

## Betriebliche Gesundheitsförderung

Zur Balance eines Präventionskonzepts zwischen  
Rückenschule und aufrechtem Gang

### *1. Ein Blick zurück: Der Arbeitsschutz und seine Handlungslogik*

Die Anfänge des staatlich geregelten Arbeitsschutzes in Deutschland sind bekannt: Mit den Arbeitsbedingungen im Frühkapitalismus ging ein Gesundheitsverschleiß bei den Beschäftigten einher, der die preußischen Generäle um die Wehrkraft ihrer Rekruten fürchten ließ; zudem sahen Teile der politischen Elite durch die grassierende Kinderarbeit das Ziel gefährdet, die Lohnarbeiterschaft mittels Bildung – und das hieß auch: mittels Schulpflicht für deren Nachwuchs – »sittlich zu heben«. Vor diesem Hintergrund kam es zum ersten staatlichen Arbeitsschutzgesetz in Deutschland, dem Regulativ über die Beschäftigung jugendlicher Arbeiter in Fabriken vom 9. März 1839. Von einem zielstrebigem Ausbau des Arbeitsschutzes angesichts der unübersehbaren gesundheitlichen Folgen der Industriearbeit konnte in der Folgezeit dennoch nicht die Rede sein. Die aus der »Natur des Betriebs« resultierenden Gegebenheiten, so die Logik des § 120a der Gewerbeordnung, begrenzten die Möglichkeiten des Gesundheitsschutzes am Arbeitsplatz (Milles 2003). Der gesundheitliche Verschleiß der Arbeiter wurde als unvermeidliche Begleiterscheinung industrieller Arbeit in Kauf genommen. Erst 45 Jahre nach dem erwähnten Jugendarbeitsschutzregulativ, nach langwierigen Auseinandersetzungen um die Gewerbefreiheit, kam es schließlich zur Arbeiterunfallversicherung mit der Errichtung der Berufsgenossenschaften. Im Vordergrund standen dabei aber zunächst Fragen der Unfallursachenerforschung und der Entschädigung von Unfallopfern.

In diesen Anfängen des Arbeitsschutzes ist bereits ein wesentliches Strukturmerkmal des klassischen Arbeitsschutzsystems zu beobachten: Der Arbeitsschutz war traditionell eine Sache von Experten. Sie hatten die Definitionsmacht über die »Pathogenität« der Arbeitsbedingungen. Die Beschäftigten wurden dagegen als »Objekt des Arbeitsschutzes« betrachtet. Sie wurden untersucht und unterwiesen, aber nicht als Partner einer gemeinsamen Gestaltung der Arbeit gesehen oder gar akzeptiert. Dies galt sowohl für den inner- wie auch den überbetrieblichen Arbeits-

schutz (z.B. die staatliche Gewerbeaufsicht). Diese Bevormundung spiegelte sich dabei auf ganz verschiedenen Ebenen wider: So war z.B. das »Risikokzept« des traditionellen Arbeitsschutzes auf physikalisch-technische bzw. chemische Gefährdungen ausgerichtet, also auf Gefährdungen, bei deren Beurteilung dem Expertenurteil in der Regel mehr Gewicht zukommt als dem »Laienurteil« der Beschäftigten.

Ein zweites Beispiel: Es liegt in der Natur der Sache, dass sich die Interessen der Beschäftigten und der Unternehmen bzw. der Berufsgenossenschaften bei der Klärung von Entschädigungsansprüchen infolge von Unfällen häufig diametral entgegenstehen. Die Interessen der Unternehmen wurden dabei von Anfang an mithilfe medizinischer Expertise durchgesetzt. Die Geschichte der Berufsgenossenschaften ist immer auch eine Geschichte medizinischer Gutachten gegen Rentenansprüche geschädigter Arbeiter/innen gewesen, denen die Sachkenntnis über ihre Gesundheitsschäden und deren Ursachen abgesprochen wurde (siehe z.B. Boyer 1995). Auch das »Kausalitätskonstrukt« der Berufskrankheiten fügt sich bruchlos in diese Logik des expertokratischen Arbeitsschutzes. Der für die Anerkennung einer Berufskrankheit geforderte strikte Nachweis eines spezifischen monokausalen Verursachungszusammenhangs zwischen Arbeitsbedingung und gesundheitlicher Schädigung resultiert zwar historisch aus der Lösung der Haftungsfrage – die Haftpflichtversicherung der Unternehmen sollte nur entschädigen, wofür diese unabweisbar verantwortlich waren. Aber über die Frage, ob ein solcher Kausalzusammenhang besteht, entschieden immer Experten. Und letztlich spiegelt sich im Arbeitsschutzsystem auch die politische Entschärfung der Lohnarbeitsverhältnisse im Kaiserreich insgesamt wider, und zwar in Gestalt der Transformation politischer Konflikte in eine Auseinandersetzung zwischen Experten und Laien. Diese bereits in den Ursprüngen des deutschen Arbeitsschutzes angelegte Expertenorientierung hat die Weimarer Zeit und die nationalsozialistische Arbeitsschutzpolitik überdauert. In der westdeutschen Nachkriegszeit ist diese historische Linie fortgesetzt worden. Auch die Arbeitsschutzpolitik der DDR stand in dieser Tradition. Selbst so wichtige Reformprojekte wie z.B. das »Programm zur Humanisierung der Arbeit« in den 70er Jahren oder die Verabschiedung des »Arbeitssicherheitsgesetzes« 1973 haben diese Grundorientierung nicht in Frage stellen können. Das »Arbeitssicherheitsgesetz« mit seiner Verpflichtung für die Betriebe, Betriebsärzte und sicherheitstechnische Fachkräfte zu bestellen, kann man im Gegenteil als Kulminationspunkt der expertokratischen Entwicklung des Arbeitsschutzes betrachten, dessen Defizite in den Folgejahren dann immer deutlicher zutage traten – zuerst für die Beschäftigten, später auch für die Experten selbst.

*Übersicht 1: Handlungslogik des traditionellen Arbeitsschutzes*

<i>Risikokonzept</i>	Auf physikalisch-chemische Risiken orientiert
<i>Interventionskonzept</i>	Entschädigungsorientiert
<i>Akteurskonzept</i>	Expertenorientiert

Dennoch muss konstatiert werden, dass mit den staatlichen Arbeitsschutzregelungen eine insgesamt konstruktive Lösung für den Umgang mit den gesundheitlichen Folgen frühindustrieller Produktion gefunden wurde: Staatliche Vorschriften schufen Mindeststandards für die Arbeitsbedingungen, führten z.B. zur Zurückdrängung von Dampfkesselunfällen und Kinderarbeit sowie zur Beschränkung der Arbeitszeiten. Sie mündeten viel später schließlich in den Versuch, das gesamte Spektrum arbeitsbedingter Einflüsse auf die menschliche Gesundheit erfassen, normieren und standardisieren zu wollen (siehe z.B. Milles/Müller 1985).

Alle späteren sozialpartnerschaftlichen Entwicklungen, und dazu gehört auch die betriebliche Gesundheitsförderung in ihrer gegenwärtigen Form, ruhen auf diesem Fundament der staatlichen Regulierung des grundlegenden gesellschaftlichen Interessenkonflikts im Umgang mit der menschlichen Arbeitskraft. Dieser Konflikt ist durch die z.T. hoch ausgeprägte Verrechtlichung (neben dem Arbeitsschutzrecht greifen hier viele andere Rechtsnormen, vom Betriebsverfassungsrecht bis hin zum gesetzlichen Kündigungsschutz) heute nicht mehr so virulent wie damals. Vielleicht erscheint der Arbeitsschutz auch deshalb heute so antiquiert, weil der Anlass seiner Genese vielfach unsichtbar geworden und in Vergessenheit geraten ist. Dieser Anlass ist aber nicht verschwunden. Dazu reicht ein Blick auf die Praktiken international agierender Unternehmen in der »Dritten Welt« oder auf die Durchsetzung von Shareholder-Value-Philosophien in ehemals sozialpartnerschaftlich geführten Unternehmen (z.B. DaimlerChrysler). Auch die schleichende, aber stetig fortschreitende Erosion der Normalarbeitsverhältnisse in unserem Lande, die immer mehr Arbeitnehmern das stressige Managen mehrerer marginaler Jobs abverlangt, gemahnt an längst überwunden geglaubte Verhältnisse. Gleiches, wenn nicht Schlimmeres, gilt für eine neue Schicht von Pseudo-Selbständigen (Gensch 2003), die hierzulande neuerdings als arbeitsselbstbeschaffungsmaßnehmende »Ich-AG« von Grünen und Sozialdemokraten propagiert wird. Nicht zu vergessen ist die faktische Außerkraftsetzung der geltenden Tarifverträge in vielen Gewerbe- und Dienstleistungsbereichen der neuen Bundesländer. Die Osterweiterung der Europäischen Gemeinschaft wird die modernen Spielarten des frühen Verlagskapitalismus zukünftig um viele weitere Modelle bereichern, mit entsprechenden Folgen für den Arbeitsschutz.

*2. Gegenbewegungen: die italienische Arbeitermedizin und ihr Erbe*

Die Begrenzungen des klassischen Arbeitsschutzes, seine Orientierung auf physikalisch-chemische Risiken und die Dominanz medizinischer und technischer Experten, ließen für die Beschäftigten zwangsläufig wichtige Fragen des alltäglichen Umgangs mit Gesundheitsproblemen am Arbeitsplatz ungelöst. In den 70er und 80er Jahren der Bundesrepublik Deutschland haben daher vereinzelt Beschäftigte aus verschiedenen Betrieben, zusammen mit engagierten Experten, eigene Formen der Auseinandersetzung mit arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren und Erkrankungen entwickelt (Czock/Göbel/Guthke 1993). Ausgangspunkt war dabei stets das Erfahrungswissen der Beschäftigten im Umgang mit belastenden Arbeitsbedingungen und die Selbst-Beobachtung der eigenen gesundheitlichen Beschwerden, die mit den Arbeitsbedingungen in Zusammenhang stehen könnten. Büros für Betriebsfragen, die in der Tradition der 68er Bewegung standen, sowie Vorformen der Gesundheitsläden, sog. Beratungsbüros für Arbeits-, Umwelt- und Gesundheitsgefahren, dienten in den industriellen Ballungszentren der Bundesrepublik Deutschland als Kontakt- und Anlaufstellen (Hamburg/Bremen, Ruhrgebiet, Frankfurter Raum, Mannheimer Raum usw.).

In der italienischen Arbeitermedizin (siehe dazu Wintersberger 1988) hatte dieser Handlungsansatz bereits Ende der 60er/Anfang der 70er Jahre seinen ersten systematischen Ausdruck und auch größere gesellschaftspolitische Resonanz gefunden. Das Kernstück der italienischen Arbeitermedizin, nämlich das Ernstnehmen der eigenen Befindlichkeiten, Wahrnehmungen und Erfahrungen auch gegen die Meinung von Fachleuten, hat im Gefolge der alternativen Gesundheitsbewegung Anfang der 80er Jahre in Deutschland auch im betrieblichen Bereich immer mehr Anklang gefunden und schließlich zur Herausbildung eines »Arbeitskultursatzes« (Guthke/Göbel 1995) als Gegenkonzept zum klassischen Arbeitsschutz geführt.

Ein weiteres Vorbild für diese Umorientierung im Verhältnis von Laien und Experten war die niederländische Bewegung der »Wissenschaftsläden«. Dort wurden von Fachbereichen und Fakultäten der Universitäten bürgernahe Beratungsstellen eingerichtet, die das Aufgreifen und Bearbeiten von neuen Fragenstellungen aus der Gesellschaft wie auch aus der Arbeitswelt zum Gegenstand ihrer Arbeit machten.

In ihren Anfängen war diese alternative Herangehensweise an gesundheitliche Probleme in der Arbeitswelt eine Art Selbsthilfebewegung weniger Beschäftigter, außerhalb des geregelten Arbeitsschutzes und

auch außerhalb der gewerkschaftlichen Strukturen im Betrieb. Mithilfe engagierter und kritischer Experten versuchten diese Beschäftigten, ihre Gesundheit in die eigene Hand zu nehmen. Konflikte mit den Betriebsleitungen, Betriebsräten und Experten des Arbeitsschutzes wurden dabei als ebenso selbstverständlich wie unvermeidlich betrachtet. Die punktuellen Aktivitäten richteten sich primär jedoch nicht auf die Defizite des klassischen Arbeitsschutzes, sondern vor allem auf die als krankmachend erkannten Arbeitsbedingungen selbst sowie nicht zuletzt auf das Aufspüren von gesundheitsförderlichen Ressourcen in der Lohnarbeit.

Die Akteure dieser Initiativen in der Arbeitswelt waren zumeist Beschäftigte, die ihre gesundheitlichen Beschwerden mit ihren Arbeitsbedingungen in Zusammenhang brachten, dafür aber bei den Arbeitsschutzexperten kein Gehör finden konnten. Sie versuchten, mit ihren Kollegen über ihre gesundheitlichen Probleme und Beschwerden zu sprechen, gemeinsam mögliche Ursachen aufzufindig zu machen und sich bei betriebsexternen Beratern Hilfe zu holen. Diese externen Berater waren meist kritische Gewerkschafter, Mitarbeiter von Einrichtungen der betriebsnahen Bildungsarbeit (z.B. dem Kirchlichen Dienst in der Arbeitswelt) oder Aktivisten der alternativen Gesundheitsbewegung. Letztere hatten in einigen Großstädten wie Frankfurt am Main, Hamburg und Berlin Gesundheitsläden mit Angeboten zur Beratung von Beschäftigten gegründet. Noch in den 80er Jahren war so eine bundesweit vernetzte Infrastruktur von Aktivisten mit unternehmerkritischem Selbstverständnis entstanden, die einem emanzipatorischen Menschenbild anhängen.

Thematisch war jedoch eine Zweiteilung dieser Aktivisten-Szene zu beobachten: Auf der einen Seite standen Vertreter einer Richtung, deren Arbeitsformen eng an die subjektiven Erfahrungen der Beschäftigten gebunden blieben. Sie lehnten eine Stellvertreterpolitik zugunsten der konsequenten Unterstützung der Eigeninitiative engagierter Beschäftigter ab. Auf der anderen Seite standen Vertreter einer Richtung, die selbst eher einen alternativen Expertenstatus innehatten und – ebenfalls ausgehend von betrieblichen Initiativen, die an sie herangetragen wurden – sich dann auch auf Expertenebene mit offenen fachlichen Fragen, z.B. aus dem Gefahrstoffbereich (MAK-Werte usw.) beschäftigten und neue An- und Einsichten in Gremien des Arbeitsschutzes hineinbrachten.

### 3. *Die Ottawa-Charta als Zäsur: Die betriebliche Gesundheitsförderung wird hoffähig*

1986 wurde auf einer Konferenz der Weltgesundheitsorganisation in Ottawa eine Erklärung zur Reform der Gesundheitspolitik verabschiedet,

die der Prävention einen zentralen Stellenwert beimaß und dabei explizit auch auf die Arbeitswelt einging: »Die Art und Weise, wie die Gesellschaft die Arbeit, die Arbeitsbedingungen und die Freizeit organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein«, hieß es da beispielsweise. Die Ottawa-Charta brachte einen damals breiten Konsens vieler Fachleute im Gesundheitswesen der Industrieländer zum Ausdruck: Prävention tut not. In den 80er Jahren hatten einzelne Betriebs- und Ortskrankenkassen zwar bereits mit Präventionsprojekten in Betrieben experimentiert, aber es gab dafür keine systematischen Konzepte und im Grunde auch keine Legitimationsbasis im Leistungsrecht der Krankenversicherung.

Dies änderte sich nach der Ottawa-Charta allerdings recht schnell. Mit dem Gesundheitsreformgesetz von 1989 wurde es den Krankenkassen ermöglicht, Maßnahmen der Gesundheitsförderung zu finanzieren (§ 20 SGB V von 1989). Die Krankenkassen nutzten den neu eröffneten Spielraum zügig. Gesundheitsförderung wurde als Marketing-Instrument entdeckt und zur Mitgliederbindung bzw. Mitgliederwerbung eingesetzt. Über die betriebliche Gesundheitsförderung bot sich die Möglichkeit, dabei auch mit Personalabteilungen der Unternehmen zusammenzuarbeiten, indem man ihnen Kooperationsprojekte zur Senkung des Krankenstandes oder zur Verbesserung des Betriebsklimas anbot. Maßnahmen der Verhaltensprävention, wie Rückenschulen, Entspannungstrainings und Ernährungsberatungen, hielten Einzug in die Betriebe. Im Rahmen ambitionierterer Projekte, zunächst wiederum getragen von den Betriebs- und Ortskrankenkassen, wurden darüber hinaus aber auch Konzepte für eine betriebliche Verhältnisprävention entwickelt und erprobt. Die Krankenkassen boten den Betrieben ein regelrechtes Projektmanagement zur betrieblichen Gesundheitsförderung an: Es wurden Steuerungskreise mit dem Namen »Arbeitskreis Gesundheit« eingerichtet, auf der Basis von Kassendaten und Mitarbeiterbefragungen betriebliche Gesundheitsberichte verfasst, Gesundheitszirkel mit Beschäftigten zur Lösung praktischer Probleme durchgeführt und vieles mehr (als Überblick siehe z.B. Busch 1996; Bamberg/Ducki/Metz 1998).

Die betriebliche Gesundheitsförderung, wie sie sich in der Folge entwickelt hat, verstand sich jedoch eher als professionelle Strategie des Umgangs mit Fehlzeiten, nicht als emanzipatorisch-gesellschaftskritische Bewegung. Dennoch sind einzelne Aspekte aus dem Erbe der alternativen Gesundheitsbewegung nach wie vor spürbar: die Einbeziehung der Beschäftigten – auch in Gruppen – und die Thematisierung aller Gesundheitsrisiken, unabhängig von ihrer Bearbeitbarkeit durch Experten.

Übersicht 2: Handlungslogik der betrieblichen Gesundheitsförderung und des ganzheitlichen Arbeitsschutzes

<i>Risikokzept</i>	Auf <i>alle</i> Risiken und auf Bewältigungsmöglichkeiten orientiert
<i>Interventionskonzept</i>	Problem- und handlungsorientiert
<i>Akteurskonzept</i>	Beteiligungsorientiert

Der klassische Arbeitsschutz reagierte auf diese Entwicklung zunächst verstört. Betriebsärzte und Berufsgenossenschaften sahen die Krankenkassen als unliebsame Konkurrenz im eigenen Revier. Dieses Verhältnis hat sich erst Mitte der 90er Jahre schrittweise entspannt, nicht zuletzt aufgrund von zwei weiteren gesetzgeberischen Einschnitten. Zunächst hatte der damalige Gesundheitsminister Seehofer 1996 die Gesundheitsförderung als Krankenkassenleistung mit einem Federstrich wieder abgeschafft: Ihm war zu viel Marketing dabei – und er bekam Druck von den Standesorganisationen der Ärzte, die gegen die Finanzierung dieser Leistungen an den Vertragsärzten vorbei opponierten. Gesundheitsförderung erschien als etwas, das eigentlich nicht in den Leistungskatalog der Krankenversicherung gehörte: Gesundheitsförderung als Präventionsmaßnahme richte sich schließlich vor allem an Gesunde; die Krankenversicherung, so die Logik von Seehofer, sei aber für Kranke da. (Nach dieser Logik hätte er konsequenterweise auch sein Ministerium in Ministerium für Krankheit umbenennen müssen.)

In den folgenden vier Jahren, bis zur Wiedereinführung der Gesundheitsförderung als Kassenleistung durch die rotgrüne Koalition im Jahr 2000, konnten die Krankenkassen – jedenfalls nach der damals geltenden Rechtslage – im Wesentlichen nur noch als Datenlieferanten für die Unfallversicherungsträger an Präventionsprojekten mitwirken (siehe dazu z.B. Göbel/Guthke/Kuhn 1996). De facto gelang es einigen Krankenversicherungsträgern aber doch, ihre arbeitsweltbezogenen Präventionsaktivitäten auch in dieser Phase zumindest teilweise aufrechtzuerhalten – wenn auch in modifizierter Form (etwa als Modellvorhaben nach § 63 SGB V oder im Rahmen ausgegliederter GmbHs) und unter anderen Labels (als Mitwirkung an der »Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren«).

Der zweite Einschnitt war die Verabschiedung des Arbeitsschutzgesetzes im Jahr 1996, das dem Arbeitsschutz einen methodischen Ansatz aufgibt, der dem der betrieblichen Gesundheitsförderung in vielem gleicht. So hat der Arbeitgeber laut Gesetz dafür zu sorgen, dass bei der Planung von Arbeitsschutzmaßnahmen alle relevanten Einflussfaktoren

und Gestaltungsebenen (genannt werden »Technik, Arbeitsorganisation, sonstige Arbeitsbedingungen, soziale Beziehungen und Einfluss der Umwelt auf den Arbeitsplatz«) »sachgerecht verknüpft« werden. Außerdem hat die Beachtung des Arbeitsschutzes »bei allen Tätigkeiten und eingebunden in die betrieblichen Führungsstrukturen« zu erfolgen. Dem Arbeitsschutzgesetz zufolge muss der Betrieb seinen Arbeitsschutzmaßnahmen eine Gefährdungsbeurteilung zugrunde legen, also eine Bestandsaufnahme aller Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz machen, auf dieser Basis seine Maßnahmen planen, deren Umsetzung überwachen, den Erfolg kontrollieren und bei alledem die Beschäftigten einbeziehen. Dieses Verfahren ebnet die Unterschiede zwischen Arbeitsschutz und betrieblicher Gesundheitsförderung weitgehend ein. Die Arbeitsschutzexperten konnten auf dieser Grundlage die betriebliche Gesundheitsförderung nun als Teil ihrer Aufgabenstellung interpretieren, eine Sichtweise, die durch Beschlüsse der staatlichen Arbeitsschutzverwaltungen, etwa auf der 73. Arbeits- und Sozialministerkonferenz, nach Kräften gefördert wurde.

#### *4. Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung kooperieren*

Seit dem Jahr 2000 können die Krankenkassen, wie erwähnt, wieder Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung durchführen. Dies ist präventionspolitisch auch sinnvoll, da die Krankenkassen auch für die Folgekosten vieler arbeits(mit)bedingter Erkrankungen aufkommen müssen, ihnen also die präventive Einflussnahme auf diese Kosten möglich sein sollte. Der Gesetzgeber hat in der Neufassung des § 20 SGB V zugleich eine Abgrenzung zwischen den Leistungen der Krankenkassen in der betrieblichen Gesundheitsförderung und den Pflichten der Arbeitgeber im Arbeitsschutz gezogen.

Damit ist ex negativo festgelegt, dass die Maßnahmen der Krankenkassen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nicht solche des Arbeitsschutzes sind, dass also mit den Versicherungsgeldern keine Arbeitgeberpflichten finanziert werden sollen. Allerdings geht aus dem Wortlaut des § 20 Abs. 2 SGB V auch hervor, dass der Gesetzgeber die betriebliche Gesundheitsförderung nicht völlig losgelöst vom Arbeitsschutz, sondern zu diesem in einem Komplementaritätsverhältnis stehend ansieht (»den Arbeitsschutz ergänzende Maßnahmen«). Darüber hinaus ist im Gesetz nur wenig positiv festgelegt, die inhaltliche Ausgestaltung der Gesundheitsförderung bleibt den Krankenkassen überlassen und kann flexibel gehandhabt werden (Kuhn/Kayser 2002). Die Spitzenverbände der Krankenkassen haben im Juni 2000 in Umsetzung von § 20 SGB V ein



Leitlinienpapier zur Gesundheitsförderung verabschiedet und im Jahr 2001 aktualisiert, das für die betriebliche Gesundheitsförderung vier prioritäre Handlungsfelder definiert. Demzufolge sollen sich die Projekte der Krankenkassen auf folgende Felder konzentrieren: arbeitsbedingte körperliche Belastungen (Vorbeugung und Reduzierung von Belastungen des Bewegungsapparats), psychosozialen Stress, Ernährung im Betrieb und Sucht. Dieses Leitlinienpapier hat damit relevante Themenfelder für Maßnahmen, die den Arbeitsschutz ergänzen, benannt, wenn auch einzelne Aspekte kritisch zu sehen sind, etwa die Vorgaben für die Betriebsauswahl, die dem Prinzip sozialkompensatorischer Prävention tendenziell zuwiderlaufen oder die eher »altbackenen« Themenfelder selbst, die dringend einer gesundheitswissenschaftlichen Auffrischung bedürften (siehe dazu Kuhn 2000). Aber immerhin: Eine Kommission zur Weiterentwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung ist ebenfalls einberufen worden, so dass das Leitlinienpapier in seiner gegenwärtigen Fassung nicht das letzte Wort gewesen sein muss.

Für die betrieblichen Präventionsaktivitäten der Krankenkassen ist schließlich auch die Tatsache von Bedeutung, dass mit der Einführung des SGB VII im Jahre 1996 die Träger der gesetzlichen Unfallversicherung einen auf die »Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren« erweiterten Präventionsauftrag erhielten. Damit hat sich die inhaltliche »Schnittmenge« zwischen Arbeitsschutz und betrieblicher Gesundheitsförderung erheblich vergrößert. Es war daher nur folgerichtig, dass im SGB VII zugleich die Verpflichtung der Unfallversicherungsträger zur Kooperation mit den Krankenkassen auf dem Gebiet der Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren verankert wurde (eine Bestimmung, die analog auch im SGB V für die Kassen enthalten ist). Auf dieser Grundlage hat sich in letzter Zeit eine deutlich intensivierte – wenn gleich noch stark ausbaufähige und verbesserungswürdige – institutionelle Zusammenarbeit zwischen Kassen und Berufsgenossenschaften auf präventivem Gebiet entwickelt (vgl. Lenhardt 2003).

##### 5. *Erfolge und Etablierungen*

Die betriebliche Gesundheitsförderung hat in den vergangenen 15 Jahren einen vehementen Aufschwung erlebt. Dies gilt zum einen mit Blick auf die praktische Bedeutung, die die betriebliche Gesundheitsförderung inzwischen hat. Nach Ergebnissen einer Arbeitnehmerbefragung durch das Bundesinstitut für Berufsbildung und das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung ist davon auszugehen, dass Ende der 90er Jahre immerhin ca. 20% der Beschäftigten in ihren Unternehmen Angebote

der betrieblichen Gesundheitsförderung in Anspruch nehmen können, ca. 6% der Beschäftigten haben an solchen Maßnahmen teilgenommen (BIBB/IAB 1999). In den meisten Großbetrieben ist dieser Ansatz heute gut bekannt, viele haben damit in der einen oder anderen Form experimentiert und nicht wenige haben auch anspruchsvolle Projekte durchgeführt (siehe dazu auch Lenhardt 1999). An Universitäten und an Fachhochschulen, insbesondere in den neuen Bundesländern (z.B. Magdeburg oder Neubrandenburg), ist die betriebliche Gesundheitsförderung inzwischen Ausbildungsgegenstand im Rahmen von gesundheitswissenschaftlichen Studiengängen. Auch auf dem privaten Weiterbildungsmarkt häufen sich die Angebote, sich zum »betrieblichen Gesundheitsmanager« qualifizieren zu lassen. Es gibt Zeitschriftenschwerpunkte zum Thema, zahlreiche Buchveröffentlichungen usw. Bei den Krankenkassen gehört die betriebliche Gesundheitsförderung wieder zum Leistungsangebot und bei den Akteuren des betrieblichen und überbetrieblichen Arbeitsschutzes hat sie in den letzten Jahren ebenfalls Anerkennung erfahren (vgl. Kuhn/Kayser 2002).

Diese Entwicklung spiegelt sich in der Einrichtung politiknaher Gremien wider: So wurde z.B. beim Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit ein »Kooperationskreis Betriebliche Gesundheitsförderung« eingerichtet, mit dem Ziel einer besseren Abstimmung unter den relevanten Akteuren. Der Kooperationskreis fungiert zugleich unter dem Dach des vom Bundesgesundheitsministerium gegründeten »Deutschen Forums für Prävention und Gesundheitsförderung« als Arbeitsgruppe Betriebliche Gesundheitsförderung. In einigen Bundesländern ist die betriebliche Gesundheitsförderung zudem Bestandteil landespolitischer Bemühungen um die Formulierung und Umsetzung von Gesundheitszielen geworden (z.B. Schleswig-Holstein, Sachsen-Anhalt).

Dieser Aufschwung gilt auch für die Bemühungen um eine theoretische Fundierung der betrieblichen Gesundheitsförderung. Vor 15 Jahren waren hier noch kaum systematische Ansätze zu verzeichnen. Subjektive Belastungserfahrungen ernst nehmen, Arbeitsbedingungen gemeinsam mit anderen betroffenen Kollegen verändern und Projektideen unter Gleichgesinnten zu verbreiten – mit solchen prototheoretischen Verallgemeinerungen von persönlichen Erfahrungen und Handlungsstrategien war die Theoriebildung zur betrieblichen Gesundheitsförderung in den Zeiten der alternativen Gesundheitsbewegung meist zu Ende.

Ein Blick in die reichhaltige aktuelle Literatur zur betrieblichen Gesundheitsförderung zeigt zwar zunächst einmal ebenfalls ein Konglomerat von prototheoretischen Versatzstücken aus der Betriebswirtschaftslehre, aus Managementlehren, aus der Soziologie, der Sportpädagogik,

Ernährungswissenschaft und anderen Disziplinen, aber es scheint sich auch eine allgemeinere und allgemeiner akzeptierte Grundlage herauszuschälen: häufig wird die betriebliche Gesundheitsförderung in Lehrbüchern inzwischen anhand arbeits- und organisationspsychologischer Ansätze, vor allem handlungstheoretischer Provenienz, eingeführt (siehe z.B. Bamberg/Ducki/Metz 1998). Die Chance, sich gesund zu erhalten, wird dabei theoretisch in die Nähe eines Handlungsbegriffs gebracht, der menschliches Handeln als zielgeleitete, bewusste Auseinandersetzung mit der Umwelt versteht. Daneben stellt die Stressforschung ein zweites theoretisches Standbein der betrieblichen Gesundheitsförderung dar. Mit dem »Salutogenese-Konzept« von Aaron Antonovsky hat die Stressforschung das derzeit weithin anerkannte Schlüsselkonzept der Gesundheitsförderung überhaupt geliefert (siehe dazu z.B. BZgA 1998). Beide Theoriestränge sind für die betriebliche Gesundheitsförderung gut kombinierbar. Sowohl das Salutogenese-Konzept als auch die handlungstheoretische Arbeitspsychologie weisen auf die Bedeutung von Entscheidungsspielräumen in der Arbeit sowie auf die Bedeutung der Integration von Teilhandlungen bzw. Teilaufgaben in als sinnvoll erfahrbare Gesamtstrukturen hin. Demnach scheint die betriebliche Gesundheitsförderung jetzt eine tragfähige theoretische Grundlage zu haben, die zudem vorteilhafte Perspektiven dadurch eröffnet, dass aus betriebswirtschaftlichen Gründen in manchen Produktions- und Dienstleistungsbereichen ganz ähnliche Konzepte der Rückübertragung von Verantwortung und Kompetenz auf die Beschäftigten verfolgt werden. Wo dynamische Märkte, komplexe Fertigungsaufgaben oder hohe Kundenansprüche solche Strategien nahelegen und wo das Management dies auch erkannt hat, kann die betriebliche Gesundheitsförderung daher mit betriebswirtschaftlichem Zuspruch rechnen.

#### 6. *Konzeptionelle Begrenzungen*

Die Rückübertragung von Verantwortung und Kompetenz ist aber, darauf hat die Industriesoziologie bereits frühzeitig hingewiesen, nicht einfach als Abbau von Belastungen zu verstehen, sondern als Wandel des Belastungsspektrums, einhergehend mit neuen Mechanismen der Kontrolle der Beschäftigten (siehe z.B. Malsch/Seltz 1987). Die Problematik der enttaylorisierten Arbeit besteht nicht mehr in der brachialen Unterdrückung und Missachtung menschlicher Möglichkeiten nach altem Muster, sondern in ihrer emotional-motivationalen Vereinnahmung, Instrumentalisierung und möglichst »sanften« Beschränkung auf das betrieblich funktionale Maß. Statt auf äußere setzt man auf die innere Disziplinierung,

statt durch Anweisungen führt man durch »management by objectives«, man kontrolliert nicht einzelne Arbeitsabläufe, sondern nur noch deren Ergebnisse, man definiert Leistungsansprüche zu fachlichen oder persönlichen Herausforderungen um, das Nichterreichen der betrieblichen Ziele wird zum persönlichen Versagen. Wenn abhängig Beschäftigte unternehmerische Verantwortung übernehmen sollen, ist dies immer eine hochgradig ambivalente Anforderung. Burnout, Stress, Versagensängste, innere Zerrissenheit, Erschöpfungszustände usw. sind oft die gesundheitlichen Folgen. Charakteristisch für die neuen Arbeitsformen ist also die Ambivalenz von größeren Handlungsspielräumen (im Rahmen systemischer Vorgaben) bei gleichzeitig erhöhten psychischen Belastungen (vgl. auch Pickshaus/Schmitthener/Urban 2001). Die undifferenzierte Rede von »mehr Autonomie« und »mehr Verantwortung« als ausschließlich positiv konnotierten Gestaltungszielen verdeckt dieses Problem. Man betreibt dann mit diesen Begriffen nur eine abstrakte Negation des Taylorismus, ohne die neuen Arbeitsformen in ihrer tatsächlichen Widersprüchlichkeit zu erfassen. Autonom in einem gesundheitswissenschaftlichen Sinn sind Menschen ja nicht schon dann, wenn sie selbst darüber entscheiden dürfen, wie sie die fremdgesetzten Unternehmensziele erreichen wollen. Wenn Begriffe wie »Autonomie«, »Handlungsspielraum« oder »Verantwortung« einen gesundheitswissenschaftlich sinnvollen Inhalt bekommen sollen, müssen sie sich auf die Lebensbedürfnisse und Lebensinteressen der Menschen beziehen und nicht nur auf die betriebswirtschaftlichen Ziele des Unternehmens.

Betrachtet man über den Arbeitsplatz hinaus die Rahmenbedingungen, unter denen heute gearbeitet wird, lassen sich weitere Probleme benennen, die im Ansatz der betrieblichen Gesundheitsförderung bisher zu wenig Berücksichtigung finden. Was bedeutet z.B. die zunehmende Notwendigkeit von Mobilität für die Gesundheit der Beschäftigten? Welche Belastungen resultieren daraus für das familiäre Zusammenleben? Welche Folgen hat die Unstetigkeit von Berufsverläufen für die Gesundheit der Menschen? Was macht die Angst vor Arbeitslosigkeit mit ihnen? Wie wirkt sich die Angst der Älteren aus, nicht mehr mithalten zu können? Wie die Tendenz zur Auflösung der Grenzen zwischen Arbeitszeit und Freizeit, wie der aus alledem resultierende Zwang, das ganze Leben mehr und mehr der Arbeit unterzuordnen? Was macht die zeit- und ortsunabhängige handymäßige Verfügbarkeit mit den arbeitenden Menschen, die ihre wichtigsten Arbeitsdaten, -aufgaben und -probleme im Lap-top stets greifbar haben? Greifen die bisher entwickelten Instrumente und Methoden wie z.B. Gesundheitszirkel, Berichte der Krankenkassen, Steuerungskreise usw. auch hier?

Die betriebliche Gesundheitsförderung muss diese Fragen verstärkt aufgreifen und die Ambivalenz der modernen Arbeitswelt zu ihrem zentralen Thema machen. Sie würde damit an die historische Leistung des Arbeitsschutzes anschließen, nämlich eine Antwort geben auf die gesundheitlichen Folgen einer im Umbruch befindlichen Arbeitswelt, auf die sich die Menschen und die sozialen Unterstützungsroutinen der Gesellschaft beständig neu einstellen müssen.

7. *Blickerweiterungen: Zukunftsperspektiven der betrieblichen Gesundheitsförderung*

Wenn man so will, hat die betriebliche Gesundheitsförderung ihren Beitrag zur »Enttaylorisierung« des Arbeitsschutzes erfolgreich geleistet. Ihr kritischer Elan scheint damit aber zunächst einmal erlahmt zu sein. Gegenwärtig wird die betriebliche Gesundheitsförderung mehr oder weniger gleichgesetzt mit den Programmen der gesetzlichen Krankenkassen nach § 20 SGB V. Die Krankenkassen sind sozialpartnerschaftlich verfasst, von ihren Programmen wird man daher sicher keine grundlegende Kritik an den gegenwärtigen Arbeitsformen im Sinne einer »Betriebsratsarbeit auf Krankenschein« erwarten dürfen. Dies umso mehr, als sie bei ihren Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung ohnehin auf den guten Willen der Arbeitgeber angewiesen sind: Anders als die Arbeitsschutzbehörden und die Unfallversicherungsträger haben sie keine rechtlich durchsetzbaren Eingriffsbefugnisse. Dies kann aber auch eine Chance sein. Den Krankenkassen bleibt in der betrieblichen Gesundheitsförderung nur das Mittel der Überzeugungsarbeit – was manchmal auch nachhaltigere Wirkungen hervorbringen mag als Sanktionen der Aufsichtsbehörden. Eigenständige gewerkschaftliche Ansätze der betrieblichen Gesundheitsförderung gibt es – mit wenigen Ausnahmen (z.B. bei der IG Metall) – zur Zeit nicht. Ihr Engagement beschränkt sich eher darauf, die Programme der Krankenkassen zu befördern oder zu imitieren.

Neue Aufbrüche in der betrieblichen Gesundheitsförderung werden daher kurzfristig sicher nicht zu erwarten sein. Aber man kann erkennen, wo die Reiseziele einer gesellschaftstheoretisch wiederbelebten betrieblichen Gesundheitsförderung liegen: Es sind die oben beschriebenen Umbrüche in der Arbeitswelt, die Übergänge zwischen Arbeit und Nichtarbeit, die Wechselwirkungen zwischen Beruf und Familie, die Bewahrung der Arbeitsfähigkeit in Zeiten der Forderung nach bedingungsloser Belastbarkeit, das Bewusstsein, dass die Auslagerung gefährlicher Arbeiten in die Dritte Welt keine Lösung deutscher Gesundheitsschutz-

fragen ist und die Erinnerung daran, dass Wirtschaft und Arbeit Teile des Lebens sind, und nicht umgekehrt. Vor diesem Hintergrund wird auch die Verantwortung anderer Akteure für dieses Thema deutlich: Beispielsweise kann die Rentenpolitik nicht erwarten, dass das Renteneinstiegsalter angehoben werden kann, wenn die Menschen vorher gesundheitlich verschlissen werden, genauso wenig kann eigentlich die Arbeitsmarktpolitik zusehen, wie in einer leistungsverdichteten Wirtschaft aus immer mehr Menschen »schwervermittelbare Arbeitslose« werden, weil sie gesundheitlich nicht mehr mithalten können. Das Thema Arbeit und Gesundheit ist nicht nur eine Frage, die im Arbeitsschutzgesetz oder im Leistungsrecht der Krankenversicherung geregelt werden kann, sondern eine Frage danach, wie wir leben und miteinander umgehen wollen und welchen Stellenwert die Würde des Menschen in unserer Gesellschaft haben soll.

Korrespondenzadressen:

Prof. Dr. Eberhard Göbel  
Hochschule Magdeburg-Stendal (FH)  
Fachbereich Sozial- und Gesundheitswesen  
Postfach 3655  
39011 Magdeburg  
eberhard.goebel@sgw.hs-magdeburg.de

Joseph Kuhn  
Friedenstraße 51  
85221 Dachau  
josephkuhn@web.de

### *Literatur*

- Bamberg, E.; Ducki, A.; Metz, A.-M. (Hg.) (1998): Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie
- Boyer, J. (1995): Unfallversicherung und Unternehmer im Bergbau. Die Knappschafts-Berufsgenossenschaft 1885-1945. München: Beck
- Bundesinstitut für Berufsbildung (BIBB); Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) (1999): BIBB/IAB-Erhebung 1998/99, unveröffentlichte Sonderauswertung. Berlin, Bonn
- Busch, R. (Hg.) (1996): Vom Fehlzeitenmanagement zur betrieblichen Gesundheitsförderung. Berlin: Freie Universität
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (Hg.) (1998): Was erhält Menschen gesund? Antonovkys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert. Köln: BZgA

- Czock, H.; Göbel, E.; Guthke, B. (1993): Thematisierung des Persönlichen in der betrieblichen Gesundheitspolitik. In: H. Czock et al. (Hg.): Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. Berlin: Berliner Gesundheitsladen e.V., 135-138
- Gensch, R. (2003): Arbeits- und Gesundheitsschutz bei regulärer und irregulärer Arbeit. In: Kuhn/Göbel (2003), 181-207
- Göbel, E.; Guthke, B.; Kuhn, J. (1996): Betriebliche Gesundheitsförderung zwischen Dynamisierung und Stillstand – nur keine Experimente. In: Busch (1996), 83 ff.
- Guthke, B.; Göbel, E. (1995): Leben in der Arbeitskultur. In: H. Czock; E. Göbel; B. Guthke (Hg.): Arbeit ist das halbe Leben. Lesebuch zur Arbeitskultur. Berlin: Berliner Gesundheitsladen e.V., 139-172
- Kuhn, J. (2000): Aus Schaden wird man klug? Krankenkassen und Gesundheitsförderung. Dr. med. Mabase Nr. 128, November/Dezember 2000: 42-45.
- Kuhn, J.; Göbel, E. (Hg.) (2003): Gesundheit als Preis der Arbeit? Frankfurt a.M.: Mabase
- Kuhn, J.; Kayser, T. (2002): Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung. Prävention 25: 103-105
- Lenhardt, U. (2003): Der Beitrag von Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und der gesetzlichen Krankenversicherung zur Entwicklung einer zeitgemäßen betrieblichen Gesundheitspolitik – Probleme und Entwicklungspotenziale. Bericht für die Expertenkommission »Zukunft der betrieblichen Gesundheitspolitik« im Auftrag der Bertelsmann Stiftung und der Hans-Böckler-Stiftung. Berlin
- Lenhardt, U. (1999): Betriebliche Gesundheitsförderung durch Krankenkassen. Berlin: Edition Sigma
- Malsch, T.; Seltz, R. (Hg.) (1987): Die neuen Produktionskonzepte auf dem Prüfstand. Berlin: Edition Sigma
- Milles, D. (2003): Die Gesundheit der Arbeiter und die Natur des Betriebs – Wirtschaftlichkeit der Gewerbehygiene seit der Hochindustrialisierung. In: Kuhn/Göbel (2003), 25-58
- Milles, D.; Müller, R. (Hg.) (1985): Berufsarbeit und Krankheit. Frankfurt a.M., New York: Campus
- Pickshaus, K.; Schmitthenner, H.; Urban, H.-J. (Hg.) (2001): Arbeiten ohne Ende. Hamburg: VSA
- Wintersberger, H. (1988): Arbeitermedizin in Italien. Berlin: Edition Sigma