

Thomas Elkeles, Uwe Lenhardt, Rolf Rosenbrock

## Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt

### Beispiel Rückenschmerzen

#### 1. Einleitung

Es gibt ein neues Produkt. »Gesund – bis auf die Knochen«, »Gesunder Rücken – kein Problem« – so wirbt etwa die »Gesundheitskasse« AOK für ihre »Gesundheitsförderungs-Angebote«. Gesundheitsförderung hat Konjunktur, vor allem seitdem die Krankenversicherungsträger 1989 einen erweiterten gesetzlichen Präventionsauftrag erhielten (§20 GRG). Dieser erstreckt sich auch auf die Arbeitswelt; von dem – nicht zuletzt hierauf zurückzuführenden – wachsenden Interesse an »Betrieblicher Gesundheitsförderung« zeugen nicht nur zahlreiche Publikationen, Tagungen und Kongresse zu diesem Thema, sondern auch eine Zunahme entsprechender Aktivitäten von Krankenkassen, Beratungsunternehmen und Gesundheits-Professionals.

Traditionell ist das Arbeitsschutzsystem für die Prävention der in der Arbeitswelt liegenden Gesundheitsrisiken zuständig. Es neigt hierbei aber zu Problemverkürzungen und einseitigen Maßnahmegewichtungen (vgl. Hauß 1983; Kühn 1982; Rosenbrock 1982), was wohl mit dazu beigetragen hat, daß sich der – eine konzeptionelle Erweiterung implizierende – Begriff der »Betrieblichen Gesundheitsförderung« so rasch durchgesetzt hat: Die – personell eher schlecht ausgestatteten – überbetrieblichen Aufsichtsorgane (Berufsgenossenschaften und Gewerkschaftsaufsicht) beschränken sich weitgehend auf die Überwachung sicherheitstechnischer und hygienischer Standards in den Betrieben, der betriebliche Arbeitsschutz (Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte) konzentriert sich größtenteils auf meß- und normierbare Risiken sowie auf Unfallverhütung und Vorsorgeuntersuchungen im Rahmen der eng definierten Berufskrankheiten. Hingegen hat das Arbeitsschutzsystem kaum Instrumente für den mit dem Arbeitssicherheitsgesetz 1974 erteilten, weit umfassenderen Auftrag entwickelt, auch den »arbeitsbedingten Erkrankungen« zu begegnen.

Arbeitsbedingte Erkrankungen sind Erkrankungen oder Gesundheitsbeeinträchtigungen aus fast allen bedeutenden Krankheitsgruppen, bei deren Entstehung die Arbeitsbedingungen eine beträchtliche

Rolle spielen, wie Forschungsergebnisse zum Zusammenhang »Arbeit und Gesundheit« zeigen. Hierbei stehen nicht so sehr spezifisch wirkende und exakt meß- und abstellbare Belastungen im Vordergrund (etwa: Lärm – Gehörschädigung; chemische Substanzen – Hauterkrankung), sondern mehr die unspezifischen Belastungskonstellationen, die als psychosozialer Streß ganz unterschiedliche Beschwerdebilder hervorrufen können (vgl. Badura 1991). Naturwissenschaftlich bestimmbare Schädigungsfaktoren oder -grenzen können für sie meist nicht angegeben werden.

Da der Mensch kein Objekt ist, das schädigenden oder belastenden Einflüssen rein passiv ausgesetzt ist, sondern als Subjekt den Anforderungen aktiv begegnet, sind für die Erkrankungs Wahrscheinlichkeit seine Gesundheitspotentiale oder -ressourcen von mindestens ebensolcher Bedeutung. Hierunter können all jene persönlichen und sozialen Faktoren verstanden werden, die es dem Individuum erlauben, aus seinen Lebensumständen erwachsende Anforderungen vorherzusehen und einzuordnen sowie im Hinblick auf selbstgesteckte Ziele planvoll zu beeinflussen. Auf der Grundlage verschiedener Konzepte wie »sense of coherence« (Antonovsky 1987), »self-efficacy« (Bandura 1977), »hardiness« (Kobasa 1982) oder »control of destiny« (Syme 1991) wurde gezeigt, daß diese Fähigkeit eine eigenständige Quelle von Gesundheit und Wohlbefinden darstellt. Für die gesundheitlichen Auswirkungen der Arbeit spielen die dort vorhandenen Kontroll- und Entscheidungsspielräume der Beschäftigten eine zentrale Rolle. In verschiedenen Studien konnte demonstriert werden, daß eine inhaltlich anspruchsvolle und abwechslungsreiche Tätigkeit, deren Ablauf und Einteilung von den Beschäftigten relativ selbständig gestaltet werden kann, protektiv und fördernd auf die Gesundheit wirkt (vgl. Karasek/Theorell 1990).

Die Konjunktur des Begriffes Gesundheitsförderung ist also auch dadurch bedingt, daß er geeignet scheint, konzeptionelle Defizite traditioneller Prävention zu beheben, indem ein weiterer, positiver Begriff gewählt wird. Kriterien für seinen Inhalt und damit für gesundheitsfördernde Politik bietet das programmatische Dokument zur Gesundheitsförderung, die 1986 beschlossene »Ottawa-Charta« der Weltgesundheitsorganisation. Dort heißt es u.a.: »Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Lebensumstände und Umwelt zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. (...) Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit, die

Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung zielt auf Lebensbedingungen ab, die sicher, anregend, befriedigend und freudvoll sind.«

Arbeitswelt und Arbeitsbedingungen werden also bereits in der Ottawa-Charta als Ansatzpunkte der Gesundheitsförderung genannt. Die Bedeutung der Arbeitswelt geht dabei über die unmittelbar arbeitsbedingten Einflüsse auf die Gesundheit hinaus. Wegen ihres nach wie vor hohen Einflusses auf die Gesamtheit der Lebensverhältnisse abhängig Beschäftigter kann der betriebliche Ansatz zur Risikominderung und Ressourcenstärkung plausiblerweise bis weit in den Freizeit- und Familienbereich hinein gesundheitlich positive Wirkungen haben.

Am Beispiel der Rückenschmerzen untersuchen wir in einem derzeit laufenden Forschungsprojekt den Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit unter drei Aspekten:

- erstens hinsichtlich des Einflusses der Arbeitsbedingungen auf die Verbreitung gesundheitlicher Beschwerden,
- zweitens im Hinblick auf die Möglichkeiten betrieblicher Intervention und deren empirisch ermittelte präventive Effekte,
- drittens bezüglich der Formen arbeitsweltbezogener Präventions- und Gesundheitsförderungspraxis sowie des Einflusses betrieblicher Akteurkonstellationen auf Auswahl und Umsetzung präventiver Maßnahmen.

## 2. Rückenschmerzen – Verbreitung und Verursachung

In Deutschland haben sich, wie in allen industrialisierten Ländern, die muskuloskeletalen Erkrankungen (MSE) und unter ihnen speziell die Rückenleiden zu einem der gravierendsten und teuersten Gesundheitsprobleme entwickelt: die MSE nehmen in den Leistungsstatistiken über Arbeitsunfähigkeit, Hospitalisierung, medizinische Rehabilitationsmaßnahmen und vorzeitige Berentungen wegen Erwerbs- und Berufsunfähigkeit zunehmend obere oder gar die vordersten Rangplätze ein. Bevölkerungsbefragungen zeigen eine rasante Zunahme der Häufigkeit von Rückenschmerzen – es herrscht eine »Rückenschmerz-Epidemie«: ca. 40 % der Bevölkerung geben an, an Rückenschmerzen zu leiden (vgl. Raspe/Kohlmann 1993). Allein zwischen 1980 und 1991 nahmen die durch muskulo-skeletale Erkrankungen bedingten Arbeitsunfähigkeitsfälle sowie -tage um jeweils fast die Hälfte zu. 65 % der MSE entfallen auf Rückenleiden.

1989 waren 2,3 Mio. Arbeitsunfähigkeitsfälle und 43 Mio. Arbeitsunfähigkeitstage allein wegen dieser Diagnosengruppe zu verzeichnen (Elkeles 1994).

Kreuz- oder Rückenschmerzen sind ein Beschwerdensymptom, welches nur in seltenen Fällen auf spezielle Krankheitsursachen zurückzuführen ist. Bei 60 bis 70 % der Rückenschmerzen sind keine medizinischen Befunde feststellbar, weswegen der größte Teil der Rückenschmerzen als »unspezifisch« gilt. Von einfachen, monokausalen Ätiologievorstellungen ist man weitgehend abgekommen zugunsten eines Modells von Wechselwirkungen zwischen dem natürlichen Alterungsprozeß, akuter Schädigung, beruflichen Belastungen, dem allgemeinen Gesundheitszustand, der physischen Fitneß sowie psychosozialen Faktoren (vgl. Raspe/Kohlmann 1993; Traue/Kessler 1993; Szecsenyi 1992). Für Rückenschmerzen gilt also, wie heute für alle, insbesondere für die chronischen und Volkskrankheiten, ein »biopsychosoziales Modell« als angemessen. Belastungsfaktoren in der Arbeitswelt betreffen biomechanische Risiken (z.B. schwere körperliche Arbeit, Zwangshaltungen, längeres Sitzen, Vibrationen; vgl. zusammenfassend: Pope/Andersson/Chaffin 1991; Osterholz 1991) und psychosoziale Risiken (z.B. Repetitivität, Zeitdruck, Monotonie, anforderungsarmer Arbeitsinhalt, geringer Handlungsspielraum, fehlende soziale Unterstützung; vgl. etwa: Bongers et al. 1993). Derartige Zusammenhänge konnten wir in unserem Projekt durch eine sekundäranalytische Auswertung repräsentativer Massendaten (Nationaler Gesundheitssurvey der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie, NUS  $t_0$ , 1984/86) selber bestätigen (Elkeles 1994).

Allerdings ergeben sich daraus keine eindeutigen Anhaltspunkte für den starken *Anstieg* der Rückenschmerzen, denn Veränderungen bei den Belastungen und Ressourcen sind nicht von einer solchen Einheitlichkeit und Größe, daß sie die dramatische Zunahme dieser Beschwerden erklären könnten. Relativ am deutlichsten ist ein trendmäßiger Anstieg in bezug auf Zeit-, Termin- und Leistungsdruck zu beobachten (vgl. Marstedt et al. 1993); möglicherweise bestehen hier Zusammenhänge zur gestiegenen Häufigkeit der Rückenschmerzen – dies umso mehr, als Störungen, die körperlich erlebt und mitgeteilt werden, größere Chancen haben, sozial akzeptiert zu werden. So ist in der öffentlichen Thematisierung ein Vorherrschen biomechanischer Erklärungskonzepte zu verzeichnen, die die wissenschaftliche Literatur bereits zugunsten biopsychosozialer Modelle aufgegeben hat.

### 3. *Problemadäquate präventive Interventionen im Betrieb*

Entsprechend den Einflußfaktoren für Rückenschmerzen sind für problemadäquate arbeitsweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung folgende fünf Handlungsfelder zu berücksichtigen:

1. die belastungsmindernde Gestaltung von Arbeitsmitteln, Arbeitsgegenständen und Arbeitsumgebung durch *ergonomische Maßnahmen* (z.B. Verringerung von Gewichten, Hebehilfen, vermehrte und verbesserte Bestuhlung, Verbesserungen von Beleuchtung und Belüftung, Minderung von Vibrationen),
2. Verbesserung der *arbeitsorganisatorischen Gestaltung* durch bedürfnisgerechte Arbeitszeitregelungen, Erweiterung und Anreicherung von Tätigkeitsinhalten (z.B. Abbau repetitiver Arbeit), Vergrößerung von Entscheidungsspielräumen, Transparenz der Arbeitsaufgaben und der Belohnungs- und Sanktionskriterien im Betrieb, Qualifizierung, Lohn- Leistungs politik, Verbesserung der Voraussetzungen für Kommunikation am Arbeitsplatz,
3. Verbesserung der *betrieblichen Sozialbeziehungen* durch Verbesserung der Kommunikationskultur (»Betriebsklima«) und transparente Problemlösungsmechanismen (z.B. durch klare und verlässliche Regelungen für den betrieblichen Aufstieg und für Beschwerden über Vorgesetzte),
4. Verbesserung der *individuellen Adaptation* an Arbeitsplatz und Arbeitsaufgabe mittels qualifizierter Unterweisung am Arbeitsplatz in »rückengerechter« Arbeitsausführung, Angeboten für Kraft-, Fitneß- und Flexibilitätstraining sowie Funktionsgymnastik am Arbeitsplatz),
5. Schaffung einer für die Prävention von Rückenschmerzen und seiner Chronifizierung *unterstützenden Umwelt* im Betrieb. Klagen über Rückenschmerzen sollten von Kollegen und Vorgesetzten ernst und regelmäßig als Anlaß zu einer Überprüfung des Arbeitsplatzes genommen werden. Auch sollten Arbeitsplätze mit schonender Tätigkeit für die Wiedereingewöhnung nach – möglichst kurz gehaltener – Arbeitsunfähigkeit vorgehalten bzw. geschaffen werden.

Im Rahmen unseres Projektes wurde eine Metaevaluation vorliegender Interventionsstudien zu verschiedenen betrieblichen Maßnahmen gegen die MSE durchgeführt (vgl. Osterholz 1993). Dabei stellte sich heraus, daß erfolgreiche präventive Strategien zumeist mehrere der genannten Handlungsfelder kombinieren bzw. integrieren.

Man findet hier durchaus unterschiedliche Akzentsetzungen, jedoch gilt auch für die – den Hauptanteil stellenden – ergonomisch orientierten Interventionen, daß sie neben der Modifikation von Arbeitsmitteln und Arbeitsgegenständen fast immer auch organisations- und/oder verhaltensbezogene Maßnahmenkomponenten beinhalten. Für solche – primär verhältnisbezogenen – Interventionsansätze zeigte sich ein beträchtliches präventives Potential: die Reduzierung der Beschwerdehäufigkeit war hier in einer Größenordnung von 20 bis 50 % anzusetzen (vgl. ebd.).

Erhebliche Verbesserungen wurden beispielsweise im Rahmen einer Interventionsstudie bei Arbeitsplanern und Blechbearbeitern in einer finnischen Lüftungsanlagenfabrik erzielt (vgl. Wickström et al. 1993). Zur Reduzierung von Rückenbeschwerden wurde unter Beteiligung gemischt besetzter Arbeitsgruppen ein Bündel von Maßnahmen entwickelt und durchgeführt, das Veränderungen des Arbeitsplatzdesigns, der Arbeitsorganisation und der Arbeitsaufgabe ebenso umfaßte wie ergonomische Unterweisungen und Fitneßtraining für die Beschäftigten. Im Ergebnis zeigte sich bei den (durch die Intervention am meisten betroffenen) Metallarbeitern, anders als bei den Arbeitsplanern sowie den Beschäftigten eines Referenzbetriebs, zwischen den Phasen 1985-89 und 1990-91 ein signifikanter Rückgang der auf Rückenbeschwerden zurückzuführenden AU-Tage pro Personen-Jahr um mehr als ein Drittel. Auch die Prävalenz subjektiver Beschwerdeangaben nahm im Interventionsbetrieb merklich (wenn auch nicht signifikant) ab.

Als Beispiele für die präventive Wirksamkeit von Interventionen, deren Schwerpunkt nicht so sehr auf technisch-ergonomischen als vielmehr auf arbeitsorganisatorischen und arbeitszeitbezogenen Veränderungen liegt, können zwei japanische Studien gelten. In der einen, durchgeführt bei Supermarktkassiererinnen, wurde eine Senkung der Häufigkeit von Rückenbeschwerden um mehr als die Hälfte erreicht, indem man die maximale tägliche Arbeitszeit an den Kassen reduzierte, zusätzliche Pausenzeiten in regelmäßigem Rhythmus schuf und für eine Entkopplung von und Rotation zwischen direkter Kassier- und Einpacktätigkeit sorgte. Außerdem wurden hier ergonomisch günstigere Kassen angeschafft (vgl. Ohara/Aoyama/Itani 1976). Ziel eines anderen Interventionsprojekts war es, die extrem hohe Repetitivität der Arbeit von Filmrollen-Herstellerinnen zu verringern, um so die Häufigkeit muskulo-skeletaler Erkrankungen, insbesondere solche des Nacken-, Schulter- und Armbereichs (»Occupational Cervico-Brachial Disorders«, OCD),

zu senken. Die durchgeführten Maßnahmen umfaßten Verbesserungen der Arbeitszeitregelungen (Reduktion der maximalen täglichen Schichtlänge sowie der Länge ununterbrochener Tätigkeit am Arbeitsplatz), eine andere Form der Arbeitsteilung (Einführung eines job-rotation-Systems) sowie Elemente der Beschäftigtenpartizipation (Mitsprache der Arbeiterinnen bei der Produktionsplanung). Hierdurch gelang nicht nur eine erhebliche Steigerung des Anteils von Arbeiterinnen ohne OCD-Symptome, sondern auch eine Reduktion des Auftretens von Rückenbeschwerden um weit mehr als die Hälfte (vgl. Itani et al. 1979).

Insbesondere in Betrieben, die bereits ergonomisch »saniert« sind oder die vom Betriebstyp her eher geringe ergonomische Defizite aufweisen, stellen organisatorische Gestaltungsansätze das »Mittel der Wahl« dar. Ausschließlich individuen- bzw. verhaltenszentrierte Maßnahmen sind demgegenüber eher skeptisch zu beurteilen. Die Befundlage bisheriger Evaluationsstudien zu Rückenschulen z.B. ist bezüglich der erzielten präventiven Effekte insgesamt wenig überzeugend (vgl. Osterholz 1993). Doch selbst wenn für individuenbezogene Maßnahmen eine prinzipiell hohe Wirksamkeit angenommen werden könnte, wären sie als (alleiniger) Schwerpunkt der Prävention ungeeignet. Denn es dürfte kaum möglich, geschweige denn wünschenswert sein, Beschäftigte in Millionenzahl dauerhaft in Kurse und Fitneßprogramme einzubeziehen, um damit einen den strukturell ansetzenden Maßnahmen vergleichbaren präventiven Masseneffekt erreichen zu können.

#### *4. Zur gegenwärtigen Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung*

Unverkennbar stimmen wesentliche Merkmale problemadäquater betrieblicher Handlungsstrategien gegen den Rückenschmerz in hohem Maße mit Kernelementen der WHO-Programmatik zur Gesundheitsförderung überein. Doch in welchem Maße wird die Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung hiervon bestimmt? Was auch immer in der bundesdeutschen Arbeitswelt unter der Bezeichnung Gesundheitsförderung geschieht: es handelt sich dabei um Aktivitäten einer noch recht kleinen Anzahl von Betrieben. Zum überwiegenden Teil sind es Großbetriebe mit mehr als 1000 Mitarbeitern; auch dominieren bestimmte Branchen wie Stahl-/Maschinen-/Fahrzeugbau, Elektrotechnik und Chemie. Von einer weiten und einigermaßen homogenen Verbreitung in der Arbeitswelt kann also nicht die Rede sein.

Anhand der beim Bundesverband der Betriebskrankenkassen geführten, etwa 120 Kurzbeschreibungen von Gesundheitsförderungsaktivitäten in bundesdeutschen Betrieben enthaltenden Dokumentation »Models of Good Practice« (Europäisches Informationszentrum 1993) sowie einer ähnlichen Fallsammlung der Hans-Böckler-Stiftung (Härtig 1993) haben wir versucht, uns ein Bild von der gegenwärtigen Praxis betrieblicher Gesundheitsförderung zu machen. Überwiegend handelt es sich hierbei um individuen- bzw. verhaltenszentrierte Maßnahmen v.a. in den Bereichen Bewegung, Ernährung, Rauchen oder Streßbewältigung; zu knapp der Hälfte werden ausschließlich derartige Angebote genannt. In mehr als zwei Drittel der erfaßten Betriebe werden individuenbezogene Maßnahmen zum Bereich »Bewegung« durchgeführt, vorwiegend Rückenschulrkurse, Wirbelsäulengymnastik und Fitneßangebote, seltener Pausengymnastik am Arbeitsplatz oder Unterweisung in rücken-gerechter Arbeitsausführung. Verhältnispräventive Ansätze spielen demgegenüber eine insgesamt nachgeordnete Rolle. Während im engeren Sinne ergonomische Verbesserungen des Arbeitsplatzes (oftmals kombiniert mit Rückenkursen) noch relativ häufig vorkommen (36 % der Betriebe), scheint die Bereitschaft, unter der Zielstellung »Gesundheitsförderung« auch die Arbeitsorganisation, das Arbeitszeitregime oder die betrieblichen Kommunikationsbeziehungen betreffende Veränderungen vorzunehmen, einstweilen noch sehr gering zu sein. Bemerkenswert ist auch, daß nur ein gutes Viertel der Betriebe, die in den o.g. Dokumentationen gewissermaßen als innovative »Speerspitze« betrieblichen Gesundheitsschutzes präsentiert werden, Gesundheitszirkel oder ähnliche Formen der Beschäftigtenpartizipation implementiert hat – also Gremien, in denen konkret vor Ort bestehende Gesundheitsprobleme unter wesentlicher Beteiligung der betroffenen Mitarbeiter analysiert und entsprechende Lösungsmöglichkeiten entwickelt werden (vgl. hierzu: Slesina 1990; Friczewski et al. 1990).

Das vorherrschende Muster betrieblicher Gesundheitsförderungsaktivitäten läßt – abgesehen von ihrem insgesamt geringen Verbreitungsgrad – daran zweifeln, ob man es hier tatsächlich schon mit einer grundlegenden Neuorientierung im betrieblichen Umgang mit Gesundheit zu tun hat. Vielfach handelt es sich wohl eher um die bloße Ergänzung herkömmlicher expertendominierter Arbeitsschutzpraxis durch diverse, in erster Linie auf persönliche Lebens- und Bewältigungsstile abzielende Kurs- und Beratungsangebote. »Empowerment«, d.h. eine Unterstützung und Befähigung der

Beschäftigten, selber kontrollierend auf ihre Arbeit und deren Bedingungen Einfluß zu nehmen, wie sie die Ottawa-Charta als Kern des Gesundheitsförderungs-Konzepts nennt, findet sich in der Praxis bisher kaum. Ob diesbezügliche Ansätze wie die Implementation von Gesundheitszirkeln sich als stabile und über den Rahmen einiger Modellprojekte hinaus verallgemeinerbare Elemente betrieblicher Gesundheitsförderung erweisen werden oder ob letztere wie in den USA tendenziell auf eine Unterordnung auch des privaten Lebensstils der Beschäftigten (Ernährung, Training körperlicher und seelischer Fitneß, Genußmittelkonsum usw.) unter die Herrschaftsansprüche des Managements hinauslaufen wird (vgl. Kühn 1993), ist offen.

### 5. Präventionspolitische Konstellationen im Betrieb

Ob es in Betrieben überhaupt zu Interventionen kommt und welche Maßnahmen dann ergriffen werden, hängt, dies zeigen erste Projektergebnisse, weniger von der generellen Verfügbarkeit problem- und lösungsbezogenen Wissens ab, sondern davon, welche Sichtweisen, Interessen und Machtpositionen die an den Entscheidungsprozessen beteiligten Akteure im Betrieb haben. Danach entscheidet sich auch, welche Wissensbestandteile ausgewählt und angewandt werden. Entscheidend ist also die Beschaffenheit des politisch-sozialen Feldes, es kann je nach betrieblicher Situation unterschiedliche Grade von Offenheit bzw. Selektivität gegenüber präventiven und gesundheitsfördernden Interventionen haben. Bei den einzelnen Akteurguppen bestehen hier folgende, z.T. widersprüchliche Tendenzen:

– Die *betrieblichen Arbeitsschutzexperten* (Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte) neigen nach wie vor stark dazu, sich auf meß- und normierbare Dimensionen des Belastungsgeschehens sowie Maßnahmen der Unfallverhütung bzw. der »vorsorgenden« Diagnostik zu konzentrieren (vgl. Rosenbrock 1982). Dies liegt zum einen an ihren professionellen Sichtweisen, zum anderen an den Handlungsmöglichkeiten, die ihnen im System Betrieb zugewiesen sind. Adäquate Lösungen für das Problem Rückenschmerzen liegen häufig außerhalb dieser Möglichkeiten. Daher bieten verhaltensbezogene Maßnahmen, wie z.B. Rückenschulen, hier auch eine Chance, sich eines quer zu den expertentypischen Handlungsrouninen stehenden Problems zu »entledigen«. Zunehmend häufiger findet man jedoch engagierte Arbeitsschützer, die Interesse an einer inhaltlichen und methodischen Erweiterung betrieblichen Präventionshandelns

entwickelt haben und dieses Interesse auch praktisch – z.T. federführend – umzusetzen versuchen (vgl. Rosenbrock 1993).

– *Betriebs- und Personalräte* haben nur begrenzte Möglichkeiten, von sich aus das defizitäre Handlungsprofil der Experten zu korrigieren. Zwar funktioniert der Arbeitsschutz umso besser, je aktiver die Beschäftigtenvertreter ihre Mitwirkungs- und Mitbestimmungsrechte auf diesem Gebiet wahrnehmen. Über die gegebene rechtliche, institutionelle und professionelle Struktur des Arbeitsschutzes gehen die Betriebs- und Personalräte bei ihren Bemühungen aber zumeist nicht hinaus (vgl. Kühn 1982). Dies hängt z.T. sicherlich mit den durch die Betriebsverfassung auferlegten Restriktionen und dem permanenten Zwang zusammen, an allen möglichen anderen Fronten Abwehrkämpfe zu führen. Aber auch die Berechenbarkeit »eingespielter« Verfahren im betrieblichen Umgang mit Gesundheitsrisiken dürfte von ihnen durchaus geschätzt werden, während »Experimente« wie ein Gesundheitszirkel durchaus ihre Risiken haben, auch für die Autorität der gewählten Vertreter der Belegschaftsinteressen. Wo aber die Durchsetzung ergonomischer, arbeitsinhaltlicher und organisatorischer Veränderungen tatsächlich oder vermeintlich außerhalb der gegebenen Möglichkeiten liegt, kann die Einführung eines Gymnastikkurses bereits als großer Fortschritt erscheinen.

– Inwieweit gesundheitsbezogene Probleme im Betrieb thematisiert und bearbeitet werden, hängt auch stark vom Konfliktvermögen und interessenpolitischen Niveau der *Beschäftigten* selbst ab (vgl. ebd.). Nicht, daß strukturelle Verbesserungen nur im offenen Konflikt durchsetzbar wären; jedoch ist der betriebliche »Konsensrahmen« für solche Verbesserungen bei einem hohen Grad kollektiver Handlungsfähigkeit der Belegschaft von vorneherein weiter. Allerdings sind die Beschäftigten häufig an einer Artikulation und interessenpolitischen Durchsetzung ihrer gesundheitlichen Belange durch vielfältige kleinere und größere Erschwernisse durch die betrieblichen Herrschaftsverhältnisse gehindert. Unter diesen Bedingungen kann ein verhaltensorientiertes Kursangebot schon deshalb attraktiv werden, weil es den von Rückenbeschwerden betroffenen oder besonders gefährdeten Arbeitnehmern zumindest die Möglichkeit einer individuellen Abhilfe verspricht.

– Für die *Betriebsleitungen* hat der Schutz und die Förderung der Gesundheit der Beschäftigten stets nachgeordneten Rang in der Zielhierarchie des Betriebs. Allerdings variieren die Formen dieser Unterordnung je nach Qualität der betrieblichen Interessenbeziehungen

und Kompromißstrukturen. Sie reichen von der rigiden »ökonomistischen« Ausgrenzung von Gesundheitsproblemen über die formale Erfüllung rechtlich zwingender Vorschriften bis zu »betriebsgemeinschaftlicher«, paternalistischer Fürsorglichkeit und »technokratischen« Konzepten eines umfassenden, detailliert und standardisiert geregelten Gesundheitsmanagements (vgl. Marstedt 1990). Entsprechend unterschiedlich dürften auch die Chancen sein, daß Präventionsansätze, die auf größere Partizipation der Beschäftigten zielen, von der betrieblichen Leitung aufgegriffen oder toleriert werden. Ob »lean production« oder ähnliche Managementkonzepte eine weitere Öffnung für Gesundheitsförderung bewirken, ist unsicher: Die Betonung dezentralisierter und transparenter Entscheidungsstrukturen, »flacher« Hierarchien, relativ autonomer Gruppenarbeit, permanenter Förderung von Problemlösungskompetenz etc. in diesen modernen Konzepten scheint für eine Politik der Gesundheitsförderung durchaus »anschlußfähig« zu sein; die tatsächlichen sozialen und gesundheitlichen Folgewirkungen der Realisierung solcher (Rationalisierungs-)Konzepte sind jedoch nicht umstandslos positiv einzuschätzen (vgl. ebd).

– *Krankenkassen* haben eine widersprüchliche Rolle: einerseits sind sie als öffentlich-rechtliche Organisationen relativ unabhängig von den betrieblichen Interessen- und Konfliktstrukturen und können damit zuvor blockierte Lösungen ins Spiel bringen. Nicht von ungefähr gehen die betrieblich praktizierten Ansätze einer epidemiologisch geleiteten und partizipativ orientierten Präventionsarbeit (Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitszirkel) maßgeblich auf Initiativen der (Betriebs-)Krankenkassen zurück. Allerdings haben die Kassen hierbei keinerlei materielle oder rechtliche Sanktions- und Durchsetzungsmacht: Der »Korridor« konsensfähiger Maßnahmen im Betrieb kann durch geschickt agierende Kassenvertreter zwar graduell erweitert werden, bleibt im wesentlichen aber von Faktoren bestimmt, die außerhalb ihres Einflusses liegen. Folglich liegt es nahe, daß die arbeitsweltbezogenen Aktivitäten und Angebote der Krankenkassen durch das geprägt sind, was im Betrieb präventionspolitisch ohnehin am ehesten konsensfähig ist. Dies ist gleichzeitig das, was dem durch Konkurrenzdruck erzeugten Interesse der Kassen an marketingorientierter Eigenprofilierung entgegenkommt: leicht verfügbare verhaltenspräventive Maßnahmen »zum Anfassen« und »verkaufen« (vgl. Lenhardt 1989, 1990; Rosenbrock 1993).

– Ein neues Phänomen ist die Entstehung eines Marktes für Gesundheitsförderung: über ihn gelangen private *Anbieter präventiver*

*Dienstleistungen* in das System der betrieblichen Akteure. Größtenteils handelt es sich hierbei um Angehörige von Berufsgruppen, deren Qualifikation und Selbstverständnis auf verhaltensbezogene Interventionen zugeschnitten ist. Durch entsprechende betriebliche Angebote der Krankenkassen sind ihnen neue Betätigungsfelder und Einkommensquellen erschlossen worden. Die Tendenz, sozial generierte Gesundheitsrisiken zu individualisieren, wird hierdurch eher noch verstärkt. Gegenteiligkeiten könnten von einer anderen Gruppe von Leistungsanbietern ausgehen: Gesundheits-Consulter und Organisationsentwickler, meist Vertreter verschiedener humanwissenschaftlicher Disziplinen, die im Auftrag von Unternehmen an der Identifikation und Lösung explizit gesundheitsbezogener oder doch in hohem Maße gesundheitsrelevanter organisatorischer und kommunikativer Probleme im Betrieb arbeiten. Oft wird jedoch deren Tätigkeit nicht als »Gesundheitsförderung« verstanden, da sie einem anderen Marktsegment zugewiesen ist.

Das Problem »Arbeit und Gesundheit« ist also häufig ein durch die Handlungsorientierungen und Beziehungskonstellationen der betrieblichen Akteure »vermintes« Gelände. Bislang nicht praktizierte Formen präventiver Intervention finden hierin nur schwer Eingang. Gemäß dem präventionspolitischen »Gesetz« des »survival of the fittest« (vgl. Kühn 1993) setzen sich solche Konzepte durch, die den vorherrschenden Interessenlagen und Handlungsimperativen am besten angepaßt sind; dies gelingt am problemlosesten den leicht verfügbaren und allseits kompatiblen verhaltenspräventiven Maßnahmen wie z.B. Rückenschulen (»Gesunder Rücken – kein Problem«). Projekte der Gesundheitsförderung durch technische, organisatorische und soziale Innovation im Betrieb bleiben weitaus eher auf der Strecke bzw. werden von vornherein als Lösungsmöglichkeit ausgeblendet. Aber auch dort, wo es die betriebliche Akteurkonstellation erlaubt, auf Problemsignale wie etwa einen überdurchschnittlichen Krankenstand mit dem Einschlagen solcher alternativen »Interventionspfade« zu reagieren, können die Widerstände und Blockaden im Zuge des Umsetzungsprozesses wieder mobilisiert werden und zu dessen »Versickern« führen. Strategien betrieblicher Prävention und Gesundheitsförderung haben vermutlich dann mehr Aussicht auf Erfolg, wenn sie diese Prozeßdeterminanten kennen und hierfür geeignete Bearbeitungsmechanismen finden. Hierfür kann der im Bereich Public Health vorhandene Sachverstand eine Hilfestellung sein.

Korrespondenzadresse: Dr. Thomas Elkeles  
 Forschungsgruppe Gesundheit, Wissenschaftszentrum Berlin  
 Reichpietschufer 50, D-10785 Berlin

### *Literaturverzeichnis*

- Antonovsky, A. (1987): *Unraveling the Mystery of Health. How People Manage Stress and Stay Well.* San Francisco
- Badura, B. (1991): Gesundheitsförderung durch Arbeitsgestaltung. In: Die Betriebskrankenkasse, Jg. 79 (1991), 840-848
- Bandura, A. (1977): Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioural Change. In: *Psychological Review*, Vol. 84 (1977), 191-215
- Bongers, P. M.; de Winter, C. R.; Kompier, A.J.; Hildebrandt, V.H. (1993): Psychosocial Factors at Work and Musculoskeletal Disease. In: *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, Vol. 19 (1993), 297-312
- Brandenburg, U.; Kollmeier, H.; Kuhn, K. et al. (Hrsg.) (1990): Prävention und Gesundheitsförderung im Betrieb. Erfolge – Defizite – Künftige Strategien. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz, Tagungsbericht Tb 5. Bremerhaven
- Elkeles, T. (1994): Arbeitswelt und Risiken für Rückenschmerzen – Potentiale für arbeitsweltbezogene Prävention und Gesundheitsförderung, Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (im Erscheinen)
- Europäisches Informationszentrum »Gesundheitsförderung im Betrieb« beim Bundesverband der Betriebskrankenkassen: Datenbank »Models of Good Practice« (Stand: April 1993). Essen
- Friczewski, F.; Brandenburg, U.; Jenewein, R. et al. (1990): Betriebliche Gesundheitszirkel als Instrument für den Abbau von gesundheitsschädlichem Streß am Arbeitsplatz. Ein Erfahrungsbericht. In: Brandenburg, U. et al. (1990), 290-314
- Härtig, S. (1993): Dokumentation von betrieblichen Projekten aus dem Bereich des gesundheitsbezogenen Handelns von Beschäftigten. Hans-Böckler-Stiftung, Manuskripte 103. Düsseldorf
- Hauß, F. (1983): Belastungsthematisierung im Arbeitsschutz. Frankfurt a.M., New York
- Itani, T.; Onishi, N.; Sakai, K. et al. (1979): Occupational Hazard of Female Film Rolling Workers and Effects of Improved Working Conditions. In: *Arh. Hig. Toksikol.*, Vol. 30 (1979), 1243-1251
- Karasek, R.; Theorell, T. (1990): *Healthy Work. Stress, Productivity and the Reconstruction of Working Life.* New York
- Kobasa, S.C. (1982): The Hardy Personality: Toward a Social Psychology of Stress and Health. In: G.S. Sanders; J. Suls (Eds.): *Social Psychology of Health and Illness.* Hillsdale, 3-32
- Kühn, H. (1982): Betriebliche Arbeitsschutzpolitik und Interessenvertretung der Beschäftigten. Frankfurt a.M., New York
- Kühn, H. (1993): *Healthismus. Eine Analyse der Präventionspolitik und Gesundheitsförderung in den USA.* Berlin

- Lenhardt, U. (1989, 1990): Primärprävention als Aufgabe der Krankenkassen? In: GwG-Zeitschrift, H. 77, Dezember 1989, 411-415 (Teil I); H. 78, März 1990, 20-23 (Teil II)
- Marstedt, G. (1990): Schattenwürfe sozialer Rationalisierung. Zum Bedeutungswandel von Gesundheit und Krankheit in der Arbeitswelt. In: Psychosozial, Jg. 12 (1990), 74-86
- Marstedt, G.; Last, R.; Wahl, W.-B., Müller, R. (1993): Gesundheit und Lebensqualität. Ergebnisbericht zu einer Untersuchung des Zentrums für Sozialpolitik der Universität Bremen über Arbeit und Freizeit, Gesundheit und Krankheit im Land Bremen, durchgeführt im Auftrag der Angestelltenkammer Bremen. Bremen
- Ohara, H.; Aoyama, H.; Itani, T. (1976): Health Hazards Among Cash Register Operators and the Effects of Improved Working Conditions. In: Journal of Human Ergology, Vol. 5 (1976), 31-40
- Osterholz, U. (1991): Gegenstand, Formen und Wirkungen arbeitsweltbezogener Interventionen zur Prävention muskulo-skeletaler Beschwerden und Erkrankungen. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P91-202. Berlin
- Osterholz, U. (1993): Kritische Bewertung der Wirksamkeit verschiedener Maßnahmen zur Lösung des Problems »Rückenschmerz«. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P93-204. Berlin
- Pope, M.H.; Andersson, G.B.J.; Chaffin, D.B. (1991): The Workplace. In: Pope, M.H.; Andersson, G.B.J.; Frymoyer, J.W.; Chaffin, D.B. (Ed.): Occupational Low Back Pain. Assessment, Treatment and Prevention. St. Louis, 117-131
- Raspe, H.; Kohlmann, T. (1993): Rückenschmerzen – eine Epidemie unserer Tage? In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 90 (1993), C-1963-1967
- Rosenbrock, R. (1982): Arbeitsmediziner und Sicherheitsexperten im Betrieb. Frankfurt a.M., New York
- Rosenbrock, R. (1993): Betriebliche Gesundheitspolitik und Organisationsentwicklung. In: Pelikan, J.M.; Demmer, H.; Hurrelmann, K. (Hrsg.): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Weinheim, München, 123-140
- Slesina, W. (1990): Gesundheitszirkel – Ein neues Verfahren zur Verhütung arbeitsbedingter Erkrankungen. In: Brandenburg, U. et al. (1990), 315-328
- Syme, L. (1991): Individuelle und gesellschaftliche Bestimmungsfaktoren für Krankheit und Gesundheit. In: Jahrbuch für Kritische Medizin 17: Rationierung der Medizin, Argument-Sonderband AS 193, Hamburg, 94-111
- Szecsényi, J. (1992): Kreuzschmerz. In: Kochen, M.M. (Hrsg.): Allgemeinmedizin. Stuttgart, 411-418
- Traue, H. C.; Kessler, M. (1993): Rückenschmerzen: Ätiologie und Chronifizierung zwischen Psychologie und Medizin. In: Psychomed, Jg. 5 (1993), 152-163
- Wickström, G.; Hyttiäinen, K.; Laine, M. et al. (1993): A Five Year Intervention Study to Reduce Low Back Disorders in the Metal Industry. In: International Journal of Industrial Ergonomics, Vol. 12 (1993), 25-33