungsstrukturen und die damit verbundenen Erwartungs- und Grenzkonflikte als psychosoziale Gesundheitsgefährdungen wirksam werden können. Sie können nicht nur die Gesundheit und mittel- bis langfristig die Beschäftigungsfähigkeit von Mitarbeitenden direkt beeinträchtigen. Vielmehr birgt eine Nicht-Bearbeitung dieser Konflikte auch Gefahren in sich, dass die betriebliche Sozialintegration und die Loyalitätsbindung heterogener Belegschaftsgruppen merklich beeinträchtigt werden, was zusätzliche Gesundheitsgefährdungen mit sich bringen kann. Es bedarf daher in allen (radikalen und permanenten) organisatorischen Veränderungsprozessen der Beachtung damit einher gehender Gesundheitsgefährdungen sowie einer Verknüpfung von Änderungsprozessen mit Gesundheitsförderung und der Neuentwicklung möglichst ausbalancierter sozialer Erwartungsstrukturen, wie in den folgenden Abschnitten zu drei Konflikttypen dargelegt wird.

5. Psychosoziale Gesundheitsgefährdungen durch Vereinbarkeitskonflikte

Vereinbarkeitskonflikte sind erst in den letzten zwei Jahrzehnten verstärkt in den Blickpunkt der gestaltungsorientierten Arbeitsforschung gerückt (Kurz-Scherf et al. 2005; siehe auch Heiden, Jürgens 2013), wenngleich sie in der Frauenforschung seit den 1980er Jahren untersucht wurden. Das verweist auf grundlegenden gesellschaftlichen Wandel, der sich in den veränderten Ansprüchen von Frauen auf eine selbstbestimmte berufliche Biographie (Kocher 2013) ebenso wie in den arbeits- und sozialpolitisch verallgemeinerten Anforderungen im Rahmen der EU manifestiert, dass Männer und Frauen ihren Unterhalt gleichermaßen in allen Lebensphasen durch Erwerbs-

arbeit verdienen sollen (Senghaas-Knobloch 2011). Vereinbarkeitskonflikte stellen sich daher in erster Linie als Grenzkonflikte dar, denn noch sind soziale Erwartungen in diesem Konfliktfeld einseitig von Anforderungen der Unternehmen her geprägt; die Beschäftigten müssen individuell versuchen, eine Vereinbarkeit zwischen diesen Anforderungen und den Anforderungen der außerbetrieblichen lebensweltlichen Verpflichtungen herzustellen.

In ihrem Impulsvortrag für die daraus entstehenden Konflikte und Gesundheitsgefährdungen stellte Ducki aus handlungstheoretischer Sicht (Resch 2002) heraus, dass die Vereinbarkeit zwischen Verpflichtungen in Haushalt und Familie auf der einen Seite und Berufsleben auf der anderen Seite grundsätzlich eine hohe Anforderung an die Koordination von notwendigen Handlungsrouninen darstellt. Das Gelingen ist an immer wieder zu sichernde Voraussetzungen geknüpft. Das ist auch ohne betriebliche Veränderungen ein ständiger Balanceakt. Wenn betriebliche Veränderungsvorhaben dazu kommen, wird diese Koordinationsaufgabe allerdings sehr viel schwieriger. Betriebliche Veränderungsvorhaben können sich auf strukturelle und personelle/soziale Dimensionen beziehen. Zu den strukturellen zählen Veränderungen der Vertragsverhältnisse, der Arbeitsaufgabe, der Arbeitszeit oder des Arbeitsortes; zu den sozialen Veränderungsdimensionen gehören personelle Änderungen und Änderungen der Unternehmenskultur (Ducki 2012; 2014).

Stress wird insbesondere in „Phasen der Vulnerabilität“ erzeugt, d.h. wenn bisher praktizierte Handlungsrouninen nicht mehr greifen, aber noch keine neuen herausgebildet werden konnten. In diesen Phasen werden Gewicht und Intensität der Handlungsunsicherheit verstärkt, es wird ein hoher Zusatzaufwand für die Aufgabenerfüllung benötigt, und es können sich Gefühle der Insuffizienz ausbilden. Relevante Einflussfaktoren auf diese Situation sind nach Ducki auf der Ebene der Handlungsorganisation:

Vorhersehbarkeit (vorhersehbare Flexibilität, verstanden als freie Gestaltbarkeit), Kontrollierbarkeit, Sinnhaftigkeit, praktische Unterstützungsangebote sowie Struktur und die Anforderungen in den außerberuflichen Handlungsbereichen. Als individuelle Ressourcen zur Bewältigung zählen (häufig geschlechtsspezifisch geprägte) Vorstellungen zu guter Erziehungsarbeit, Leistungs- und Verausgabungsbereitschaft, Alter, Qualifikationsstand, Persönlichkeitsmerkmale (Ängstlichkeit, Humor, Optimismus, Offenheit) und die individuelle Resilienz.

Mit Blick auf Bewältigungsformen hebt Ducki zwei Ebenen hervor: die der Handlungsorganisation (z.B. Koordinierbarkeit der verschiedenen Handlungsbereiche in Beruf und Familie) und die der Emotion(skontrolle) sowie Kognition (so vor allem ne-

gative Emotionen wie Sorge und Angst bei Zielkonflikten. Je höherwertig die Ziele sind und je länger Zielkonflikte andauern, desto wahrscheinlicher sind gesundheits-schädliche Auswirkungen. Das ist z. B. der Fall bei den als illegitim erachteten Aufga-ben im beruflichen Handeln und dem Gefühl, die berufliche Identität zu verlieren.

Als übergeordnete Gestaltungsoption zur Vermeidung und Überwindung von psycho-sozialen Gesundheitsgefährdungen in betrieblichen Veränderungsprozessen plädiert Ducki für geeignete Maßnahmen zur strukturellen, sozialen und emotionalen Sicher-heit. Dazu bedarf es auf Seiten des Betriebs der Transparenz und frühzeitigen Infor-mation, der Erhebung von Bedürfnissen der Beschäftigten und ihrer Adressierung, des Aufbaus einer fürsorglichen/achtsamen Unternehmenskultur, einer *gestuften* Vorgehensweise und einer konkreten Unterstützung durch Qualifizierung. Um den je spezifischen Gegebenheiten der Belegschaftsmitglieder Rechnung zu tragen, sollten individuelle Beratungen und lebensphasenspezifischer Unterstützungsangebote ge-macht werden. Es gelte gesundheitsförderliche Verhaltensweisen zu fördern, die „da-rauf ausgerichtet sind, die Handlungsfähigkeit in beiden Lebensbereichen auch unter veränderten Bedingungen zu erhalten oder zu erhöhen.“ Eine gute Atmosphäre, in der auch Humor einen Platz hat, könne dazu beitragen.

5.1 Die Bedeutung von Unternehmensgrößen und Führungskulturen im Zusammenhang mit psychosozialen Gesundheitsgefährdungen

In der Diskussion zum Impulsvortrag über Vereinbarkeitskonflikte als Gesundheitsge-fährdungen gab es eine Übereinstimmung darüber, dass die Größe der Belegschaft eines Unternehmens und dessen Stellung im Rahmen eines Konzerns von entschei-dender Bedeutung dafür sind, wie sensibel die Leitungsverantwortlichen für das Thema Vereinbarkeitskonflikte sind oder sein können. Allerdings muss auch die grundlegende Personalstrategie beachtet werden. Ein (sehr) kleiner Betrieb kann den zeitweiligen Ausfall auch nur einer einzigen Person schwer ausgleichen; auf ein gutes internes Betriebsklima ist er aber grundlegend angewiesen. Hier kommt es auf best-mögliche kollegiale Kooperation an, die die einzelnen nicht überfordert. Oft findet sich in der Geschäftsführung eine Achtsamkeit für die Belange der Belegschaftsmit-glieder. Es finden sich also einerseits eine Sensibilität für persönliche Probleme der Mitarbeitenden, andererseits aber auch relativ enge, betriebliche Grenzen, um ihnen entgegenkommen zu können.

In großen Unternehmen gibt es im Prinzip mehr Spielräume für ein Entgegenkommen von Seiten der Führungskräfte und für Personalausgleich, allerdings auch nur, wenn dazu Bereitschaft besteht und die Unternehmenskultur dem nicht entgegensteht.

Zudem ist zu beachten, wie die Belegschaft intern formal differenziert ist. Wenn beispielsweise scharfe Trennungen zwischen prekär Beschäftigten und Stammbeschäftigten bestehen, ist anzunehmen, dass am wenigsten die prekär Beschäftigten Rücksichtnahme auf ihre Vereinbarkeitsprobleme erwarten können. Wenn die Personalstrategie darin besteht, die prekär Beschäftigten eher zu wechseln als gute Lösungen für Vereinbarkeitskonflikte zu finden, werden Vereinbarkeitskonflikte und mit ihnen die möglichen Gesundheitsgefährdungen und -kosten externalisiert.

5.2 Zur Erkennbarkeit psychosozialer Gesundheitsgefährdungen bei Vereinbarkeitskonflikten

Zeitliche Überlastungen sind bei Vereinbarkeitskonflikten besonders häufig. Mögliche Gesundheitsgefährdungen durch Vereinbarkeitskonflikte, die typische Grenzkonflikte (s. o.) sind, können an einer steigenden betrieblichen Krankheitsquote und einer starken oder wachsenden Fluktuation von Beschäftigten erkannt werden. Auch eine schweigende Insichgekehrtheit kann Anzeichen für eher unbewusste Prozesse bei der Bewältigung von Vereinbarkeitskonflikten sein und auf eine reduzierte Erholungsfähigkeit hindeuten, die zum Beispiel durch gedankliche „Daueraktivität“, weniger Schlaf und reduziertes „Unwinding“ über einen längeren Zeitraum entsteht (Ducki 2014).

Da in personennahen Dienstleistungsberufen die Identifikation mit der beruflichen Tätigkeit besonders stark ist, gehen betriebliche Restrukturierungen aufgrund von Ökonomisierung häufig mit Sinnverlusten einher, wenn Aufgaben durch Arbeitsverdichtung anders als gemäß den eigenen ethischen Ansprüchen vollführt werden müssen. Wenn als Zusatz- oder Randaufgaben verstandene Tätigkeiten dazu führen, dass berufliche Kernaufgaben hintangestellt werden müssen, so werden diese als „illegitime“ Aufgaben wahrgenommen, da sie nicht zum professionellen Selbstverständnis der Person zählen. Dies geht mit wachsender Unzufriedenheit und bei Arbeitsverdichtung auch mit zunehmender Gereiztheit und Erschöpfung einher (Semmer et al. 2010), so dass die beruflichen Aufgaben nicht klientengetreu erfüllt werden, aber auch die Aufgabenerfüllung im privaten Familienbereich leidet.

5.3 Gestaltungsoptionen bei psychosozialer Gesundheitsgefährdungen durch betriebliche Vereinbarkeitskonflikte

Nach Ducki sollten die Veränderungen gestuft erfolgen und in enger Beteiligung der Belegschaftsmitglieder, um so im Sinne der Salutogenese das Kohärenzempfinden der Beschäftigten zu stärken. Eine gesundheitsstabilisierende Wirkung haben Maßnahmen zur Grenzsetzung insbesondere in den dynamischen Phasen von betrieblichen Veränderungsvorhaben. Dies sind für die Beschäftigten „vulnerable“ Phasen, also

wenn die Handlungssicherheit der Beschäftigten durch die Veränderungen verloren gegangen ist. Auf der Ebene der Personalführung mache dies personenbezogene Informationen zu den Auswirkungen von Veränderungen erforderlich. Das setzt auch voraus, dass die Betroffenen sich öffnen können und wollen.

Gute Maßnahmen zeichnen sich dadurch aus, dass es sich um „Maßnahmenbündel“ handelt, die sowohl *strukturelle als auch soziale Maßnahmen* miteinander kombinieren und dabei die Besonderheiten der jeweiligen Lebensphase und der damit verbundenen Anforderungskonstellationen angemessen berücksichtigen. So seien für junge Väter und Mütter wahrscheinlich flexible Arbeitszeiten und qualitativ hochwertige Betreuungsangebote für Kinder gute Angebote, während für ältere Mitarbeiter/innen, die Eltern zu betreuen haben, Teilzeit oder kurzfristige „sabbaticals“ hilfreich sein könnten. GleichermäÙe müssten Weiterbildungsangebote gemacht werden. Für Personen mit hohen Vereinbarkeitserfordernissen sollten *individuelle Beratungen* angeboten werden. Im Fokus aller Maßnahmen sollte die Ressourcenstärkung stehen.

In der Diskussion wurde herausgestellt, dass es zunächst darauf ankommt, Vereinbarkeitskonflikte überhaupt offiziell wahrzunehmen; dazu sind für die unterschiedlichen Typen von Unternehmen auch verschiedene *Wahrnehmungshilfen* wichtig, die als Warnsystem fungieren können, denn lautstarke Empörung ist eher selten. Denkbar sind Verfahren wie ein *Achtsamkeitsradar* und *strukturierte Dialoge* (siehe unten Punkt 8), je angepasst an die verschiedenen Unternehmenstypen, insbesondere mit Blick auf die Stellung des Betriebs in der Konzernhierarchie.

Besonders ergiebig könnte es sein, die Praxis kleiner Betriebe (so im Handwerk) auf ihre Sensibilität und bereit gestellten Maßnahmen und Lösungen für Vereinbarkeitskonflikte anzusehen und dabei die Unternehmerinnen und die Frauen von Unternehmern besonders im Blick zu haben. ErfahrungsgemäÙ bringen diese häufig innovative Perspektiven ein und im betrieblichen Alltag auch zur Geltung (sie nehmen also Einfluss auf das Betriebsklima, siehe dazu Punkt 7).

Da sich im Bereich der Vereinbarkeit der gesellschaftlich-politische Wandel bemerkbar macht, insofern als auch Väter das Recht auf Elternteilzeit haben und ein Interesse zeigen, Sorgetätigkeiten in der Familie oder im nahen Umfeld auszuüben, könnten vereinbarkeitssensible Unternehmen bei der Gewinnung von Fachpersonal punkten. Dies kann die Bewusstseinsbildung bei Führungskräften für die betriebliche Bedeutung von Vereinbarkeitskonflikten erleichtern.

Mit Blick auf Grenzkonflikte in betrieblichen Veränderungsvorhaben ist das Bewusstsein für Überforderung der Beschäftigten und die Notwendigkeit, gestuft vorzugehen

sowie individuelle Bedürfnisse zu kennen und zu beantworten, immer noch unausgebildet. Auf jeden Fall kommt es innerbetrieblich auf Auswege aus der „Gerechtigkeitsfalle“ (Punke) an, wenn ein wahrgenommener Vorteil für eine bestimmte Gruppe (z.B. bei der Dienstplangestaltung) von anderen Gruppen als ungerecht empfunden wird. So könnte beispielsweise eine Entspannung gelingen, wenn Eltern von kleinen Kindern und erwachsene Kinder pflegebedürftiger Eltern die Gemeinsamkeit ihrer Bedürfnisse auf mittlere Sicht erkennen.

6. Psychosoziale Gesundheitsgefährdungen durch berufliche Identitätskonflikte

Vereinbarkeitskonflikte gerade im beruflichen Bereich der sozialen und personennahen Dienstleistungen sind oft unmittelbar mit beruflichen Identitätskonflikten verbunden (siehe oben 5). In ihrem Impulsvortrag stellte Christel Kumbruck berufliche Identitätskonflikte am Beispiel der Pflege in einem Spannungsfeld zwischen subjektiven Qualitätsansprüchen, objektiven Ökonomisierungstendenzen bei den sozialen personennahen Dienstleistungen und den Tendenzen ihrer Professionalisierung vor. Qualitätsansprüche in der Pflege sind traditionell von einem Ethos fürsorglicher Praxis geprägt (Senghaas-Knobloch, Kumbruck 2008; Kumbruck 2009), in der eine Haltung des situativen Eingehens auf individuelle, psychische Bedürfnisse, der Achtsamkeit auf körperliche Zeichen, des sensiblen Umgangs und der Achtung personaler Würde zum Ausdruck gebracht wird.

Im Zuge gleichzeitiger Ökonomisierung und Professionalisierung der Pflegeberufe wurden Qualitätsmessungen eingeführt, die aber den eigenen Qualitätsanspruch der Pflegekräfte an gute Pflegebeziehungen nicht umfassen. Dabei sind dies keineswegs Ansprüche, die gewissermaßen privat sind, sondern sie entsprechen den Wünschen der Patienten und Pflegebedürftigen. Die dem Ethos entsprechenden Handlungen und Haltungen sind allerdings schwer in formale Qualitätskriterien zu fassen. Da in den neuen ökonomischen Rahmenbedingungen das Pflegepersonal reduziert und die Arbeitsintensität erhöht werden, geraten die persönlichen Qualitätsansprüche der Pflegekräfte in ein Dilemma.

Zur Bewältigung dieses Dilemmas sind Strategien denkbar; sie werden in empirischen Befunden sichtbar (Kumbruck et al 2010; Kumbruck, Senghaas-Knobloch 2014), die entweder auf Kosten der Pflegekraft oder des Patienten oder der organisationsseitigen Anforderungen an gute Pflege gehen (Dokumentation). Gesundheitsrisiken entstehen bei allen drei Bewältigungsformen:

- sei es durch einen Angriff auf das Selbstwertgefühl der Pflegekräfte, einer Sinnkrise oder Selbstüberforderung der Pflegekräfte,
- sei es durch einen Verlust von Empathie bzw. emotionaler Erschöpfung und Gratifikationskrisen,
- sei es durch die Entstehung von Zynismus einzelner Pflegekräfte oder als Betriebskultur und der Abwehr sog. illegitimer Aufgaben, die aber für eine gute Pflegepraxis notwendig sein können.

6.1 Erkennbarkeit psychosozialer Gesundheitsgefährdungen durch berufliche Identitätskonflikte

Ebenso wie im Fall der Vereinbarkeitskonflikte stellen erhöhte Krankenstandwerte und Arbeitsunfähigkeitstage ein erstes Signal für Gesundheitsgefährdungen durch berufliche Identitätskonflikte dar. „Im Gesundheitsreport 2013 der DAK werden für 2012 Krankenstandwerte im Gesundheitswesen von 4,4 % gegenüber DAK Gesamt von 3,8 % ausgewiesen, sodass das Gesundheitswesen die Branche mit dem höchsten Krankenstand war“ (Kumbruck 2014); gemäß dem DAK-BGW Gesundheitsreport 2005-2006 waren wesentliche Ergebnisse sind, dass Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychische Störungen eine besonders wichtige Rolle spielen und häufig im Zusammenhang mit Belastungen stehen, die sich durch geeignete betriebliche Präventionsmaßnahmen grundsätzlich reduzieren ließen⁴. Um psychosoziale Gesundheitsgefährdungen in den Einrichtungen und Abteilungen des Gesundheits- und Sozialwesens im Zusammenhang mit beruflichen Identitätskonflikten zu erkennen, ist es nötig, die je dominante Arbeitskultur (zum Konzept siehe Senghaas-Knobloch 2008a, S. 131ff) vor allem mit Blick auf Qualitätsvorstellungen von Pflege und Bewältigungsformen zu entziffern. Eine solche Analyse muss auch die Erhebung von Kommunikationsbarrieren, z.B. zwischen Berufen auf verschiedenen hierarchischen Ebenen (Ärzte, Schwestern, Hilfspersonal) einbeziehen. Anzeichen ansteigender Konflikthaftigkeit in Form von böser Nachrede und Mobbing verweisen auf akute Gesundheitsgefährdungen.

⁴ Dies entspricht auch der neuen Studie mit Hilfe des DGB-Index gute Arbeit mit Blick auf Pflege von Dathe und Paul http://www.verdi-gute-arbeit.de/meldung_volltext.php?si=50a986f721e4a&id=49d5c6613279f&akt=branchen&view=&lang=1)

6.2 Gestaltungsoptionen bei psychosozialen Gesundheitsgefährdungen durch berufliche Identitätskonflikte

Kumbruck vertrat die These, dass psychosoziale Gesundheitsgefährdungen bei Pflegeberufen inzwischen systemisch geworden sind und grundsätzliche Maßnahmen erforderlich machen, die nicht allein auf der betrieblichen Ebene liegen können.

Ebene des Betriebs

Betriebliche Handlungsoptionen im Zusammenhang mit Gesundheitsgefährdungen im Berufsfeld Pflege sind, so Kumbruck, vorhanden, aber beschränkt. Notwendig ist es, dass sich Führungskräfte für die Pflegekräfte und eine gute Pflege im Sinne eines Pflegeethos einsetzen und dass die Pflegekräfte ihre Leistungen offensiv verdeutlichen. Diskurse und Dialoge über ethische Dilemmata beispielsweise in *Konsilien* und *therapeutischen Gemeinschaften* haben sich als hilfreich erwiesen und sollten gefördert werden, wenn sie das Problem der verfügbaren Arbeitszeit im Zusammenhang mit der Aufgabenerfüllung einbeziehen. Sie müssen institutionalisiert sein und fallbezogen sein.

Bei als *illegitim* erlebten Aufgaben kann es durchaus verschiedene Auffassungen und subjektive Deutungen von Kernaufgaben der Pflege geben. Dabei geht es oft um das Ausmaß der als illegitim wahrgenommenen Aufgaben im Zeitbudget der Pflegekräfte; ein geringes Ausmaß ist eher unproblematisch. Hier kommt es auf eine gute Gestaltung von Kooperation an bzw. eine Kultur der Gemeinschaft, die gleichwohl nicht konfliktfrei sein wird. Dabei spielt die Führungskultur eine große Rolle.

Es stellt sich für den Pflegebereich vor allem die Frage, wie eine gesellschaftliche Gesamtverantwortung für Einrichtungen und öffentliche Infrastrukturen wahrgenommen werden kann, denn es bedarf wegen notorischer Unterbesetzung politischer Entscheidungen für mehr Geld, das in die Pflege geht.

Ebene der Gesellschaft

Es gilt das um die Beachtung von psychosozialen Gesundheitsgefährdungen ergänzte Arbeitsschutzgesetz. Dabei muss das *Recht* in den Betrieben in seiner Funktion als Rahmensetzer (Begrenzer) *und* in seiner Funktion als Innovationstreiber begriffen werden. Eine Stärkung der Arbeitsschutzprofis zur Umsetzung des Rechts ist geboten, ebenso eine Stärkung der *kollektiven Interessenvertretung und direkten Beteiligung* der Beschäftigten. Eine neue Tradition der Mitarbeitervertretungen ist aufzubauen und zu stärken.

Christel Kumbruck unterstrich, dass die Situation der Pflegekräfte durch einen Mangel an konkreter Wertschätzung gekennzeichnet sei. Dieser kann durch die eher abstrakte Wertschätzung, wie sie in repräsentativen Umfragen über die gesellschaftliche Bedeutung von Pflege deutlich wird (Klatt et al. 2011), nicht ausgeglichen werden.

7. Psychosoziale Gesundheitsgefährdungen durch Anerkennungs- und Reziprozitätskonflikte

Das Thema psychosoziale Gesundheitsgefährdungen aufgrund von Anerkennungs- und Reziprozitätskonflikten in beständigen betrieblichen Veränderungsprozessen behandelte Walter Punkte in seinem Impulsvortrag „Menschen stärken – Sachen klären“ aus der Perspektive der kirchlichen Organisationsberatung und -entwicklung. Anerkennungs- und Reziprozitätskonflikte erläuterte Walter Punkte vor allem anhand eines Fallbeispiels aus seiner Beratungspraxis. Dabei handelte es sich um eine katholische Altenpflegeeinrichtung mit 90 Pflegeplätzen und 100 Beschäftigten, die er selbst im Rahmen des Beratungsvorhabens „Prima Klima“ rund acht Jahre lang begleitet hat. Die Altenpflegeeinrichtung befand sich aufgrund der Strukturreformen im Gesundheitswesen und des hohen Ökonomisierungsdrucks, der auf sozialen Dienstleistungen lastet, seit einigen Jahren unter einem anhaltenden Veränderungsdruck, der die Organisation unter „Dauerveränderungsspannung“ (Punkte 2014, 4) setzte. Dieser Veränderungsdruck wurde durch die Konkurrenzsituation sozialer Träger auf regionaler und überregionaler Ebene verstärkt. Der von Punkte dargestellte Fall bündelt in gewisser Weise auch exemplarisch mögliche Kombinationen von Anerkennungs-, Vereinbarungs- und beruflichen Identitätskonflikten.

7.1 Facetten von Anerkennungs- und Reziprozitätskonflikten

Der permanente Veränderungsdruck hatte zur Folge, dass gesundheitsgefährdende Anerkennungs- und Reziprozitätskonflikte entstanden, die auf unterschiedlichen Ebenen verortet waren:

- der Organisation,
- die belegschaftsinterne Ebene (zwischen Belegschaftsgruppen) sowie auf
- der überbetrieblichen bzw. gesellschaftlichen Ebene.

Die Organisationsebene

Die Einrichtungsleitung und die Mitarbeitervertretung des Altenpflegeheims waren sich einig darin, dass im Verlaufe des permanenten Veränderungsprozesses ein „erschüttertes Wir-Gefühl“ entstanden sei. Eine Erschütterung des sozialen Zusammen-

halts in der Einrichtung spiegelte sich unter anderem in verhärteten Konflikten und einer intransparenten Veränderungskommunikation wider. Insbesondere zu Beginn des Beratungsprozesses äußerten sich Anerkennungs- und Reziprozitätskonflikte darin, dass die Mitarbeitenden eine *unzureichende Transparenz über die ökonomische Entwicklung der Einrichtung* monierten. Das Vorenthalten von Informationen über die Unternehmensentwicklung wurde von Beschäftigten in betrieblichen Veränderungsprozessen nicht nur als Informations-, sondern auch als Anerkennungsdefizit gewertet. Ein wichtiges Merkmal für die Qualität der Anerkennung bestand aus Sicht der Beschäftigten darin, eine verlässliche Kommunikationskultur im Veränderungsprozess zu etablieren. Hierbei sollte sichergestellt werden, dass sie über die ökonomische Lage der Einrichtung regelmäßig in Kenntnis gesetzt werden. Die Intransparenz über die ökonomische Lage bot hingegen weiteren Anlass zu Spekulation und Gerüchten sowie zur Verunsicherung von Beschäftigten, z.B. in Gestalt des Gefühls erhöhter Arbeitsplatzunsicherheit.

Hinter wahrgenommener erhöhter *Arbeitsplatzunsicherheit* verbirgt sich ein Reziprozitätskonflikt, denn Beschäftigte nehmen hierbei oft ein Ungleichgewicht zwischen ihrem Grad des Arbeitsengagements für die Organisation bzw. deren Bewohner und Bewohnerinnen und der fehlenden bzw. vagen Beschäftigungsperspektiven wahr. Arbeitsplatzunsicherheit wirkt in seiner zweifachen Bedeutung als ein gesundheitsgefährdender psychosozialer Stressor: nämlich als Angst davor, den eigenen Arbeitsplatz in einer Organisation wechseln zu müssen und als Angst vor drohender Arbeitslosigkeit (vgl. Ferrie 2006; Sverke et al. 2006).

In der Einrichtung wurde eine *Verbindung von beruflichen Identitäts- und Anerkennungskonflikten* bei permanenten Veränderungsprozessen deutlich. Der Identitätskonflikt (siehe hierzu Kumbruck 2014) äußerte sich darin, dass Mitarbeitende ihre Eigenansprüche an eine gute Pflegequalität in Relation zu den begrenzten tatsächlichen Realisierungsmöglichkeiten dieser Ansprüche als problematisch erlebten. Ein Teil der Beschäftigten entwickelte vor diesem Hintergrund in gesundheitlicher Hinsicht problematische Bewältigungsmuster. So versuchten diese Beschäftigten den hohen Selbstanspruch an ihr berufliches Ethos umzusetzen, indem sie ihre Arbeitszeiten (informell) ausweiteten. Auf mittel- bis längerfristige Perspektive birgt ein solches Bewältigungsmuster nicht nur Gefährdungen für die Erholungsfähigkeit und die Vereinbarkeit zwischen Erwerbsarbeit und privater Lebensführung. Zugleich wächst dadurch auch die Diskrepanz zwischen dem erhöhten geleisteten Arbeitsengagement und der betrieblichen erhaltenen Anerkennung. Dies ist vor allem der Fall, wenn die Ausweitung der Arbeitszeiten informell erfolgt, d.h. betriebsöffentlich nicht wahrnehmbar ist und nicht zur Sprache kommt.

Der ökonomische Druck bedeutete für die Einrichtung – wie für viele andere kirchliche Träger sozialer Dienste –, dass Stellen reduziert wurden. Daraus folgte eine Arbeitsintensivierung für das verbleibende Personal bei ungewissen oder fehlenden Gegenleistungen des sozialen Trägers.

Die belegschaftsinterne Ebene

Anerkennungs- und Reziprozitätskonflikte auf der belegschaftsinternen Ebene äußerten sich in Teamkonkurrenzen und gestörten kollegialen Beziehungen, die sich u.a. in Konflikten zwischen unterschiedlichen Belegschaftsgruppen manifestierten. Sie entzündeten sich zumeist an zwei Fragen: einer möglichst gerechten Verteilung des Arbeitsvolumens sowie der Verteilung und Übernahme von als nicht zumutbar erachteten Aufgaben. In beiden Fällen erlebten Beschäftigte dies als Ungerechtigkeit im Vergleich zu Kollegen und Kolleginnen. Im letztgenannten Falle waren offenbar auch Konflikte zwischen unterschiedlichen Berufs- und Qualifikationsgruppen bedeutsam. Die Übernahme von als unzumutbar oder „illegitim“ wahrgenommenen Aufgaben wurde in solchen Fällen von bestimmten Belegschaftsgruppen als Anerkennungsdefizit erlebt, da sie bestimmte Arbeiten als nicht vereinbar mit ihren Kernaufgaben oder ihrem Qualifikationsniveau ansahen. Gerade bei Personalknappheit wächst der Druck, auch Aufgaben wahrnehmen zu müssen, die nicht dem Bereich der eigenen Kernaufgaben entsprechen. Ungerechtigkeitsgefühle können als gesundheitsgefährdender psychosozialer Stressor wirken.

Die überbetriebliche bzw. gesellschaftliche Ebene

Die Beschäftigten der Pflegeeinrichtung nahmen die vergleichsweise geringe gesellschaftliche Anerkennung ihrer Arbeit als Belastung wahr. Dies bezog sich nicht nur auf die im Vergleich zu den Arbeitsanforderungen relativ geringe Entlohnung im Pflegebereich, sondern auch auf die von ihnen erlebte geringe symbolische Anerkennung der Pflege in der gesellschaftlichen Sphäre. Dies begünstigte laut Punkte bei Pflegekräften teilweise eine Haltung, wonach sie sich in der Öffentlichkeit nicht als Pflegebeschäftigte zu erkennen gaben, um nicht als Angehörige eines aus ihrer Wahrnehmung gesellschaftlich gering geschätzten Beschäftigungsbereichs sichtbar zu werden.

7.2 Erkennbarkeit psychosozialer Gesundheitsgefährdungen bei Anerkennungs- und Reziprozitätskonflikten

Walter Punkte hob hervor, dass mit Blick auf Anerkennungskonflikte in diesem betrieblichen Fallbeispiel die wesentlichen psychosozialen Gesundheitsgefährdungen in gestörten kollegialen Beziehungen, der Angst vor dem Arbeitsplatzverlust und in der erlebten Ungerechtigkeit bestanden hätten. Nach seinen Beratungserfahrungen kön-

nen auf solche Gefährdungen bereits von Außen wahrnehmbare physische Symptome hinweisen, wie blasse Gesichter und motorische Unruhe von Organisationsmitgliedern. Die Selbstbeschreibung betrieblicher Sozialbeziehungen durch betriebliche Akteure als „erschüttertes Wir-Gefühl“ verweise auf gestörte und konfliktbehaftete soziale Beziehungen im organisatorischen Veränderungsprozess als potenzielle Quelle psychosozialer Gesundheitsgefährdungen. In gesundheitlicher Hinsicht problematische Teamkonkurrenzen lassen sich - so Punkte - durch die Zunahme und Verbreitung von Diffamierungen bzw. übler Nachrede („unproduktiver Tratsch“) ablesen. Solcher „Schimpfklatz“ (Elias/Scotson 1990) dient dazu, die eigene Position als Mitglied einer (moralisch bzw. in leistungsbezogener Hinsicht) überlegenen Gruppe zu rechtfertigen und konkurrierende Teams abzuwerten. Schimpfklatz kann dadurch zugleich die soziale Kohäsion organisationsinterner Teams verstärken, allerdings zu Lasten organisationaler Lernprozesse (vgl. Becke 2002).

7.3 Gesundheitsförderliche Gestaltungsansätze bei Anerkennungs- und Reziprozitätskonflikten sowie bei Vereinbarkeits- und beruflichen Identitätskonflikten in organisatorischen Veränderungsprozessen

Die im Folgenden skizzierten gesundheitsförderlichen Gestaltungsansätze basieren erstens auf Walter Punkes Überlegungen und Erfahrungen als Organisationsberater und -entwickler, sie speisen sich zweitens aus der übergreifenden Workshop-Diskussion zu allen drei diskutierten Konflikttypen. Hierbei wurden besonders die betriebliche und die gesellschaftliche Ebene adressiert.

Die betriebliche Gestaltungsebene

Punkte (2014, 7) sieht in der Entwicklung einer „verlässlichen Kommunikationskultur“ einen Eckstein für eine gesundheitsförderliche Gestaltung von Veränderungsprozessen. Hierfür ist ein betriebliches Kommunikations- und Koordinationszentrum besonders wichtig: die Einrichtung eines betrieblichen Steuerungskreises, der als „Dreh-scheibe“ zur Entwicklung, Begleitung und Evaluation von Gestaltungsmaßnahmen dienen soll (ebd., 6). Der *Steuerungskreis* setzt sich aus der Leitung und Repräsentanten aller Bereiche einer Einrichtung / eines Unternehmens sowie der Mitarbeitervertretung bzw. betrieblichen Interessenvertretung zusammen. Es empfiehlt sich, hier auch Expertinnen und Experten des betrieblichen Arbeitsschutzes bzw. Gesundheitsmanagements einzubinden, soweit diese innerbetrieblich vorhanden sind. Der Steuerungskreis kann als Gremium genutzt werden, das mit Blick auf organisatorische Veränderungsprozesse die Vielfalt von Akteursperspektiven nutzt, um gesundheitliche Gefährdungspotenziale möglichst frühzeitig zu erkennen und Maßnahmen zur gesundheitsförderlichen Gestaltung des Wandels zu entwickeln, die unterschiedliche

Sichtweise von Akteuren berücksichtigen. Dies gilt nicht nur mit Blick auf einen Interessenausgleich. Vielmehr eignet sich die im Steuerungskreis vertretene Perspektivenvielfalt auch dazu, das lokale Wissen der jeweiligen Akteure zu nutzen und zu integrieren, um gesundheitsförderliche Gestaltungsmaßnahmen zu entwickeln, die sich als kontextsensitiv erweisen, also auch Bereiche und potenzielle Wechselwirkungen berücksichtigen, die einzelne Gestaltungsakteure aufgrund ihrer begrenzten Handlungslogik nicht im Blick haben. So können auch Gesundheitsgefährdungen aufgrund von Anerkennungs- und Reziprozitätskonflikten in ihrer bereichsübergreifenden Bedeutung besser erkannt werden. Der Steuerungskreis eignet sich gut für eine offene Kommunikation über die Unternehmensentwicklung seitens der Leitung, wodurch sich das betreffende Anerkennungsdefizit abbauen und das Vertrauen der Belegschaft in die Leitung stärken lässt.

Die Teamkonkurrenzen und -konflikte wurden in der Einrichtung durch die Ausbildung von *Konfliktlotsinnen und -lotsen* bearbeitet. Diese wurden nur auf Zeit etabliert, d.h. als verhärtete Konflikte weitgehend bearbeitet waren und zugleich neue Gestaltungslösungen durch Führungskräfte und Beschäftigte in extern moderierten *„Prima-Klima-Workshops“* erarbeitet wurden, wurde die Funktion der Konfliktlotsen wieder eingestellt. Diese Workshops und die dadurch angestoßenen diskursiven Kommunikationsprozesse fungierten selbst als Anerkennungsmaßnahme in Veränderungsprozessen, da sie Beschäftigten nicht nur ermöglichten, ihre gesundheitlichen Belastungen im Veränderungsprozesse zu thematisieren und zu sondieren, wie sich ihre gesundheitlichen Ressourcen stärken lassen. Die gemeinsame Entwicklung von Gestaltungsmaßnahmen zwischen Führungskräften und Beschäftigten und deren beteiligungsorientierte Umsetzung bildete eine praktizierte Form der Anerkennung in permanenten Veränderungsprozessen. In der Diskussion wurde auf die große Bedeutung der Entwicklung einer Mitbestimmungskultur, die direkte Beteiligung mit kollektiver Interessenvertretung verbindet, für die Vermeidung bzw. Bewältigung von Anerkennungs- und Reziprozitätskonflikten in Veränderungsprozessen hingewiesen.

Als hilfreich erwies sich im Fallbeispiel der Altenpflegeeinrichtung die deutliche Stärkung der Arbeit der Mitarbeitervertretung durch die Leitung der Altenpflegeeinrichtung, wodurch deren innerbetriebliche Anerkennung erhöht wurde. Leitung und Mitarbeitervertretung verfolgten tendenziell eine konsensbasierte Strategie zur Gestaltung des Veränderungsprozesses. In diesem Fall ging die Stärkung der Mitarbeitervertretung auf die Leitung zurück; generell bietet es sich an, die Rolle und Funktion der Mitarbeitervertretung in kirchlichen Einrichtungen zu stärken, um eine von Beschäftigten, ihrer Interessenvertretung und Leitung gemeinsam getragene Gestaltung von Veränderungsprozessen zu unterstützen.

Der Angst vor Arbeitsplatzverlusten kann unter anderem dadurch begegnet werden, dass die Personalentwicklung von Unternehmen stärker im Sinne einer Berufsverlaufsplanung ausgerichtet wird. Berufliche Tätigkeiten können in ihrer Ausführbarkeit auf bestimmte Lebensphasen begrenzt sein, weil sie aufgrund ihrer spezifischen physischen wie psychischen Anforderungen nicht ein ganzes Berufsleben ausgeübt werden können. Ihre berufsbiographische Begrenztheit kann auch darin liegen, dass im Zuge von Reorganisationsmaßnahmen bestimmte Aufgabenbereiche ausgelagert werden, so dass für verbleibende Beschäftigte u. U. eine Umschulung oder Fortbildung ansteht. Eine Gestaltungsoption im Rahmen einer derart ausgerichteten Personalentwicklung bestünde darin, z.B. horizontale berufliche Laufbahnen zu entwickeln, die Beschäftigten neue berufliche Perspektiven eröffnen (siehe Werner et al. 2013). Die Gestaltung solcher Laufbahnen kann sowohl an den spezifischen Bedarfen und Aufgabenfeldern einer Organisation als auch an den spezifischen Kompetenzen und Qualifikationen von Beschäftigten ansetzen. Die Etablierung einer Berufsverlaufsplanung in Unternehmen könnte Beschäftigte darin unterstützen, berufliche Gratifikationskrisen in permanenten Veränderungsprozessen konstruktiv zu bewältigen, da sie ihnen neue Berufs- und Beschäftigungsperspektiven eröffnet. Die Berufsverlaufsplanung sollte sich daran orientieren, Berufe so zu gestalten, dass sie in Vollzeit im Sinne guter Arbeit zu bewältigen sind.

Die überbetriebliche bzw. gesellschaftliche Gestaltungsebene

Eine konstruktive Bewältigung von Anerkennungskonflikten in betrieblichen Veränderungsprozessen kann durch externe Unterstützung gefördert werden. Im Fallbeispiel der Altenhilfeeinrichtung erwies sich die explizite und sichtbare Rückendeckung durch den Träger der Einrichtung als eine soziale Anerkennungsressource im permanenten organisatorischen Veränderungsprozess. Diese äußerte auch sich nicht nur in emotionaler Wertschätzung für die Einrichtung, ihre Leitung und die Beschäftigten, sondern auch darin, dass der Trägerorganisationen trotz des hohen Ökonomisierungsdrucks sich für eine Fortsetzung der Tarifbindung und damit für die Zahlung eines Tariflohns einsetzte. Deutlich wird hierbei, dass den Trägern eine zentrale Bedeutung für die Übernahme von Gesamtverantwortung für die Einrichtungen zukommt. Die Übernahme von Gesamtverantwortung setzt allerdings auch eine politische Flankierung und Unterstützung voraus.

Eine zentrale Maßnahme zur Generierung öffentlicher Aufmerksamkeit und Unterstützung bildete im Fallbeispiel die öffentliche Kommunikation der Einrichtung, die sich vor allem auf die Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung mit anderen durch den Ökonomisierungsdruck betroffenen Einrichtungen bezog. Diese richteten sich auf die Organisation und Durchführung öffentlichkeitswirksamer Veranstaltungen von Ge-

werkschaften, Beschäftigten und Mitarbeitervertretungen zur Aktion „Pflegealarm“, in der die Unterfinanzierung pflegebezogener sozialer Dienstleistungen skandalisiert und deren Folgen für die Pflege- und Arbeitsqualität aufgezeigt wurden. Hierfür erhielten die Mitarbeitervertretung und die Beschäftigten der Altenpflegeeinrichtung die Unterstützung durch die Einrichtungsleitung. Aus diesen positiven Erfahrungen kann der Schluss gezogen werden, dass zur Verbesserung der politischen und finanziellen Rahmenbedingungen von Einrichtungen eine Politisierung der Pflege und ihrer problematischen Rahmenbedingungen institutionalisiert werden sollte. Als hierfür hilfreich erachtet wurde in der Diskussion auch die Idee, sozialpolitische Akteure in derartige Vorhaben stärker einzubinden. Hierbei könnten Pflegekammern eine wichtige Funktion einnehmen, um den Anliegen der Pflege in der Öffentlichkeit stärker Gehör zu verschaffen.

So wie bei den Vereinbarkeits- und beruflichen Identitätskonflikten – so ein Ergebnis der Diskussion – besteht bei den Anerkennungskonflikten eine weitere Gestaltungsoption darin, die Arbeitsschutzexperten und -expertinnen der Berufsgenossenschaften, Unfallversicherungen und staatlichen Aufsichtsbehörden in ihrer Handlungskompetenz zu stärken, psychosoziale Gefährdungspotenziale der Gesundheit von Beschäftigten und Führungskräften in organisatorischen Veränderungsprozessen zu erkennen und hierfür geeignete protektive Maßnahmen zu entwickeln bzw. Unternehmen hierbei zu beraten. Und geeignete rechtliche Rahmenbedingungen und deren Überwachung werden als notwendig erachtet, um Unternehmen dazu zu bewegen, Initiativen zu ergreifen, die auf eine Prävention psychosozialer Gesundheitsgefährdungen gerichtet sind. Ein Beispiel hierfür bildet das im November 2013 novellierte *Arbeitsschutzgesetz*, das nun Arbeitgeber dazu verpflichtet, tätigkeitsbezogene Gefährdungsbeurteilungen durchzuführen, die sich auf solche Gesundheitsgefährdungen beziehen. Das Arbeitsrecht erweist sich als innovationsförderlich, wenn Unternehmen durch neue rechtliche Regelungen dazu veranlasst werden, neue oder veränderte gesundheitsrelevante Handlungspraktiken zu entwickeln und umzusetzen.

8. Das Gestaltungskonzept ‚Organisationale Achtsamkeit‘

Die mit Blick auf die unterschiedlichen Erwartungskonflikte entwickelten Gestaltungsansätze zur Vermeidung psychosozialer Gesundheitsgefährdungen bzw. zur Stärkung der gesundheitlichen Ressourcen von Führungskräften und Beschäftigten haben einen gemeinsamen Fluchtpunkt: Sie betonen die Notwendigkeit diskursiver und dialogischer Prozesse, um Erwartungskonflikte in permanenten Veränderungsprozessen erkennen und konstruktiv bearbeiten zu können. Mit dem Gestaltungskon-

zept ‚*organisationale Achtsamkeit*‘ liegt unseres Erachtens ein geeigneter dialogorientierter Ansatz zur gesundheitsförderlichen Gestaltung permanenten Organisationswandels vor, der durch die Bearbeitung von Erwartungskonflikten spezifiziert und in seiner Reichweite konkretisiert werden kann. Das Konzept der organisationalen Achtsamkeit zielt auf eine Reflektion von Erwartungs- und Grenzkonflikten sowie auf eine Neuausrichtung und Balancierung sozialer Erwartungsstrukturen in Veränderungsprozessen ab (vgl. Becke et al 2013), um damit verbundene psychosoziale Gesundheitsgefährdungen frühzeitig zu erkennen und konstruktiv zu bearbeiten.

8.1 Definition und Entstehungskontext des Gestaltungskonzepts

Unter *organisationaler Achtsamkeit* wird hier die Fähigkeit von Unternehmen und ihrer Mitglieder zur Selbstbeobachtung und -reflektion in (permanenten) organisatorischen Veränderungsprozessen verstanden. Sie richtet sich darauf, ungeplante Folgen geplanter Veränderungen für die Entwicklungsfähigkeit von Unternehmen, die Realisierung ihrer Kernaufgaben, ihre Sozialintegration sowie für die Arbeitsqualität von Führungskräften und Beschäftigten möglichst frühzeitig zu erkennen bzw. konstruktiv zu bearbeiten. *Organisationale Achtsamkeit* bezieht sich überdies darauf, unentdeckte Innovationspotenziale in Veränderungsprozessen aufzuspüren und zu erkennen, so dass diese für die Stärkung der Entwicklungsfähigkeit von Unternehmen genutzt werden können (siehe Becke 2013a).

Dieses Gestaltungskonzepts wurde insbesondere mit Blick auf permanente organisatorische Veränderungsprozesse entwickelt. Ausgangspunkt hierfür war die Überlegung, dass bisher favorisierte Veränderungskonzepte, wie die Organisationsentwicklung oder das Change Management als radikaler Wandel (Organisationstransformation) zu wenig auf beständige Veränderungen ausgerichtet sind. Empirische Untersuchungen zur Organisationstransformation, die zumeist aus dem angloamerikanischen Kontext stammen, verdeutlichen, dass radikaler Wandel tendenziell negative Folgen für die Gesundheit von Beschäftigten und Führungskräften hat (vgl. Burke/Cooper 2000).

Das Gestaltungskonzept ‚*organisationale Achtsamkeit*‘ wurde in kritischer Auseinandersetzung (siehe Becke 2014a) mit dem maßgeblich von Karl Weick und Kathleen Sutcliffe (2007) entwickelten gleichnamigen Konzept weiterentwickelt. Das originäre Konzept geht von dynamischen und zudem für Unternehmen überaus riskanten Organisationsumwelten aus. Unternehmen können demnach in diesen riskanten Umwelten ihre Überlebensfähigkeit sichern, wenn es ihnen gelingt, fünf zentrale Kernprozesse zu etablieren, die es erlauben, bedrohliche Umweltereignisse zu antizipieren oder bereits eingetretene schädigende Ereignisse in ihrer negativen Wirkung einzu-

dämmen und zugleich die Entwicklungsfähigkeit von Unternehmen in der Bewältigung von Risiken zu fördern. Weick und Sutcliffe nehmen vor allem Organisationen / Organisationseinheiten hoher Zuverlässigkeit in den Blick, wie Feuerwehrbrigaden, Flugzeugträger, Raumfahrtagenturen, beanspruchen aber, das Konzept könne auch auf Organisationen übertragen werden, die sich in turbulenten Umwelten bewähren müssen (Weick/Sutcliffe 2010).

Das Gestaltungskonzept ‚*organisationaler Achtsamkeit*‘ wurde im Rahmen der beiden Forschungs- und Entwicklungsprojekte PRÄWIN und 8iNNO sukzessive entwickelt und betrieblich erprobt, die durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung sowie den Europäischen Sozialfonds gefördert wurden.⁵ In beide Projekte waren Unternehmen einbezogen, die seit mehreren Jahren mit nahezu permanenten, zum Teil auch sehr tief greifenden Veränderungen konfrontiert waren. Die beteiligten kleinen, mittelgroßen und größeren Organisationen stammten aus unterschiedlichen Dienstleistungsbranchen: IT-Dienstleistung, Öffentlicher Personennahverkehr und soziale Dienstleistungen. In den kleineren Unternehmen existierte allenfalls eine informelle Interessenvertretung von Beschäftigten, in den mittleren und größeren Unternehmen gab es eine Mitarbeitervertretung bzw. einen Betriebsrat. Da das Gestaltungskonzept der organisationalen Achtsamkeit mit Unternehmen aus einem vergleichsweise breiten Spektrum von Organisationen entwickelt wurde, legt dies eine prinzipielle Anwendbarkeit des Gestaltungskonzepts auf durchaus unterschiedliche Unternehmertypen nahe – allerdings unter Berücksichtigung einiger Einschränkungen, auf die noch einzugehen ist (siehe hierzu 8.5).

8.2 Zentrale Merkmale des Gestaltungskonzepts: Kommunikationsroutinen und Kernprinzipien

Das Gestaltungskonzept ‚*organisationaler Achtsamkeit*‘ geht mit Blick auf permanente Veränderungsprozesse von einer Perspektive der Ressourcenstärkung aus, die gleichermaßen auf Organisationen wie auf ihre Mitglieder gerichtet ist. Es orientiert sich hierbei an der Perspektive der Nachhaltigkeit: Das Gestaltungskonzept zielt auf eine nachhaltige Unternehmensentwicklung, bei der es darum geht, die ökonomischen, die ökologischen und die sozialen Ressourcen (z.B. soziales Vertrauen, soziale Anerkennung, organisatorische Loyalitätsbindung) von Unternehmen und die personalen Ressourcen ihrer Mitglieder in Veränderungsprozessen zu erhalten bzw. zu regenerieren und weiterzuentwickeln (siehe Becke 2014a).

⁵ Es handelt sich dabei um die Verbundprojekte ‚PRÄWIN – Prävention in Unternehmen der Wissensökonomie‘ und ‚8iNNO – Organisationale Achtsamkeit als Basis für die Innovationsfähigkeit von Unternehmen‘.

Das Gestaltungskonzept basiert im Kern darauf, gesundheitsgefährdende Erwartungskonflikte in permanenten Veränderungsprozessen durch Dialogprozesse und -verfahren konstruktiv zu bearbeiten. Hierfür sind erstens Kommunikationsroutinen und zweitens Kernprinzipien organisationaler Achtsamkeit bedeutsame Ansatzpunkte der Gestaltung, die im Folgenden dargestellt werden.

8.2.1 Kommunikationsroutinen für ‚organisationale Achtsamkeit‘

‚Organisationale Achtsamkeit‘ benötigt Kommunikationsroutinen, welche die Aufmerksamkeit von Organisationsmitgliedern auf mögliche nicht intendierte Folgen (z.B. für die psychosoziale Gesundheit) oder bis dato unentdeckte Innovationspotenziale permanenter Veränderungsprozesse lenken und auf dieser Basis Interventionen ermöglichen. Als Kommunikationsroutinen werden hierbei Gremien und Verfahren der betrieblichen Regelkommunikation verstanden. Diese Kommunikationsroutinen organisationaler Achtsamkeit können z.B. dazu beitragen, sich anbahnende Überlastsituationen frühzeitig zu erkennen und beteiligungsorientiert geeignete Interventionen zu entwickeln (z.B. die Ressourcenplanung von IT-Projekten gesundheitsförderlich zu gestalten, indem Zeiten für Kommunikation und Austausch in die Entwicklungsarbeit eingeplant werden).

Im Sinne der ‚Huckepack-Strategie‘ (vgl. Becke et al. 2011) wird davon ausgegangen, soweit wie möglich an bereits bestehende betriebliche Kommunikationsroutinen oder Dialogstrukturen anzuschließen, anstatt neue Kommunikationsstrukturen mit der Einführung des Gestaltungskonzepts ‚Organisationale Achtsamkeit‘ aufzubauen. Die ‚Huckepack-Strategie‘ ist effizient, da sie weitgehend ohne zusätzliche Ressourcen auskommt. Es gilt vielmehr, die zentralen inhaltlichen Bezugspunkte organisationaler Achtsamkeit, wie Gesundheit, sozialen Zusammenhalt oder Fortführung von Kernaufgaben, in bestehende Kommunikationsroutinen zu integrieren. Eine solche Integration kann durch Wahrnehmungshilfen (z.B. zu psychosozialen Gesundheitsgefährdungen in Veränderungsprozessen) und eine möglichst vorbereitende Schulung von Personen, die in derartige Kommunikationsroutinen eingebunden sind, unterstützt werden (siehe Schmidt 2013). Von zentraler Bedeutung ist eine Sensibilisierung von Führungskräften (inklusive betrieblicher Interessenvertretungen) für die Beachtung und Ansprache der zentralen inhaltlichen Bezugspunkte organisationaler Achtsamkeit im Rahmen von Kommunikationsroutinen und in der Praxis ihres betrieblichen Alltagshandelns. Solche Kommunikationsroutinen bilden zugleich zentrale soziale Orte, in denen Erwartungskonflikte in permanenten Veränderungsprozessen thematisiert und konstruktiv bearbeitet werden können.

Für die Förderung organisationaler Achtsamkeit sind zwei unterschiedliche Typen von Kommunikationsroutinen bedeutsam (vgl. Bleses/Schmidt 2013):

- Kommunikationsroutinen *in* Arbeitsprozessen, wie Team-, Projekt- oder Bereichsbesprechungen, dienen zur *Planung und Reflektion von Arbeitsaufgaben*. Hier können die Beteiligten aktuelle Arbeitsanforderungen ansprechen, verfügbare Ressourcen sondieren und gemeinsam geeignete Interventionsmöglichkeiten entwickeln und umsetzen. Im Falle unzureichender Ressourcen oder Problemlösungsmöglichkeiten können sie die nächst höhere Führungsebene bzw. Expertinnen und Experten des betrieblichen Gesundheitsmanagements einbeziehen oder aber zur Klärung des Problems eine dialogorientierte Analyse im Rahmen von Kommunikationsroutinen außerhalb des Arbeitsprozesses vorsehen, wie bei Projektarbeit ein *Zwischen-Review* oder *Review* von Projekten.
- Kommunikationsroutinen *außerhalb* konkreter Arbeitsprozesse dienen der Kommunikation *über* Arbeitsprozesse und der Gestaltung der Arbeitsbedingungen. Sie ermöglichen es, bestimmte (gesundheitliche) Probleme und Erwartungskonflikte permanenter Veränderung möglichst bereichs- und hierarchieübergreifend zu reflektieren und gemeinsam nach Lösungsoptionen zu suchen. Ein Beispiel hierfür bilden *Projektreviews* oder Klausurtagungen eines Bereichs oder Gremiums. Diese Kommunikationsroutinen können überdies dazu angewendet werden, die Rahmenbedingungen betrieblicher Veränderungsvorhaben, d.h. ihre Ziele, Anlage und Vorgehensweisen im Sinne einer kritischen Bestandsaufnahme zu reflektieren und zu überarbeiten (vgl. Becke 2013b). Solche Kommunikationsroutinen schaffen bessere Voraussetzungen für die Reduzierung bzw. für eine konstruktive Bearbeitung von Erwartungskonflikten in Veränderungsprozessen.

Von zentraler Bedeutung für die Förderung organisationaler Achtsamkeit in permanenten Veränderungsprozessen ist die Bildung eines hierarchie- und bereichsübergreifenden und beteiligungsorientierten betrieblichen *Steuerungskreises als „strukturelles Achtsamkeitszentrum“* (Bleses/Schmidt 2013, 38). Dieser dient der Koordination und begleitenden Evaluation und Umsetzungskontrolle betrieblicher Veränderungsvorhaben und bildet zugleich die Kommunikationszentrale zur

- Reflektion von Veränderungsprozessen
- Planung und Koordination der betrieblichen Veränderungskommunikation
- Sammlung und Auswertung des Stands von Veränderungsvorhaben und ihrer Aufbereitung für die betriebsöffentliche Information und Diskussion
- Bündelung von Informationen über Veränderungsvorhaben aus verschiedenen Kommunikationskanälen. Der Steuerungskreis kann eine Frühwarnfunktion für

das Erkennen und die Thematisierung von Erwartungskonflikten und damit verbundener psychosozialer Gesundheitsgefährdungen wahrnehmen, wenn sich aus unterschiedlichen Bereichen in Veränderungsvorhaben z.B. Hinweise auf eine Überforderung von Belegschaftsgruppen oder Führungskräften verdichten.

8.2.2 Kernprinzipien organisationaler Achtsamkeit

Das Gestaltungskonzept organisationaler Achtsamkeit geht von der zentralen Annahme aus, dass sich permanente Veränderungen in sozialer wie gesundheitlicher Hinsicht konstruktiv bewältigen lassen, wenn die folgenden fünf Kernprinzipien beachtet werden, die forschungsgestützt im Rahmen des 8iNNO-Verbundprojekts entwickelt wurden (Becke et al. 2013):

- Perspektivenvielfalt organisieren
- Nachhaltige Arbeitsqualität fördern: Nachhaltigkeit bedeutet hierbei, wiederholt nach Lösungen für eine gute Arbeitsqualität mit Beschäftigten und Führungskräften gemeinsam zu suchen und umzusetzen, da sich einmal entwickelte Lösungen im Sinne möglichst ‚guter Arbeit‘ nicht verstetigen lassen, wenn sich Organisationen und ihre Rahmenbedingungen in einem mehr oder weniger starken beständigen Wandel befinden (vgl. Becke et al. 2010). Nachhaltige Arbeitsqualität weist eine duale Orientierung auf: die Reduzierung von Belastungen und die Stärkung gesundheitlicher Ressourcen.
- Experimentellen Wandel ermöglichen
- Eine konstruktive Konfliktkultur entwickeln
- Betriebliche Stabilitätsanker erhalten und fortentwickeln.
- Mittlere Führungskräfte stärken: Ein achtsamer Organisationswandel orientiert sich daran, die Handlungskompetenz und die Ressourcen mittlerer Führungskräfte zur Mitgestaltung von Veränderungsvorhaben und zur Förderung ihrer Selbstsorge zu stärken (siehe Meyerhuber 2013). So eignen sich moderierte gemeinsame Reflektionsprozesse der Führungsanforderungen und der Führungsrolle mittlerer Führungskräfte u. E. dazu, bewusster mit Vereinbarkeits- und beruflichen Identitätskonflikten umzugehen und hierfür auf kollegialer Basis neue Lösungsansätze zu entwickeln.

Im Folgenden werden jene Kernprinzipien ausführlicher skizziert und erläutert, die unseres Erachtens für eine konstruktive Bearbeitung von Erwartungskonflikten in permanenten Veränderungsprozessen besonders bedeutsam sind:

Perspektivenvielfalt organisieren

Perspektivenvielfalt zu organisieren, bedeutet Dialogprozesse zu ermöglichen, in denen das Management- und Expertenwissen mit den lokalen Wissensbeständen und dem arbeitsbezogenen Erfahrungswissen von Beschäftigten verbunden wird, um unerwünschte Folgen und Probleme permanenten Wandels und damit verbundene Erwartungskonflikte frühzeitig antizipieren bzw. konstruktiv bearbeiten zu können (siehe auch Abschnitt 7). Die Organisation von Perspektivenvielfalt kann sich nicht nur auf einen hierarchieübergreifenden, sondern auch auf einen bereichsübergreifenden Austausch beziehen. Das spezifische Merkmal des Dialogs besteht darin, dass ein kommunikativer Austausch auf Augenhöhe stattfindet, der von gegenseitiger Wertschätzung der Beteiligten geprägt sein sollte, sowie lern- und problemlösungsorientiert ausgerichtet ist (Behrens/Bleses 2013). In Organisationen, die bislang kaum Erfahrungen mit der Organisation von Dialogprozessen haben, empfiehlt sich eine externe Moderation und Begleitung solcher Prozesse. Das Kernprinzip ‚Perspektivenvielfalt organisieren‘ eignet sich dazu, zwischen Management und unterschiedlichen Belegschaftsgruppen die jeweiligen Erwartungen an Veränderungsvorhaben zu klären und Veränderungsprozesse so zu gestalten, dass auf der Basis von Aushandlungsprozessen eine balancierte Reziprozität erreicht wird.

Die Organisation von Perspektivenvielfalt ermöglicht psychosoziale Gesundheitsrisiken in permanenten Veränderungsprozessen vergleichsweise frühzeitig zu erkennen und konstruktiv zu bearbeiten. Auf der Basis dieses Kernprinzips können innerbetriebliche Dialogräume gestaltet werden, in denen Führungskräfte und Beschäftigte Lösungen zur Bewältigung gesundheitsrelevanter Erwartungskonflikte gemeinsam erarbeiten. Derartige Dialogräume eignen sich für eine konstruktive Bearbeitung der genannten Erwartungskonflikte. Wenn sie mit einer kontinuierlichen und transparenten Beteiligung von Beschäftigten verbunden werden, fördern sie zugleich die Anerkennung von Beschäftigten in Veränderungsprozessen. Da psychosoziale Gesundheitsgefährdungen in Unternehmen oftmals tabuisiert werden oder aber als unabweislich und kaum veränderbar normalisiert werden, bedarf es hierfür spezifischer Vorkehrungen. In den beiden Forschungs- und Entwicklungsprojekten erwies sich ein *zweistufiges Dialogverfahren* als vorteilhaft (vgl. Becke 2013b; Schmidt 2013):

- Auf der ersten Stufe erfolgt der Austausch über die Arbeitssituation und Arbeitsbedingungen in Veränderungsprozessen in einem ‚geschützten Dialograum‘. Dies bedeutet, dass dieser Austausch auf Angehörige einer Hierarchieebene oder eines Teams/Bereichs ohne Einbindung von Führungskräften beschränkt wird. Der Austausch in einem ‚geschützten Raum‘ sollte durch eine externe Person, die nicht dem Kreis der Beteiligten angehört und deren Ver-

trauen genießt, moderiert werden. Der Austausch schließt damit, zentrale Ergebnisse festzuhalten, auf deren Basis die ModeratorInnen ein Diskussionsprotokoll erstellen, das den Beteiligten zur Autorisierung vorgelegt wird. Das Protokoll sieht keine personalisierte Zuordnung von Aussagen und Vorschlägen vor. Die Beteiligten klären untereinander, welche Aussagen und Inhalte im Kreise der Beteiligten verbleiben sollen und welche im Protokoll festgehaltenen Inhalte und Ideen, die eigene Arbeitssituation möglichst gesundheitsförderlich zu gestalten, weitergegeben werden sollen. Durch dieses Verfahren kann das Prozessvertrauen der Beteiligten gefördert werden, eigene gesundheitliche Ressourcen, Erwartungskonflikte und Belastungen anzusprechen sowie möglichst konkrete Vorschläge für eine aus ihrer Sicht gesundheitsförderliche Gestaltung ihrer Arbeit bzw. konkreter Veränderungsvorhaben zu entwickeln.

- Auf der zweiten Stufe erfolgt eine *Dialogkonferenz* als moderierter hierarchieübergreifender Austausch, in dem zunächst die Veränderungsvorschläge von Beschäftigten zur Verbesserung ihrer Arbeitsqualität bzw. zur Lösung von Erwartungskonflikten in Veränderungsprozessen präsentiert und zur Diskussion gestellt werden. Auf dieser Basis werden von Führungskräften und Beschäftigten gemeinsam getragene Vorschläge zur Förderung einer nachhaltigen Arbeitsqualität entwickelt, so dass hierzu ein konkreter Aktionsplan vereinbart wird. Hierzu werden Aufgaben und Verantwortlichkeiten, Maßnahmenziele und Erfolgskriterien, erste Umsetzungsschritte und Bearbeitungszeiträume festgelegt. Die weitere Umsetzung kann z.B. durch eine Projektgruppe erfolgen (in der die unterschiedlichen beteiligten Gruppen vertreten sind) und durch einen betrieblichen Steuerungskreis begleitet und evaluiert werden. Für einen konstruktiven und problemlösungsorientierten Austausch ist es wichtig, dass Beschäftigte auch dazu bereit sind, Kritik und abweichende Positionen zu vertreten. Dies kann gelingen, wenn die ModeratorInnen darauf achten, den Dialogprozess so zu gestalten, dass dieser den Beteiligten psychologische Sicherheit vermittelt (siehe hierzu Nembhard/Edmondson 2012), z.B. indem klare Regeln der Kommunikation und des Austausches vereinbart und angewandt werden. Die zweite Stufe kann modifiziert werden, um auch gesundheitsschädigende Erwartungskonflikte zu bearbeiten, die auf einer horizontalen Ebene auftreten, z.B. zwischen unterschiedlichen Berufsgruppen oder betrieblichen Generationsgruppen. Auf der zweiten Stufe würde dann ein gruppenübergreifender Dialogprozess erfolgen.

Experimentellen Wandel ermöglichen

Permanente und tief greifende Veränderungsvorhaben können die Gesundheit von Beschäftigten und Führungskräften merklich beeinträchtigen, insbesondere wenn zuvor nicht die Wirkungen solcher Vorhaben abgeschätzt wurden. Eine achtsame Veränderungsstrategie besteht darin, Veränderungen als experimentelle Pilotvorhaben beteiligungsorientiert zu gestalten (siehe Becke 2013c). Veränderungsvorhaben werden hierbei zunächst über einen bestimmten, vorab festgelegten Zeitraum unter Beteiligung von Führungskräften und Beschäftigten (eines oder mehrerer Organisationseinheiten) in einem überschaubaren Bereich erprobt (siehe auch Abschnitt 5) und von den Beteiligten auf ihre möglichen (gesundheitlichen) Folgen hin untersucht. Erst auf dieser Basis wird über ihre betriebliche Einführung und Verankerung entschieden. Derartige Experimente ermöglichen somit Risiken beständigen Wandels bzw. konkreter, damit verbundener Vorhaben zu begrenzen. In solchen betrieblichen Experimentierfeldern können auch auftretende Erwartungskonflikte unmittelbar bearbeitet werden, etwa die Sondierung und Erprobung neuer Arbeitszeitmodelle zur Realisierung einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und privater Lebensführung oder aber die Entwicklung und Verständigung auf gemeinsam geteilte arbeitsbezogener Qualitätsstandards zwischen Führung und Beschäftigten. In Experimentierfeldern lassen sich gesundheitlich problematische Arbeitsfolgen neuer Arbeitsverfahren und Arbeitsweisen unserer Erkenntnis nach relativ rasch erkennen.

Eine konstruktive Konfliktkultur entwickeln

In Veränderungsprozessen sind Erwartungs- und Interessenkonflikte unvermeidbar. Konflikte werden besonders problematisch, wenn sie eskalieren und betriebliche Sozialbeziehungen zersetzen. Sie erweisen sich zudem als Problem, wenn sie dethematisiert oder unterdrückt werden. In solchen Fällen können sie die Herausbildung einer latenten Unzufriedenheit von Führungskräften und Beschäftigten fördern, die sich in unterschiedlichen Kanälen und Bewältigungsmustern äußern kann, wie innerer Emigration, Kündigung oder Mobbing. Dieses Kernprinzip ist darauf gerichtet, das produktive Potenzial von Konflikten für innovative Problemlösungen und eine Neugestaltung sozialer Beziehungen in Veränderungsprozessen zu nutzen. Im Mittelpunkt stehen hierbei Verfahren der frühzeitigen Erwartungsklä rung zwischen beteiligten Gruppen sowie die Ermöglichung einer konstruktiven Konfliktbearbeitung, z.B. im Rahmen von Mediationsverfahren und durch den Einsatz von Konfliktlotsen und -lotsinnen, sowie durch die Aushandlung von Problemlösungen zwischen Management und betrieblicher Interessenvertretung. Ein wichtiger Bestandteil einer konstruktiven Konfliktkultur kann darin bestehen, unterdrückte Konflikte zu thematisieren. Hierzu lässt sich ein Fallbeispiel aus einem kleineren IT-Dienstleistungsunternehmen anführen (vgl.

Becke 2014): Dort weigerte sich der Inhaber, strukturelle und führungsbezogene Ursachen hoher Arbeitsbelastung zu klären. Im Rahmen einer Dialogkonferenz wurde er mit den Ergebnissen aus moderierten *geschützten Dialogräumen* konfrontiert, in denen Beschäftigten ihre Arbeitsbelastungen reflektiert hatten. Im Rahmen der moderierten Dialogkonferenz gelang es, die bis dato betriebsöffentlich nicht thematisierbaren Ursachen psychosozialer Belastungen anzusprechen und mit dem Inhaber einige konkrete Lösungsansätze zu vereinbaren.

Betriebliche Stabilitätsanker erhalten und fortentwickeln

Das Konzept ‚*Stabilitätsanker*‘ bezieht sich auf relativ dauerhafte Gewissheiten für das Handeln von Organisationsmitgliedern in Veränderungsprozessen. Stabilitätsanker können dazu beitragen, den internen sozialen Zusammenhalt zu fördern und Kernaufgaben des Unternehmens zu erfüllen. Sie vermitteln Organisationsmitgliedern Orientierung sowie Handlungs- und Erwartungssicherheit. In unseren betrieblichen 8iNNO-Fallstudien erwiesen sich die Reziprozität von Leistung und Gegenleistung zwischen Management und Belegschaft, die Anerkennung arbeits- und berufsorientierter Grundorientierungen (z.B. das Pflegeethos fürsorglicher Praxis) sowie das Vertrauen von Beschäftigten in Führungskräfte und in das Unternehmen als zentrale Stabilitätsanker für Beschäftigte in permanenten Veränderungsprozessen (siehe auch Abschnitt 5). Dieses Kernprinzip eröffnet beispielsweise gesundheitsförderliche Gestaltungsoptionen, um in Change-Prozessen psychosoziale Überlastungen durch berufliche Identitätskonflikte zu bewältigen. Zum Beispiel können Veränderungsprozesse so gestaltet werden, dass die für Belegschaftsgruppen zentralen beruflichen Identifikationskerne sondiert werden und mit den Beschäftigten geklärt wird, wie ihre beruflichen Identitätskerne in Veränderungsprozessen erhalten werden können. Dies schließt eine Gestaltung von Veränderungsprozessen ein, die sich an arbeitsbezogenen Qualitätsvorstellungen orientiert. Dieses Kernprinzip spiegelt sich z.B. im Verfahren der hierarchie- und bereichsübergreifenden Dialogkonferenzen, in denen Vorschläge der Beschäftigten zur Gestaltung von Veränderungsvorhaben bzw. zur Verbesserung ihrer Arbeitsqualität mit Managementvertretern beraten werden und eine gemeinsame Agenda zur betrieblichen Umsetzung von Problemlösungen ausgehandelt und vereinbart wird.

8.3 Erkennbarkeit psychosozialer Gesundheitsgefährdungen im Rahmen des Gestaltungskonzepts ‚Organisationale Achtsamkeit‘

Ein möglichst frühzeitiges Erkennen psychosozialer Gesundheitsgefährdungen in permanenten Veränderungsprozessen ist durch die Etablierung einer ‚achtsamen‘ Kommunikationsstruktur möglich, die es Beschäftigten und Führungskräften erlaubt,

Erwartungskonflikte, Überforderungs- und Belastungssituationen in Veränderungsprozessen anzusprechen. Dies setzt nicht nur betriebliche Kommunikationsroutinen innerhalb und außerhalb der alltäglichen Arbeitsprozesse voraus. Es erfordert zudem die Entwicklung eines Organisationsklimas psychologischer Sicherheit (vgl. Nembhard/Edmondson 2012), in dem Belastungen thematisiert, konstruktive Kritik an Arbeitsbedingungen und Veränderungsvorhaben geäußert sowie Interventionen beteiligungsorientiert geplant und umgesetzt werden können. Dialog- und Beteiligungsverfahren, wie ‚geschützte Dialogräume‘ für spezifische Belegschaftsgruppen und bereichs- und hierarchieübergreifende Dialogkonferenzen, stellen Strukturen bereit, mit denen ein solches Organisationsklima unterstützt und gefördert werden kann. ‚Geschützte Dialogräume‘ eignen sich besonders dazu, psychosoziale Gesundheitsgefährdungen in Veränderungsvorhaben frühzeitig zu erkennen (siehe Abschnitt 8.2.). Durch eine prozessbegleitende Evaluation von Veränderungsvorhaben können strukturelle Probleme in der Anlage und Ausgestaltung des Change Managements identifiziert werden, die in gesundheitlicher Hinsicht problematisch sind.

Hilfreich für das Erkennen psychosozialer Gesundheitsgefährdungen erweisen sich zudem besondere *Wahrnehmungshilfen* für Organisationsmitglieder, insbesondere für Fach- und Führungskräfte, um Erwartungskonflikte und gesundheitliche Problemanzeigen zu erkennen. Solche Wahrnehmungshilfen können sich an der Beschreibung spezifischer Erwartungskonflikte und an gesundheitlichen Gefährdungspotenzialen oder aber an zentralen Merkmalen und Kriterien empirisch bestätigter Erklärungsmodellen zur Entstehung psychosozialer Belastungen orientieren, die für Veränderungsprozesse relevant sind (z.B. das Modell der beruflichen Gratifikationskrisen, die Handlungsregulationstheorie und das Job-Demand-Control-Modell sowie Abschnitt 6). Dieser letztgenannte Ansatz hat sich im Rahmen des 8iNNO-Projekts bewährt (siehe Schmidt 2013).

Die Befunde im 8iNNO-Verbundprojekt verdeutlichen auch, dass neben Strukturen auch individuelle Haltungen der Achtsamkeit wichtig sind, um psychosoziale Gesundheitsgefährdungen zu erkennen und kompetent zu intervenieren. Daher bietet es sich an, insbesondere Führungskräfte für ein in gesundheitlicher Hinsicht achtsames Führungshandeln zu sensibilisieren, z.B. im Rahmen von Angeboten der kollegialen Supervision in Veränderungsvorhaben oder durch flankierende Qualifizierungsmaßnahmen. Führungskräfte prägen durch ihre Vorbild- und Orientierungsfunktion oftmals Organisationskulturen besonders stark (Schein 1995).

8.4 Handlungshilfen zur Anwendung des Gestaltungskonzepts

In den Verbundprojekten PRÄWIN und 8iNNO wurden unter anderem forschungsba-
sierte Instrumente und Verfahren für ‚*organisationale Achtsamkeit*‘ in organisatori-
schen Veränderungsprozessen entwickelt. Diese beziehen sich zu einem Gutteil auch
auf die Frage, wie sich Veränderungsprozesse gesundheitsförderlich gestalten lassen.
Es handelt sich dabei um die folgenden *Toolboxen*:

www.toolbox.praewin.de und www.ressourcenbox.de

Darüber hinaus wurde im Rahmen des 8iNNO-Projekts ein *Praxishandbuch* für be-
triebliche Praktikerinnen und Praktiker entwickelt, das in die betriebliche Anwendung
dieses Gestaltungskonzepts einführt (siehe Becke et al. 2013).

8.5 Einsatzbeschränkungen des Gestaltungskonzepts ‚*Organisationale Achtsamkeit*‘

Das Gestaltungskonzept ‚*Organisationale Achtsamkeit*‘ ist wie jedes Gestaltungskon-
zept nicht ohne Voraussetzungen und bedarf bestimmter Kontexteigenschaften. Es
lässt nach bisherigen Erfahrungen nur sehr schwer in solchen Unternehmen realisie-
ren, die durch eine ausgeprägte *Shareholder-Value-Orientierung* geprägt sind. Hier
bestehen selten Zeit- und Spielräume für eine nachhaltige Unternehmensentwick-
lung. Dialog- und Beteiligungsprozesse sowie Sensibilisierungs- und Qualifizierungs-
maßnahmen zur Förderung organisationaler Achtsamkeit benötigen aber gewisse
zeitliche Ressourcen. Wenn diese vorenthalten werden, ist eine achtsame Gestaltung
von Veränderungsprozessen nicht möglich. Grenzen für den Einsatz des Konzepts *or-
ganisationaler Achtsamkeit* ergeben sich auch in *multi- und transnationalen Unter-
nehmen*, da dort ein solches Gestaltungskonzept auf sehr unterschiedlichen Ebenen
zu verankern wäre.

Die Einsatzmöglichkeiten des Gestaltungskonzepts sind auch dann begrenzt, wenn
Unternehmen über Jahre hinweg mit einem anhaltend *starken Ökonomisierungs-
druck* konfrontiert sind, der die für ‚*organisationale Achtsamkeit*‘ notwendige Res-
ourcenbasis aufzehrt (siehe auch Abschnitt 6) und darüber hinaus die persönlichen
Gesundheitsressourcen der Beschäftigten im Sinne ihrer Leiblichkeit schädigt (siehe
Abschnitt 2).

Auch können sich *häufige Personalwechsel* auf der Ebene der *Unternehmensleitung*
als Problem für die Etablierung organisationaler Achtsamkeit erweisen, da ein Mangel
verlässlicher Ansprechpartner im Management die Balancierung sozialer Erwartungen
zwischen Management und Belegschaft erschwert.

9. Schlussfolgerungen und Ausblick

Häufig treten in organisatorischen Veränderungsprozessen verschiedene soziale Erwartungs- und Grenzkonflikte in Kombination auf. Dies stellt eine besondere Herausforderung dar, denn bestimmte Gestaltungsmaßnahmen zur konstruktiven Bearbeitung von Erwartungskonflikten können sich in ihrem Zusammenspiel als nicht zueinander passfähig oder widersprüchlich erweisen. Maßnahmen zur Behebung von Vereinbarkeitskonflikten, z.B. eine Dienstplangestaltung, die auf Elternverpflichtungen besonders Rücksicht nimmt, können von anderen Belegschaftsgruppen als Verstoß gegen das Gerechtigkeitsprinzip wahrgenommen werden, zu Spannungen und unproduktivem Tratsch führen, die Legitimität von Führungskraftentscheidungen in Frage stellen und ein schlechtes Betriebsklima befördern. Wie in Abschnitt 5.3 dargelegt, kommt es hier darauf an, durch offenen Austausch die Wahrnehmung von Gemeinsamkeiten in verschiedenen außerbetrieblichen Aufgabenfeldern zu befördern und Wege zu finden, das Empfinden von Ungerechtigkeit offen zu legen und Auswege zu finden. Ein anderes Beispiel für mögliche Inkompatibilität von Gestaltungslösungen könnte in der problematischen Förderung von strikt abgeschotteten Aufgabenzuständigkeiten für Fach- und Hilfskräfte liegen. Die guten Beispiele in den 1980 bis 1990er Jahren bei der Einführung qualifizierter Gruppenarbeit in der Industrie können hier interessante Perspektiven eröffnen. Jedenfalls ist auf mögliche nicht intendierte Folgen von Gestaltungsmaßnahmen bzw. gesundheitsförderlichen Interventionen sorgfältig zu achten, um insgesamt eine übergreifende und konsistente Gestaltungsstrategie zur konstruktiven Bewältigung unterschiedlicher Erwartungs- und Grenzkonflikte zu entwickeln und deren Umsetzung schrittweise zu erproben.

Das Gestaltungskonzept der organisationalen Achtsamkeit beinhaltet unseres Erachtens Potenziale für eine Reflexion des Zusammenspiels unterschiedlicher Gestaltungsmaßnahmen, um eine derartige Gestaltungsstrategie zu konzipieren und umzusetzen, z.B. in den unterschiedlichen Dialogräumen, die das Gestaltungskonzept vorsieht. Die Anerkennung von Perspektivenvielfalt in Betrieben als sozialen Räumen und daraus resultierenden Konflikten ist grundlegend für gesundheitsförderliche Konfliktbearbeitung.

Allerdings hat auch die Diskussion um die Gestaltungsansätze für die behandelten Konflikttypen gezeigt, dass der betriebliche Raum an Grenzen seiner Handlungsfähigkeit stößt, wenn gesetzliche oder marktliche Rahmenbedingungen in diesem Raum keinen Handlungsspielraum für Reflektion und Dialoge lassen. In solchen Fällen muss das Dialogprinzip auf die Ebene der Gesellschaft gehoben werden; dabei kommt der betrieblichen, gewerkschaftlichen und verbandlichen kollektiven Interessenvertretung eine besondere Rolle zu. Dabei wird sich zeigen, dass die Lebensbezüge außer-

halb der Erwerbsarbeit ihrerseits eine kollektive Stimme brauchen, um diesbezügliche Ansprüche konfliktbereit zu Gehör und zur Geltung zu bringen. Interessanterweise hat sich auf EU-Ebene mit der *Social Platform* in Brüssel eine Plattform von zivilgesellschaftlichen Verbänden gebildet, die die sozialen Interessen gegenüber der EU-Kommission und dem EU-Rat repräsentieren (Senghaas-Knobloch 2014; Feministische Studien 2/2013). Diese schließen in besonderer Weise Probleme der Gesundheitsgefährdungen und Aufgaben der Gesundheitsförderung ein.

Literatur

- Bachmann G (2014): Kollegialität. Eine Ethnographie der Belegschaftskultur im Kaufhaus. Frankfurt/M., New York: Campus
- Becke G (2002): Wandel betrieblicher Rationalisierungsmuster durch Mitarbeiterbeteiligung. Eine figurationssoziologische Fallstudie aus dem Dienstleistungsbereich. Frankfurt/M., New York: Campus
- Becke G (2008): Soziale Erwartungsstrukturen in Unternehmen. Berlin: Edition Sigma
- Becke G (Hrsg.) (2008a): Soziale Nachhaltigkeit in flexiblen Arbeitsstrukturen
- Becke G (2013a): Stolpersteine als Lernpotenziale für achtsamen Wandel. *Supervision* 31(3), S. 4-11
- Becke G (2013b): Human-Resources Mindfulness. Promoting health in knowledge-intensive SMEs. In: Ehnert I, Harry W, Zink KJ (Eds.) *Sustainability and Human Resource Management*. Springer: Heidelberg et al., pp. 83-104
- Becke G (2013c): Mit Veränderungen experimentieren. In: Becke G, Behrens M, Bleses P, Meyerhuber S, Schmidt: *Organisationale Achtsamkeit – Veränderungen nachhaltig gestalten*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel, S. 77-98.
- Becke G (2014): Zukunftsfähige Unternehmenskulturen durch organisationale Achtsamkeit. In: Badura B, Ducki A et al. (Hrsg.): *Fehlzeiten-Report 2014: Erfolgreiche Unternehmen von morgen - gesunde Zukunft heute gestalten*. Heidelberg: Springer (im Erscheinen)
- Becke G (2014a): Mindful Change: A concept for social sustainability at organizational level. In: Becke G (Ed) *Mindful change in times of permanent reorganization*. Springer: Heidelberg et al., pp. 49-71
- Becke G, Behrens M, Bleses P, Meyerhuber S, Schmidt S (2013): *Organisationale Achtsamkeit. Veränderungen nachhaltig gestalten*. Stuttgart: Schäffer-Poeschel
- Becke G, Bleses P, Schmidt S (2011): Betriebliche Gesundheitsförderung in flexiblen Arbeitsstrukturen der Wissensökonomie. In: Bamberg E, Ducki A, Metz A-M (Hrsg.) *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt*. Göttingen et al.: Hogrefe, S. 671-691
- Becke G, Bleses P, Schmidt S (2010): Nachhaltige Arbeitsqualität – Ein Gestaltungskonzept für die Betriebliche Gesundheitsförderung in der Wissensökonomie. *Wirtschaftspsychologie* 12(3), S. 60-68
- Behrens M, Bleses P (2013): Der Dialog – Basis achtsamen Unternehmenswandels. In: Becke G, Funken C, Klinke S, Scholl W, Schweer M (Hrsg.): *Innovationsfähigkeit durch Vertrauensgestaltung? Befunde und Instrumente zur nachhaltigen Organisations- und Netzwerkentwicklung*. Frankfurt/M.: Peter Lang, S. 215-230
- Bleses P, Schmidt S (2013): Strukturen und Instrumente für organisationale Achtsamkeit. *Supervision* 31(3), S. 34-39

- Bundesministerium für Familie und Senioren (Hg.) (1994): Familie und Familienpolitik im geeinten Deutschland. Zukunft des Humanvermögens, Bonn
- Burisch M (2006): Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung. Heidelberg: Springer
- Burke RJ, Cooper GL (Eds.) (2000): The organization in crisis. Downsizing, restructuring, and privatization. Oxford, Malden: Blackwell
- Dathe, D (o. J. wahrscheinlich 2011): Arbeitsintensität und gesundheitliche Belastungen aus der Sicht von Beschäftigten im Gesundheits-, Sozial- und Erziehungswesen. Eine Analyse mit dem DGB-Index Gute Arbeit. http://www.verdi-gute-arbeit.de/upload/m4d9c622806060_verweis1.pdf (zuletzt aufgesucht 11.4.2014)
- Donati P (2011): Relational sociology. A new paradigm for the social sciences. London, New York: Routledge
- Dragano N (2007): Personalabbau, Outsourcing, Restrukturierung: Gesundheitliche Folgen von Rationalisierungsmaßnahmen und mögliche Erklärungen. Psychosozial 30(3): 39-54
- Dragano N, Siegrist J (2006): Arbeitsbedingter Stress als Folge von betrieblichen Rationalisierungsprozessen – die gesundheitlichen Konsequenzen. In: Badura B, Schellschmidt H, Vetter C (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2005: Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheit. Berlin, Heidelberg, S. 167-182
- Ducki, A, Schröder, H, Klose; J & Meyer; M (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2012. Gesundheit in der flexiblen Arbeitswelt. Chancen nutzen – Risiken minimieren* (S. VII-XII). Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.
- Ducki A (2014): Vereinbarkeit beruflicher und nicht beruflicher Anforderungen bzw. Lebenswelten. Positionspapier zum Workshop „Gesundheitsrelevante Dimensionen von Lebenswelten im Konflikt – Gefährdungen und gesundheitsförderliche Handlungsoptionen in den Betrieben“. Bremen
- Dunckel, H., Resch, M.G. (2004). Arbeitsbezogene psychische Belastungen. In Steffgen, G. (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitsförderung* (S. 37-61). Göttingen: Hogrefe.
- Elias N (1993): Was ist Soziologie? Weinheim, München: Juventa, 7. Auflage
- Elias N, Scotson JL (1990): Etablierte und Außenseiter. Frankfurt/M.: Suhrkamp
- Emirbayer M (1997): Manifesto for a relational sociology. American Journal of Sociology, 103(2), S. 281-317
- Gerlmaier A (2006): Nachhaltige Arbeitsgestaltung in der Wissensökonomie? Zum Verhältnis von Belastungen und Autonomie in neuen Arbeitsformen. In: Lehdorff S (Hrsg.): Das Politische in der Arbeitspolitik. Berlin: Edition Sigma, S. 71-98
- Feministische Studien (2013), Schwerpunkttheft: Sorgeverhältnisse, hg. von C Gather, R Othmer, E Senghaas-Knobloch, 31(2)
- Fenzl C, Resch M (2005): Zur Analyse der Koordination von Tätigkeitssystemen. Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie 49(4), S. 220-231
- Ferrie JE (2006): Gesundheitliche Folgen der Arbeitsplatzunsicherheit. In: Badura B, Schellschmidt H, Vetter C (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2005: Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheit. Berlin, Heidelberg, S. 93-123
- Heiden M, Jürgens K (2013): Kräfte messen. Betriebe und Beschäftigte im Reproduktionskonflikt. Berlin: Edition sigma

- Hürtgen S (2013): Mensch sein auf der Arbeit? Kollegialität als Balance von allgemein-menschlichen und leistungsbezogenen Aspekten von Arbeit. In: Billmann, L (Hrsg.) Solidarität in der Krise. Wiesbaden: Springer, S. 237-262
- Klatt R, Ciesinger K-G, Cohnen H, Goesmann C, Lisakowski A (2011): Alten- und Krankenpflege im Spiegel der öffentlichen Wahrnehmung. In: Ciesinger K-G, Fischbein A, Klatt R, Neuendorff H (Hrsg.) 2011: Berufe im Schatten. Wertschätzung in Dienstleistungsberufen. Entwicklung und Konzept einer praxisnahen Unterstützung. Berlin: Lit, S- 31-52
- Kocher E (2013): Das Recht auf eine selbstbestimmte Erwerbsbiografie. In: Leviathan 41(3), S. 457-478
- Kocyba H, Voswinkel S (2007): Krankheitsverleugnung. Das Janusgesicht sinkender Fehlzeiten. WSI-Mitteilungen 60(3), S. 131-137
- Köper B (2012): Restrukturierung. In: Lohmann-Haislah (Hrsg.): Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund, Berlin, Dresden, S. 143-155
- Kotthoff H (2000): Anerkennung und sozialer Austausch. Die soziale Konstruktion von Betriebsbürgerschaft. In: Holtgrewe U, Voswinkel S, Wagner G (Hrsg.): Anerkennung und Arbeit. Konstanz: UVK, S. 27-36
- Kotthoff H, Reindl J (1990): Die soziale Welt kleiner Betriebe. Wirtschaften, Arbeiten und Leben im mittelständischen Industriebetrieb. Göttingen: Otto Schwartz & Co.
- Kraemer K, Speidel F (2004): Prekäre Leiharbeit. Zur Integrationsproblematik einer atypischen Beschäftigungsform. In: Vogel B (Hrsg.): Leiharbeit. Hamburg: VSA, S. 119-153
- Kumbruck C (2009). Diakonische Pflege im Wandel. Nächstenliebe unter Zeitdruck. Münster: LIT-Verlag.
- Kumbruck C (2009a): Veränderungen in den Beziehungsaspekten der Pflegearbeit. In: Arbeit. Zeitschrift für Arbeitsforschung, Arbeitsgestaltung und Arbeitspolitik. 18(1), S. 63-75.
- Kumbruck C (2014): Persönliche berufliche Qualitätsstandards im Spannungsfeld von Ökonomisierung und Professionalisierung von Pflege. Positionspapier zum Workshop „Gesundheitsrelevante Dimensionen von Lebenswelten im Konflikt – Gefährdungen und gesundheitsförderliche Handlungsoptionen in den Betrieben“. Bremen
- Kumbruck C, Rumpf M, Senghaas-Knobloch E (2010): Unsichtbare Pflegearbeit. Fürsorgliche Praxis auf der Suche nach Anerkennung, Berlin: Lit
- Kumbruck C, Senghaas-Knobloch E (2014): Handlungskoordination oder Komplizenschaft – Was dokumentiert die Dokumentation, wenn Störungen den Pflegealltag beherrschen? In: Becke G, Bleses P (Hrsg.): Koordination und Interaktion. Theorie – Empirie – Gestaltung in sozialen Dienstleistungen. Wiesbaden: Springer VS (im Erscheinen)
- Kurz-Scherf I, Correll L, Janczyk S (Hrsg.) (2005): In Arbeit: Zukunft. Die Zukunft der Arbeit und der Arbeitsforschung liegt in ihrem Wandel, Münster: Westphälisches Dampfboot.
- Landesinstitut für Arbeitsgestaltung des Landes Nordrhein-Westfalen (LIA NRW) (2012): Den Wandel gesund gestalten – langfristig erfolgreich restrukturieren. Ein Leitfaden für Personalverantwortliche und Führungskräfte. Düsseldorf
- Lohmann-Haislah A, BAuA (2012): Stressreport Deutschland 2012. Psychische Anforderungen, Ressourcen und Befinden. Dortmund et al.

- Meyerhuber S (2013): Mittlere Führungskräfte stärken. In: Becke G, Behrens M, Bleses P, Meyerhuber S, Schmidt: Organisationale Achtsamkeit – Veränderungen nachhaltig gestalten. Stuttgart: Schäffer-Poeschel, S. 157-184
- Müller R (2014): Zur Unhintergebarkeit von Leiblichkeit, Körperlichkeit bei der Gestaltung von Arbeit. Positionspapier zum Workshop „Gesundheitsrelevante Dimensionen von Lebenswelten im Konflikt – Gefährdungen und gesundheitsförderliche Handlungsoptionen in den Betrieben“. Bremen
- Müller, R, Larisch S (2012): Arbeitsschutz in der Flugbegleitung. Arbeitsanforderungen, Rhythmen, Schlaf und Erholung. Berlin: Lit
- Nembhard IM, Edmondson AC (2012): Psychological safety. A foundation for speaking up, collaboration, and experimentation in organizations. In: Cameron KS, Spreitzer GM (Eds) The Oxford handbook of positive organizational scholarship. Oxford: Oxford University Press, S. 490-503
- Peter G (2008): Soziale Nachhaltigkeit im Epochenbruch. Von der Notwendigkeit ihrer Einbettung in eine Konzeption primärer Arbeitspolitik. In: Becke, G (Hrsg.) Soziale Nachhaltigkeit in flexiblen Arbeitsstrukturen. Problemfelder und arbeitspolitische Gestaltungsfelder, Münster: Lit, S. 27-43
- Peter R (2010): Von Handlungs- und Entscheidungsspielräumen, Belohnungen und betrieblicher Gerechtigkeit: Die Modelle Demand-Control und berufliche Gratifikationskrisen. In: Faller G (Hrsg.): Lehrbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber, S. 59-69
- Punke W (2014): Menschen stärken – Sachen klären. Positionspapier zum Workshop „Gesundheitsrelevante Dimensionen von Lebenswelten im Konflikt – Gefährdungen und gesundheitsförderliche Handlungsoptionen in den Betrieben“. Bremen
- Resch, M (2002). Der Einfluss von Familien- und Erwerbsarbeit auf die Gesundheit. In: Hurrelmann, K & Kolip, P (Hrsg.), Geschlecht und Gesundheit. Bern: Huber, S. 403-418)
- Schein EH (1995): Unternehmenskultur. Frankfurt/M., New York: Campus
- Schmidt S (2013): Gesundheit fördern. In: Becke G, Behrens M, Bleses P, Meyerhuber S, Schmidt S: Organisationale Achtsamkeit. Veränderungen nachhaltig gestalten. Stuttgart: Schäffer-Poeschel, S. 129-156
- Schneider W, Lindenberger U (2012): Entwicklungspsychologie. Weinheim: Beltz
- Semmer N K, Tschan F, Meier L L, Faccin S, Jacobshagen N. (2010). Illegitimate tasks and counterproductive work behaviour. In: Applied Psychology: An International Review 59, S. 70-96.
- Senghaas-Knobloch E (2000): Wohin driftet die postindustrielle Gesellschaft? In: Menzel U (Hrsg.) Vom Ewigen Frieden und vom Wohlstand der Nationen. Frankfurt/M: Suhrkamp, S. 543-572
- Senghaas-Knobloch E (2008): Care-Arbeit und das Ethos fürsorglicher Praxis unter neuen Marktbedingungen am Beispiel der Pflegepraxis. Berliner Journal für Soziologie 18(2), S. 221-243
- Senghaas-Knobloch E (2008a): Wohin driftet die Arbeitswelt? Wiesbaden: VS Verlag
- Senghaas-Knobloch E (2009): Soziale Nachhaltigkeit – konzeptionelle Perspektiven. In: Popp R, Schüll E (Hrsg.). Zukunftsforschung und Zukunftsgestaltung. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 569-578
- Senghaas-Knobloch E (2011): Das Verhältnis zwischen Flexibilitätsanforderungen, Ressourcenschonung und Sorgearbeit als Herausforderung für eine nachhaltigkeitsorientierte Arbeitsforschung. In: Jeschke S (Hg.): Innovation im Dienste der Gesellschaft. Beiträge des 3. Zukunftsforums Innovationsfähigkeit des BMBF. Frankfurt/M., New York: Campus, S. 561-574

- Senghaas-Knobloch E (2014): Die Care-Lücke in der Arbeitsgesellschaft. Herausforderung für ein „soziales Europa“. In: Jahrbuch soziale Protestantismus i. E.
- Senghaas-Knobloch E, Nagler B, Dohms A (1996): Zukunft der industriellen Arbeitskultur. Persönliche Sinnansprüche und Gruppenarbeit, Münster: Lit
- Senghaas-Knobloch E, Kumbruck C (2008): Zum Ethos fürsorglicher (Pflege-)Praxis in der modernen Dienstleistungsgesellschaft. In: L'Homme. Europäische Zeitschrift für feministische Geschichtswissenschaft 19(1), S. 15-37.
- Siegrist J (1996): Soziale Krisen und Gesundheit. Göttingen: Hogrefe
- Sverke M, Hellgren H, Näswall K (2006): Arbeitsplatzunsicherheit: Überblick über den Forschungsstand. In: Badura B, Schellschmidt H, Vetter C (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2005: Arbeitsplatzunsicherheit und Gesundheit. Berlin, Heidelberg, S. 59-92
- von Uexküll, T., Adler, R., Herzog, W., Joraschky, P.. Psychosomatische Medizin: theoretische Modelle und klinische Praxis, München 2011, 7. Auflage
- Werner A-C, Grüner T, Frerichs F, Schorn NK (2013): Altern in der Pflege – Laufbahnen innovativ gestalten. In: Praevision – Zeitschrift für innovative Arbeitsgestaltung und Prävention, 4(4), S. 10-11
- Volmerg B, Senghaas-Knobloch E, Leithäuser T (1986): Betriebliche Lebenswelt. Eine Sozialpsychologie industrieller Arbeitsverhältnisse. Opladen: Westdeutscher Verlag
- Voswinkel S (2005): Reziprozität und Anerkennung in Arbeitsverhältnissen. In: Adloff F, Mau S (Hrsg.) Vom Geben und Nehmen. Zur Soziologie der Reziprozität. Frankfurt/M., New York: Campus, S. 236-256
- Weick KE, Sutcliffe KM (2010): Das Unerwartete managen. Wie Unternehmen aus Extremsituationen lernen. Stuttgart: Schäffer-Poeschel
- Weick KE, Sutcliffe KM (2007): Managing the unexpected. Resilient performance in an age of uncertainty. San Francisco: Wiley, 2nd Edition

Anhang mit den Expertisen

Rainer Müller

Zur Unhintergebarkeit von Leiblichkeit, Körperlichkeit bei der Gestaltung von Arbeit

Antje Ducki

Vereinbarkeit beruflicher und nicht beruflicher Anforderungen bzw. Lebenswelten – im Bereich personennaher Dienstleistungen –

Christel Kumbruck

Persönliche berufliche Qualitätsstandards im Spannungsfeld von Ökonomisierung und Professionalisierung von Pflege

Walter Punke

Menschen stärken - Sachen klären

Positionspapier zum Workshop „Gesundheitsrelevante Dimensionen von Lebenswelten im Konflikt“, Bremen 21. März 2014

Rainer Müller

Zur Unhintergebarkeit von Leiblichkeit, Körperlichkeit bei der Gestaltung von Arbeit

Vorbemerkung

Eine sich interdisziplinär verstehende Arbeitswissenschaft, die eine menschengerechte Gestaltung von Arbeitswelten und Arbeitstätigkeiten zum Ziel hat, hat sich der Tatsache zu stellen, dass in der Geschichte der Wissenschaften zwei zentrale Traditionslinien zu beachten sind. Auf der einen Seite die hermeneutische Tradition mit vor allem der Philosophie und auf der anderen Seite die Naturwissenschaften. Die wissenschaftliche Analyse bzw. Deutung und konkrete Fassung von „menschengerecht“ hat zur Kenntnis zunehmen, dass eine beide Traditionslinien integrierende Anthropologie nicht vorliegt. Allerdings sind in den letzten Jahren mit dem Wissensfortschritt in den Subdisziplinen der Biologie sowie den Diskursen in den hermeneutischen Subdisziplinen Bemühungen im Gange, theoriegeleitete und empirisch gestützte konzeptionelle Brücken zur Bestimmung der *Conditio humana* zu bauen. Beispiele für diese Entwicklungen auf theoretischer wie auch angewandter Ebene sind die Psychosomatische Medizin (v. Uexküll u.a. 2011) und die Entwicklungspsychologie (Schneider, Lindenberger 2012). Für die Arbeits- und Gesundheitswissenschaften stehen diesen Anstrengungen noch an.

Das Thema Leiblichkeit/Körperlichkeit ist so alt wie Philosophie, Theologie, Kulturwissenschaft, Biologie, Medizin, Lebens-, Gender-, Feminismuswissenschaft u.a. (Böhme 2003, Kuhlmann 2004, Alloa, Bedorf, Grüny, Klass 2012). Der Dualismus mit den Kategorien Leib- Seele oder Körper- Geist durchzieht die Diskurse über Mensch und Person. Ansprüche auf „Ganzheitlichkeit“ und Interdisziplinarität werden gestellt, aber nicht eingelöst, da die Traditionen von Geistes-, Sozial-, Naturwissenschaft paradigmatisch nicht kongruent sind. Auch sich interdisziplinär gebende Wissenschaften von Arbeit und Gesundheit unterliegen diesen paradigmatischen Differenzen.

Wenn nachfolgend Überlegungen zur Leiblichkeit /Körperlichkeit in Bezug zur (Erwerbs-) Arbeit angestellt werden, sind die Fallstricke einer naturalistischen Verkürzung (Honnefelder, Schmidt 2007) zu beachten.

Das Thema Leiblichkeit/Körperlichkeit soll jedoch nicht nur in einer engen Perspektive auf Arbeit bzw. Tätigkeit betrachtet werden sondern im Verständnis von Daseinskompetenz und Daseinssicherung thematisiert werden. Für diese komplexere Sicht wird das Konzept von Humanvermögen kurz skizziert und in diesem Zusammenhang Leiblichkeit/Körperlichkeit in einem biopsychosozialen Modell (siehe Anhang) erläutert. Auch dieses Modell erfüllt nur sehr begrenzt interdisziplinäre Intentionen. Als Modell ermöglicht es, sowohl saluto- als auch pathogenetische Deutungen für analytische und gestalterische Fragestellungen zur Verfügung zu stellen.

Kategorien oder auch Metaphern wie Kraft, Energie, Ressource, Vermögen, Resilienz und auch Autonomie bleiben idealistisch, wenn nicht die aktuellen naturwissenschaftlichen Erkenntnisse zu *res extensa* in Beachtung zu den Interpretationen von *res cogitans* (Körper-Geist) beachtet werden.

I. Ausgangsthesen

1. Biologische Natur, Funktionsplan des Organismus als Basis des Leibes

„Eine Beschreibung des Körpers mit biologischen Begriffen von Anatomie, Biochemie und Motorik impliziert, dass wir es hier mit Strukturen und Prozessen zu tun haben, die das individuelle Subjekt lebt“ (Gallagher 2012, S. 324). Wissenschaft soll „auf der unteilbaren Natur des Leibes beharren“ (Ebenda S. 332). Ob „Hirnwelt oder Lebenswelt?“ (Fuchs 2011) wird in der Auseinandersetzung mit dem Neurokonstruktivismus gefragt und auf der „Koextension von subjektivem Leib und organischem Körper“ bestanden (Fuchs 2011, S. 352, siehe auch Froese, Fuchs 2012).

In der Phänomenologie wird die von Husserl benannte Leib-Körper-Differenz philosophisch intensiv diskutiert und gefragt, ob der Leib einerseits Objekt und zugleich auch Subjekt ist. Der Leibbegriff lasse sich weder auf die Seite des Körpers noch auf die Seite des philosophisch-theologischen Verständnisses der Seele schlagen. Er sei nicht als beseelter Körper zu begreifen, sondern als er- und durchlebter. Über den Leib-Begriff erschließe sich die Intersubjektivität und damit Kulturalität und damit die Erfahrungs- und Handlungsfähigkeit der Person. Er stelle eine Absage an Konzepte von Körpermaschine oder psychophysischen Parallelismus dar. (Alloa u.a. 2012). Über den Begriff Körperschema ist zwischen der Phänomenologie (Merleau-Ponty 1945) und den Neurowissenschaften sowie den auch therapeutisch arbeitenden psychophysiologischen Ansätzen zu einer intensiven Debatte gekommen (Kristensen 2012). Über diesen Begriff zeigt sich der Einfluss der Phänomenologie auf die Kognitionswissenschaft. Er führte über die Thematisierung von Wahrnehmungs- und Bewegungssystem bzw. Wahrnehmung, Verhalten und soziale Kognition zu einem Konzept von Leiblichkeit und Embodiment („Verkörperung“, auch als Körperschema gedeutet). Kognition wird nicht als bloßer Gehirnvorgang verstanden, sondern involviert Gehirn, Körper und Umwelt (Gallagher 2012, S. 321).

In der Anthropologie von Plessner wird eine Korrelation von menschlichem, anatomischem und physiologischem Bauplan (Funktionsplan des Organismus) mit (Um-) Welt unterstellt (Sychowski 2012). Er spricht von Leib-sein Leib-haben, Leib-sein Körper-haben (Plessner 1976, S. 56). Im Beziehungsaspekt von „Weder-noch **und** Sowohl-als-auch von Leib-sein **und** Leib-haben“ (Sychowski 2012, S. 6) zeigt sich nach Plessner die Umwelt-Tätigkeit des Menschen.

Die Soziologie tut sich schwer, den angesprochenen Diskurs in der Phänomenologie bzw. zwischen der Phänomenologie und den biologischen bzw. medizinischen Disziplinen aufzugreifen. So finden sich in der Publikation „Soziologie des Körpers“ (Schroer 2005) kaum Bezüge dazu. In „Soziologie der Praktiken“ (Schmidt 2012) wird zwar zu „Körperlichkeit von Praktiken“ der „soziologische practice turn“ als „zugleich body turn“ (Schmidt 2012, S. 55) angesprochen, aber ignoriert völlig den ange-

sprochenen entwickelten Diskurs. Soziologen meinen sich „immer neuer Naturalisierungsversuche (zu) erwehren“ müssen (Schroer 2005, S.24).

2. Evolutionsgeschichte des Menschen

Leiblich-/Körperlichkeit haben in ihrer Ausbildung eine Milliarden/Millionen Jahre alte Entwicklungsgeschichte. Der Leib erscheint dann eher nicht als „ein merkwürdig unvollkommen konstituiertes Ding“ (Husserl 1971, S.159, zit. nach Alloa, Depraz 2012, S. 22), sondern im Lichte der Evolution macht der heutige Leib/ Körper Sinn.

Mit dem aufrechten Gang und der Vergrößerung des Gehirns vor etwa 7 Millionen Jahren in Ostafrika (Junker 2006, S. 22) war das Überleben als Jäger und Sammler für tägliches stundenlanges Gehen und Hocken möglich.

In diesem Zusammenhang ist auf die Systembiologie hinzuweisen, dem Versuch, die Vielfalt der Einzelergebnisse von Analysen des Genoms, des Proteoms, des Metaboloms, des Microbioms und anderer Systeme mit Mitteln einer von Informatik zusammenzufassen und zu verstehen (BMBF 2002, Wiechert 2004).

Für eine gesundheitswissenschaftliche Debatte über menschengerechte Gestaltung von Arbeits- und Lebenswelten sind ebenfalls Erkenntnisse der Evolutionsmedizin wahrzunehmen (Nesse, Williams 1997, Ganten u.a. 2012).

II. Wissenschaftliche Zugänge, Theoreme

Humanvermögen im Lebenslauf, Lebensspanne

Der Begriff Humanvermögen bezeichnet die Gesamtheit der Kompetenzen aller Mitglieder einer Gesellschaft, d.h. „all das, was das Individuum befähigt, sich in der komplexen Welt zu bewegen und sie zu akzeptieren“ (Bundesministerium für Familie und Senioren 1994, S. 28).

Zum Humanvermögen zählen neben dem wirtschaftlichen Humankapital, also dem Arbeitsvermögen (Pfeiffer 2004), Fähigkeiten und Fertigkeiten zur Elternverantwortung, zum politischen und gemeinnützigen Engagement, zur Betreuung von nahe stehenden Alten und Kranken. Der größte Teil der Reproduktion von Humanvermögen findet in privaten Haushalten, also der Familie statt. Für die Ausbildung, Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung des Arbeitsvermögens sind Bildungseinrichtungen und konkrete berufliche Tätigkeiten die entscheidenden Orte.

Kaufmann sieht in Humanvermögen eine neue Kategorie der Sozialstaatstheorie. (Kaufmann 2009)

Bei der Bildung von Humanvermögen geht es um die Vermittlung von Befähigungen zur Bewältigung des Alltagslebens, also um den Aufbau von Handlungsorientierungen und Werthaltungen. Daseinskompetenz / Vitalvermögen wird zur Lösung von gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Herausforderungen in einer arbeitsteiligen Wirtschaftsgesellschaft benötigt (Ebenda S.28). Mit der Kategorie Humanvermögen wird die anthropologische Dimension auch in das Konzept von Sozialstaatlichkeit wieder zurückgeholt (Kaufmann 2009, S. 112).

Die wissenschaftliche Betrachtung der Entwicklung der menschlichen Fähigkeiten, Fertigkeiten und Eigenschaften über die gesamte Lebensspanne ist eng mit der Ausbildung der Entwicklungspsychologie verbunden (Brandtstädter, Lindenberger 2007). Ihre Botschaft lautet: „Wir entwickeln uns, solange wir leben, man muss den

gesamten Lebenslauf in den Blick nehmen, um ein tieferes und genaues Verständnis einzelner Entwicklungsabschnitte zu gewinnen“ (ebenda, Vorwort, S.7). Betont wird, dass sich menschliche Entwicklung auf historischen und ontogenetischen Zeitebenen vollziehen und von daher die Entwicklungsprozesse in einem Möglichkeitsraum durch sowohl biologische Ausstattungen als auch soziale und kulturelle Bedingungen strukturiert werden. Individuelle Entwicklung über die Lebensspanne wird zwar als Ergebnis der Interaktion von Anlage- und Umweltbedingungen angesehen, aber der Prozess wird ebenso wesentlich geprägt durch die sich über Lernprozesse der Person ändernden Vorstellungen.

Das Thema Anpassung und Entwicklung in der menschlichen Ontogenese wird auch als adaptionsistisches Programm in evolutionsbiologischer Sicht behandelt.

Soll die anthropologische Dimension, wie angesprochen, in Konzeption und Gestaltung von Sozialstaatlichkeit über die Konzeption Humanvermögen wieder aufgenommen werden, dann kann auf Theoreme, Methoden und Erkenntnisse einer interdisziplinären Anthropologie, zu der Biologie, Medizin und Psychologie gehören, nicht verzichtet werden. Das eher sozial- bzw. wirtschaftswissenschaftliche Konzept Humanvermögen, angelsächsisch als human assets bezeichnet, ist also um deren Konzepte und Wissensbestände zu erweitern.

Psychoneuroimmunologie

Für diese Gesamthematik der Interaktion Individuum - Leiblich-/Körperlichkeit - Umwelt bietet die Psychoneuroimmunologie Erkenntnisse, die analytische wie gestalterische Zugänge liefert, wie Umwelt und psychosoziale Faktoren die Gesundheit /Humanvermögen in der Lebensspanne beeinflussen (Schubert 2011). Das Konzept fußt auf dem bio-psycho-sozialen Paradigma, welches davon ausgeht, dass lebende Systeme nicht einfach passiv auf Umgebungsreize reagieren, sondern im Sinne der (Bio-)Semiotik Interpretanten ihrer Umwelt sind. Folgende Konzepte bzw. Modelle werden aufeinander bezogen: Für die individuelle Bedeutung von Ereignissen: *Bio-psycho-soziales Modell* (Engel 1977), *transaktionales Stresskonzept* (Lazarus 1991) und *biosemiotisches Paradigma* (v. Uexküll 1980), für die dynamische Komplexität: *Immuno-neuro-endokrines Netzwerk* (Besedovsky, del Rey 1991), *dynamische Krankheiten* (Glass, Mackay 1988) und *gemeinsame biochemische Sprache* (Blalock 1994) (siehe Schubert 2011, 2012).

Studien zeigen folgende Ergebnisse: Psychisches System und Immunsystem befinden sich in ständiger Anpassung an die wechselnden Umweltbegebenheiten, die Anpassungsleistungen sind durch emotionale und immunologische Parameterfluktuationen gekennzeichnet. Bei Überforderung der Anpassungsleistung sind Ordnungsübergänge von gesund zu krank möglich, die sich durch kritische Fluktuationen in krankheitsassoziierten Parametern zeigen. Immundynamik spiegelt sich in der Psychodynamik wieder (siehe Schubert 2012).

Epigenetik

Eine weitere wichtige biologische Forschungsrichtung, die für Fragen zum Individuum –Umwelt-Bezug von Bedeutung ist, stellt die Epigenetik dar (Bauer 2004). Sie bietet Ansätze für das Verständnis genetischer Regulation von Entwicklungs- und

Erkrankungsprozessen. Umweltbedingte Einflüsse auf das Erbgut (Genom) wie z.B. Umweltgifte können erfasst werden und deren langfristige Konsequenzen für das Individuum besser verstanden werden.

Einen Überblick über Stand der Forschung zu psychosozialem Stress, Suszeptibilität und chronische Erkrankung beim Altern mit dem Versuch, dies in ein epigenetisch fundiertes „Biological Embedding of Childhood Adversity Model“ zu gießen, geben Miller et al. (2011). In den empirisch unterlegten Debatten werden Hypothesen formuliert, die eine Vererbung von „sozialen Erfahrungen“ als epigenetische Prägung, also Vererbung von einer Generation zur nächsten, für wahrscheinlich halten.

Chronobiologie

Die Sicht Humanvermögen als Gesundheit auf den gesamten Lebenslauf bzw. die Lebensspanne macht auf einen weiteren Forschungsstrang aufmerksam, der für eine gestaltungsorientierte Public Health-/Arbeits- Politik von Bedeutung ist, nämlich die psychophysiologische Chronobiologie (Hildebrandt u. a. 1998, Rönneberg 2010). Ausgangspunkt ist die Erkenntnis, dass das biologisch-rhythmisch strukturierte Leben der Menschen nicht unendlich plastisch und beliebig formbar ist und Rhythmen als Zeitverhalten eine große Bedeutung für Wohlbefinden haben.

Demnach beeinflusst eine große Zahl von biologischen Rhythmen sehr unterschiedlicher Frequenz in vielfältigen Koppelungen die zeitliche Ordnung unserer Lebensabläufe – von der Zeugung bis zum Tod, über den Tag, die Woche, den Monat und das Jahr. Die Rhythmen und ihre Koppelungen werden durch endogene, biologische Prozesse (innere Uhr) und über äußere Zeitgeber der Umweltperiodik, insbesondere Licht im Tag-Nachtwechsel, aber auch durch soziale Prozesse gesteuert, reguliert und synchronisiert bzw. desynchronisiert.

III. Leibliche Gegebenheiten

Bewegung

Im Laufe der Evolutionsgeschichte des Menschen haben sich sowohl seine körperliche Ausstattung als auch seine geistigen Fähigkeiten entwickelt. Mit dem aufrechten Gang und der Vergrößerung des Gehirns war er zur Ausbildung seiner sozialen und kulturellen Entwicklung spezifisch befähigt. Tägliches Laufen über Stunden wurde zu einem überlebensnotwendigen Verhalten für die Nahrungsbeschaffung jedoch ebenfalls für die Entwicklung und Aufrechterhaltung der Funktionsfähigkeit seines Leibes/Körpers. Stundenlanges Gehen, Laufen und Hocken waren wesentliche Bedingungen für das, was wir heute Gesundheit nennen. Tägliche längere körperliche Aktivitäten vor allem Gehen bzw. Laufen sind für die optimale Regulation sämtlicher biologischer und eben auch geistiger Prozesse unbedingt notwendig. Zwischen motorischen Fähigkeiten zu Ausdauer, Kraft, Schnelligkeit und Koordination und den neurologischen Fähigkeiten des Gehirns existieren enge wechselseitige Beziehungen und zeigen entwicklungspsychophysiologisch typische Ausprägungen in der Lebensspanne abhängig von Übung und Aktivität (Krist u.a. 2012). Zahlreiche Erkenntnisse der Motologie und Psychomotorik liegen dazu vor (Seewald 2007).

Bewegungsmangel und Sitzen sind Bedingungen für zahlreiche chronische und akute Erkrankungen und Verlust an Lebensjahren (Muster, Zielinski 2006).

Im phänomenologischen Diskurs wird „Das Primat der Bewegung“ im Zusammenhang von „Körperschema und leibliche Subjektivität“ (Kristensen 2012) betont. In der

Auseinandersetzung mit Texten von Merleau-Ponty formuliert Kristensen: „Die Gleichheit von Bewegung und Sinn bedeutet, dass es keinen ontologischen Unterschied gibt zwischen Motorik und Affektivität, zwischen dem Physiologischen und dem Psychologischen, sondern lediglich graduelle Unterschiede, verschiedene Sinnmodalitäten“ (2012, S. 30). Die zentrale Bedeutung der leiblichen Bewegung wird als grundsätzliches Phänomen für die Selbstwahrnehmung und Wahrnehmung der Umwelt gedeutet. Der Sinn des Wahrgenommenen wird aus der durch die Bewegung hervorgerufenen dynamischen Gestaltung des Umfeldes erschlossen. Das Konzept des Körperschemas postuliert, „dass der Leib eine Umwelt hat, dass seine Glieder in ihren Bewegungen koordiniert sind und dass die Wahrnehmung einheitliche Gegenstände bietet“ (Kristensen 2012, S. 31).

Zirkadianer Rhythmus

Einen zirkadianen Rhythmus nennt man in der Chronobiologie endogene Rhythmen von biochemischen, physiologischen und verhaltensbiologischen Vorgängen. Die Rhythmik von z.B. Atmung oder Wachen-Schlafen wird von inneren Generatoren, Schrittmachern, bzw. Oszillatoren auch biologische Uhren genannt, erzeugt, wenn die Periodenlänge mit dem astronomischen Tag (Naturtag) übereinstimmt (Müller, Frings 2009, S. 313-327). Die biologischen Uhren zeigen einen genetisch vererbten Individualrhythmus. Die Rhythmik ist freilaufend beim Fehlen eines Zeitgebers mit einer Periode von circa 24 Stunden. Durch exogene Zeitgeber insbesondere Licht aber auch soziale Kontakte lässt sich die Rhythmik mit dem Naturtag synchronisieren. Die inneren Uhren lassen sich begrenzt verstellen durch schnelleren oder langsameren Licht- Dunkel-Zyklus. Beim Menschen beträgt der Mitnahmebereich (entrainment) maximal 3 Stunden pro Tag verkürzt oder verlängert. Es wird vermutet, dass vielleicht jede Zelle ihre eigene Uhr hat. Viele Zell- und Organfunktionen können tagesperiodisch auf- und abschwngen z.B.: Bluttemperatur, Blutdruck (Minimum gegen Morgen), Hormone oder Makrophagen im Blut oder die Körperkerntemperatur. Die Zentraluhr, die den Lauf der verschiedenen Gewebe- bzw. Organuhren synchronisiert, ist beim Menschen der Suprachiasmatische Nucleus. Die Synchronisation der Zentraluhr mit dem Sonnenstand erfolgt über den Sehfärbstoff Melanopsin, welches in den Ganglienzellen der Netzhaut vorkommt. Die Synchronisation der peripheren Uhren geschieht über mehrere Hormone – insbesondere Melatonin – und das autonome Nervensystem. Die Freisetzung des Nebennierenhormons Cortisol ins Blut – morgens am höchsten – wird über diese Regulationswege gesteuert. Über Cortisol wird die tagesperiodische Aktivität des Immunsystems geregelt und koordiniert.

Alle Komponenten des Immunsystems bestehend aus den äußeren mechanischen und physiologischen (u.a. Haut) Barrieren, den zellulären (u.a. Makrophagen, Lymphozyten) und humoralen Bestandteilen zeigen rhythmische Modulationen (Haus, Smolensky 1999, Janeway et. al. 2002). Die Komponenten des immunologischen Abwehrsystems gegen Mikroorganismen sind mit den Komponenten des Stressreaktionssystems gegen psychosoziale und andere Stressoren identisch oder mit ihnen verbunden (Rensing u.a. 2006, S. 249).

Man unterscheidet, definiert über Schlafmitte am Tag (Schlafbedürfnis), Frühtyp vom Spätchronotyp. Sie sind genetisch geprägt. Unter Früh- und Spättypen kommen

gleichviel Kurz- und Langschläfer (genetisch geprägt) und unter Kurz-/Langschläfern gleichviel Früh- Spättypen vor.

Anhaltende chronische Desynchronisation kann zu chronischen Erkrankungen und Leistungsminderung körperlicher und mentaler Art führen (Bechtold et al. 2010). Für die Zeitgestaltung, ob in der Erwerbssphäre, der Schule oder bei der Frage des Festhaltens an Sonn- und Feiertagen, d.h. für die Organisation von Leistung und Produktivität, ist die Periodik von Wachheit und Erholung, insbesondere Schlaf von Relevanz (Allmer 1996).

Rhythmus und Stress werden in den Natur- und den Sozialwissenschaften bzw. der Psychologie bearbeitet und können deshalb eine theoretische Scharnierfunktion übernehmen, um das pathogenetische bzw. salutogenetische Potential von Arbeitszeiten zu erforschen. Beide Konzepte beinhalten implizit normative, d.h. wertende Aussagen und ermöglichen einen theoretischen Anschluss an anthropologische Diskurse zu „Identität, Leiblichkeit, Normativität“ (Barkhaus u.a. 1996).

Ermüdung

Unter Ermüdung wird die reversible Minderung der Leistungsfähigkeit eines Organs (lokale Ermüdung) oder des Gesamtorganismus (zentrale Ermüdung) in Folge einer Tätigkeit verstanden.

In der Schlafmedizin bzw. Schlafpsychologie (Steinberg 2000) wird zwischen Müdigkeit und Schläfrigkeit unterschieden. Schläfrigkeit beschreibt den Grad der Wachheit eines Individuums und kann direkt der zentralnervösen Aktivierung zugeordnet werden.

Müdigkeit (Fatigue) beschreibt einen psychischen Zustand, welcher durch das Gefühl von Erschöpfung, Mattigkeit oder auch von Überforderung zu beschreiben ist. In arbeitspsychologischer Sicht ist psychische Ermüdung eine Folge von Beanspruchung bei der Arbeit, sie kann ebenso als Folge von Unterforderung auftreten. Psychische Ermüdung zeigt sich auf allen Ebenen der Tätigkeitsregulation im Gedächtnis, der Wahrnehmung, Kognition und Motorik.

Ermüdung meint weiterhin den Zustand der Erholungsbedürftigkeit nach einer Arbeitsleistung. Die Abnahme der Leistungsfähigkeit kann nur durch Erholung ausgeglichen werden. Je länger eine Tätigkeit bei vorhandener Ermüdung fortgeführt wird, umso stärker nimmt die Ermüdung zu. Einen exponentiellen Verlauf zeigt ebenso die Erholungswirksamkeit. Eine Erholungsphase in den ersten Abschnitten einer Arbeitstätigkeit ist erholungswirksamer als solche in späteren Abschnitten der Tätigkeit. Es sind bei diesem komplexen Zusammenhang personentypische Bedingungen zu beachten, so z.B., ob die Person orientiert am zirkadianen Rhythmus eher zu dem Morgentyp oder dem Abendtyp gehört. Die Ermüdung unterliegt einer beträchtlichen persönlichen Fehleinschätzung. Selbst bei starker Ermüdung wird Leistungsfähigkeit angenommen. Als wichtigste Ressource für die Erholung ist erholsamer Schlaf anzusehen.

Ermüdung

Erholung ist notwendig in zeitlicher Nähe und Dauer nach Belastung/Beanspruchung um Leistungsfähigkeit und psychophysische Ausgeglichenheit wieder herzustellen. Der Erholungsprozess zeigt personenspezifische Ausprägungen, die abhängig von

psychischen, mentalen Bewertungen in Distanzierungs- und Regenerationsphase (Kallus 1995).

Festzustellen ist, dass das Thema Stress, Belastung, Beanspruchung und Erholung – wie auch das Thema Erholung überhaupt – wissenschaftlich noch recht wenig erforscht ist, sowohl in den naturwissenschaftlichen, medizinisch-physiologischen Ausrichtungen wie auch in der Psychologie und der Soziologie (Kellmann 2000, S. 253; Allmer u.a. 25.05.02, S. 2). Auch die Zeitforschung hat sich des Themas – erst Recht bezogen auf die Arbeitswelt – nur unzulänglich angenommen (Rosa 2005). Die Rehabilitationswissenschaft oder die Sportmedizin/Sportphysiologie hat sich bislang mit dem Thema nicht mit genügender Intensität beschäftigt (Allmer 1996).

Unter Erholung wird nicht nur ein passives Verhalten, nicht mehr Arbeiten, verstanden, sondern Erholung wird als ein aktiv gestaltbarer Prozess betrachtet. Allmer fasst Erholung als eine Handlung auf, die aktiv von der Person gesteuert werden muss. Er geht davon aus, dass Beanspruchung und Erholung in einem zyklischen Zusammenhang stehen (Allmer 1996, S. 42).

Psychoneuroendokrinologische Studien über Stress und Bewältigung fanden heraus, dass es im heutigen Erwerbsleben nicht immer zu einer vollständigen Erholung kommt, sondern durch die zeitliche Strukturierung von Anforderungen in und außerhalb der Erwerbssphäre über den Tag, die Woche und länger sich eine anhaltende Aktivierung (spillover) der neuroendokrinen Reaktivität, ein anhaltend erhöhter Stresshormonspiegel, einstellt. Dies führt längerfristig zu chronischen Erkrankungen psychosomatischer Art mit Beschwerden an den verschiedenen Organen insbesondere des Herzkreislaufsystems. Zu nennen ist hier ebenfalls die Erfahrung des „Ausgebranntseins“, der totalen Erschöpfung (Burnout-Syndrom) (Burisch 2006).

Schlaf

Schlaf ist für Mensch wie Tier überlebensnotwendig. Schlaf als erzwungene Ruhe dient der Restitution und Erholung aller körperlichen und psychosomatischen Funktionen. Eine rein physiologische Betrachtung betont die unbedingte Erholung jener Hirnstrukturen, die während der Wachheit besonders beansprucht werden. Der Energiebedarf der Nervenzellen des Zentralnervensystems ist dann sehr erhöht. Gerade zur Konsolidierung des Langzeitgedächtnisses braucht das Gehirn periodisch abwechselnde Phasen von Tiefschlaf und REM-Phasen (Rapid Eye Movement) pro Nacht.

Die zeitliche Lage, die Länge, die Intensität sowie die Struktur des Schlafes werden durch den zirkadianen und den homöostatischen Prozess reguliert (Cajochen 2009, Borbely 2004). Diese zwei oszillatorischen Hauptkomponenten bestimmen die Schlaf-Wach-Regulation. Das Schlafbedürfnis (homöostatischer Prozess) baut sich während der Wachzeit in Abhängigkeit von Dauer der vorhergehenden Schlaf- und Wachzeiten kontinuierlich auf, um in der Schlafzeit wieder abgebaut zu werden. Der homöostatische Prozess zeigt einen exponentiellen Verlauf und fällt nach Schlafbeginn steil ab. Der homöostatische Prozess wird mit einer Sanduhr verglichen, die beim Einschlafen bzw. Aufwachen jeweils umgedreht wird. Der zirkadiane Prozess wird mit einem Pendel/ Schaukel verglichen. Der Schlafdruck verläuft entsprechend dem zirkadianen Rhythmus und ist während der nächtlichen Schlafzeit am stärksten.

Je schlechter die Schlafqualität, umso mehr sinkt der Erholungsgrad nach dem Schlaf. Ausreichender und guter Schlaf ist eine wichtige Grundbedingung für Wohlbefinden und Leistungsfähigkeit des Menschen. Eine Vielzahl von Studien zum Schlafentzug hat offenkundig gemacht, dass Schlafmangel ab einem bestimmten Grad die Fähigkeit zu psychomotorischen Aufgaben wie Reaktionszeit, Kurzzeitgedächtnis und Vigilanz einschränkt (Roenneberg et al. 2007).

IV. Problemanzeige Stress

Die Wahrnehmung von Stress im Gehirn führt über zwei Signalwege (Hormonachsen) über Neuronen und das Gefäßsystem zu den Organen und Geweben. Unterschieden wird zwischen dem schnell reagierenden sympathischen Nervensystem mit dem Nebennierenmark (sympathic adreno-medullary SAM axis), die hauptsächlich Noradrenalin und Adrenalin als Neurotransmitter/Hormone aber auch Neuropeptide für die Auslösung von Stressreaktionen benutzt. Die zweite Achse ist die etwas langsamer reagierende aus Teilen des Hypothalamus, der Hypophyse und der Nebennierenrinde (hypothalamic- pituitary- adrenocortical HPA axis) (Rensing u.a. 2006, S. 123 ff). Die Betrachtung dieses Regulationssystems ist selbstverständlich vor dem Hintergrund des zirkadianen Rhythmus und seiner Veränderung bei z.B. transmeridianen Flügen zu beachten. Bei Flügen zwischen Europa und Japan bei solchen Flügen in einer biorhythmischen Phase, in der Schlaf und Erholung sein soll, kommt es zu einer Aktivierung der beiden physiologischen Stressreaktionsweisen mit einer deutlichen Erhöhung der „Stress-Parameter“ und den darauf basierenden erhöhten Herzkreislauffunktionen wie Herzfrequenz und Blutdruck. Es zeigt sich bei solchen beruflichen Belastungen eine anhaltende Erhöhung der Stresshormone im Blut mit chronischer Erhöhung von Blutdruck, ein Risikofaktor psychosomatischer Art insbesondere des Herzkreislaufsystems.

V. Pharmakologische Selbststeuerung, Technisierung des Körpers

Pharmakologisches „Neuro-Enhancement“ soll als besonderes Beispiel der immer gezielteren Intervention in die eigene Leiblichkeit angesprochen werden, um auf die weitere Entwicklung der längeren Tradition der Einnahme von psychoaktiven Substanzen in Tabakrauch, Kaffee und andere Drogen zur Aufrechterhaltung bzw. Steigerung von Leistungsfähigkeit aufmerksam zu machen (Franke, Lieb 2010).

Die Entwicklungen der „Personalisierten Medizin“ sind in diesem Zusammenhang ebenfalls von Bedeutung (Kuhlmann 2012).

VI. Vermessung des Menschen und funktionale Bestimmung

In der medizinischen, beruflichen und allgemeinen Rehabilitation von Erkrankten und Unfallopfern nach dem Sozialgesetzbuch IX „Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen“ wird die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit angewandt, um die Funktions-, Erwerbsfähigkeit zu bestimmen. Für die arbeits- wie gesundheitswissenschaftliche Diskussion über psychosoziale Belastungen und Belastbarkeit von Arbeitspersonen ist dieses Beurteilungsschema von hoher praktischer und paradigmatischer Relevanz. Ähnliches gilt selbstverständlich für die Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Für die Beurteilung von Erwerbsfähigkeit, beispielsweise nach Arbeitsunfällen oder bei Wiedereingliederung nach längerer Krankheit in die Erwerbsarbeit wird u.a. dieses Checkverfahren breit

angewandt. Die funktionale Bestimmung des körperlichen/leiblichen Vermögens bestimmt sich nach der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wie auch nach der „sozialen“ Funktion.

VII. Zeitpolitik und das Beispiel personaler Dienstleistungsarbeit „Flugbegleitung“

Ein zentrales Themenfeld im Zusammenhang mit psycho-physischen Belastungen bzw. Public Health bezieht sich auf derzeitige Zeitregime, Zeitverwendungstypen, betriebliche und öffentliche Zeitpolitiken in und zwischen den verschiedenen sozialen Kontexten mit ihren sozialen und gesundheitlichen Risiken (Mückenberger 2012). Dabei ist der Leib als „Umschlagstelle“ zwischen „Kultur und Natur“ (Waldenfels, 2000) – eben auch in der technisch und ökonomisch bestimmten Arbeit mit ihren modernen Flexibilisierungen – zu betrachten. Zwischen Zeitbild und Menschenbild besteht eine wechselseitige Abhängigkeit, welche selbstverständlich für eine humane Arbeitszeitgestaltung zu beachten ist (Rinderspacher 1985).

Durch erhöhte psychische und körperliche Belastung wird Schläfrigkeit kompensiert. Wenn Schlaf möglich ist, dann tritt auch Schlaf ein. Monotone Situationen stellen einen Schlafstimulus dar. Ultradiane und zirkadiane Rhythmen sind von Belang. Bei erhöhter Schläfrigkeit können als Folge der Reduzierung der zentral-nervösen Aktivierung (Grad der Wachheit) kognitive, emotionale und motorische Einschränkungen auftreten.

Beispielsweise sind die Arbeitsanforderungen des Kabinenpersonals auf dem Hin- und erst recht auf dem Rückflug zwischen Europa und Ostasien nach den Kriterien der Arbeits- bzw. Stresswissenschaft in den Dimensionen körperliche, psychische, mentale und soziale Belastung auch wegen der überlangen Arbeitszeit und des Tätigseins gegen den zirkadianen Rhythmus sehr hoch. Grenzen der individuellen Leistungsfähigkeit werden unter Umständen überschritten. Ermüdung und Erschöpfung sind die Konsequenzen. Die zeitlichen und sonstigen Bedingungen zur Erholung sind unter Erkenntnissen und rechtlichen Regelungen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes zu gestalten. Ausreichender Schlaf in qualitativer und quantitativer Hinsicht ist für Erholung unabdingbar.

Eine arbeitswissenschaftliche Fallstudie zum Umlauf zwischen Europa und Ostasien unterliegt den üblichen methodischen Grenzen und kann über längerfristige gesundheitliche Auswirkungen auf die einzelnen Beschäftigten bzw. die Gruppe der Flugbegleiter/-innen keine abschließenden arbeitswissenschaftlichen Erkenntnisse liefern, aber doch immerhin wissenschaftlich plausible Begründungen für die Größenordnung des Problems aufzeigen (vgl. Müller, Larisch 2012). Die Begrenzung rührt auch daher, dass individuelle, soziale, biologische und biografische Faktoren bei den Beschäftigten einen erheblichen Einfluss ausüben und die gesellschaftliche bzw. betriebliche Zeitpolitik einen erheblichen Einfluss auf Leistungsfähigkeit und Gesundheit des Flugpersonals und damit Flugsicherheit hat. Eine arbeits- und gesundheitswissenschaftliche Analyse und Bewertung hat eine Gesamtbilanz von Belastung, Beanspruchung, Ermüdung und Erholung für einen jeweils zu definierenden Zeithorizont (Tag/Nacht, Woche, Monat, Jahr, Lebensarbeitszeit)

vorzunehmen, dabei sind die Gefährdungen und Risiken, aber ebenfalls die Ressourcen für Leistungsfähigkeit / Gesundheit zu ermitteln. Bei der Tätigkeit des männlichen und weiblichen Flugpersonals sind in diesem Zusammenhang auch die hohen Anteile von Gefühlsarbeit zu beachten. Ermüdung und Erholung unterliegen bei den je erfahrenen Belastungen dem zirkadianen und anderen biologischen Rhythmen und sind nur in dessen Grenzen variierbar. Dauer, Lage und Qualität des Schlafes sind von entscheidender Bedeutung für den Gesundheitsschutz des Flugpersonals. Transmeridiane Flüge mit den Orts- und Zeitzonewechseln können mit dem Wissensbestand zu Nacht- und Schichtarbeit betrachtet und bewertet werden. Bei der Gestaltung der Arbeitsbedingungen sind die körperlichen/ leiblichen Leistungsmöglichkeiten der Erwerbsperson gemäß dem biopsychosozialen Rhythmus so zu beachten, dass die zeitliche Strukturierung der Arbeitsanforderungen nicht gegen den circadianen Rhythmus erfolgt und wenn dies nicht möglich ist, eine belastungsnahe Erholzeit in den Arbeitsprozess eingebaut wird und nach Beendigung der Arbeitsschicht, eine hinreichende Zeit für die Erholung zur Verfügung steht. Qualitativ hochwertiger und ausreichender Schlaf ist hier sehr bedeutsam.

Literatur

- Allmer, H.: Erholung und Gesundheit. Göttingen 1996
- Alloa, v., E., Bedorf, Th., Grüny, Ch., Klass, T., N.(HG.): Leiblichkeit, Tübingen 2012
- Barkhaus, A. u.a.: Identität, Leiblichkeit, Normativität. Frankfurt a. M., 1996
- Bauer, J.: Das Gedächtnis des Körpers: wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern. Eichborn, Frankfurt am Main 2002; Erweiterte Taschenbuchausgabe, Piper, München 2004 (10. Aufl. 2007)
- Bechtold, D.A./Gibbs, J.E./Loudon, A.S. : Circadian dysfunction in disease. In: Trends Pharmac. Sci. , 2010, Vol. 31(5). S. 191-198
- Besedovsky, H., O., del Rey, A.: Physiological implications of the immune-neuro-endocrine network, in: Ader, R., Felten, D.L., Cohen, N. (Hg.): Psychoneuroimmunology. San Diego 1991, p. 589- 608
- Blalock, J. E : The syntax of immune-neuroendocrine communication, in: Immunology Today, 1994, 15, p. 504-511
- Böhme, G. : Leibsein als Aufgabe. Leibphilosophie in pragmatischer Hinsicht. Kusterdingen 2003
- Borbély, A.: _Schlaf_ _Frankfurt_ a.M. 2004
- Brandtstädter, J., Lindenberger U. (Hg.): Entwicklungspsychologie der Lebensspanne, Stuttgart 2007
- Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hg.): Systeme des Lebens. Systembiologie 2002
- Bundesministerium für Familie und Senioren (Hg.): Familie und Familienpolitik im geeinten Deutschland. Zukunft des Humanvermögens, Bonn 1994
- Burisch, M. : Das Burnout Syndrom. Theorien der inneren Erschöpfung., Stuttgart 2006
- Cajochen, C.: Schlafregulation, in: Somnologie, 2009, Vol 13, p. 64-71
- Engel, G.L. : The need for a new medical model: a challenge for biomedicine, in: Science 1977, 196, p. 129-136
- Franke, A.G., Lieb, K.: Pharmakologisches Neuroenhancement und „Hirndoping“- Chancen und Risiken, in: Bundesgesundheitsblatt, 2010, 8, S.853-860
- Froese, T., Fuchs, Th.: The extended body: a case study in the neurophenomenology of social interaction, in: Phenom Cogn Sci 2012, 11, pp 205-235
- Fuchs, Th.: Hirnwelt oder Lebenswelt? Zur Kritik des Neurokonstruktivismus, in: DZPhil, Akademie Verlag, 2011, 59, S.347-358
- Gallagher, S.: Kognitionswissenschaften- Leiblichkeit und Embodiment, in : Alloa u.a., a.a.O. S. 320-333
- Ganten, D., Spahl, Th., Deichmann, Th. : Die Steinzeit steckt uns in den Knochen. Gesundheit als Erbe der Evolution, 5.Auflage, München 2012
- Geyer, Ch. (Hg.): Biopolitik. Die Positionen, Frankfurt a.M. 2001
- Glass, L., Mackay, M.C.: From clocks to chaos: The rhythms of life, Princeton 1988

Haus E, Smolensky M. H. : Biologic rhythms in the immune system. In: Chronobiol Int., 1999, Sep;16(5), pp581-622.

Haus, E., Smolensky, M.H. : Biological clocks and shift work: circadian dysregulation and potential long-term effects, in: Cancer Causes Control, 2006, Vol. 17, pp 489-500

Hildebrandt , G. u.a. : Chronobiologie und Chronomedizin, Stuttgart 1998

Honnefelder, L., Schmidt, M.,C. (Hg.): Naturalismus als Paradigma. Wie weit reicht die naturwissenschaftliche Erklärung des Menschen? Berlin 2007

Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit
http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icf/endaussage/icf_endaussage-2005-10-01.pdf
 11.2.2014 (Siehe Anlage)

Internationale Klassifikation der psychischen Störungen
<http://www.hogrefe.de/programm/internationale-klassifikation-psychischer-stoerungen-11.html> 25.2.2014

Janeway, C., A., Travers, P., Walport, M., Shlomchik, M.: Immunologie, 5.Auflage, München 2002

Junker, Th.: Die Evolution des Menschen, München 2006

Kallus, K., W.: Erholungs-Belastungs- Fragebogen: EBF; Handanweisung, Frankfurt a.M. 1995, Swets Test Services (nicht publiziert)

Kaufmann F.-X. : Humanvermögen: Eine neue Kategorie der Sozialstaatstheorie, in: Obinger H., Rieger E. (Hg.): Wohlfahrtsstaatlichkeit in entwickelten Demokratien. Frankfurt, New York 2009 S.95-117

Krist, H.u.a.: Wahrnehmung und Motorik, in: Schneider, W., Lindenberger, U.(Hg.): Entwicklungspsychologie, Weinheim, Basel 2012, S.363- 384

Kollek, R., Lemke, Th.: Der medizinische Blick in die Zukunft. Gesellschaftliche Implikationen prädiktiver Gentests, Frankfurt, New York 2008

Kristensen, St.: Maurice Merleau-Ponty I- Körperschema und leibliche Subjektivität, in: Alloa, a. a. O.,2012, S. 23- 36

Kuhlmann, H.: Leib-Leben theologisch denken: Reflexionen zur Theologischen Anthropologie, Münster 2004

Lazarus, R.S.: Emotion and Adaptation, New York 1991

Lemke, Th.: Biopolitik zur Einführung, Hamburg 2007

Merleau-Ponty, M.: Phänomenologie der Wahrnehmung, 1945, übersetzt, Berlin 1966

Miller, G. E., Chen, E., and Parker, K. J. : Psychological Stress in Childhood and Susceptibility to the Chronic Diseases of Aging: Moving Towards a Model of Behavioral and Biological Mechanisms, in: Psychol Bull. 2011, 137(6), pp 959–997. doi: 10.1037/a0024768

Mückenberger, U.: Lebensqualität durch Zeitpolitik, Berlin 2012

Müller ;W., Frings, S.: Tier- und Humanphysiologie, Berlin , Heidelberg 2009

Müller, R., Larisch, J.: Arbeitsschutz in der Flugbegleitung. Arbeitsanforderungen, Rhythmen, Schlaf und Erholung, Münster 2012

Muster, M., Zielinski, R. : Bewegung und Gesundheit, Berlin 2006

Nesse, R. M., Williams, G. C.: Warum wir krank werden. Die Antworten der Evolutionsmedizin, München 1997

Pfeiffer, S.: Arbeitsvermögen: Ein Schlüssel zur Analyse (reflexiver) Informatisierung, Wiesbaden 2004

Plessner, H.: Die Frage nach der *Conditio humana*, Frankfurt a.M. 1976

Rensing, L. u.a. : Mensch im Stress, München 2006

Richter- Kuhlmann, E.: Personalisierte Medizin: Erst am Anfang des Weges, in: Deutsches Ärzteblatt, 2012, 109, A 1305

Rinderspacher, J.P. : Gesellschaft ohne Zeit, Frankfurt, New York 1985

Roenneberg, T.: Wie wir ticken: Die Bedeutung der Chronobiologie für unser Leben, Köln 2010

Rosa, H.: Beschleunigung. Die Veränderung der Zeitstrukturen in der Moderne, Frankfurt a.,M. 2005

Schmidt, R.: Soziologie der Praktiken, Frankfurt a. M. 2012

Schneider, W.; Lindenberger, U. : Entwicklungspsychologie, Weinheim 2012

Schroer, M. (Hg.): Soziologie des Körpers, Frankfurt a. M. 2005

Schroer, M.: Zur Soziologie des Körpers, in: Schroer, a.a.O., 2005, S. 7- 47

Schubert, Ch. (Hg.): Psychoneuroimmunologie, Stuttgart 2011

Schubert, Ch.: Psychoneuroimmunologie. Wie die Umwelt und psychosoziale Faktoren unsere Gesundheit beeinflussen, Hanau, 11. 10. 2012

http://www.praxisinstitut.de/fileadmin/Redakteure/Sued/FT_Veranstaltungen/2012_Schubert_Psychoneuroimmunologie_Teil_4.pdf 11.2.2014

ktiken, Frankfurt a. M. 2012

Seewald, J.: Der Verstehende Ansatz in der Psychomotorik und Motologie, München, Basel 2007

Spork, P. : Das Uhrwerk der Natur. Chronobiologie - Leben mit der Zeit, Reinbek 2004

Steinberg, R. : Schlafmedizin- Grundlagen und Praxis, Bremen 2000

Sychowski, v. G.: Korrelation von Leib-sein und Leib-haben – Helmuth Plessners anthropologische Grundfigur der *Conditio humana* als Grundlagen einer Pädagogischen Anthropologie und poststrukturalistischen (Körper-) Utopien , 2012 http://www.pedocs.de/frontdoor.php?source_opus=5579 25.2.2014

von Uexküll, T.: Die Umweltlehre als Theorie der Zeichenprozesse, in: von Uexküll, T. (Hg.): Jakob von Uexküll. Kompositionslehre der Natur, Frankfurt, Berlin, Wien 1980

von Uexküll, T., Adler, R., Herzog, W., Joraschky, P.. Psychosomatische Medizin: theoretische Modelle und klinische Praxis, München 2011, 7. Auflage

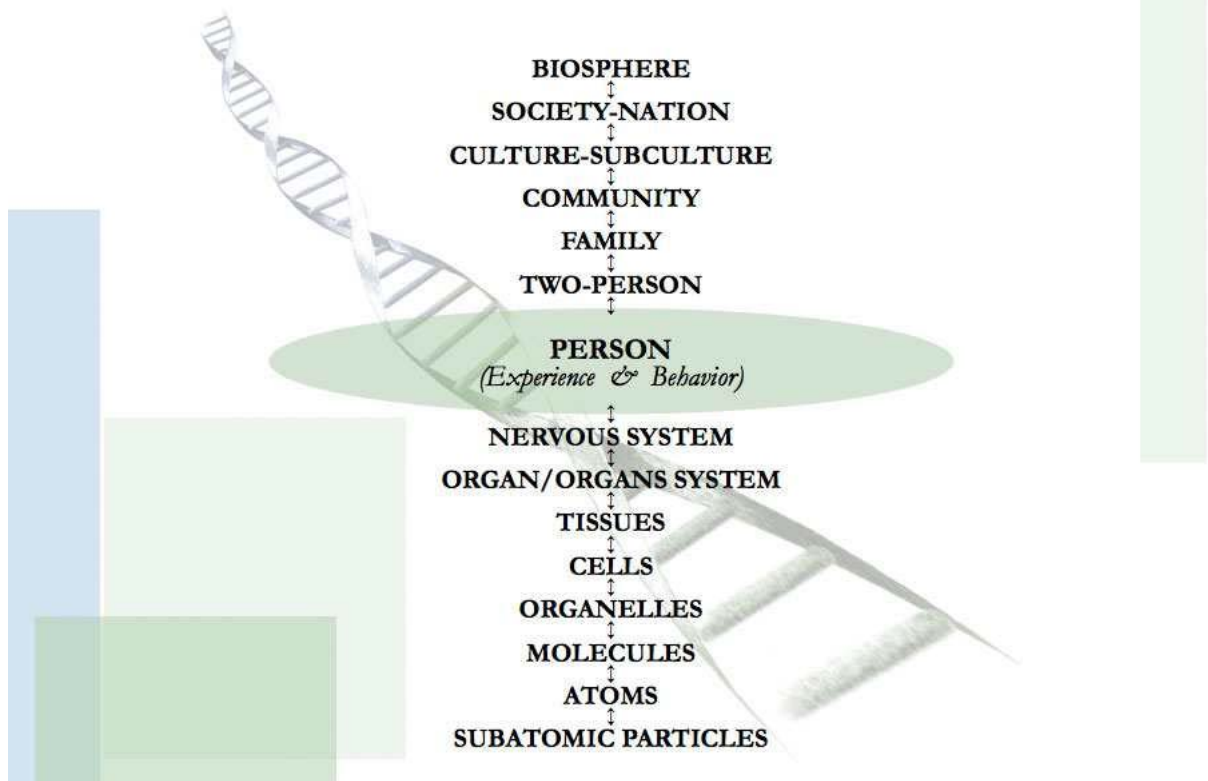
Waldenfels, B. : Das leibliche Selbst, Frankfurt a. M. 2000

Wiechert, W. : Systembiologie: eine interdisziplinäre Herausforderung, Paderborn 2004

	ICIDH	ICF
Konzept:	kein übergreifendes Konzept	Konzept der funktionalen Gesundheit (Funktionsfähigkeit)
Grundmodell:	Krankheitsfolgenmodell	bio-psycho-soziales Modell der Komponenten von Gesundheit
Orientierung:	Defizitorientiert: Es werden Behinderungen klassifiziert.	Ressourcen- und defizitorientiert: Es werden Bereiche klassifiziert, in denen Behinderungen auftreten können. Es können unmittelbar positive und negative Bilder der Funktionsfähigkeit erstellt werden.
Behinderung:	formaler Oberbegriff zu Schädigungen, Fähigkeitsstörungen und (sozialen) Beeinträchtigungen; keine explizite Bezugnahme auf Kontextfaktoren	formaler Oberbegriff zu Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit unter expliziter Bezugnahme auf Kontextfaktoren
grundlegende Aspekte:	<ul style="list-style-type: none"> • Schädigung • Fähigkeitsstörung • (soziale) Beeinträchtigung 	<ul style="list-style-type: none"> • Körperfunktionen und -strukturen Störungsbegriff: Schädigung (Funktionsstörung, Strukturschaden) • Aktivitäten Störungsbegriff: Beeinträchtigung der Aktivität • Partizipation [Teilhabe] Störungsbegriff: Beeinträchtigung der Partizipation [Teilhabe]
soziale Beeinträchtigung:	Attribut einer Person	Partizipation [Teilhabe] und deren Beeinträchtigung definiert als Wechselwirkung zwischen dem gesundheitlichen Problem (ICD) einer Person und ihren Umweltfaktoren
Umweltfaktoren:	bleiben unberücksichtigt	Umweltfaktoren sind integraler Bestandteil des Konzept und werden klassifiziert
personbezogene (persönliche) Faktoren:	werden höchstens implizit berücksichtigt	werden explizit erwähnt, aber nicht klassifiziert
Anwendungsbereich:	nur im gesundheitlichen Kontext	

<http://www.urmc.rochester.edu/education/md/prospective-students/curriculum/documents/biopsychosocial-model-approach.pdf> 11.2.2014

HIERARCHY OF NATURAL SYSTEMS



POSITIONSPAPIER

Vereinbarkeit beruflicher und nicht beruflicher Anforderungen bzw. Lebenswelten

- im Bereich personennaher Dienstleistungen -

Antje Ducki

Wie übersetzt sich das Konfliktfeld bei betrieblichen Veränderungsprozessen in psychosoziale Gefährdungen?

Betriebliche Veränderungsprozesse berühren organisationale, technische oder soziale Strukturen, verändern diese oder lösen sie auf. Jeder Change Prozess greift maßgeblich in die Strukturen und psychosozialen Bedingungen einer Organisation ein und erfordert damit von Beschäftigten Anpassungsleistungen auf unterschiedlichen Ebenen. Im Folgenden wird auf die Frage eingegangen, welche Konsequenzen sich aus betrieblichen Restrukturierungsprozessen für die Vereinbarkeit von beruflichen und nichtberuflichen Anforderungen/Lebenswelten ergeben. Bei den nicht beruflichen Anforderungen werden vor allem „Sorgeaufgaben oder Caretätigkeiten“ fokussiert, die der Befriedigung lebensnotwendiger unabweislich biopsychosozialer Bedürfnisse dienen (Senghaas Knobloch, 2008). Vereinbarkeit wird in Anlehnung an Frenzl und Resch (2005) diskutiert als handlungsbereichsübergreifendes Koordinationserfordernis. Die Komplexität der Abstimmungserfordernisse ergibt sich demnach aus den jeweiligen inhaltlichen, zeitlichen und örtlichen Bedingungen und Strukturen der betroffenen Handlungsbereiche.

Betriebliche Veränderungen haben strukturelle und personelle/soziale Dimensionen. Zu den strukturellen zählen Veränderungen der Vertragsverhältnisse, der Arbeitsaufgabe, der Arbeitszeit oder des Arbeitsortes, zu den sozialen Veränderungsdimensionen zählen personelle Änderungen und Änderungen der Unternehmenskultur (Ducki 2012). Alle Teilaspekte können für die Vereinbarkeit sehr unterschiedliche Konsequenzen haben, deswegen werden sie im Folgenden getrennt dargestellt.

1. Veränderungen der Vertragsverhältnisse

Changeprozesse können sich auf die Veränderung der arbeitsvertraglichen Strukturen beziehen, wenn z.B. Betriebsbereiche ausgegliedert werden und Beschäftigungsverhältnisse dort unter meist schlechteren Bedingungen (geringeres Entgelt, Befristung, etc.) neu ausgehandelt werden. Änderungen, insbesondere Auflösungen bestehender arbeitsvertraglicher Regelungen gehen für die Betroffenen meist mit existentieller Angst und Sorge einher, insbesondere, wenn finanzielle Verschlechterungen und/oder Befristungen drohen.

Familiensysteme sind in besonderer Weise auf Planbarkeit und Vorhersehbarkeit von existenzprägenden Rahmenbedingungen wie der Höhe des Einkommens und der Dauer angewiesen. So können

die soziale Teilhabe von Kindern z.B. Teilnahme an Klassenfahrten, Nachhilfeunterricht, geplante Urlaube, aber auch die finanzielle Unterstützung von älteren Angehörigen (hilfebedürftige Eltern) durch betriebliche Veränderung akut bedroht werden. Drohender sozialer Abstieg durch Einkommensverlust kann mittelbar die Identität der Familienmitglieder bedrohen. Damit kann die Stabilität eines Familiensystems grundlegend erschüttert, zumindest in Frage gestellt werden. Familiäre Identitäts- und Reziprozitätskonflikte sind die Folge. Sogenannte „Infektionsprozesse“ von nahen Angehörigen sind in der Forschung zu den psychosozialen Folgen der Arbeitslosigkeit recht gut dokumentiert (Bamberg, Mohr, Busch, 2012) und können bei dem Familienmitglied, das direkt von den betrieblichen Veränderungen betroffen ist, zusätzlich belastungssteigernd wirken. Gesundheitliche Folgen können sein: Erhöhte Angst und Unsicherheit, steigende Depressivität (bei fehlender Beeinflussbarkeit), Zunahme zuvor ungesunder Verhaltensweisen wie z.B. Alkoholkonsum (Kieselbach, Kuhn, Armgarth, 2009).

2. Veränderungen des Arbeitsortes

Veränderungsprozesse können dazu führen, dass sich z.B. durch Standortschließungen die Arbeits Einsatzorte ändern. Dies hat weitreichende Konsequenzen für die Regulierbarkeit beruflicher und nichtberuflicher Anforderungen, wie die Forschung zu Mobilität und Gesundheit deutlich macht (Ducki, 2010). Ggf. müssen längere tägliche Arbeitswege in Kauf genommen werden oder wöchentliches Pendeln wird erforderlich. Der häufigste Grund fürs Pendeln ist der, der Familie Kontinuität und Stabilität zu ermöglichen. Je nachdem, welche Mobilitätsform gewählt wird, ergeben sich unterschiedliche Belastungen für das Familiensystem, die zusätzlich kompensiert werden müssen. Tägliches Pendeln verkürzt die tägliche gemeinsame Zeit mit der Familie und reduziert die tägliche Erholzeit. Wochenpendeln hat nachhaltige Wirkungen auf das Familiensystem. Wochenpendler berichten von Entfremdungsprozessen, erhöhter Einsamkeit, Überforderungssituationen und erhöhter Konflikthanfälligkeit an den Wochenenden, da hier versucht wird, all das, was unter der Woche nicht stattfinden konnte nachzuholen (ausführlich siehe Ducki 2010, IGA Report 2013).

Je nach Mobilitätsform sind unterschiedliche Zusammenhänge zur psychosozialen Gesundheit gegeben. Tagespendler sind wesentlich stärker beeinflusst durch den verkehrs- bzw. wegebedingten Stress. Die arbeitsgebundene Zeit bei Tagespendlern liegt zwischen 12 und 14 Stunden am Tag, womit sich die Möglichkeiten zur Erholung deutlich reduzieren. Bei Wochen- oder saisonalen Pendlern spielt der Verkehrsstress eine untergeordnete Rolle, hier liegt der Einfluss auf die Gesundheit darin, dass sie unter der Woche von Familie und vertrauten sozialen Netzen getrennt sind. Eine Längsschnittauswertung, in der Wochenpendler vor und sechs Monate nach Pendelbeginn befragt wurden, ergab eine signifikante Zunahme von Angst und somatischen Beschwerden und eine signifikante Verschlechterung der Partnerschaftsqualität im Pendelverlauf (Ducki, 2010). Allerdings spielen hier die Arbeits- und Lebensbedingungen eine wichtige Rolle. Vor allem die Qualität der Kommunikation am Arbeitsplatz, die erlebte Fürsorge des Unternehmens, die Art der Arbeitsorganisation und die Häufigkeit von Arbeitsunterbrechungen sind wichtige arbeitsbedingte Moderatoren, aber auch eine gute und stabile Ausgangssituation in der Partnerschaft wurde als wichtiger Einflussfaktor ermittelt.

3. Arbeitszeitliche Veränderungen

Arbeitszeitliche Änderungen können sich auf die tägliche, wöchentliche, monatliche oder lebenszeitliche Arbeitszeit beziehen. Arbeitszeitänderungen ergeben sich z.B. auch bei der Neueinführung von flexiblen Arbeitszeitmodellen (Sabbaticals, Altersteilzeitmodelle, o.ä.) oder bei Änderungen in Schichtsystemen. Letztere können mit gravierenden finanzielle Konsequenzen verbunden sein, was hinsichtlich der positiven und negativen Wirkungen immer zu berücksichtigen ist. Arbeitszeitliche Veränderungen haben immer direkte Auswirkungen auf die Vereinbarkeit. Häufig wird aber auch eine arbeitszeitliche Änderung meist Arbeitszeitreduzierung von Beschäftigten freiwillig gewählt, um z.B. Caretätigkeiten (Für Kinder oder ältere Familienangehörige) mit beruflichen Anforderungen besser vereinbaren zu können. Arbeitszeitreduzierungen für Pflegeaufgaben im privaten Bereich werden überwiegend von Frauen in Anspruch genommen. Da länger andauernde Teilzeitbeschäftigung weitreichende negative Konsequenzen für das Einkommen und die spätere Alterssicherung haben, sind besonders Frauen von Altersarmut betroffen.

Die Festlegungen der Arbeitszeit können die Vereinbarkeit beruflicher und nichtberuflicher Anforderungen stark erschweren oder erleichtern. Wie sie wirken, ist sehr davon abhängig, ob das geltende Arbeitszeitregime unter Beteiligung der Beschäftigten erarbeitet wurde und ob die Bedürfnisse der Beschäftigten in der Planung der Arbeitszeit berücksichtigt werden oder nicht. Besonders problematisch für die Vereinbarkeit sind Arbeit an Wochenenden, Schichtarbeit und überlange tägliche Arbeitszeiten.

4. Veränderungen von Arbeitsaufgaben

Betriebliche Veränderungsprozesse können dazu führen, dass sich Arbeitsaufgaben ändern. Aufgabenveränderungen können entweder so erfolgen, dass Aufgabenstrukturen ganzheitlicher, vielfältiger und durch mehr Entscheidungsspielräume anspruchsvoller werden oder sie können partialisiert, eintöniger und weniger anspruchsvoll werden. Ganzheitliche, komplexe und entscheidungsreiche Aufgaben gelten als zentrale gesundheitliche Ressourcen, vorausgesetzt, das Individuum verfügt über die notwendigen Qualifikationen und Rahmenbedingungen, um die Spielräume tatsächlich im Sinne einer Ressource wirksam werden zu lassen (Ducki & Kalytta, 2006).

Zum Wesen von Veränderungsprozessen gehört, dass in der Startphase der Veränderung viele Faktoren (z.B. das genaue Vorgehen bei neuen Arbeitsaufgaben) unbekannt sind und es sich erst im Laufe der Veränderung zeigt, ob tatsächlich die Ressourcen wie neu erworbene Qualifikationen ausreichen und die Rahmenbedingungen so gestaltet sind, dass die neuen Aufgaben effizient bewältigt werden können. Diese Phase kann als besonders „vulnerable“ Phase im Changeprozess bezeichnet werden, da hier von den Betroffenen unter der Bedingung der Unsicherheit (im Sinne fehlender Routine) gehandelt wird. In dieser Phase bestehen besonders hohe Anforderungen an Flexibilität und Improvisationsfähigkeit.

Vorausgesetzt das Individuum ist bestrebt, möglichst fehlerfrei und effizient zu handeln, ist besonders in dieser Phase hier mit hohem Zusatzaufwand zu rechnen, der im Rahmen handlungstheoretischer Definitionen aufgabenbezogener Belastungen die Belastungsstärke bestimmen. Das bedeutet, dass sich Beschäftigte über das übliche Maß hinaus verausgaben, um die neue Aufgabe mit den ihnen

zur Verfügung stehenden Mitteln so gut wie möglich zu bewältigen. Haben sich neue Handlungsrou-tinen eingeschliffen, reduziert sich der Zusatzaufwand, die Belastungshaltigkeit nimmt ab, neue effiziente Handlungsstrukturen sind ausgebildet. Veränderungen sind demnach vor allem in den Startpha-sen der Umsetzung besonders belastungshaltig. Die Belastung reduziert sich, wenn es möglich ist ef-fiziente, d.h. störungsfreie neue Handlungsrou-tinen auszubilden.

Für die Vereinbarkeitsproblematik können sich durch Aufgabenveränderungen Einschränkungen er-geben, die durch mehrere Faktoren beeinflusst wird:

- Unsicherheit in der Bewältigung der Arbeitsaufgabe führt zu Stressreaktionen, die nicht nur auf die Arbeit beschränkt bleiben, sondern „mitgenommen werden“.
- Weniger Zeit durch Zusatzaufwand, der entweder durch Überstunden/Mehrarbeit entsteht oder dadurch, dass die/der Beschäftigte „die Arbeit gedanklich mit nach Hause nimmt“
- (Nach- oder Neu-)Qualifizierung, die erforderlich wird, um die neue Aufgabe gut zu bewälti-gen. Diese wird in der Regel nicht vollständig in der Arbeitszeit abgeleitet, sondern auch in der Nichtarbeitszeit.

Reduzierte Erholungsfähigkeit kann die Folge sein, die zum Beispiel durch gedankliche „Daueraktivi-tät“, weniger Schlaf und reduziertes „Unwinding“ entsteht (Rau, 2011). Bleibt dies auf eine Phase von wenigen Tagen oder Wochen beschränkt, müssen sich nicht zwangsläufig negative Folgen ergeben. Problematische Entwicklungen entstehen, wenn die zusätzliche Belastung über Monate oder Jahre anhält.

Verschärfende Problematik: Zersetzung beruflicher Identitäten

Besonders im personennahen Dienstleistungsbereich besteht eine starke Wertebindung und Iden-tifikation mit der beruflichen Tätigkeit. In den letzten Jahrzehnten sind in diesen Bereichen betriebl-iche Restrukturierungen meistens mit einer starken Ökonomisierung und Zersetzung der beruflichen Identitäten einhergegangen (Rieder 1999). Die Folgen sind vielfältig: Sinnverluste, Abwanderungen in andere Berufe, Probleme bei der Fachkräftesicherung.

Da die Folge von Restrukturierungsprozessen häufig eine Verdichtung der Arbeit ist, ändern sich Auf-gabenzuschnitte häufig so, dass sog. Zusatz- oder Randaufgaben hinzukommen. Im Bereich der Pflege sind das Dokumentations- oder auch Reinigungsaufgaben. Derartige Aufgaben werden als „il-legitime“ Aufgaben wahrgenommen, weil sie nicht zum professionellen Selbstverständnis der Person zählen. Eine Zunahme illegitimer Aufgaben geht einher mit wachsender Unzufriedenheit und bei Ar-beitsverdichtung auch mit zunehmender Erschöpfung und Gereiztheit (Semmer et al. 2010).

5. Soziale Veränderungen

Changeprozesse können mit Veränderungen der sozialen Strukturen und der Kultur einhergehen. Or-ganisationskultur besteht aus gemeinsamen oder geteilten Grundannahmen, Werten und Normen, die für die Organisationsmitglieder selbstverständlich und dadurch häufig nicht bewusst sind (Schreyögg, 1996, Stremming, 2009). Den Organisationsmitgliedern wird durch die Kultur Sinn und

Orientierung vermittelt. Kultur wird wesentlich durch das Handeln der betrieblichen Akteure bestimmt, dabei haben Führungskräfte aufgrund ihrer besonderen Vorbildfunktion eine besondere Verantwortung. Wenn Führungskräfte ausgetauscht werden, sind Beschäftigte mit neuen Führungsstilen konfrontiert, die sich ebenfalls positiv oder negativ auf die Vereinbarkeit auswirken können. Entscheidend sind hier die Haltungen und Überzeugungen der Führungskräfte. Positive Veränderungen ergeben sich dann, wenn neue Führungskräfte die Vereinbarkeit ein wichtiges Element einer positiven Unternehmenskultur verstehen, und sich für die Realisierbarkeit aktiv einsetzen.

Gender und Vereinbarkeit

In den personennahen Dienstleistungen sind viele Berufe wie pflegen, erziehen, verkaufen die für hohe emotionsbezogene Anforderungen und Belastungen (Zapf, 2008) bekannt sind, frauendominiert. Emotionale Belastungen entstehen durch emotionale Dissonanzen (wenn ein Gefühl gezeigt werden soll, das nicht vorhanden ist) oder durch eine übermäßigen Verausgabung der eigenen Emotionalität (Forderung nach dauerhafter konzentrierter Zugewandtheit z.B. in der Pflege, bei pädagogischen Tätigkeiten usw.). Emotional beanspruchende Berufstätigkeit in Kombination mit emotional beanspruchender nichtberuflicher Caretätigkeit erhöht besonders für Frauen die Gefahr der emotionalen Verausgabung und des Burnout.

In Hinblick auf die Verteilung der Erwerbszeit und der Familienzeit zeigen sich immer noch starke geschlechtsspezifische Unterschiede. Nach der Familiengründung schränken Mütter ihre Erwerbstätigkeit in Abhängigkeit vom Alter und der Anzahl der Kinder immer noch erheblich ein. Entsprechend der zeitlichen Ungleichgewichtung sind auch die Zuständigkeiten und Verantwortlichkeiten für die Haus- und Familienarbeit ungleich verteilt, auch heute noch sind überwiegend Frauen für die Haus- und Familienarbeit zuständig. Aber auch bei Frauen, die ihre Berufstätigkeit nicht einschränken lastet trotz voller Berufstätigkeit der größere Anteil der Familienaufgaben auf ihren Schultern. Für diese Gruppe ergibt sich häufig eine Überforderungsproblematik dadurch, dass sie versuchen, beiden Rollen in gleicher Weise gerecht werden wollen. Eine starke emotionale Bindung an die Kinder führt häufig zu einem schlechten Gewissen, wenn die Bedürfnisse der Kinder nicht angemessen berücksichtigt werden können. Bei hoher emotionaler Bindung an die Arbeit ergibt sich auch dort ein schlechtes Gewissen, wenn wegen der familiären Verpflichtungen hier nicht „150-prozentige Leistung“ erbracht werden kann.

Verschärfende Problematik: Erhöhte Careanforderungen im privaten Lebensbereich

Problematische Konstellationen können sich bei betrieblichen Veränderungen für Beschäftigte ergeben, die besonders hohe Careanforderungen im privaten Bereich haben und/oder es hier zeitlich parallel zur betrieblichen Veränderung krisenhafte Entwicklungen gibt. Ist beispielsweise ein Angehöriger schwer erkrankt oder muss eine Demenzerkrankte Angehörige in ein Pflegeheim eingewiesen werden, ist die betreuende Person in besonderer Weise emotional und zeitlich beansprucht. Wenn zu solchen familiären Krisen, die durch eine besonders starke emotionale Betroffenheit gekennzeichnet sind, noch betriebliche Veränderungen hinzukommen, kann eine Person schnell an die Grenze der Belastbarkeit geraten, insbesondere wenn die berufliche Tätigkeit wie im Bereich der personennahen Dienstleistung üblich auch hohe emotionale Anforderungen beinhaltet.

Zusammenfassung

Wie sich Changeprozesse auf die Gesundheit der Beschäftigten und auf die Vereinbarkeit beruflicher und nichtberuflicher Anforderungen auswirken, ist von verschiedenen strukturellen und personellen Faktoren abhängig, die ineinander greifen. Relevant ist die Art und Anzahl der betroffenen Dimensionen der Veränderungen: Je mehr der oben aufgeführten Dimensionen von Veränderungen betroffen sind, desto unkalkulierbarer und desto intensiver sind die Folgen für den einzelnen Beschäftigten und das ihn umgebende soziale System: Arbeitsvertragliche Änderungen in Kombination mit Arbeitsort und Arbeitszeit und Änderungen von Aufgaben und Personen sind so radikale und tiefgreifende Veränderungen, dass auch die sozialen Systeme der davon betroffenen weitreichenden Veränderungen ausgesetzt sind.

Ein für das subjektive Stresserleben der Betroffenen wesentlicher Faktor scheint die Vorhersehbarkeit und damit die Möglichkeit zu sein, die Konsequenzen des Wandels für das eigene, auch außerberufliche Leben frühzeitig antizipieren zu können. Günstig für die Koordination ist eine vorhersehbare Flexibilität, verstanden als freie Gestaltbarkeit (z.B. flexible Arbeitszeiten, flexible Möglichkeiten der Wahl des Arbeitsortes...). Ungünstig sind stark restringierte Bedingungen (wie festgelegte Arbeits- oder Abholzeiten...) in beiden Bereichen. Je höher die Vorhersehbarkeit, desto besser die Planbarkeit. Planbarkeit erleichtert kollektive z.B. familiäre Abstimmungen und wirkt stressreduzierend.

Weitere gesundheitsstützende Merkmale sind die Kontrollierbarkeit und die erlebte Sinnhaftigkeit der Veränderungen. Werden diese als sinnhaft (notwendig) und individuell gestaltbar und beeinflussbar wahrgenommen, sind weniger gesundheitlicher Folgen zu erwarten. Damit sind die Merkmale Beeinflussbarkeit, Vorhersehbarkeit, Sinnhaftigkeit die den Kohärenzsinn einer Person (Antonovsky, 1997) positiv beeinflussen, auch in Veränderungsprozessen von besonders großer gesundheitlicher Relevanz. Des Weiteren ist die Frage entscheidend, welche Unterstützungen vor allem in besonders „vulnerablen“ Veränderungsphasen angeboten werden, um die Veränderungen gut zu bewältigen.

Die Qualität der Erwerbsarbeit, z.B. die dort vorhandenen Handlungs- und Zeitspielräume, die Möglichkeiten zu Kooperation und Kommunikation, aber auch die Belastungen, die die Erwerbsarbeit beinhaltet, beeinflussen die Belastungs-Ressourcen-Bilanz eines Menschen in gleicher Weise wie die Qualität der familiären Situation. Bedeutend für die Wirkungen sind darüber hinaus die Struktur und die Anforderungen in den außerberuflichen Handlungsbereichen. Sind diese klar und gleichzeitig flexibel strukturiert, ist der Abstimmungs- und Koordinationsprozess leichter, als wenn der Bereich unklar oder stark restringiert ist. Je restringierter die Anforderungen sind, desto schwerwiegender werden berufliche Veränderungen in ihren Wirkungen auf die Vereinbarkeit wahrgenommen.

Neben diesen zahlreichen strukturellen Faktoren spielen individuelle (häufig geschlechtsspezifisch geprägte) Voraussetzungen wie Vorstellungen zu guter Erziehungsarbeit, Leistungs- und Verausgabungsbereitschaft etc. für die gelingende Vereinbarkeit eine große Rolle.

Was sind typische gesundheitswidrige bzw. -förderliche persönliche Bewältigungsmuster von Beschäftigten (auf verschiedenen Ebenen, inkl. Führungskräften) im Umgang mit dem Konfliktfeld?

Gesundheitsrelevante Verhaltensmuster der vom Wandel Betroffenen können auf verschiedenen Ebenen beschrieben werden.

Ebene Handlungsorganisation

Schon Kurt Lewin hat in seinem Modell von Veränderungen darauf hingewiesen, dass jeder Wandel, jede Veränderung zunächst ein Verlust von Handlungsrouinen und damit von Handlungssicherheit bedeutet. Handlungssicherheit ist die Basis für effektives Handeln, für „entspanntes Handeln“. Handlungsrouinen, die mit Handlungssicherheit einhergehen, sind durch ganzheitliche Handlungsstrukturen geprägt:

- Ziele und Wege dorthin sind bekannt
- Notwendige Mittel zur Zielerreichung sind verfügbar
- Hohe Sicherheit in der Handlungsausführung
- Kontrollierbarkeit der Situation, z.B. über den Grad der Zielerreichung
- Flexible Möglichkeiten der Nachregulation bei auftretenden Störungen

Das Ausmaß von Handlungsunsicherheit ist somit davon abhängig davon, wie viele der genannten Ebenen stabil-flexibler Handlungsregulation durch den Wandel betroffen sind. Je mehr betroffen sind, desto größer wird der damit verbundene Stress wahrgenommen.

Für die Koordination von Handlungsbereichen (Vereinbarkeit) ergibt sich eine komplexe Situation. Hier ist zu klären, welche Veränderungen im Bereich der Arbeit welche Konsequenzen im nichtberuflichen Bereich haben und umgekehrt.

Gesunde Bewältigungsformen von Veränderungen bedeuten auf der Ebene der Handlungsorganisation, zunächst abzuschätzen, welche außerberuflichen Anforderungen berührt sind, zu prüfen, welche Handlungsalternativen hier unter den neuen Bedingungen bestehen und ggf. die Koordination „nach zu regulieren“. Das setzt aber zwingend eine gewisse Flexibilität in den beiden Handlungsbereichen voraus.

Ebene Emotion(skontrolle) und Kognition

Negative Emotionen entstehen im Themenfeld der Vereinbarkeit, wenn die handlungsbereichsübergreifende Koordination durch Zielkonflikte bedroht ist. Zielkonflikte entstehen, wenn mehrere Ziele nicht gleichzeitig erreicht werden können oder wenn sich Ziele von Inhalt und Struktur widersprechen. Zielkonflikte können sich auf unterschiedlichen Ebenen und in unterschiedlicher Qualität ergeben und äußern sich meistens auf der konkreten Ebene des Handelns. Es können übergeordnete oder

auch untergeordnete Ziele im Konflikt zueinander stehen. Allerdings sind in der Regel untergeordnete Teilzielkonflikte die Folge oder Konsequenz nicht gelöster übergeordneter Zielkonflikte: Wenn das Kind vom Kindergarten abgeholt werden muss und der Vorgesetzte gleichzeitig noch dringend einen Bericht haben will, handelt es sich zwar um einen Zielkonflikt auf unteren Ebenen der Handlungsregulation, sie erlangen jedoch ihre psychische Relevanz dadurch, dass die handelnde Person beiden Parteien gerecht werden will, weil sonst darüber liegende Ziele bedroht werden: Der Vorgesetzte muss bedient werden, weil er die Weiterbeschäftigung veranlassen oder verhindern kann, das Kind muss abgeholt werden, weil sonst Vertrauen in die Verlässlichkeit anderer Personen zerstört wird. In beiden Fällen handelt es sich um grundlegende Ziele, die zu erreichen für die Person besonders wichtig ist. Je höher die Ziele, die im Konflikt zueinander stehen, in der persönlichen Zielhierarchie angesiedelt sind, desto brisanter und konsequenzenreicher sind sie für das Erleben und Wohlbefinden der handelnden Person. Je länger Zielkonflikte andauern und nicht aufgelöst werden, desto mehr steigt das gesundheitliche Risiko.

Negative Emotionen entstehen weiterhin, wenn in Veränderungsprozessen illegitime Aufgaben zunehmen und die identitätsstiftenden Aufgabenbestandteile zurück gedrängt werden und wenn als emotional bedeutsame erachtete Anforderungen im nichtberuflichen Bereich nur unzureichend erfüllt werden können.

Veränderungen lösen dann Angst aus, wenn Überforderung oder Nichtregulierbarkeit droht. Angst blockiert das Denken und das Suchen nach Lösungen. Daher ist bei Bekanntwerden von Veränderungen zunächst die Emotionskontrolle eine gesundheitsstabilisierende Fähigkeit. Emotionskontrolle bedeutet nicht Emotionsunterdrückung, sondern die Fähigkeit, die eigenen Emotionen auf ihren faktischen Hintergrund hinterfragen zu können, Alternativen durchzudenken, Worst-Case Szenarien zu entwickeln und antizipierte Bedrohungen auf ihren realistischen Kern zu reduzieren. Resilienzmerkmale wie lösungsorientierte Grundhaltungen, Akzeptanz, die Vermeidung von Katastrophisierung, aktive Problemlösestrategien, aber auch Humor oder Optimismus und Offenheit sind hier durchaus hilfreich. Gesundheitsförderliche Verhaltensweisen sind darauf ausgerichtet sind, die Handlungsfähigkeit in beiden Lebensbereichen auch unter veränderten Bedingungen zu erhalten oder zu erhöhen (Ducki & Greiner 1992).

Welche Gestaltungsoptionen lassen sich zur gesundheitsförderlichen Gestaltung von betrieblichen Veränderungsprozessen unter dem besonderen Fokus der Vereinbarkeit ableiten

Betriebliche Gestaltungsoptionen sind vielfältig. Betriebliche Veränderungen sind generell dann besser mit außerberuflichen Anforderungen zu koordinieren, wenn nicht zu viele Dimensionen (Ort, Zeit, Aufgabe...) auf einmal verändert werden, wenn in der Umsetzung größtmögliche Flexibilität durch Handlungsspielräume gewährt wird und wenn *soziale und emotionale Sicherheit* gewährt wird.

Um Vorhersehbarkeit zu gewährleisten, ist die *Transparenz und frühzeitige Information* von geplanten Veränderungen zentrale Gestaltungsoption. Transparenz betrifft die Fragen der Ziele der Verän-

derung, der Vorgehensweisen, der Betroffenenheitsdimensionen. Informationen sollten hier personenspezifisch aufbereitet sein, das bedeutet, dass *die* Informationen an die Person übermittelt wird, die für sie persönlich besonders relevant ist. Für die Vereinbarkeitsproblematik ergibt sich hieraus, dass mögliche konfligierende Zielbereiche und die Möglichkeiten des Umgangs damit vorab thematisiert werden sollten.

Dazu ist die Erhebung und Berücksichtigung von *Bedürfnissen der Beschäftigten* bei der konkreten Umsetzung von Veränderungen notwendig und zwar *vor* Inkrafttreten der Veränderung.

Veränderungen können für die Ausgestaltung einer Vereinbarkeitsfreundlichen *Unternehmenskultur* genutzt werden. Arbeit an einer vereinbarkeitsfreundlichen Unternehmenskultur beginnt bei den Führungskräften. Sie müssen zunächst für ihre eigene Vereinbarkeitsproblem sensibilisiert werden, bevor die Einflussmöglichkeiten der Führungskräfte auf die Gesundheit und die Vereinbarkeitsprobleme der Beschäftigten thematisiert werden kann: Hierzu muss zunächst eine Auseinandersetzung mit den Leistungserwartungen von außen und dem eigenen Umgang damit, die Auseinandersetzung mit den eigenen Grenzen der persönlichen Einsatzbereitschaft, das eigene Gesundheitsverhalten und die persönlichen Möglichkeiten des langfristigen Erhalts der Leistungsfähigkeit thematisiert werden. Weitere Themen, die behandelt werden können, sind Fragen der Wertschätzung, der „Anwesenheitskultur“, Telearbeit, Möglichkeiten der Heimarbeit, etc.

Veränderungen auf der Ebene der Arbeitsaufgaben bedürfen *gestufter Vorgehensweise und konkreter Unterstützung durch Qualifizierung*. Außerdem sind besonders bei Aufgabenänderungen offene Fehlerkulturen und gute Feedbackprozesse hilfreich.

Für Personen mit hohen Vereinbarkeitserfordernissen sollten *individuelle Beratungen* angeboten werden. Diese können von externen Coaches (z.B. im Rahmen eines EAP Angebots) oder sofern vorhanden von internen Stellen (Sozialberatung) durchgeführt werden.

Best-Practise“ Beispiele zeichnen sich dadurch aus, dass es sich um integrative und strategische Maßnahmenbündel handelt, die sowohl strukturelle als auch soziale Maßnahmen miteinander kombinieren und dabei die Besonderheiten der jeweiligen Lebensphase und der damit verbundenen Anforderungskonstellationen angemessen berücksichtigen. So sind für junge Väter und Mütter wahrscheinlich flexible Arbeitszeiten und qualitativ hochwertige Betreuungsangebote für Kinder förderliche Angebote, während für ältere Mitarbeiter/innen, die Eltern zu betreuen haben, Teilzeit oder kurzfristige „sabbaticals“ hilfreich sein können.

Da Vereinbarkeitsprobleme immer auch eine persönliche Dimension haben, gilt für den oder die betroffene Beschäftigte, dass sie aktiv Unterstützungsbedarf anmelden muss, Hilfe annehmen könne muss und dazu partielle Offenheit bzgl. ihrer familiären Anforderungen zeigen muss. Die Fähigkeit betrieblich *und* privat Grenzen setzen zu können ist besonders in dynamischen Phasen von Veränderungen gesundheitsstabilisierend. Aber auch eigene Ansprüche an gute Erziehungs- oder Betreuungsarbeit sollten kritisch reflektiert werden.

Im Fokus aller Maßnahmen sollte die Ressourcenstärkung stehen.

Literatur

- Antonovsky, A. (1997). Salutogenese - Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Tübingen: dgvt-Verlag.
- Bamberg, E. Mohr, G. Busch, C. (2012). *Arbeitspsychologie*. Göttingen: Hogrefe.
- Ducki, A. (2012). Gesundheit und Gesundheitsförderung in der flexiblen Arbeitswelt: Ein Überblick. In B. Badura, A. Ducki, H. Schröder, J. Klose & M. Meyer (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2012. Gesundheit in der flexiblen Arbeitswelt: Chancen nutzen – Risiken minimieren* (S. VII-XII). Berlin, Heidelberg, New York: Springer Verlag.
- Ducki, A. (2010). Arbeitsbedingte Mobilität und Gesundheit. Überall dabei – Nirgendwo daheim. In B. Badura, H. Schröder, J. Klose & K. Macco (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2009* (S. 61-70). Heidelberg: Springer.
- Ducki, A. & Kalytta, T. (2006). Gibt es einen Ressourcenkern? Überlegungen zur Funktionalität von Ressourcen. *Wirtschaftspsychologie*, 8(2/3), 30-39.
- Ducki, A. & Greiner, B. (1992). Gesundheit als Entwicklung von Handlungsfähigkeit - Ein arbeitspsychologischer Baustein zu einem allgemeinen Gesundheitsmodell. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 36, 184-189.
- Fenzl, C. & Resch, M. (2005). Zur Analyse der Koordination von Tätigkeitssystemen. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 49, 220-231.
- IGA Aktuell (2013). *Arbeitsbedingte räumliche Mobilität – Chance oder Gesundheitsrisiko?*
- Kieselbach, T. Kuhn, K. Armgarth, E. (2009). *Gesundheit und Restrukturierung. Innovative Ansätze und Politikempfehlungen*. München: Rainer Hampp Verlag.
- Rau, R. (2011). Zur Wechselwirkung von Arbeit, Beanspruchung und Erholung. In E. Bamberg, A. Ducki & A.M. Metz (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Gesundheitsmanagement in der Arbeitswelt. Ein Handbuch* (S. 83-109). Göttingen: Hogrefe.
- Rieder, K. (1999). Zwischen Lohnarbeit und Liebesdienst. Weinheim, München: Juventa.
- Senghaas-Knobloch, E. (2008a) Care-Arbeit und das Ethos fürsorglicher Praxis unter neuen Marktbedingungen am Beispiel der Pflegepraxis. *Berliner Journal für Soziologie* 18(2): 221-243
- Schreyögg, G. (1996). *Organisation. Grundlagen moderner Organisationsgestaltung*. Wiesbaden: Gabler.
- Semmer, N. K., Tschan, F., Meier, L. L., Faccin, S., & Jacobshagen, N. (2010). Illegitimate tasks and counterproductive work behavior. *Applied Psychology: An International Review*, 59, 70-96.
- Stremming, S. (2009). *Innovationsförderliche Unternehmenskultur in KMU. Der Ausschnitt der Informationskultur am Beispiel des Handwerks*. Unveröffentlichte Dissertation am Fachbereich Psychologie, Universität Hamburg.

Persönliche berufliche Qualitätsstandards im Spannungsfeld von Ökonomisierung und Professionalisierung von Pflege

Will man den Veränderungen des Qualitätsverständnisses in der Pflege in den letzten 10 Jahren nachgehen, fallen besonders folgende gesellschaftliche Kräftefelder auf, die dieses bestimmen: Ökonomisierung und Professionalisierung der Pflege.

1. Persönliche Qualitätsstandards in der Pflege

Diese sind Ausdruck eines am Menschen orientierten Ethos fürsorglicher Praxis in der Pflege, wie eine Pflegekraft ausführt¹:

„Also, die Menschen sind wichtiger, da bin ich immer noch der Meinung, die werden also gesund nicht nur durch die medizinische Betreuung, die kann auch manchmal schlecht sein, und wenn die menschliche und fürsorgliche Betreuung gut ist, dann gesunden die schneller, als wenn nur die medizinische Versorgung super ist und die Betreuung ist sehr schlecht, dann ist die Heilung auch schlecht. Also, das hängt schon sehr viel mit dem Umgangston und wie man dem Menschen begegnet, ob man sie nur als Objekt sieht oder als ganzheitlichen Menschen, und ob man die Betreuung und die, ja, Fürsorge, auch ganzheitlich angeht und ob man auch die Menschen mit Liebe betreut oder nicht, da sehe ich schon einen großen Unterschied und das spüren die Menschen auch.“ (I, zit. Kumbruck 2009, S. 94)

Ziel ist also die Heilung des Patienten, die sowohl auf medizinischen als auch pflegerischen, fürsorgenden Interventionen beruht. Die daraus resultierenden Qualitätsstandards zeigen sich in folgenden Aspekten:

Eingehen auf psychische Befindlichkeiten

Pflegekräfte sehen die Beziehungsgestaltung zum Patienten als wesentlichen und auch Sinn machenden Bestandteil ihrer Tätigkeit an: *„Worte sind manchmal wichtiger als Tabletten“*. Pflege sieht sich zuständig für die *„psychologische Wundversorgung“* (II, zit. in Kumbruck et al. 2010, S. 253), das Seelische: *„Es ist halt die seelische, sag ich mal, die psychische Versorgung der Patienten, indem man halt da ist, ihnen zuhört, mit ihnen redet, kommuniziert.“* (ebd. S. 254) Sie verschafft den Patienten mittels fürsorglicher Worte und Gesten Erleichterung, tröstet sie und vermittelt ihnen möglicherweise Sinn für das Geschehen.

Eingehen auf die situativ-individuellen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen

Die Fähigkeit zum situationsangemessenen („situativen“) Handeln zeigt sich u.a. im Eingehen auf die Tagesform von dementen Heimbewohnern. So schildert eine Pflegekraft (Gruppe II), dass sie eine Patienten, wenn sich diese in ihrer Kindheit wähnt, nur mit „Wilma“ ansprechen kann, wohingegen sie dieselbe Patientin an anderen „erwachsenen“ Tagen mit dem Nachnamen erreicht.

¹ In diesen Untersuchungen wurden 2005 (Kennzeichnung der Interviews mit I; s. Kumbruck 2009), 2007-2009 (Kennzeichnung der Interviews mit II, s. Kumbruck et al. 2010), 2010 (Kennzeichnung der Interviews mit III, s. Kumbruck & Derboven 2013) qualitative Interviews und teilnehmende Beobachtungen mit über 75 Pflegepersonen in diakonischen Krankenhäusern, Altenpflegeheimen, ambulanten Pflegediensten und Hospize durchgeführt, zudem waren im Rahmen von Dialogkonferenzen circa 80 Personen aus dem Feld Pflege in die Evaluierung der Ergebnisse involviert. Weitere acht qualitative Interviews in der Intensivpflege wurden im Rahmen einer Bachelorarbeit im Studiengang Pflegemanagement an der HS Osnabrück 2012 (Kennzeichnung der Interviews mit IV, s. Wahl 2013) durchgeführt.

Achtsamkeit auf körperliche Zeichen, leibliche Bezugnahme,

Eine ältere Diakonisse verweist auf die Besonderheit pflegerischen Handelns, nämlich der leiblichen Bezugnahme: *„Der funktionale Blick war nötig: mit meinem Mitgefühl, Mitleiden hätte ich die Arbeit nicht durchführen können; [...] du musst sehen, was braucht der jetzt, was muss ich richten, vorrichten, vorbereiten und so weiter, was ist lebensnotwendig, braucht er jetzt Sauerstoff? Gib ihm irgendwas, was ist wichtig für den!? [...] Und da lernen Sie dann, nicht was hier richtig ist, ist bei den anderen auch wichtig, und man muss aus sich aussteigen, um das zu tun, was für den anderen gut ist.“* Sie brachte das richtige „Sehen“ den Pflegeschülerinnen bei: *„Wie liegt der Patient im Bett, gekrümmt vor Schmerzen? Oder entspannt, geht es ihm heute besser? Ist er gelb? Ist er hochrot? Ist er blau? Was ist denn los? Das müsst ihr SEHEN lernen!“* (I, zit. in Kumbruck 2009, S. 87f.)

Das richtige „Sehen“ ermöglicht eine auf den Patienten individuell abgestimmte Art des Pflegens – bezüglich der Krankheit (körperlich, sozial), indem das reine Mitgefühl durch objektiv sichtbare Notwendigkeiten ergänzt/ersetzt wird.

Sensibler Umgang mit Nähe und Abhängigkeit

Viele Pflegekräfte nutzen die körperliche Nähe als Mittel, Bedürftige, die über Gespräche oftmals nicht mehr ansprechbar sind, so bei Demenz, auf diesem Wege zu erreichen. Eine Schwester in einem Altenpflegeheim, die viele dementiell erkrankte Patienten zu versorgen hat, sagt dazu: *„[...] bei bestimmten Bewohnern, da kann ich über diese Nähe ganz viel erreichen.“* (II-14, 20) In diesen Fällen ist die Berührung die am besten verständliche Sprache.

Achtung personaler Würde auf beiden Seiten der Pflegebeziehung

Ein Pfleger im Krankenhaus macht seinen überlegten Umgang mit Nähe und Distanz anhand der Verwendung von Handschuhen deutlich: *„Außerhalb meines Berufes bin ich eher jemand, der weiter weg bleibt von anderen Menschen. In der Pflege ist es dann wirklich so, dass ich schon gerade zu den Patienten, die beispielsweise bettlägerig sind oder die auch nicht wirklich bei Bewusstsein sind, dass ich da schon verstärkt auf Körperkontakt achte. Dass ich da dann auch, was weiß ich, wenn ich das Gesicht einkreme, auch die Handschuhe weglasse. Weil so ein Handschuh ist ja auch schon, ist ja auch, es ist auch schon ein wichtiger Distanzfaktor. [...] ich habe ja durchaus auch Patienten, die zum einen immobil, aber zum anderen klar im Kopf sind, und wenn dann eben morgens ein fremder Mann kommt, die Bettdecke wegriß, das Nachthemd runterzieht und von oben bis unten in den kleinsten Fugen wäscht, dann ist das schon nicht unbedingt angenehm.“* (II-1, 45)

Für die Pflegekraft geht es zum einen darum, die Patienten ohne klares Bewusstsein über den Körperkontakt zu erreichen, wie man eben auch Kleinkinder darüber am ehesten anspricht; zum anderen geht es aber auch darum, gleichzeitig die Intimsphäre und insbesondere das Schamgefühl zu achten. Es handelt sich um eine heikle Gratwanderung zwischen den beiden Anforderungen, die die Pflegepersonen zu gehen haben und wozu sie viel Sensibilität benötigen. Hierbei ist die Nutzung der Handschuhe ein Teil der „Sprache“ des Respekts. Das Einkremen ohne Handschuhe soll signalisieren, dass sich die Pflegekraft bewusst ist, dass sie kein materielles Objekt, sondern einen berührungssensiblen Menschen anfasst. Der Handschuh bei der Intimpflege ist dagegen Teil der Mitteilung, dass die Pflegekraft die Schamgrenzen des Bedürftigen akzeptieren und schützen will.

Wahrung der Würde im Sterben und Tod

Eine Schwester berichtet von ihrer Arbeit auf einer Intensivstation: „Also, ich konnte immer gut dann bei den Menschen sitzen, oder auch wenn sie wirklich dann im Sterben selber sind, sie begleiten und auch schützen. Auf der Intensivstation, da habe ich manches Mal mit hektischen Flecken wirklich da auch darum gekämpft, dass Menschen dann, als es soweit war, auch in Ruhe sterben konnten.“ (III-4, 19) Hier geht das Mitgefühl der Schwester so weit, dass sie sich auch zuständig fühlt, für das Sterben-Dürfen eines Patienten und damit für den letzten Rest seiner Autonomie zu kämpfen. Sie beschreibt, dass sie während des Sterbeprozesses auf religiöse Rituale wie Beten mit den Sterbenden zurückgreift. Nach dem Tod ist für sie das Waschen der Toten wie „ein letztes Geschenk“ (III-4, 23) an diese Menschen. Sie macht das – im Gegensatz zu vielen anderen – gerne. Sie verabschiedet sich dann noch mal von den Menschen und redet auch mit ihnen: „So jetzt ist alles gut, jetzt kannst du gehen.“ (III-4, 24) Man hört aus ihren Worten heraus, wie sie Schritt für Schritt mit den Sterbenden mitgeht und dabei ihren Schutz walten lässt, indem sie sich von ihrem Einfühlungsvermögen leiten lässt.

Empathie

Ein besonders eindrucksvolles Beispiel für Empathie angesichts einer sterbenden Patientin gibt eine Schwester, Diakonisse, die in der ambulanten Pflege tätig war:

„Also, ich habe einmal eine ganz tolle Erfahrung gemacht: Das war [...] abends spät – das war eine Krebspatientin und die konnte nicht mehr aufstehen und nix, und die hatte wohl schon den ganzen Nachmittag die Angehörigen genervt: ‚Ich will aufstehen‘. Und dann kam ich und wollte sie also zur Nacht fertig machen und so. Und dann guckte sie mich mit so großen Kulleraugen an und dann sagt sie: ‚Ich möchte aufstehen. Ja, ich möchte aufstehen und ich möchte mich auf den Weg machen.‘ Und da funkte es. Ich sag: ‚Wissen Sie was, wir stehen auf.‘ So. So gut ich konnte, habe ich die Patientin aus dem Bett geholt und die ist in meinen Armen eingeschlafen. Also das war so ein tiefes Erlebnis, auch vom Glauben her. Sie wollte aufstehen und sich auf den Weg machen zum Sterben.“ (II-15, 7f.)

Durch ihre Fähigkeit, sich in die scheinbar kryptischen Worte der Patienten einzufühlen, konnte die Schwester dieser ermöglichen, selbst dem Tod entgegenzugehen. Das Beispiel macht deutlich, von welcher überragenden Bedeutung Empathie ist, um den Patienten zu helfen, zu gesunden oder friedlich einzuschlafen.

In den beschriebenen Aspekten zeigt sich ein Verständnis von guter Arbeit in der Pflege, das unmittelbar an eine Haltung, das Ethos fürsorglicher Praxis, geknüpft ist und neben hoher Fachlichkeit durch Beziehungsgestaltung zustande kommt. Man kann sich vorstellen, dass dieses von jeder Pflegekraft anders ausgefüllt wird. Es ist schwer, diese Art von Qualität in Kriterien zu fassen und dementsprechend war es für die Pflege lange schwierig ihre Professionalität nachzuweisen. Somit gab es von Seiten des Staates (der eine Aufsichtspflicht über Krankenhäuser, Pflegeheime etc. hat), den Geldgebern (Kranken- und Rentenkassen, die Leistungseinsicht wollten) und den um mehr Anerkennung und Professionalisierung bemühten Berufsvertretungen der Pflege gewichtige Interessen Qualität von Pflege zu definieren und zu sichern.

2. Pflegequalität durch standardisierte Verfahren

Im Hinblick auf Qualitätsmanagement in der Pflege orientiert man sich an den in der Industrie entwickelten Verfahren wie DIN EN ISO 9001, EFQM, TQM, KTQ, sodass die Entwicklung von überprüfbareren Qualitätskriterien ein wichtiges Ziel wurde. Der BNFSFJ (2006, S.1f.) definiert Pflegequalität:

*„Der **Begriff der Pflegequalität** [...] bezeichnet das Maß der Übereinstimmung tatsächlicher Pflege mit festgelegten Kriterien anspruchsvoller Pflege. Erweiterte Definitionen beziehen noch Kriterien der Wirtschaftlichkeit und des Verbrauchernutzens ein. Pflegequalität ist danach gegeben, wenn Versorgungsleistungen dem aktuellen Wissensstand in Medizin- und Pflegewissenschaft entsprechen, wirtschaftlich erbracht werden und die Präferenzen der Verbraucher berücksichtigen. Der Anspruch "**Qualität in der Pflege**" geht über den Begriff Pflegequalität hinaus. Gemeint ist hier die Gesamtheit der Leistungen, die sich auf die Lebenssituation der Heimbewohnerinnen und Heimbewohner auswirken und damit ihre Lebensqualität bestimmen. Der multidimensionale Begriff der Lebensqualität wiederum beinhaltet neben objektiven auch subjektive Faktoren wie Würde und Selbstbestimmung.“*

Während sich Pflegequalität auf festgelegte Kriterien bezieht, kommt der Anspruch der Qualität in der Pflege den Qualitätsvorstellungen der vorgenannten Pflegekräfte schon sehr nahe – es geht um die Schaffung von Lebensqualität, hier von Heimbewohnern, die sich eben auch an subjektiven Faktoren festmacht. Aber da die Qualität nicht nur proklamiert, sondern auch nachgewiesen werden soll, werden Pflegestandards entwickelt.

„Standards können sich auf Ziele, aber auch auf Verfahren beziehen und definieren Gütekriterien einer Leistung. [...] Pflegestandards bedeuten allgemeine Aussagen über das von Experten akzeptierte Niveau von Pflegeleistungen, vereinbarten Einzelmerkmalen dieser Leistungen, allgemeingültigen bzw. akzeptierten Normen, die den Aufgabenbereich und die Qualität der Pflege definieren sowie Aussagen zu einem professionell abgestimmten Leistungsniveau, das den Bedürfnissen der Zielgruppe angepasst ist und Kriterien zur Erfolgskontrolle enthält.“ (ebd. 2006, 2f.)

Insbesondere die sich (erst) in den 1990er Jahren in Deutschland etablierende Pflegewissenschaft arbeitet am Konzept evidenzbasierter Pflege. Das „Deutsche Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege“ (DNQP) entwickelt seit 1992 Expertenstandards für den Gesundheits- und Pflegebereich, beispielsweise zur Dekubitusprophylaxe und zum Entlassungsmanagement (aus Krankenhäusern). Neben der Festlegung von Qualität ist ihre Sicherung bedeutsam:

*„Das vermutlich älteste Qualitätssicherungsinstrument (mit Wurzeln im 19. Jahrhundert) ist die **Pflegedokumentation**, [...]. Pflegedokumentationen erfüllen im Leistungsgeschehen wichtige Funktionen. Intern sind sie ein Mittel zur Information und Kommunikation für alle am Pflegeprozess beteiligten Berufsgruppen. Nach außen machen sie Pflegequalität sichtbar und sind daher auch im Rahmen des Prüfauftrages der Heimaufsichtsbehörden von großer Bedeutung. Pflegedokumentationen sind bei schweren Pflegemängeln von juristischer Relevanz [...].“ (ebd.)*

D.h. Qualität wurde insbesondere mittels Expertenstandards (verwissenschaftlichte Professionsvorstellungen) und Leistungserfassung (Dokumentationspflichten) umgesetzt. Es gibt drei Qualitätsdimensionen, die Fischer (1998) kritisch unter der Frage „Hat Leistungserfassung etwas mit Pflegequalität zu tun?“ prüft:

Strukturqualität bezieht sich auf die Rahmenbedingungen des Leistungsprozesses, insbesondere personelle, räumliche und sachliche Ausstattung. Nach Fischer (1998, S. 2) geht es primär um die Frage, ob es genügend Personal gibt. Er gibt hierbei zu bedenken, dass die Feststellung von Personalbedarf aufgrund der Leistungserfassung rein quantitativ in Form von Vollzeitstellen nicht ausreicht, da auch der „Personalqualifikations-Mix“ bedeutsam für die Qualität - und die Kosten ist.

Prozessqualität im Heim bezieht sich auf den ganzheitlichen Pflege- und Versorgungsablauf einschließlich der Unterkunft. Im Vordergrund stehen Pflegeanamnese und Pflegeplanung, Koordination und Ausführung der Leistungen sowie die Pflegedokumentation. Hier geht es um die Frage, ob das getan wird, was zu tun ist. Aus Fischers Sicht ist es in der Pflege oft nicht möglich, für bestimmte Krankheitsbilder immer dieselben Behandlungspfade abzuleiten, da sie in der Praxis doch sehr stark variieren, und somit Normvorgaben zu wenig auf den individuellen Fall eingehen können. Die Klärung der Frage, woher die Variabilität der Leistungen kommt, kann in zwei Richtungen aufgelöst werden:

1. Die Gruppierung von Patienten nach Krankheitsbildern fasst sehr unterschiedliche Patienten zusammen, woraus ein unterschiedlicher Pflegeaufwand resultiert.
2. Auch bei vergleichbaren Patienten kann ein Behandlungspfad immer nur „als Leitlinie für die Pflege gelten, keinesfalls aber als Richtlinie“. (ebd. S. 3)

Nach Fischer kann die Prozessqualität durch die Leistungserfassung verbessert werden, aber nicht durch sklavisches Befolgen der Normvorgaben, sondern wenn diese Anstoß für Diskussionen im Pflegeteam über die Notwendigkeiten unterschiedlicher pflegerischer Interventionen gibt. Er gibt zudem zu bedenken: „Die einzelnen Tätigkeiten selbst werden jedoch bezüglich ihrer Qualität nicht beurteilt. Dazu braucht es andere Instrumente.“ (ebd.)

Ergebnisqualität meint den Grad der Zielerreichung des Pflege- und Versorgungsablaufs. Dies setzt voraus, dass Ziele vorher definiert wurden (Soll-Zustand) und mit dem tatsächlich erreichten Zustand (Ist-Zustand) unter Berücksichtigung des Wohlbefindens und der Zufriedenheit der Bewohner verglichen werden. Aber, so Fischer: „Bestimmt beurteilt eine Leistungserfassung nicht die Gesamtqualität der Arbeit. Es kann also weder beurteilt werden, ob die Pflegeziele sinnvoll gesetzt worden sind, noch ob sie erreicht worden sind.“

Dafür liefert die Leistungserfassung eine neue, zusätzliche Aussage zum Ergebnis: Es können nun die Kosten pro Patient kalkuliert werden. Dies ist zwar kein Ergebnis bezüglich der fachlichen Qualität der Pflege. Aber es ist doch auch eines der Merkmale, die als Anforderungen an die Behandlung gestellt werden. Zumindest in Zukunft wird dieses Ergebnismerkmal von viel entscheidenderer Bedeutung sein als heute. Dass die Kosten nun bekannt sein werden, hat natürlich auch eine Kehrseite: Was passiert, wenn das Budget so knapp wird, dass nicht mehr alle Leistungen, die von der Pflege als notwendig deklariert worden sind, ausgeführt werden können?“ (ebd. S. 4)

Fischer verweist auf den Zusammenhang zwischen Geld und Qualität und führt zur Frage nach der Qualität von Pflege in Zeiten ihrer Ökonomisierung.

3. Ökonomisierung und Qualität der Pflege

Mit steigenden Kosten im Gesundheitswesen wurden Wege zu ihrer Drosselung gesucht. Gleichzeitig wurde der Gesundheitsbereich als wachstumsträchtige Wirtschaftsbranche wie jede andere auch identifiziert. Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1992 wurden das bis dahin geltende Prinzip der Kostendeckung der kommunalen und frei gemeinnützigen Einrichtungen aufgehoben, Privatisierung gefördert sowie die Finanzierung von Krankenhäusern und Sozialeinrichtungen grundlegend geändert. Die Kliniken müssen seit 2004 gemäß dem von den USA übernommenen Diagnose-orientierten Fallpauschalensystem (DRG-Diagnosis Related Groups) abrechnen. In Altenpflegeheimen und in der ambulanten Altenpflege wird anhand von Pflegestufen abgerechnet. Entscheidend ist bei diesen Instrumenten, dass nicht mehr nach entstandenen Kosten auf Grundlage von konkreten individuellen Behandlungs- und Pflegebedarfen abgerechnet wird, sondern dass die Abrechnung über Durch-

schnittswerte erfolgt, und diese zwar kostendeckend, aber möglichst niedrig sein sollen. (zu den Folgen s. Braun et al. 2010)

Die Arbeitssituation in der beruflichen Pflege hat sich aufgrund des Kostendrucks, der auf den Einrichtungen liegt, eher verschlechtert. Die Belegzeiten in den Krankenhäusern sind kürzer und somit sind alle Patienten pflegeintensiver. Kommen sie nach Hause, haben auch die nachgeordneten ambulanten Pflegestationen höhere Pflegeaufwände. Auch in den Pflegeheimen gibt es neue Anforderungen und Belastungen, unter anderem durch das veränderte Spektrum der Bewohner: Da die Menschen in höherem Alter als früher pflegebedürftig werden und meist bevorzugen, so lange wie es irgend geht, in ihrer vertrauten Umgebung zu bleiben, werden die Einrichtungen in der stationären Altenpflege zunehmend zu Orten der Versorgung hochaltriger, chronisch kranker und dementiell erkrankter Personen, die besonders intensiver Pflege bedürfen. Obwohl also aufgrund eines pflegeintensiveren Klientels und der demographiebedingten Zunahme von Pflegebedürftigen, insbesondere im Altenpflegebereich, ein höherer Pflegekräftebedarf entstand, führt der interne Organisationsdruck in den Einrichtungen zu Effizienzsteigerung und dem Abbau von Pflegestellen.² Das Pflegepersonal rekrutiert sich immer mehr aus Pflege-Hilfskräften und Leiharbeiter, so dass sie nicht immer ausreichend für ihre Aufgaben qualifiziert sind. In vielen Einrichtungen werden Überstunden, ggf. bei gleichzeitiger Verringerung vertraglich vereinbarter Arbeitszeit, von vornherein mit eingeplant.

Besonders gravierend wirkt sich die Ökonomisierung in der Intensivpflege aus, wo die Anzahl von Operationen zugenommen hat – die Zunahme wird in einen Zusammenhang mit lukrativen Fallpauschalen gebracht (Mikisch 2013). Empfohlen wird ein Pflegekraftschlüssel von einer Pflegekraft für zwei Patienten, bei beatmeten Patienten sogar nur für einen Patienten. Der Pflegehermometer (2012) hat in einer Befragung stattdessen herausgefunden, dass eine Pflegekraft im Durchschnitt für drei Intensivpatienten verantwortlich ist. Damit ist auch die Sicherheit der Patienten gefährdet. Laut seiner Untersuchung gibt jede dritte Intensivstation an, dass es in den vergangenen sieben Tagen zu einem gravierenden Medikationsfehler kam. 73 Prozent berichten über Mängel bei der Hygiene und 85 Prozent sagen, sie seien zu „vermeidbaren freiheitseinschränkenden Maßnahmen“ gezwungen.

4. Individuelle Bewältigungsstrategien von Pflegekräften

Pflegekräfte müssen die niedrigen Stellenschlüssel und damit Zeitnot irgendwie bewältigen. In unseren Untersuchungen zeigten sich prototypisch drei Formen von Bewältigungsstrategien:

² Insgesamt wurde im Zeitraum von 16 Jahren das Äquivalent von 114.000 Vollzeitstellen für Krankenpflegekräfte in den sogenannten Betten führenden Bereichen abgebaut. Gleichzeitig hat sich die Fallzahl der stationär behandelten Patienten deutlich (+2.659 je 100.000 Einwohner) erhöht und die Verweildauer der Patienten ist stark (-5,6 Tage) gesunken. Im gleichen Zeitraum wurde das ärztliche Personal in erheblichem Umfang (+31.000 Vollkräfte) aufgestockt. Die Zahl der zu Betreuenden in der Pflege nach Fällen stieg in den allgemeinen Krankenhäusern in den vergangenen elf Jahren von 48 auf 61 Patienten, was einem Plus von 29 Prozent entspricht. (INQA 2009; Braun et al. 2010). Die Zahl der Heime stieg um 5,8 Prozent bzw. 500 Einrichtungen. Bei den stationär versorgten Pflegebedürftigen ist insgesamt ein Anstieg um 4,8 Prozent (33.000 Personen) zu verzeichnen, wobei die Zahl der Pflegekräfte im gleichen Zeitraum um 5,0 Prozent bzw. 27.000 Beschäftigte stieg, jedoch die Zahl der Vollzeitbeschäftigten um 2,6 Prozent abgenommen und die Zahl der Teilzeitkräften um 22.000 Beschäftigte (+13,7 Prozent) gestiegen ist. Im maßgeblichen Bereich Pflege und Betreuung sind gegenüber 2005 insgesamt 5,3 Prozent bzw. 19.700 mehr Personen tätig. Die Zahl der zugelassenen ambulanten Pflegedienste betrug am Stichtag, 15. Dezember 2007, 11.500, der Anteil der freigemeinnützigen 38 Prozent, der in öffentlicher Trägerschaft 2 Prozent. Von den im ambulanten Pflegebereich 236.000 Beschäftigten waren 88 Prozent Frauen; dabei verfügten etwa 140.000, also mehr als die Hälfte, über eine 3-jährige Berufsausbildung in einem der Pflegebereiche (Statistisches Bundesamt 2008). Die große Mehrzahl des Personals (71 Prozent) war teilzeitbeschäftigt. Gegenüber 2005 hat die Bedeutung der Versorgung durch die ambulanten Dienste zugenommen: Ihre Zahl stieg um 5,0 Prozent, die Zahl der ambulant Versorgten nahm um 6,9 Prozent beziehungsweise 33.000 zu. Die Personalzahl stieg im gleichen Zeitraum um 10,2 Prozent oder 22.000 Beschäftigte, wobei die Anstiege bei den Teilzeit- und Vollzeitbeschäftigten nahezu gleich stark sind (+10,8 und +10,7 Prozent).

1. Bewältigung auf Kosten der Pflegekraft

Beispiel 1. Angesichts stillschweigend vorausgesetzter Erwartungen der Führungskraft bezüglich der Ableistung von Überstunden, für die sich die Pflegekraft auch noch rechtfertigen soll, erhebt sich der Widerstand eines Pflegers:

„Es würde jeder arbeiten. Wahrscheinlich würde jeder 40, 45 und 50 Stunden, das wäre alles kein Thema, wenn nicht dann so gefragt wird: ‚Was machen Sie überhaupt?‘ So nicht! Diese grundsätzliche Frage kommt: ‚Wie kommt es überhaupt zu so viel Überstunden? Was haben Sie überhaupt zu tun? Das kann doch irgendwie alles nicht sein‘. [...] Das eine ist also, dass im Grunde dann auch immer so eine Miesmacherei stattfindet, also die eigene Leistung, man hat ja auch so ‚ne gewisse Würde und Ehre als Arbeitskraft sozusagen irgendwo und man also, zumindest kann ich das für meine Chefin, für mich und auch meine Kollegen sagen, da ist niemand darauf erpicht, irgendwie seine Arbeit so auszubreiten, weil man ja seinen Arbeitsplatz selber rechtfertigen muss.“ (II-6, 30)

Diese Pflegekraft ist wie viele der von uns Interviewten ohne Murren bereit, mehr zu arbeiten, wenn die Regelarbeitszeit für die Versorgung der Patienten nicht reicht. Aber die Zumutung, sich für Überstunden rechtfertigen zu müssen, wird als eklatanter Mangel an Anerkennung wahrgenommen. Sie sieht sich in ihrer ‚Würde und Ehre‘ als engagierte Pflegekraft von der Organisation verletzt.

Beispiel 2: Eine Pflegekraft beschreibt mit Verweis auf die erfolgte Personalreduktion die Situation in ihrer Klinik: *„Es ist mittlerweile so, das das Bewältigen der Aufgaben einer Krankenschwester nicht mehr mit dem ursprünglichen Bild einer Krankenschwester zu tun (gehabt) hat [...]. Und es ist einfach so, dass man die Kraft seine Aufgabe auch nur fachgerecht zu erledigen, schon nicht mehr aufbringen kann, weil es schlichterdinge unmöglich ist.“ (III-6, 2)*

Hier zeigt sich starke Unzufriedenheit darüber, dass man den eigenen Qualitätsansprüchen nicht mehr gerecht werden kann. Damit gehen auch Sinnkrisen einher.

Beispiel 3: Die Folgen von Zeitnot für die Zuwendung am Patienten werden von einer Pflegekraft beschrieben. Direkte Zuwendung *„ist überhaupt nicht mehr möglich. Also ich stell das immer so als Bild dar. Früher war man irgendwie so immer auf der Flucht, und heutzutage hat man das Gefühl, man ist auf der Flucht und es hält einer einem immer noch einen Revolver an die Stirn.“ (II-3, 14)* Das paradoxe Bild zeigt, dass der Pfleger zwischen dem Bedürfnis und dem gleichzeitigen Unvermögen, wegzulaufen, gefangen ist. Er führt weiter aus:

„Also, so kommt man sich irgendwie vor und oder eben einfach, ich merk das auch oder wir unterhalten uns ja dann auch schon mal drüber im Kollegium, dass, also dass wir manchmal das Gefühl haben, derjenige, der gerade vor uns steht und irgendein Anliegen hat, dem geht es grad sowieso besser als uns, ne verstehen Sie? Also manchmal hat man mal, man kann manchmal sich gar nicht mehr so auf den Einzelnen so einstellen, was eigentlich ganz wichtig eigentlich wäre, ne? Es ist eigentlich ein Abarbeiten und ein Chaosmanagement.“ (II-3, 14)

Die Pflegekraft fühlt sich so sehr überfordert, dass sie keine Empathie mehr für die Bedürfnisse der Patienten aufbringen kann, ja deren Zustand sogar als besser als den eigenen einschätzt. In solch einer Gefühlslage ist es gar nicht anders möglich, als dass Pflegekräfte sich gegen Patienten und deren Bedürfnisse abschotten.

Alle zitierten Pflegekräfte arbeiten unter erhöhtem Zeitdruck und Personalmangel, ihrem Empfinden nach auch mehr als früher. Im Beispiel 1 führt die Selbstverständlichkeit, mit der dieses Mehr von der Führungsebene erwartet wird, wie auch die dazu als doppelbödig empfundene Anforderung, sich dafür noch rechtfertigen zu müssen, zu hoher Irritation. Statt der berechtigten Erwartung dafür Wertschätzung zu erhalten, wird die Pflegekraft erniedrigt – ein grober Angriff auf das Selbstwertgefühl, der krank macht (Semmer et al. 2009).

Im Beispiel 2 muss die Pflegekraft weit unter ihren Qualitätsansprüchen bleiben. Insbesondere das Spannungsverhältnis zwischen eigenen Ansprüchen und Machbarkeiten lässt sie zwangsläufig in die Falle der eigenen Überforderung laufen. Die hohe Unzufriedenheit mit den Arbeitsbedingungen verbunden mit einem latent schlechten Gewissen den Patienten gegenüber sowie Sinnkrisen stellt sich als ein innerer Konflikt zwischen Können und Wollen dar.

Im Beispiel 3 erleben wir eine Pflegekraft, die sich so verausgabt hat, dass sie nur noch weg von ihrem Arbeitsplatz will und keinen Ausweg sieht. Diese Person dürfte die emotionale Erschöpfung sicherlich nicht mehr lange aushalten ohne krank zu werden – emotionale Erschöpfung ist ein wesentlicher Faktor von Burnout und korreliert hoch mit Zeitdruck (s. Dunkel 2010, 170). Sie muss ihre ganze Kraft in ein Chaosmanagement stecken, so dass keine Kraft für die Erfüllung sozialer Bedürfnisse der Patienten der Patienten bleibt, da sie offensichtlich mit ihren eigenen Bedürfnissen an diesem Arbeitsplatz entschieden zu kurz kommt (Maslach 1981). Und damit geht ihr Verhalten auch auf Kosten der Patienten.

In allen drei Fällen stimmt das Verhältnis zwischen Verausgabung und Belohnung nicht mehr, so dass eine krankmachende berufliche Gratifikationskrise zu identifizieren ist (Siegrist & Dragano 2008)

2. Bewältigung auf Kosten der Patienten

Im folgenden Beispiel handelt es sich um eine Pflegekraft auf einer Intensivstation, die ihren Arbeitsalltag sehr drastisch darstellt. Als typisch schildert sie, dass in ihrer Station Beruhigungsmittel an unruhige Patienten verabreicht werden, wenn diese dem Personal „so auf die Nerven“ (III, S. 25) gehen, z.B. in Situationen, in denen Patienten gewaschen werden sollen: Wenn „die Leute dann so unruhig sind, dann reicht es denen, und dann ziehen die Dormicum auf.“ (IV-8, 24), mit positiv bewertetem Ergebnis: „Ja und es ist auch schön, dann ist der ruhig und schläft und dann ist gut.“ (IV-8, 30) Wenn durch eigenmächtige Sedierung bei Patienten Komplikationen wie „paradoxe Atmung“ (IV-8, 28) auftreten, würden sie z.B. mit „Schmerzreiz etc.“ (ebd.) wieder wach gemacht. Die auf der Station üblichen Kommentare auf eine derartige dramatische Situation werde nicht durch ernsthafte Dialoge aufgearbeitet: „[...] ,also man macht sich dann manchmal so ein bisschen lustig: „Uhh, da hab ich wohl übertrieben! Da hab ich dem zwei Dormicum gespritzt und der hat aufgehört zu atmen. Da musste ich den erst mal bebeuteln.““ (IV-8, 25)

Hier wird eine Bewältigungsweise deutlich, die statt selbstkritisch auf die Konsequenzen des eigenen Fehlverhaltens zu schauen, in einen Zynismus mündet, der die problematische Praxis bestätigt. Entsprechendes gilt auch für die Fixierungen: „Von der Patientenversorgung ist es bei uns so, dass wir recht schnell einen Patienten fixieren, weil wir keine Zeit haben, uns um die zu kümmern. Und wenn es dann reicht, dann werden die einfach fixiert und dann kriegen die Medikamente gespritzt und dann dementsprechend ist die Liegedauer bei uns länger. Die sind länger beatmet [...].“ (IV-8, 8)

Da laut Pflegekraft die Vielzahl an Anforderungen nicht erfüllt werden können, unterlassen sie auch manche angeordneten Aufgaben. So würden Lagerungen in der Nacht zwar in die Dokumentation geschrieben, aber nicht gemacht, mit der Folge gehäufte Dekubitusfälle.

Hier kommen zwei wichtige Faktoren für Überlastung zusammen, nämlich neben dem Personalmangel eine nicht ausreichende Qualifizierung für die Aufgaben in der Intensivpflege ist. Das Beispiel zeigt: Wenn eine weitere Intensivierung des persönlichen Arbeitseinsatzes nicht möglich ist, entwickeln Pflegekräfte selbst in der hochtechnisierten Intensivpflege verborgene Wege, um ihre Aufgaben durch Weglassen von patientennahen Tätigkeiten zu bewältigen; dazu gehört auch die Erleichterung der Arbeit am Patienten durch Ruhigstellung.

Gravierende Pflegefehler und Gesetzesübertretungen sind immer verbunden mit der Gefahr, dass sie irgendwann auffallen und die Pflegekräfte dafür einstehen müssen, so dass die Pflegekräfte massive Verdrängungsarbeit leisten müssen. Des Weiteren macht solch eine Arbeit auch keine Freude und Dank und Wertschätzung durch Patienten sind auch eher unwahrscheinlich.

Durch die zynischen Reden über die Patienten schützen sich die Pflegekräfte auch vor eigenen Gefühlen wie Angst und Schuldbewusstsein oder Mitgefühl mit den Patienten; diese können wie Objekte ohne Gefühle und Verletzlichkeit wahrgenommen und behandelt werden.

Ein solches Verhalten deutet daraufhin, dass die Pflegekräfte der Herausforderung von Pflege als Interaktionsarbeit mit vielen emotionalen Aspekten nicht gewachsen sind. Insbesondere Burnout gilt als eine Beanspruchungsfolge, die durch belastende Interaktionen mit anderen Menschen entstehen kann. Burnout zeigt sich in Symptomen wie „emotionaler Erschöpfung“, „Depersonalisation“ und „Gefühlen reduzierter Leistungsfähigkeit“ (Nerdinger & Röper 1999). Emotionale Erschöpfung führt zu Gefühlen von Ausgelaugt-Sein und Frustration, sodass die Arbeit mit Menschen als eine übergroße Anstrengung erlebt wird. Depersonalisation führt zu einem unpersönlichen Umgang mit Patienten und negativen bis zynischen Einstellungen diesen gegenüber. Reduzierte Leistungskraft ist durch einen Mangel an Vitalität und Kompetenz sowie durch Versagensängste gekennzeichnet. Viele Beschreibungen der Pflegekräfte über ihren Umgang mit Patienten decken sich mit den Charakteristika des Burnout-Syndroms.

3. Bewältigung durch Missachtung der organisationalen Anforderungen

Ein Pfleger versucht die Zeitnot dadurch zu bewältigen, dass er selbst die Prioritäten bei der Arbeitsaufteilung setzt, beispielsweise auch weiterhin versucht bei bedürftigen Patienten am Krankenbett zu sitzen und mit ihnen zu plaudern. Allerdings lässt man ihn heutzutage nicht mehr lange in Ruhe, vielmehr fragt nach kurzer Zeit ein Kollege, was er eigentlich so lange mache.

„Und das Schlimme daran, was ich meinen Kollegen dann auch gelegentlich vorwerfe, wenn wir mal wieder darüber diskutieren, ist, dass wir den Patienten nicht versorgen, aber die Dokumentation abhaken. Dann nicht mal das Rückgrat haben, wenn ich schon nicht versorge, dann mache ich auch das Häkchen nicht. Und wenn mich die Pflegedienstleitung darauf anspricht, dann kann ich sagen: ‚Dazu hatte ich keine Zeit.‘“ (II-6, 12f.)

Für sich selbst nimmt er entsprechend in Anspruch, im Zweifelsfall auf der Seite der Patienten zu stehen: *„Sollte die Zeit nicht ausreichen, dann geht die Zeit zu 100% für die Patienten und zu 0% in die Dokumentation. Ich lasse die Zettel liegen. Die sterben nicht, die Patienten schon.“ (II-6, 11)*

Er plädiert dafür, die Dokumentation demonstrativ zu unterlassen, um so auf einen Notstand aufmerksam zu machen. Die leeren Seiten sollten eine Störung durch Zeitnot anzeigen und damit eine Aussprache und Verbesserung der zugrunde liegenden Rahmenbedingungen zustande bringen.

Ein wichtiger Hintergrund für sein Verhalten besteht aber auch darin, seine Identität als Pflegekraft durch die Betonung der Arbeit am Patienten aufrechtzuerhalten und die berufliche Identität angreifende sog. illegitime Aufgaben (Semmer et. al. 2010) wie das Führen der Dokumentation von sich fernzuhalten, denn diese führen zu Erschöpfungszuständen (ebd.). Sein Verhalten führt zwangsläufig zu Spannungen mit Kollegen und Vorgesetzten, die er aushalten können muss. D.h. in dieser Bewältigungsstrategie liegt eine weitere Gefahr für die Gesundheit, weil der soziale Rückhalt als wichtige Ressource gegen Stress fehlt.

V. Kranke Pflege – Gestaltungsoptionen

Alle Strategien machen auf unterschiedliche Weise krank, so dass der in den Statistiken der Gesundheitskassen gefundene hohe Anteil von Arbeitsunfähigkeitstagen nicht verwundern muss: Pflegekräfte haben gegenüber anderen Berufsgruppen (durchschnittlich 11,8 AU-Tage) eine überdurchschnittlich hohe Anzahl Krankheitstage, nämlich 16,7 AU-Tage pro Versicherungsjahr in der Krankenpflege, 19,6 AU-Tage in der Altenpflege. Dabei sind insbesondere Pflegehilfskräfte, auch gegenüber examinierten Pflegekräften, stark betroffen. Der Anteil psychischer Krankheiten bei Pflegekräften ist besonders auffallend, nämlich bei Altenpflegerinnen einen 12 % höheren Anteil gegenüber dem Vergleichswert der berufstätigen Bevölkerung; sie haben zudem 44 % mehr psychosomatische Erkrankungen als der Durchschnitt der Vergleichsbevölkerung. Als Ursachen benennt die BGW-Studie Zeitdruck, Über- und Unterforderung, geringer Handlungsspielraum, mangelnde Anerkennung sowie Konflikte mit Vorgesetzten und Kollegen. (s. BGW 2007).

Im Gesundheitsreport 2013 der DAK werden für 2012 Krankenstandwerte im Gesundheitswesen von 4,4 % gegenüber DAK Gesamt von 3,8 % ausgewiesen, sodass das Gesundheitswesen die Branche mit dem höchsten Krankenstand war. *„Die hohen Ausfallzeiten im „Gesundheitswesen“ sind sowohl auf eine überdurchschnittliche Erkrankungshäufigkeit als auch auf eine längere Erkrankungsdauer zurückzuführen: Je 100 ganzjährig Versicherter konnten 2012 117,1 Erkrankungsfälle gezählt werden, die im Durchschnitt 13,9 Tage dauerten. Das hohe Krankenstandniveau im Gesundheitswesen ist zu einem großen Teil auf stark belastende Arbeitsbedingungen zurückzuführen. Die Arbeitsbedingungen und die Gesundheit von Pflegenden wurden vor dem Hintergrund eines sich wandelnden Gesundheitssystems im DAK-BGW Gesundheitsreport 2005 - 2006 umfassend analysiert.*

Wesentliche Ergebnisse sind, dass Pflegenden noch immer überdurchschnittlich stark von Krankheiten und Gesundheitsstörungen betroffen sind. Dabei spielen Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychische Störungen eine besonders wichtige Rolle. Beide Krankheitsarten stehen häufig im Zusammenhang mit Belastungen aus der Arbeitswelt, die sich durch geeignete betriebliche Präventionsmaßnahmen grundsätzlich reduzieren lassen.“ (ebd. S. 112f.)

Da sich, wie unsere Untersuchungen über den zeitlichen Verlauf von 2005 bis 2012 zeigen, die Situation der Zeitnot zunehmend verschärft hat, reichen die klassischen Mittel der Gesundheitsförderung hier nicht aus. Es handelt sich um eine Fehlentwicklung im Gesundheitssektor, somit um einen systemischen Fehler, der sich von oben nach unten durchzieht und entsprechend gelöst werden muss. Im Zentrum steht auf allen Ebenen ein Mangel an Wertschätzung gegenüber der Pflege (Kumbruck et

al. 2010), wobei dieser als Stressor gilt, der zu einer Selbstwertbedrohung werden kann und als Burnout-Indikator gilt (Stocker et al. 2009).

Zuoberst müssen sich deshalb die politischen Rahmenbedingungen ändern, sodass mehr Pflegepersonal eingestellt werden kann – eigentlich müsste die Leistungserfassung schon längst gezeigt haben, dass *„das Budget so knapp wird, dass nicht mehr alle Leistungen, die von der Pflege als notwendig deklariert worden sind, ausgeführt werden können [...] Vor dem Hintergrund der Kostenfrage wird es nun doppelt wichtig, die Leistungen der Pflege zu zeigen und zu begründen. Die zusätzliche Dokumentation der Pflegeprobleme und deren ursächlichen Faktoren, der Pflegeziele und der Pflegeergebnisse erhält in diesem Zusammenhang eine besondere Bedeutung. Dies kann eine Hilfe sein, die Notwendigkeit und evtl. auch die Wirksamkeit der Pflege darzulegen.“* (Fischer 1998, S. 3f.) D.h. Einrichtungen müssen sich auch mittels Verhandlungen mit den Kostenträgern für die Pflegekräfte einsetzen.

Dies setzt voraus, dass die Einrichtungen und die dort weilenden Führungskräfte Pflegequalität ernst nehmen, und zwar nicht nur als Ausweis gegenüber Dritten in Form der Dokumentation (derzeit ist es ihnen, wie wir aus vielen Interviews erfuhren, völlig egal, ob diese den Ist- oder nur einen Soll-Zustand beschreibt, s. Kumbruck & Senghaas-Knobloch 2014). Das derzeitige faktische Qualitätsverständnis bringt eine Intensivpflegekraft auf den Punkt: *„Ja, der Patient ist unwichtig. [...] Er ist unwichtig und qualitätstechnisch musst du dich nur [...] auf dem Papier absichern.“* (IV-2, 15) Dies war sicherlich nicht mit den Bestrebungen der akademischen Professionalisierung intendiert, die zwar zu einer gedanklichen Durchdringung vieler beachtenswerter potentieller Schäden (Dekubitus, Ernährungsmangel) geführt hat, aber die Einrichtungen angesichts des Kostendrucks nur formal beeinflusst hat. Aus vielen Interviews wissen wir, dass Vorgesetzte die Überlastanzeigen von Pflegekräften ignorieren, ja zusätzlichen Druck dann auf diese ausüben; stattdessen müssen sie das Bemühen der Pflegekräfte um gute Arbeit ernstnehmen und für bessere Bedingungen eintreten. Mit dem Entstehen für faktische Qualität von Pflege geht auch die Wertschätzung der Pflegekräfte für gute Arbeit einher.

Und schließlich müssen Pflegekräfte lernen, kollektiv und selbstbewusst auf ihre eigenen Leistungen und individuellen Qualitätsstandards zu schauen, diese wie von Fischer beschrieben begründen und vertreten lernen. Zudem müssen sie neben der Pflege von Patienten/Heimbewohnern auch Selbstpflege betreiben und Möglichkeiten dafür einfordern, damit ihre Ressourcen nicht versiegen.

Last not least: Die Initiative „Great place to work“ zeigt auch für den Bereich „Gesundheit und Soziales“ auf (Spezial des Zeitverlages 27.2.2014), dass hier endlich ein „Kulturwandel“ stattfindet und Arbeitgeber mit Erfolg Anstrengungen unternehmen, den Arbeitsplatz Pflege attraktiver und gesünder für Mitarbeiter/-innen zu machen. Die Lösungswege sind vielfältig und nicht neu: Mitarbeiterorientierte Personalarbeit, aktive Gesundheitsförderung, Unterstützung einer besseren Vereinbarkeit von Beruf und Privatleben, alters- und altersngerechte Arbeitsmodelle, bessere Qualifizierung und Professionalisierung. Die Betonung liegt auch weniger auf den Einzelmaßnahmen, sondern darauf, dass Einrichtungen handeln statt sich mit einer Mangelsituation abzufinden. Im Hinblick auf die Umsetzung der jeweils passenden Maßnahmen kommt der Entwicklung von Führungsqualität in den ausgezeichneten Einrichtungen eine besondere Rolle zu. Vielfach suchen sie hierfür auch zusätzliche Finanzierungsquellen wie beispielsweise die Generierung von nachgefragten, privat abzurechnenden Leistungen. Parallel dazu wird aber auch die Notwendigkeit, die Politik in die Pflicht zu nehmen, betont.

Literatur

- Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) (Hrsg.) (2007). *Sieht die Pflege bald alt aus? BGW-Pflegereport*. Hamburg.
- BMFSFJ (2006). <http://www.bmfsfj.de/Publikationen/heimbericht/6/6-1-Grundlagen-der-qualitaetssicherung/6-1-1-zu-den-begriffen-qualitaet-und-qualitaetssicherung.html> Stand 2006 15.08.2006, Zugriff 18.02.2014.
- Braun, B., Buhr, P., Klinke, S., Müller, R., Rosenbrock, R. (2010). *Pauschalpatienten, Kurzlieger und Draufzahler – Auswirkungen der DRGs auf Versorgungsqualität und Arbeitsbedingungen im Krankenhaus*. Bern: Huber.
- DAK (2013). *Gesundheitsreport 2013*. http://www.dak.de/dak/bundesweite_themen/Gesundheitsreport_2013-1318292.html, Zugriff 18.02.2014.
- Dunckel, H. (2010). Arbeit und Gesundheit bei älteren Beschäftigten im Krankenhaus. In Rigotti, T., Korek, S. & Otto, K. (Hrsg.). *Gesund mit und ohne Arbeit*. Lengerich: Pabst, 161-174.
- Fischer, W. (1998). „Hat Leistungserfassung etwas mit Pflegequalität zu tun?“ <http://www.fischer-zim.ch/artikel/Pflege-Leistung-Qualitaet-9802-NOVA.htm>, Zugriff 18.02.2014.
- INQA.de Initiative neue Qualität der Arbeit (2009). *Der Pflegemarkt in Zahlen*. Webpage aufgerufen am 5.8.2009; siehe auch: http://www.dip.de/fileadmin/data/pdf/material/dip_Pflege-Thermometer_2009.pdf
- Kumbruck, C. (2009). *Diakonische Pflege im Wandel. Nächstenliebe unter Zeitdruck*. Münster: LIT-Verlag.
- Kumbruck, C. & Derboven, W. (2013). Das Repertory-Grid-gestützte narrative Interview als Methode zur Analyse der Bedeutung von spirituellen Ressourcen in der Pflege. *Wirtschaftspsychologie* 2/3, 5-15.
- Kumbruck, C., Rumpf, M. & Senghaas-Knobloch, E. (mit einem Beitrag von U. Gerhard) (2010). *Unsichtbare Pflegearbeit. Fürsorgliche Praxis auf der Suche nach Anerkennung*. Münster: LIT-Verlag.
- Kumbruck, C. & Senghaas-Knobloch, E. (2014). Handlungskoordination oder Komplizenschaft – Was dokumentiert die Dokumentation, wenn Störungen den Pflegealltag beherrschen? In Becke, G. & Bleses, P. (Hrsg.). *Interaktion und Koordination. Theorie – Empirie – Gestaltung in sozialen Dienstleistungen*. Heidelberg: Springer VS Verlag. i.E.
- Maslach, C. & Jackson, S.E. (1981). The Measurement of Experienced Burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- Mikich, S. (2013). *Enteignet. Warum uns der Medizinbetrieb krank macht*. München: C. Bertelsmann.
- Nerdinger, F.W. & Röper, M. (1999). Emotionale Dissonanz und Burnout. Eine empirische Untersuchung im Pflegebereich eines Universitätskrankenhauses. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 53, 187-193.
- Pflegethermometer (2012). *Kranken - Pflege - Journal*. (12. 06 2012). <http://www.krankenpflege-journal.com/intensivpflege/5950-pflegethermometer-2012-arbeitsverdichtung-auf-der-intensivstation-kann-schwerwiegende-folgen-haben.html> Zugriff 20.2.2014.
- Semmer, N., Jacobshagen, N., Meier, L.L. & Elfering, A. (2007). Occupational stress research: The „Stress-as-Offense-to-Self“ Perspective. In McIntyre, S. & Houdmont, J. (Eds.). *Occupational Health Psychology: European Perspectives on Research, Education and Practice. Vol. 2*. Maia, Portugal: ISMAI Publishing, 43-60.
- Semmer, N. K., Tschan, F., Meier, L. L., Faccin, S., & Jacobshagen, N. (2010). Illegitimate tasks and counterproductive work behavior. *Applied Psychology: An International Review*, 59, 70-96.
- Siegrist, J. & Dragano, N. (2008). Psychosoziale Belastungen und Erkrankungsrisiken im Erwerbsleben. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 51, S. 305-312.
- Statistisches Bundesamt (2008). *Pflegestatistik 2007. Pflege im Rahmen der Pflegeversicherung. Deutschlandergebnisse*. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt. <https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Pflege/PflegeDeutschlandergebnisse5224001079004.pdf?blob=publicationFile> Zugriff 20.2.2014.
- Stocker, D., Jacobshagen, N., Semmer N.K. & Annen, H. (2009). Appreciation at Work in the Military Forces. *Swiss Journal of Psychology*, 69 (2), p. 117-124.
- Wahl, J. (2013). *Wie viel Ethos können wir uns in der Pflege noch leisten? Eine empirische Erhebung unter Intensivpflegekräften*. Bachelorarbeit an der HS Osnabrück. Osnabrück.

Bremer Workshop zu Belastungen in Change-Prozessen

Walter Punke, Pastor / Organisationsberater, Stade
punke@kirchliche-dienste.de

Menschen stärken - Sachen klären

1. Der Anstoß

Ausgehend von gleichbleibend starker Nachfrage von Beratung und Konfliktlagen unter dem Stichwort "Mobbing" in Betrieben, Behörden und Einrichtungen entstand in der Region Elbe-Weser des Kirchlichen Dienstes in der Arbeitswelt der Ev.-luth. Landeskirche Hannovers der Wunsch, ein präventives Angebot zu entwickeln.

Die Anfragen mit dem "Etikett" Mobbing bezogen sich häufig auf Konfliktlagen, die schon einen langen verhärteten und eskalierenden Weg genommen hatten.

Im Kontakt zu Dr. Rosenmarie Klesse, Ärztin und zu der Zeit Leiterin der Gemeindeberatung der Bremischen Evangelischen Kirche, wurde ich auf den salutogenetischen Ansatz von Aaron Antonovsky aufmerksam.

Aus meiner Sicht sofort anschlussfähig zu unseren Überlegungen, ein präventives Angebot vorzuhalten..

So entwickelte sich auch das Motto „*Menschen stärken – Sachen klären*“, – gleichzeitig unser Anspruch –, unter dem Entwicklungsprozesse von guter Arbeit durch unsere Beratungsarbeit initiiert werden sollten.

Der religiöse Background, der meines Erachtens den Erkenntnissen Antonovkys abzuspüren ist, hat die Einbindung in kirchliche Kontexte erleichtert.

2. Die "Beratungsantwort": Prima Klima

Auf dem Hintergrund meiner Erfahrungen mit der Moderation auch großer Zukunftswerkstätten nach Robert Jung ergab sich für das Beratungskonzept eine für mich logische Struktur.

Inhaltlicher Ausgangspunkt wurde die Salutogenese nach Aaron Antonovsky

- allerdings ausschließlich fokussiert auf das Thema Arbeit.

Das Beratungsformat "Prima Klima", streng orientiert an den Ressourcen der Menschen, erarbeitet Umsetzungsprojekte zu Guter Arbeit in folgenden Schritten:

- "TÜV" der eigenen Arbeitssituation mit den "Diagnosebegriffen" Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit nach Antonovsky.
- Stichwortsammlung unter den Fragestellungen:
Was läuft gut? Wo hakt es? Wo wollen wir hin?
- Identifizierung von Veränderungsschwerpunkten plus Aktionsplan
- "TÜV" der Verabredungen nach 6 bis 12 Monaten

Die *Besonderheit*, die sich in über 10 Jahren Beratungserfahrung bewährt hat:

Der Ist- Zustand wird zunächst in *getrennten Workshops* von Beschäftigten und Leitung erhoben und anschließend in einer Zusammenschau bearbeitet.

Dies soll den Ansatz der Ressourcenorientierung besonders auch bei den Beschäftigten fördern.

Das Beratungsfeld von Prima Klima reicht von Verwaltungen und Behörden, Arztpraxen-Teams und Pflegeeinrichtungen bis zu Teams in Produktionsbetrieben.

Wurden oder werden die Klientensysteme gebeten, sich für den Beratungsprozess eine "Überschrift" zu geben, bleibt der "Favorit", den sie wählen:

"Was brauchen wir, um gut arbeiten zu können!?"

Diese "Wahl" bestätigt, dass die betroffenen Menschen ein gutes Gespür für eigene Kompetenzen und Ressourcen und deren Balance haben.

Gehoben im Sinne von "Schatzsuche statt Fehlerfahndung" werden diese Schätze nach meiner Wahrnehmung zu selten.

Und zu oft auch nicht ernst genug in den Konsequenzen genommen und/oder nur "halbherzig" umgesetzt.

Andererseits gilt auch die andere Erfahrung aus den Beratungsprozessen:

Konsequentes und wertschätzendes Umsetzen der Ideen der Beschäftigten und der Leitung mit oft nachhaltiger Wirkung.

Dies alles gilt auch für Veränderungsprozesse, die bei jedem Prima Klima - Projekt der Anlass oder ein Teil der Beratungsanfrage waren und sind.

Zunehmend ergänzt und erweitert werden die Inhalte der Beratungen durch Elemente aus den Erkenntnissen der Organisationalen Achtsamkeit, die ich der Kooperation mit artec, präwin etc. verdanke.

3. Das Beispiel aus der Beratungspraxis:

Katholische Altenpflegeeinrichtung in Stade

Im Folgenden sollen die 3 Leitfragen des Workshops anhand dieses Beratungsbeispiels verdeutlicht werden.

Die Beratung und Begleitung der Einrichtung St. Josef vor dem Schiffertor begann vor ca. acht Jahren mit dem Projekt "Prima Klima" und wird bis heute fortgeführt mit zwei "TÜV"- Terminen pro Jahr und anderen begleitenden Beratungsformen wie zum Beispiel Mediation.

Diese Elemente werden bei den Gestaltungsoptionen wieder genannt werden.

Die Einrichtung hat 90 Plätze und ca. 100 Beschäftigte in den Bereichen Pflege, Verwaltung, Küche, Hilfsdienste und Tagesbetreuung.

4. Wie bilden sich die Workshop-Leitfragen im Beratungsbeispiel ab?

1. Wie übersetzt sich das Konfliktfeld bei betrieblichen Veränderungs-Prozessen in psycho-soziale Gefährdungen?

Die auf das Konfliktfeld Pflegeeinrichtung einwirkenden Energien und Elemente von Veränderungsprozessen sind naturgemäß vielfältig und ein Mix aus organisationalen, emotionalen und politischen "Eingriffen".

Um einige zu nennen:

Gesellschaftliche Debatte der demografischen Entwicklung, Plegesatzverhandlungen, Verhalten des Trägers (Kath. Kirche), gefühltes und reales gesellschaftliches Ansehen der Pflegearbeit („Hast Du das als gelernte Krankenschwester nötig, Nachttöpfe zu leeren?"), politische und gewerkschaftliche Positionierungen, Qualitätshandbuch, Veränderungen in der Zusammensetzung der Belegschaft (osteuropäische Mitarbeitende), Erwartungen der zu Pflegenden und deren Angehörige, "ideologische" Erwartungen des Trägers (vermutet oder geäußert),

wirtschaftliche und inhaltliche Konkurrenz auf dem regionalen und über-regionalen "Pflegemarkt"!

Diese Aufzählung macht deutlich:

Es gibt den kontinuierlichen Zugriff unterschiedlichster Veränderungen auf das System und die Menschen.

Das so unter "Dauerveränderungsspannung" gesetzte System ist damit ständig "unter Strom".

Das Konfliktfeld unterliegt einem gefährlichen Mix von Vermutetem (vgl. Erwartungen des Trägers z.B.) und real nachvollziehbaren, erkennbaren Veränderungsprozessen (z.B. Tarifverhandlungen, Qualitätshandbuch etc.).

Es bildet sich Undurchschaubarkeit und Raum für Spekulation und damit eine schwer "einfangbare" informelle Kommunikationsstruktur.

Schließlich ist diese Situation für vor allem die Beschäftigten aber auch für verantwortungsbewusste Leitungsverantwortliche eine oft dramatische Spannung zwischen Eigenanspruch und dem, was real leistbar ist.

2. Was sind typische gesundheitswidrige bzw. - förderliche Bewältigungsmuster von Beschäftigten im konkreten Beratungsfall?

Meine Beobachtungen/Erfahrungen für **förderliche Bewältigungsmuster**

bei Beschäftigten und Leitung (B/L):

- Ich wurschtele mich durch...
- Ich vernetze mich kollegial (auch MAV) (B/L)
- Ich nehme Hilfe in Anspruch (Moderation/Mediation) (B/L)
- Ich achte auf meine Belastungsgrenzen (B/L)
- Ich habe Erfahrungsvertrauen im Blick auf Leitung und Kollegialität
- Ich nehme meinen Urlaub und bummele Überstunden ab, auch bei Unverständnis der KollegInnen (B)
- Ich sortiere interne und externe Veränderungseinflüsse und bewerte sie realistisch
- Ich gestalte Kommunikation und Arbeitsabläufe mit (B/L)
- Ich kündige und nehme eine andere Tätigkeit auf (B/L)
- Ich nutze die Öffentlichkeit ("Pflegealarm") (B/L)
- Ich reduziere, wenn auch schmerzlich, den Eigenanspruch

Gesundheitswidrige Bewältigungsmuster:

- Ich wurschtele mich durch (bewusste Doppelnennung!) (B)

- Ich flüchte mich in informelle Kommunikation
- Ich bleibe in der EinzelkämpferInnen-Rolle
- Ich habe für jeden Veränderungseingriff Verständnis
- Ich mache "Dienst nach Vorschrift"
- Ich "kämpfe" um meinen Anspruch an mich - nötigenfalls mit vielen Überstunden
- Ich flüchte mich in Krankheit
- Ich schalte intuitiv meine Selbstwahrnehmung ab.
- Ich ignoriere Hilfsmöglichkeiten
- Ich eröffne andere "Kampfplätze", z.B. Klatsch und Tratsch

3. Welche Gestaltungsoptionen zur gesundheitsförderlichen Bearbeitung des spezifischen Konfliktfeldes lassen sich auf betrieblicher und überbetrieblicher Ebene identifizieren - im konkreten Beratungsfall:

Im Folgenden nenne ich vor allem die Dinge, die in den vergangenen in den Beratungsterminen zweimal im Jahr und in begleitenden anderen Beratungen eine Rolle spielten.

"Drehscheibe" für die Gestaltungsoptionen ist eine Steuerungsgruppe, in der alle Bereiche der Altenpflegeeinrichtung vertreten sind. Dieser Prozess ist im Fluss und wird auch 2014 weitergestaltet.

- Durchführung von "Prima Klima"
- der jährlich 2x wiederkehrende "TÜV"-Prozess
- Ausbildung von Konfliktlotsinnen
- Moderationstraining zur effektiven Gestaltung von Sitzungen der Wohnbereich-Teams
- Mediationen bei verhärteten Konflikten
- offene Kommunikation von Zahlen, Daten, Fakten durch die Leitung
- Stärkung der MAV-Arbeit (auch durch die Leitung)
- Abschaffung !! der Konfliktlotsinnen = die "TÜV"- Termine erzielen eine ausreichende Wirkung - keine "Überorganisation"
- Arbeit am "erschütterten Wir-Gefühl" mit Elementen aus den Erkenntnissen zur Achtsamkeit in Organisationen
z.B. : Widersprüchliche Arbeitsanforderungen / frühzeitige und transparente Kommunikation / Normalisierung und Tabuisierung von Belastungen / Mitarbeitendenbeteiligung / Rituale
- Öffentlichkeitsarbeit incl. Vernetzung mit anderen Einrichtungen
z.B. mehrere Veranstaltungen "Pflegealarm" mit ausdrücklicher Unterstützung durch die Leitung

- Sichtbare / erkennbare Rückendeckung durch den Träger
z.B. Tariflohn und emotionale Wertschätzung

5. Anmerkungen...

Die vielfältigen Veränderungsprozesse in dieser Einrichtung führen sowohl bei den Beschäftigten als auch bei der Leitung zu Gratifikationskrisen.

Das gilt sicher fast grundsätzlich im Dienstleistungsbereich Pflege.

Die Besonderheit dieser Einrichtung ist aus meiner Erfahrung das "kontinuierliche am Ball bleiben"!

Nicht generell vorfindbar ist das in diesem Fall hohe Vertrauen in die Leitung - auch was Zahlen und Daten angeht.

Allerdings gepaart mit einer verlässlichen Kommunikationskultur.

Natürlich ist bei St. Josef vor dem Schiffertor nicht der "vorparadiesische Zustand" erreicht.

Es zeigt sich aber, dass die kontinuierliche Bereitschaft, in Veränderungsprozessen steuernd, sowohl organisational als auch emotional und kommunikativ einzugreifen und zu gestalten, die gerade im Pflegebereich leider unvermeidlichen Gesundheitsbelastungen erheblich positiv beeinflussen kann.

Dahinter bleibt aktuell die gesellschaftlich-politische Steuerung weit zurück.

Die Erkenntnisse aus diesem weiter andauernden Beratungsprozess sind zumindest in Teilen auch in vielen anderen Prozessen wiederzufinden.

Gratifikationskrisen in Veränderungsprozessen mit einer gestörten Balance zwischen Geben und Nehmen habe ich in den letzten Jahren besonders auch in Verwaltungen und verwaltungsähnlichen Organisationen erlebt.

Im Bereich von Kirche gilt das auch für viele Fusionsprozesse und umfangreiche Stellenreduzierungen.

Das Angebot "Prima Klima" ist deshalb auch in der kirchlichen Gemeindeberatung eines von mehreren "Instrumenten".

6. Ausblick...

"Was brauche ich, um gut arbeiten zu können!?"

Diese Frage wird nach meiner festen Überzeugung so oder anders formuliert auch zukünftig Menschen und Organisationen beschäftigen oder beschäftigen müssen.

Was für mich spannend bleibt:

Mit Menschen und Organisationen an der Behebung von "objektiven" Gratifikationskrisen durch Veränderungsprozesse zu arbeiten, eben Menschen stärken und Sachen klären, das ist so etwas wie eine "never ending story"!

Was mich aber in der Beratungsarbeit häufig beschäftigt und interessiert und manchmal unruhig macht:

Was kann Menschen noch besser helfen, in Veränderungsprozessen ihre eigenen Ressourcen zu entdecken und solche Prozesse nicht ausschließlich als bedrohlich sondern auch da, wo es in solchen Prozessen vorkommt, als Bewegung und Erweiterung und Weiterentwicklung ihrer Talente zu entdecken?

Walter Punke
03.03.2014

Anlage: Text "Gesundheit als Führungsaufgabe"

punke@kirchliche-dienste.de

www.prima-klima.net

www.kirche-handwerk.de

III Autorinnen und Autoren

PD Dr. rer. pol., Dipl. Soz. Guido Becke, Privatdozent für Arbeitswissenschaft, Fachbereich 11 (Gesundheitswissenschaften) und Sozialwissenschaftler am Forschungszentrum Nachhaltigkeit (artec) der Universität Bremen: becke@artec.uni-bremen.de

Prof. Dr. Antje Ducki, Professorin für Arbeits- und Organisationspsychologie an der Beuth Hochschule für Technik Berlin, Leiterin des Gender und Technik Zentrums: ducki@beuth-hochschule.de

Prof. Dr. phil. habil. Christel Kumbruck, Professorin für Arbeits- Sozial- und Organisationspsychologie Fakultät Wirtschafts- und Sozialwissenschaften an der Hochschule Osnabrück: c.kumbruck@hs-osnabrueck.de

Prof. (em.) Dr. med., Dipl. Soz. Rainer Müller, Zentrum für Sozialforschung, Abteilung Gesundheitsökonomie, Gesundheitspolitik und Versorgungsforschung: rmueller@barkhof.uni-bremen.de

Pastor Walter Punke, Organisationsberater für das Haus Kirchlicher Dienste Hannover: punke@kirchliche-dienste.de

Prof. (em.) Dr. phil., Dipl. Soz. Eva Senghaas-Knobloch, Forschungszentrum Nachhaltigkeit (artec) Universität Bremen: esk@artec.uni-bremen.de