

Andrea Wittich

Hilft miteinander reden?

Supervision als Beitrag zur Gesundheitsförderung im Krankenhaus

Zusammenfassung: Seitens der Arbeit wird Gesundheit mitbestimmt durch die Qualität des Arbeitsplatzes, die Rahmenbedingungen und die sozialen Beziehungen im Team und im Betrieb. Betriebliche Gesundheitsförderung sollte sowohl auf der Ebene der Verhältnisse und Bedingungen als auch auf der des Verhaltens von Personen und Teams ansetzen. Im Folgenden wird der Frage nachgegangen, inwieweit Supervision ein effektiver Ansatz zur Förderung von Gesundheit und Minderung von Beanspruchungen im Krankenhaus sein kann. Vor dem Hintergrund der Erfahrungen aus dem Supervisionsdienst am Universitätsklinikum Freiburg werden die Möglichkeiten und Grenzen supervisorischen Handelns im Krankenhaus kritisch diskutiert.

Rahmenbedingungen im Gesundheitsdienst

In der gegenwärtigen gesundheitspolitischen Situation wurden mit der schrittweisen Einführung der Fallpauschalenfinanzierung von 2003 bis 2009 die Budgets der Krankenhäuser stark gekürzt. Dies setzt die Kliniken unter einen erheblichen Kostendruck, der sich wiederum auf die Qualität der Leistungserbringung und die Arbeitsbedingungen der im Krankenhaus tätigen Berufsgruppen auswirkt (Doelfs 2007). In dieser Situation wurden zwar im ärztlichen Dienst neue Stellen geschaffen, in der Pflege aber bis zu 15 % der Stellen abgebaut. Außerdem stieg durch die politisch gewollte Verkürzung der stationären Aufenthaltsdauer in den letzten Jahren die Behandlungs- und Pflegeintensität der Patienten. Diese erhebliche Arbeitsverdichtung stellt aktuell für alle im Krankenhaus Beschäftigten, Vorgesetzte wie Mitarbeiter, eine außergewöhnliche Herausforderung dar (Bartholomeyczik 2007; Wittich 2007).

Inwiefern sich Beschäftigte in Folge dieser Belastungen beansprucht fühlen, wie leistungsfähig und motiviert bzw. störbar und krankheitsanfällig sie sind, hängt immer sowohl von persönlichen als auch von betrieblichen Voraussetzungen ab. Mitentscheidend sind die körperlichen, die psychischen und die sozialen Potenziale im Umgang mit Belastungen. Je besser die Ressourcen des Einzelnen und der Teams sind, desto höher ist die Fähigkeit, Stress zu tolerieren. Diese Potenziale lassen sich durch Maßnahmen institutioneller Unterstützung erhalten und kräftigen. Ansatzpunkte dieser institutionellen Unterstützung können sein: der Arbeitsplatz, die Tätigkeit und die Beschäftigten selbst (Bamberg/Ducki 1998).

Das Arbeitsschutzgesetz

Die rechtliche Grundlage arbeits- und organisationspsychologischer Maßnahmen ist das seit 1996 geltende Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG). Dessen Ziel ist nicht nur, Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten vorzubeugen, sondern darüber hinaus Arbeit gesundheits- und persönlichkeitsfördernd zu gestalten. Daraus lässt sich auch die Berücksichtigung psychischer Belastungen ableiten. Die Verhütung von arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren im Sinne des Arbeitsschutzgesetzes zielt daher auch auf die Verminderung von arbeitsbedingten Fehlbeanspruchungen.

Das Arbeitsschutzgesetz überträgt dem Arbeitgeber eine umfassende Verantwortung für Sicherheit und psychophysische Gesundheit der Beschäftigten. Im Rahmen arbeitsmedizinischer und sicherheitstechnischer Untersuchungen müssen sämtliche möglichen Belastungsquellen eines jeden Arbeitsplatzes identifiziert und zu beschreiben werden. Wo Belastungen nicht im Vorfeld vermieden, wo ihnen nicht präventiv begegnet werden kann, muss der Arbeitgeber zumindest dafür Sorge tragen, dass der Umgang mit ihnen optimiert wird. Unausweichliche Belastungen müssen bestmöglich durch entsprechende Interventionen kompensiert werden.

Ein Krankenhaus der Maximalversorgung

Das Freiburger Klinikum ist ein Krankenhaus der Maximalversorgung: Sämtliche Fachrichtungen der Medizin sind in dreizehn Kliniken, fünf Instituten und fünf zentralen Einrichtungen vertreten. Jährlich werden 50.000 Patientinnen und Patienten stationär und 380.000 ambulant behandelt. Das Klinikum hat circa 8.000 Beschäftigte, darunter ca. 1.100 Ärztinnen und Ärzte und über 2.000 Krankenschwestern und Krankenpfleger.

Die betriebliche Gesundheitsförderung

Die betriebliche Gesundheitsförderung hat, ähnlich wie die Personalentwicklung am Klinikum, das Ziel, das soziale, psychische und körperliche Wohlbefinden der Beschäftigten zu unterstützen und ihre Leistungsfähigkeit zu erhalten. Dies soll erreicht werden durch die Verbesserung der Kommunikation untereinander, die Steigerung der individuellen Potenziale, den Abbau belastender Arbeitsabläufe, Gesundheitsförderung und die Optimierung der Führungsstrukturen. Diesen Zwecken dienen unterschiedliche Einrichtungen und Angebote am Klinikum, die sowohl auf individueller wie auch auf der Organisationsebene ansetzen: Arbeitsmedizin und Arbeitssicherheit, Gleichstellungsstelle, Innerbetriebliche Fortbildung, Suchtberatung, Psychosoziale Beratungsstelle und Supervisionsdienst. Die VertreterInnen dieser Einrichtungen arbeiten im Lenkungsausschuss zur Gesundheitsförderung zusammen. Sie verfügen über Entscheidungs- und Fachkompetenz in gesundheitsrelevanten Fragen, legen konkrete Ziele fest, planen übergeordnete Maßnahmen und initiieren und überwachen deren Umsetzung. Jüngstes Beispiel für eine solche übergeordnete Initiative ist die Einführung des „Rauchfreien Krankenhauses“ in allen Abteilungen des Klinikums.

Der Supervisionsdienst am Klinikum

Als erstes Krankenhaus in Deutschland hat das Freiburger Klinikum bereits Anfang der 1990er Jahre einen Supervisionsdienst eingerichtet, als eines der Instrumente institutioneller Unterstützung der Beschäftigten. Dazu wurde eine entsprechende Stelle für eine Supervisorin organisatorisch an der Abteilung Psychosomatik des Klinikums angesiedelt. Bei Bedarf werden darüber hinaus auch externe Kolleginnen und Kollegen mit Supervisionsaufgaben betraut.

Funktionen, Ansatzpunkte und Ziele von Supervision

Bei Supervision im Krankenhaus geht es um eine Hilfe zur Bewältigung und Reduzierung berufsbedingter Belastungen, die Klärung von Konflikten, um Informations- und Wissensvermittlung, die Stärkung von Ressourcen und letztlich um den Erhalt von Arbeitszufriedenheit, Motivation und Leistungsfähigkeit der Beschäftigten. Supervision dient einerseits der Prävention, andererseits der Kompensation arbeitsbezogener Belastungen, sie kann aber auch normative und formative Funktionen erfüllen (vgl. Tab. 1, Dieterle/Wittich 2005).

Tab. 1: Supervision: Funktionen, Ansatzpunkte, Zielsetzungen

Funktion	Ebene	Ansatz	Zielsetzung
Korrektiv/ Restaurativ	Team/ Individuum	Konfliktursachen beseitigen Konflikte bewältigen Emotional entlasten	Beeinträchtigungslosigkeit – Psychosoziales Wohlbefinden
Normativ		Informationen und Wissen vermitteln	Wissenserweiterung
Formativ/ Integrativ		Fähigkeiten u. Ressourcen stärken	Kompetenzförderung
Präventiv		Belastungen vermeiden	Schädigungsfreiheit – Gesundheitsförderung

Vorgehen in den Sitzungen

Das Vorgehen in den Sitzungen ist immer **handlungs-** und **lösungsorientiert**: Zunächst beschreiben die Supervisanden konkret ihre jeweilige Frage- oder Problemstellung und die Gruppe formuliert, welche Lösung angestrebt wird. Dann wird gemeinsam geplant, wie dieses Ziel erreicht werden kann und die dazu nötigen konkreten Schritte und Veränderungsmöglichkeiten erarbeitet. Um umsetzbare Lösungswege zu entwickeln, müssen dabei immer auch das Team, seine Schnittstellen zu anderen Bereichen und die Organisation als interagierendes System im Auge behalten werden. In der jeweils folgenden Sitzung wird reflektiert, inwieweit das Erarbeitete im Arbeitsalltag umgesetzt werden konnte. Zahl und Häufigkeit der Sitzungen werden nach Bedarf vereinbart.

Die Grenzen von Supervision im Krankenhaus liegen einerseits in der Bearbeitung persönlichkeitsbedingter psychischer Probleme einzelner Mitarbeiter, andererseits lassen sich durch Supervision schwerlich kausale Veränderungen herbeiführen, wenn es um strukturelle Mängel wie personelle Unterbesetzung oder beengte bauliche Verhältnisse geht.

Format und Settings der Sitzungen

Das Angebot umfasst Regelsupervisionen und Kriseninterventionen im Gruppensetting, sowie Einzelsupervision bzw. Coaching für Mitarbeiter mit Personalverantwortung.

In den Regelsupervisionsgruppen ist die Teilnahme freiwillig. Pro Episode finden meist vier bis fünf Sitzungen statt, in denen oft folgende Themen zur Sprache kommen:

- Arbeitsverdichtung, Personalmangel – Kompensatorische Strategien
- Umgang mit Belastungen im Kontakt mit Patienten und Angehörigen
- Kommunikation und Konfliktverarbeitung im Team
- Verbesserung der Kooperation verschiedener Berufsgruppen
- Funktionaler Umgang mit Hierarchien am Arbeitsplatz
- Optimierung der Arbeitsorganisation

Anders als bei Regelsupervisionen kann die Teilnahme an Kriseninterventionen für alle Teammitglieder verpflichtend angeordnet werden. Kriseninterventionen umfassen bis zu drei Sitzungen. Sie finden immer in zugespitzten Situationen statt. Themen sind beispielsweise

- Akute Konflikteskalationen
- Polarisierungen zwischen Berufsgruppen hinsichtlich lebensverlängernder Maßnahmen
- Plötzlicher Tod eines Teamkollegen.

Einzelsupervisionen bzw. Coaching für Führungskräfte finden auf freiwilliger Basis statt und beinhalten in der Regel Themen wie

- Mitarbeiterführung
- Kritikgespräche und Konfliktmanagement
- Eigenes Rollen- und Leitungsverständnis
- Karriereplanung.

Mit diesen verschiedenen Formaten und Settings kann gezielt auf die Bedürfnisse der Supervisanden reagiert werden.

Supervisionsinhalte in Zeiten von Rationalisierung

In den Supervisionen wurde vielfach deutlich, dass der politisch begründete Rationalisierungsdruck erhebliche Belastungen und außergewöhnliche Herausforderungen sowohl für Vorgesetzte wie für nachgeordnete Mitarbeiter mit sich brachte

und bringt. Angesprochen werden Belastungen durch Arbeitsverdichtung und Personalmangel, Stations- bzw. Teamfusionen, verkürzte Patientenverweildauer, höhere Dokumentationserfordernisse und neue Aufgabengebiete. Anhand exemplarischer Situationen werden im Folgenden die jeweiligen Möglichkeiten und Grenzen supervisorischen Handelns dargestellt.

- Supervisionsthema „Teamfusion“

Die ökonomisch begründete Zusammenlegung von stationären und teilstationären Einheiten hat einerseits zur Folge, dass Pflegende inzwischen verschiedene Einsatzorte haben; gleichzeitig sind die Teams sehr viel größer als früher: manche stellen mit 30–40 Mitarbeitern Großgruppen dar. Wegen der Schicht- und Nachtdienste bedeutet dies, dass Teamkollegen oft in unterschiedlichen Besetzungen miteinander arbeiten. Psychologisch gesehen ist das Feld für Projektionen größer geworden. In einer Teamsupervision nach der Zusammenlegung zweier Stationen in der Zahnklinik ging es deshalb vor allem um den Abbau von Ängsten und Vorurteilen der jeweils anderen Gruppe gegenüber. Da die fusionierte Station den Namen der vorher kleineren Einheit bekommen hatte, war der Name der größeren ersatzlos weggefallen – das erlebten nicht wenige ihrer Mitarbeiter als Geringschätzung. Nach vier Sitzungen mit der neu zusammengestellten Gruppe, in denen die bisherigen Vorbehalte sowie Möglichkeiten einer künftig guten Zusammenarbeit besprochen wurden, hatten die Mitarbeiter den Eindruck, sich als Team besser gefunden und gefestigt zu haben.

- Supervisionsthema „Verweildauer der Patienten und Entlassmanagement“

Parallel zum Stellenabbau verkürzte sich in den letzten Jahren die durchschnittliche Liegedauer der Patienten. Gerade in der Anfangszeit teilten Pflegende manchmal die Sorge von Patienten, dass diese zu früh entlassen wurden, insbesondere bei alten, allein lebenden Menschen. Dies wurde in der Supervision thematisiert, konnte dort jedoch nicht kausal angegangen werden: es überstieg den Handlungsspielraum der Supervisanden und erforderte eine Veränderung auf Organisationsebene. Inzwischen wird am Klinikum, nicht zuletzt aufgrund der Rückmeldungen aus den Supervisionsgruppen, ein gezieltes, strukturiertes „Entlassmanagement“ betrieben. Vor der Entlassung wird per EDV dokumentiert, was ein Patient an Unterstützung braucht. Diese Anforderung wird an die jeweils zuständige Stelle der sogenannten „Kernbetreuer“-Dienste weitergeleitet, die das Nötige veranlassen. Hier sind für Pflegende neue Aufgaben entstanden, zum Beispiel in der Pflegeüberleitung – die die Pflege zuhause vorbereitet, dem Patientenring GmbH – der Hilfsmittel organisiert oder im Pflegenetz – zur vorübergehenden nachstationären Pflege. Diese neuen Aufgaben stellen Veränderungen des faktischen Arbeitsplatzes und der Arbeitsinhalte dar. Gleichzeitig sind damit die in den Supervisionsstunden geäußerten Sorgen um das Wohlergehen mancher Patienten nach Entlassung deutlich zurückgegangen.

- Supervisionsthema „Gestiegener Pflegeaufwand“

Durch die verkürzte Aufenthaltsdauer stieg die Pflegeintensität und -komplexität der stationären Patienten, insbesondere auf den Peripherstationen. Vor allem im Nachtdienst fehlt Pflegenden manchmal die Zeit, die Patienten den eigenen Ansprüchen entsprechend zu betreuen, so dass sie morgens mit Gefühlen von Unzufriedenheit, in zugespitzten Situationen – etwa wenn es um Sterbebegleitung geht – gelegentlich auch von Schuld nach Hause gehen. Diese psychische Belastung wird in den Supervisionsstunden thematisiert. Und auch bei diesem Thema kann Supervision nicht kausal wirksam werden. Vielmehr geht es dabei oft um die Beantwortung der Frage, ob und wiefern sich ein für notwendig erachtetes Absenken der Ansprüche an die eigene Arbeitsweise mit dem nötigen Mindestmaß an Arbeitszufriedenheit vereinbaren ließe. Wenn das nicht denkbar erscheint, sinnen die Betroffenen letztlich im Rahmen der Supervision über etwaige berufliche Alternativen nach.

Beeinflussung von Verhältnissen und Verhalten?

Gesundheit wird mitbestimmt durch die Qualität des Arbeitsplatzes, die Rahmenbedingungen und die sozialen Beziehungen. Betriebliche Gesundheitsförderung muss deshalb sowohl auf der Ebene der Verhältnisse und Bedingungen als auch auf der des Verhaltens von Personen ansetzen. Bei Ersterem geht es um die Gestaltung von Arbeitsplätzen und Arbeitsumfeld, um situative Bedingungen und Prozesse (z.B. Arbeitsdichte), bei Letzterem um die Förderung gesundheitsbezogener Verhaltensweisen durch entsprechende Kompetenzen und Bewältigungsstrategien (z.B. Zeitmanagement).

Zu einem gewissen Grad vermag Supervision durchaus beide Ebenen zu beeinflussen: Trägt sie zur Vermeidung oder Lösung von zwischenmenschlichen Konflikten, zu einem stärker Mitarbeiter orientierten Führungsstil oder zu einer besseren Distanzierungsfähigkeit bei, zielt sie – präventiv oder korrektiv – auf die Verhaltensbene. Wenn Supervision hilft, die Organisation und Abläufe von Arbeit und Zusammenarbeit zu verbessern, wirkt sie auch auf der Strukturebene. Wie am Beispiel des „Entlassmanagements“ aufgezeigt, lässt sich diese Wirkung auf den Arbeitskontext über die Rückmeldung der entsprechenden Sitzungsthemen an Vorgesetzte und damit verbundenes gemeinsames Nachdenken über umsetzbare arbeitsbezogene Konsequenzen vertiefen. (Dass bei solchen Gesprächen der Wahrung der Schweigepflicht ein ganz besonderer Stellenwert zukommt, bedarf hier keiner weiteren Ausführung.) Wesentliche Voraussetzung ist dabei, dass Supervision nicht als eine diskrete, flankierende Intervention einzig und allein auf Teamebene verstanden wird, sondern dass sie dem Anspruch nachkommt, die Organisationsentwicklung mit zu gestalten.

Ein von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin finanziertes, im Jahre 2008 abgeschlossenes Forschungsprojekt zur Verbesserung der „Arbeitsbedingungen im Krankenhaus“ (Bartholomeyczik 2008) belegt die Bedeutung von Organisationsentwicklung in Kliniken. Durch das interprofessionelle Erarbeiten von

Lösungsmöglichkeiten für den täglichen Stationsablauf lassen sich Verbesserungen der wahrgenommenen Arbeitsbedingungen erzielen, aus denen eine Reduktion der psychosozialen Belastungen bei der Arbeit resultieren kann. Notwendige Voraussetzung ist, dass die Leitungsebene den Organisationsentwicklungsprozess unterstützt und die nachhaltige Umsetzung des Erarbeiteten mit trägt.

Auf die eingangs skizzierten politischen Rahmenbedingungen des Gesundheitsdienstes vermögen weder Supervisions-, noch Personal- oder Organisationsentwicklungsprozesse unmittelbar und direkt einzuwirken. Gleichzeitig haben diese Rahmenbedingungen jedoch erhebliche Implikationen für die Gesundheit und Leistungsfähigkeit der Krankenhausmitarbeiter. Dies führte im September 2008 zur bis dahin größten Demonstration von Klinikbeschäftigten in der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland: 130 000 Menschen protestierten in Berlin gegen die Deckelungen der Krankenhausbudgets und die damit verbundenen Arbeitsverdichtungen und Arbeitsüberlastungen. Viele von ihnen waren von ihren Arbeitgebern eigens für diese Demonstration freigestellt worden. Dieser Schulterschluss von Arbeitgebern und Arbeitnehmern im „Aktionsbündnis zur Rettung der Krankenhäuser“ verweist deutlich darauf, dass der Handlungsspielraum innerhalb der Organisationen begrenzt ist und für eine nachhaltige Verbesserung der Arbeitsbedingungen in den Krankenhäusern entsprechende politische Konsequenzen unerlässlich sind.

Um die Gesundheit der Beschäftigten in Krankenhäusern bestmöglich zu fördern, tun Supervisorinnen und Supervisoren deshalb gut daran, ihre Interventionen auf den Ebenen Individuum, Team und Organisation im Rahmen ihrer jeweiligen berufs- und verbandspolitischen Möglichkeiten um die Ebene gesellschaftlicher Einflussnahme zu ergänzen.

Literatur

- Bamberg, E./Ducki, A. (1998): Handbuch betrieblicher Gesundheitsförderung. Arbeits- und organisationspsychologische Methoden und Konzepte, Göttingen.
- Bartholomeyczik, S. (2007): Kurze Verweildauer im Krankenhaus – die Rolle der Pflegenden. In: Pflege und Gesellschaft 2, 135-149.
- Bartholomeyczik, S./Donath, E./Schmidt, S./Rieger, M.A./Berger, E./Wittich, A./Dieterle, W.E. (2008): Arbeitsbedingungen im Krankenhaus. 1. Auflage. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2008. PDF-Datei: <http://www.baua.de/de/Publikationen/Fachbeitraege/F2032.html>.
- Dieterle, W./Wittich, A. (2005): Psychological Coaching Groups for Nurses and ward Teams – Effects and Benefits. Posterpräsentation. 12th European Conference on Organisational Psychology and Health Care, Dresden.
- Doelfs, P. (2007): Konsequenzen der DRG-Einführung in der stationären Versorgung. In: Arbeitsmedizin im Gesundheitsdienst, Band 20, hg. von F. Hofmann, U. Stössel, G. Reschauer, FFAS Freiburg, S. 102-106.
- Wittich, A. (2007): DRG-Einführung in Krankenhäusern – Erfahrungen aus der Supervision von Pflgeteams .

Anschrift der Autorin: Dr. Andrea Wittich, Supervisionsdienst am Universitätsklinikum Freiburg, Hauptstr. 8, 79104 Freiburg.

Gerhard Mahltig

Betriebliches Gesundheitsmanagement

Zusammenfassung: Die aktuellen Entwicklungen einer flexibilisierten Arbeitswelt stellen Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) vor neue Herausforderungen. Angesichts zunehmender psychischer Belastungen bei der Arbeit sprechen Experten bereits von einer „neuen Inhumanität“ der Arbeit. Diese Dimension beruflicher Belastungen wird in Zukunft ein wichtiger Schwerpunkt Betrieblichen Gesundheitsmanagements sein. Ausgehend von dieser These stellt der vorliegende Artikel ein ganzheitliches Konzept Betrieblichen Gesundheitsmanagements als Organisationsentwicklungsprogramm dar und beschreibt grundsätzliche Erfolgsfaktoren von BGM. Anhand eines Praxisbeispiels wird die Spannweite des BGM verdeutlicht: Sie reicht von der Struktur- und Personalentwicklung über Arbeitsplatz- und Arbeitsorganisationsgestaltung bis hin zur Erhöhung individueller gesundheitlicher Kompetenzen. Komplexe BGM-Projekte stellen hohe Anforderungen an die Kompetenzen und Qualifikationen externer Beratung, auf die viele Unternehmen angewiesen sind. Dieser Aspekt der Organisationsberatung wird abschließend aufgegriffen.

Gesellschaftlicher Wandel und neue Herausforderungen für die Gesundheitsförderungs politik

Flexibilisierung und Gesundheit

Die rasante Entwicklung von Informations- und Kommunikationstechnologien, die steigende Nachfrage nach Beratung und Dienstleistung sowie veränderte Anforderungen an Serviceleistungen führen zu vielfältigen neuen Arbeits- und Organisationsformen. Die Arbeit durchläuft weltweit einen einschneidenden Transformationsprozess. Dies betrifft insbesondere die Arbeitsorganisation und die betrieblichen Abläufe. Die Arbeitswelt wird zunehmend flexibilisiert.

Das bietet für Arbeitnehmer erhebliche Möglichkeiten. Die mit diesen Wandlungsprozessen einhergehende neue Qualität der Arbeit bietet den Beschäftigten einerseits Chancen im Sinne abwechslungsreicher, herausfordernder, lernintensiver Arbeitsinhalte, vollständiger Tätigkeiten, hoher Autonomie, hoher Eigenverantwortung und Selbstorganisation. Andererseits konfrontiert die flexibilisierte Arbeitswelt die Menschen mit immer neuen Anforderungen, dazu gehören eine zunehmende Virtualisierung der Arbeitsprozesse, zunehmende Wissensintensität und beschleunigte Innovativität der Arbeit.

Es gibt bisher wenige empirische Belege über die gesundheitlichen Folgen der Flexibilisierung in der neuen Arbeitswelt (vgl. Wieland u.a. 2000, Bieneck 2000).

Der amerikanisch-israelische Sozialepidemiologe Aaron Antonovsky (1979) hat die zentralen Bedingungen zusammengefasst, unter denen Menschen auch dann gesund bleiben, wenn sie hohen Belastungen ausgesetzt sind:

- die Anforderungen und Zumutungen, mit denen Menschen konfrontiert werden, müssen verständlich, vorhersehbar und einzuordnen sein (comprehensibility = Verständlichkeit) (das Gegenteil von Undurchschaubarkeit)
- Entwicklungen und Ereignisse müssen beeinflussbar sein (manageability = Machbarkeit) (das Gegenteil von Ohnmacht)
- es muss die Möglichkeit bestehen, individuelle und kollektive Ziele anzustreben und auch zu erreichen (meaningfulness = Sinnhaftigkeit) (das Gegenteil von Sinnlosigkeit).

Verstehbarkeit, Machbarkeit und Sinnhaftigkeit bilden nach Antonovsky den „sense of coherence“ – das Gefühl, sich in einer verstehbaren und beeinflussbaren Welt zu bewegen – der „sense of coherence“ ist die zentrale Quelle (Ressource) von Gesundheit.

Der amerikanische Soziologe Richard Sennett (2000) analysiert in seinem Buch „Der flexible Mensch“ anhand verschiedener Fallstudien die Folgen des flexiblen Wirtschaftens für die Lebensführung der Menschen. Sein Fazit: Wo nur das immer Neue gefragt ist und keine Routine entstehen darf, werden langfristige Bindungen unmöglich. Beruf, Wohnort, soziale Stellung, Familie ist den zufälligen Anforderungen des Wirtschaftens unterworfen, das eigene Leben wird zum ziellosen und undurchschaubaren Stückwerk – es entsteht ein tiefes Gefühl der Ohnmacht, der Isolation und der Sinnlosigkeit.

Das heißt, die von Antonovsky beschriebenen Determinanten von Gesundheit sind der Analyse von Sennett zufolge unter den Bedingungen modernen Wirtschaftens erheblich in Frage gestellt: Die beschriebenen Merkmale des neuen Wirtschaftens sind nicht nur Krankheit erzeugend, sondern auch unter ökonomischen Gesichtspunkten kontraproduktiv. Denn: Ohnmacht, Isolation und das Gefühl der Sinnlosigkeit sind verbunden mit einem tiefen Gefühl der Unsicherheit und einem Mangel an Verlässlichkeit. „Bei der Konfrontation mit etwas, das ungewiss, konfliktrichtig und daher beunruhigend ist, richtet sich die Aufmerksamkeit eines Menschen eher auf die unmittelbaren Umstände als auf langfristige Perspektiven“ (Sennett 2000, S. 120 ff.). Langfristiges, rationales Denken wird sozusagen aufgehoben. Das führt mittel- und langfristig zu Gleichgültigkeit gegenüber den Inhalten und Formen des Arbeitslebens.

Welches Ausmaß dieser auch ökonomisch kontraproduktive „Vergleichgültigungsprozess“ mittlerweile erreicht hat, verdeutlichen die Ergebnisse der jährlich wiederholten Untersuchungen des Gallup-Instituts. Die Ergebnisse sagen jedes Jahr wieder Ähnliches: Die Zahl der Frustrierten ist hoch und wächst. Für das Jahr 2006 empfinden demnach 19 % der Befragten keine Bindung an ihr Unternehmen, befinden sich im Zustand der inneren Kündigung, 68 % empfinden eine geringe Bindung, verhalten sich passiv und leisten Dienst nach Vorschrift. Nur 13 % empfinden eine hohe Bindung, sind stark emotional gebunden und hochproduktiv.

Tabelle 1: Studie zur emotionalen Bindung von ArbeitnehmerInnen in Deutschland*

stark emotional gebunden, hochproduktives Arbeiten	hohe Bindung	13 %
geringe emotionale Bindung, verhalten sich passiv und leisten Dienst nach Vorschrift	geringe Bindung	68 %
keine emotionale Bindung, innere Kündigung, sabotieren teilweise das Interesse des Arbeitgebers	keine Bindung	19 %

*Quelle: Gallup Organization Deutschland, 2006

Diesem „Vergleichgültigungsprozess“ ist nicht mehr mit einem Antistresskurs zu begegnen. Und: Gleichgültigkeit führt zu einem Verlust an Produktivität. Der Wert der Tätigkeit gerade in der modernen Wirtschaft hängt gerade vom Gegenteil von Gleichgültigkeit ab: nämlich von Engagement, Kreativität, Identifikation mit der Arbeit – setzt also die Aufmerksamkeit auf langfristige Perspektiven voraus.

Auf einem solchen Motivationsniveau, wie von Gallup wieder ermittelt, lässt sich kein Staat machen. Es ist zu befürchten, dass ein Übermaß an Flexibilisierung in der modernen Wirtschaft kontraproduktiv auf die eigenen Grundlagen – nämlich Produktivität – wirkt. Im Übrigen gibt es bereits empirisch belegbare Anhaltspunkte für die vorgetragene These: Nur ein geringer Teil von Firmen, die Umorganisationsprozesse mit dem Ziel der Produktivitätssteigerung durchlaufen haben, kann seine Produktivität tatsächlich steigern, bei einem erheblichen Teil sinkt die Produktivität faktisch. Und es gibt mittlerweile eine Anzahl von Untersuchungen, die sich mit den gesundheitsbelastenden Effekten von Reorganisationsprozessen beschäftigen (vgl. u.a. Edelmann u.a. 2000, Arbeit & Ökologie Briefe Nr. 16, 2001, Lorenz/Kwinkenstein 2002).

Körperliche Unterforderung – psychische Überforderung – sozialer Stress

Diese beschleunigte und flexibilisierte Arbeitswelt konfrontiert (mit den Erscheinungsformen „zunehmende Wissensintensität“, „beschleunigte Innovativität“, „Entgrenzung der Arbeit“ und extrem kurze Entscheidungs- und Umsetzungszeiten) die Menschen mit immer neuen Belastungen und Beanspruchungen. Insbesondere die massive Veränderung der Zeit-Raum-Dimension setzt die Menschen unter einen ganz erheblichen „Flexibilisierungsdruck“, der sich als ursächlich für die Entstehung von psychischem und sozialem Stress herausstellen könnte.

Thomas Kuhn (2002) stellt in der Zeitschrift für Personalforschung die – vielleicht – provokante Frage, ob das Projekt „Humanisierung der Arbeit“ vor dem erfolgreichen Abschluss oder vor neuartigen Herausforderungen steht. Er stellt fest, dass in der neuen Arbeitswelt post-tayloristische Formen der Arbeitsorganisation an Bedeutung gewinnen, die

- auf eine Abnahme der „klassischen Arbeitsinhumanität“ (physische Überbelastung, psychische Unterforderung, soziale Isolation) hinweisen, aber
- auf eine Entstehung bzw. Ausweitung einer „modernen Inhumanität der Arbeit“ schließen lassen.

Diese modernen Faktoren der Arbeitsinhumanität entspringen einem intensivierten Wettbewerb (vor dem Hintergrund der Notwendigkeit zu flexibleren sowie innovativeren Verhaltensweisen der Unternehmen), der sich in Konkurrenz zwischen den Arbeitenden fortsetzt und in zunehmenden psychisch-sozialen Überforderungen sowie damit einhergehenden Stressreaktionen und -erkrankungen äußert.

Untersuchungen von Kastner und Gerlmaier (Gerlmeier 2002) zeigen, dass im IT-Bereich schon jetzt jeder fünfte Mitarbeiter als stark erholungsunfähig einzustufen ist. Vor allem der hohe Zeit- und Verantwortungsdruck, überdehnte und entgrenzte Arbeitszeiten ohne ausreichende Erholungsphasen und starke emotionale Belastungen durch „Sandwich-Positionen“ zwischen Kunden und Vorgesetzten gelten dabei als dominante Stressfaktoren in der Neuen Arbeitswelt. Eine gelingende Balance zwischen Leben, Arbeiten und Lernen wird angesichts dieser Anforderungen immer wichtiger und dabei gleichzeitig immer schwieriger.

Forscher der Universität Brisbane fanden heraus: „Große Mengen ständig verfügbarer Informationen können Stress und Krankheiten verursachen. Zwar gebe es schon seit Jahrzehnten eine Informationsüberflutung, doch der Infostress sei ein neues Phänomen, das durch den Zugang zu Informationen über das Internet verursacht werde. „Über 50 % australischer Manager geben an, dass sie nicht im Stande sind, die Informationen zu verarbeiten, mit denen sie umgehen müssen“, heißt es in der Studie. Ein Drittel betrachtet sich sogar als ohnmächtiges Opfer der Informationsflut (Weser-Kurier 2003).

Der regelmäßig erscheinende Gesundheitsreport (TK 2008) der Techniker Krankenkasse macht auf der Basis von Arbeitsunfähigkeitsdaten deutlich, dass die Arbeitsunfähigkeitsfälle mit der Diagnose „Psychische Erkrankungen“ in den letzten Jahren kontinuierlich zunehmen. Wegen der langen Dauer psychischer Erkrankungen nimmt das Ausfallvolumen ein ganz erhebliches Ausmaß an – was auch volks- und betriebswirtschaftlich bedeutsam ist. Das Ausmaß wird noch deutlicher bei einer Betrachtung des Geschehens in der ambulanten Versorgung. Die TK-Daten ergeben ca. 2,1 Millionen Diagnosen aus dem ICD-10-Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen“, das entspricht einem Anteil von 22,3 %.

Prävention als gesellschafts- und gesundheitspolitische Herausforderung

Angesichts der beschriebenen Entwicklungen und Befunde muss der Personalpflege als Instrument des betrieblichen Personal- und Gesundheitsmanagements gerade in den Zukunftsbranchen ein größerer Stellenwert bei der Förderung und Erhaltung der individuellen und betrieblichen Leistungsfähigkeit eingeräumt werden.

Dabei wird in Zukunft ein besonderes Augenmerk auf die psychischen Belastungen zu legen sein. Die ausgewogene Balance zwischen Arbeit und Freizeit gewinnt zunehmend an Bedeutung. Qualifizierte, motivierte, leistungsstarke und gesunde Mitarbeiter sind der entscheidende Faktor, um den aktuellen und zukünftigen Herausforderungen einer globalisierten Wirtschaft gewachsen zu sein. Hier sind die Unternehmen genauso gefordert wie die Unfallversicherungsträger. Dieses stellt

gleichzeitig eine hohe Herausforderung an die Gesetzliche Krankenversicherung dar, einen Beitrag zur Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren zu leisten. Nicht zuletzt tragen die Krankenversicherungen die Kosten arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren und Erkrankungen.

Prävention und Betriebliches Gesundheitsmanagement sind vor diesem Hintergrund wichtige Handlungsfelder der Gesetzlichen Krankenversicherung. Diese beiden Bereiche wurden deshalb in den letzten Jahren im Sinne des § 20 SGB V ausgebaut. Insbesondere das Betriebliche Gesundheitsmanagement wurde durch die Neufassung des § 20 a im Rahmen des Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes (GMG) gestärkt und bestätigt, indem die Aufgabe als Pflichtaufgabe definiert wurde.

Das Konzept „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ (BGM)

Was ist BGM?

Die Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation aus dem Jahre 1986 versteht unter Gesundheitsmanagement ein Programm sozialer Veränderung, ein Programm zur Weiterentwicklung von Organisationen und zur Entwicklung persönlicher Gesundheitskompetenzen. In diesem Sinne ist Betriebliches Gesundheitsmanagement als Change-Management-Programm zu verstehen, welches die gesundheitsgerechte Gestaltung von Arbeit und Organisation zum Ziel hat und die Mitarbeiter zu gesundheitsgerechtem Verhalten anhalten und auch befähigen will.

Der Luxemburger Deklaration zur betrieblichen Gesundheitsförderung aus dem Jahre 1997 zufolge ergeben sich für BGM drei Handlungsfelder:

- Verbesserung der Arbeitsorganisation
- Förderung einer aktiven Mitarbeiterbeteiligung
- Stärkung persönlicher Gesundheitskompetenzen.

Betriebliches Gesundheitsmanagement richtet sich demzufolge nicht nur vorrangig an den einzelnen Mitarbeiter, sondern an das System Betrieb, welches in den gesamten Gesundheitsförderungsprozess einbezogen wird: Es geht darum, am Arbeitsplatz gesundheitsgerechte Rahmenbedingungen zu schaffen und den einzelnen Mitarbeiter dazu zu befähigen, sich gesundheitsgerecht zu verhalten. Effektives betriebliches Gesundheitsmanagement besteht nicht nur aus Einzelmaßnahmen, sondern ist als ganzheitlicher Ansatz zu verstehen.

Erfolgreiches Gesundheitsmanagement muss, wie andere betriebliche Projekte auch, systematisch und als geplante Abfolge von Arbeitsphasen und Methoden angelegt sein. Idealerweise ist es als Lernzyklusmodell aufgebaut, es folgt den Schritten Institutionalisierung, Analyse, Planung, Umsetzung, Evaluation.

In der Phase der Institutionalisierung geht es darum, den Aufbau notwendiger Strukturen zu betreiben und Gesundheitsmanagement im Betrieb zu institutionalisieren. Wichtigste Schritte: erste Zieldefinition – Einbindung und Vernetzung der

wichtigsten betrieblichen Akteure – Aufbau eines Steuerungsgremiums (AK Gesundheit) – Entwicklung eines gemeinsamen Gesundheitsförderungsverständnisses etc.

In der Analysephase werden mit Hilfe geeigneter, in der Regel sozialwissenschaftlicher Methoden gesundheitliche Belastungen und gesundheitsfördernde Potenziale ermittelt. Geeignete Methoden sind z.B. AU-Analyse, Mitarbeiterbefragung, Arbeitssituationsanalyse, Gesundheitszirkel und Arbeitsplatzanalysen. Daneben liefern Betriebsmedizindaten, Daten der Sicherheitsfachkräfte und der Berufsgenossenschaften wichtige Informationen.

Im Zuge der Planungs- und Umsetzungsphase ist es wichtig, nach der Diagnose eine Feindefinition der Ziele vorzunehmen und die Maßnahmenplanung auf der Basis von smart formulierten Zielsetzungen vorzunehmen.

Die organische Entwicklung des Prozesses aus Analyse, Diagnose und Feinzielplanung ist von größter Bedeutung, damit eine sinnvolle (Ergebnis-)Evaluation überhaupt durchgeführt werden kann. Daneben ist es notwendig, zur Sicherung der Struktur- und Prozessqualität in BGM-Projekten adäquate Evaluationsverfahren einzusetzen.

Erfolgsfaktoren Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Wichtige Voraussetzung für ein Erfolg versprechendes Betriebliches Gesundheitsmanagement ist der Aufbau adäquater interner betrieblicher Strukturen zur Umsetzung sowie das Zusammenwirken der wichtigen betrieblichen Akteure wie betriebliches Management, Arbeitsschutz und die Beschäftigten und deren Vertreter untereinander, aber auch mit den Vertretern der Gesetzlichen Krankenversicherung und den Berufsgenossenschaften.

Diesem Verständnis von Betrieblichem Gesundheitsmanagement entsprechend sollte sich Beratung von Unternehmen bei der Umsetzung und Begleitung von Projekten des Betrieblichen Gesundheitsmanagements an folgenden Grundsätzen orientieren (vgl. auch Leitfaden Prävention der Gesetzlichen Krankenversicherung und Luxemburger Deklaration):

- Grundsätzliche Bedingungen: Wichtigste Voraussetzung für das Gelingen von Betrieblichem Gesundheitsmanagement ist ein professionelles Management – z.B. betrieben nach bekannten Projektmanagementansätzen und dem Lernzyklusmodell folgend.
- Keine Maßnahme ohne vorherige Analyse – Orientierung an betrieblichen Gesundheitsproblemen und Zielgruppenorientierung: Es werden keine Maßnahmen ergriffen, für die nicht vorher mit entsprechenden Methoden auch ein Bedarf ermittelt worden ist. Ausschlaggebend für den Erfolg ist, dass das Unternehmen Informationen über die Gesundheitsprobleme im Betrieb erhält bzw. ermittelt, damit die Maßnahmen zielgerichtet eingesetzt werden können. Hierdurch wird abgesichert, dass Maßnahmen der Gesundheitsförderung im Unternehmen wirtschaftlich und nur dann erbracht werden, wenn sie Erfolg versprechend sind.

- Entwicklung von bedarfsgerechten Umsetzungskonzepten in Zusammenarbeit mit den betrieblichen Akteuren: Ein wichtiger Erfolgsfaktor für das Gelingen eines BGM-Projektes ist die Beteiligung all derjenigen, die in einem Unternehmen mit der Gesundheit der Mitarbeiter zu tun haben: Das sind die Personalabteilung, die Mitarbeiter und/oder deren gewählte Personalvertretung, die Fachkräfte für Arbeitssicherheit, der Betriebsarzt, die Sozialberatung usw. Am Beginn eines Projektes ist es wichtig, alle Beteiligten ins Gespräch zu bringen. Es müssen gemeinsame Ziele und eine gemeinsame Vorgehensweise entwickelt werden. Von großer Bedeutung ist auch die Entwicklung eines gemeinsamen Verständnisses für eine sinnvolle betriebliche Gesundheitsförderungs politik sowie über die Ursachen von Krankheit. Um alle Beteiligten an einen Tisch zu bekommen, ist es sinnvoll, einen Arbeitskreis Gesundheit als Steuerungsgremium zu bilden. Hier werden das Projekt und alle damit verbundenen Aktivitäten gesteuert, und ein verantwortlicher Projektleiter hält „alle Fäden in der Hand“.
- Kombination aus verhaltens- und verhältnispräventiven Maßnahmen: Die gesundheitswissenschaftliche Diskussion der letzten Jahre hat deutlich gemacht, dass es nicht ausreichen kann, den Einzelnen aufzufordern, sich gesundheitsgerecht zu verhalten. Auch die Bedingungen – das Umfeld – müssen stimmen. Deswegen gilt die Kombination aus Verhaltens- und Verhältnisprävention als ein bedeutender Qualitätsmaßstab.
- Dokumentation und Bewertung der Maßnahmen bzw. der Ergebnisse mit dem Ziel, den Ressourceneinsatz zu optimieren: Ein Vorwurf gegenüber der Gesundheitsförderung der Vergangenheit war der Hinweis auf die fehlende Evaluation. Die Forderung nach regelmäßiger Qualitätskontrolle ist u.a. vor diesem Hintergrund zu verstehen. Evaluation ist darüber hinaus das Grundprinzip eines kontinuierlichen Verbesserungsprozesses und damit Grundvoraussetzung für eine wirtschaftliche Verteilung knapper Ressourcen.
- Der Verankerung im Unternehmen kommt eine entscheidende Bedeutung zu: Die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefahren bzw. das Betriebliche Gesundheitsmanagement sollten in die Unternehmenskultur eingebettet sein. Vor diesem Hintergrund ist die Unterstützung durch die Geschäftsleitung besonders wichtig; Geschäftsführung und Führungskräfte müssen dahinter stehen. Dazu gehört auch die Schaffung eines internen Gesundheitsförderungsklimas durch geeignete Maßnahmen der Kommunikation wie auch die Schaffung adäquater interner Strukturen (Gesundheitsförderung braucht einen Ort im Unternehmen). Darüber hinaus muss das Unternehmen angemessene Ressourcen für die Durchführung von Maßnahmen sowohl auf der verhaltens- wie auch der verhältnispräventiven Ebene zur Verfügung stellen.
- Mitarbeiter bzw. deren gewählte Vertreter werden an den Planungen und Entscheidungen beteiligt: Besonderer Wert ist auf die Beteiligung der Mitarbeiter bei der Planung und Umsetzung betrieblicher Gesundheitsförderungsprojekte als ein wichtiger Erfolgsfaktor zu legen – nach dem Grundsatz: „Betroffene zu

Beteiligten machen!“ Das Erfahrungs- und Handlungswissen der Mitarbeiter spielt bei der Umsetzung und für den Erfolg eines Projektes im Betrieblichen Gesundheitsmanagement eine entscheidende Rolle.

- Nachweis des Nutzens für das Unternehmen: Der Beitrag des Betrieblichen Gesundheitsmanagements für den Unternehmenserfolg muss deutlich herausgearbeitet werden. Es fehlt bisher noch an fundierten, praktikablen Methoden zum Nachweis. Allerdings darf sich das Betriebliche Gesundheitsmanagement – wie Bieneck auch für den Arbeitsschutz betont – nicht in eine Abhängigkeit von ausschließlich ökonomischen Begründungen begeben (vgl. Bieneck 2000).

Gesundheitsmanagement im IT-Bereich – ein Praxisbeispiel

Im Folgenden wird ein Praxisprojekt vorgestellt, anhand dessen klar werden sollte, dass Betriebliche Gesundheitsförderung zu verstehen ist als ein komplexer Eingriff in ein soziales System, der über die Durchführung von Einzelmaßnahmen hinausgeht.

Das Unternehmen hat circa 170 Mitarbeiter. Der Einstieg in dieses BGM-Projekt erfolgte über ein Seminar zum Thema „Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung“. Übergreifendes Ziel war es, die Führungskräfte des Unternehmens für gesundheitliche Problemstellungen zu sensibilisieren und für den Gedanken des Betrieblichen Gesundheitsmanagements zu gewinnen. Darüber hinaus wurden folgende Ziele verfolgt:

- Verbesserung des Umgangs mit eigenen Belastungen
- Information über Auswirkungen des Führungsverhaltens auf Zufriedenheit, Wohlbefinden und Gesundheit der Mitarbeiter
- Verdeutlichung der Ressourcen von Führung
- Erweiterung der Verhaltensvarianten von Führungskräften.

Inhaltlich wurden folgende Schwerpunkte bearbeitet:

- Reflexion des eigenen Führungsverhaltens
- Stress auslösende interne und externe Belastungen
- Gesundheitsgerechter Umgang mit Belastungen
- Gesundheitsförderliche Ressourcen und Einflussmöglichkeiten von Führung
- Arbeit an Praxisbeispielen

In einem zweiten Schritt erfolgte dann die Einrichtung einer Arbeitsgruppe Gesundheit, in dem neben der Geschäftsführung der Leiter "Human Resources", Vertreter der Marketingabteilung und der Personalabteilung, auch ein externer Berater wie auch Mitarbeiter und Führungskräfte der vorrangig betroffenen Abteilungen beteiligt waren.

Ziele des BGM-Projektes aus Sicht der Firma und des AK waren:

- niedrigen Krankenstand halten
- höhere Mitarbeiterzufriedenheit

- Sensibilisierung der Führungskräfte für das Thema Gesundheit
- Verbesserung der Selbstverantwortung von Mitarbeitern und Führungskräften für ihre Fitness

Zusätzlich durch den Leiter „Human Resources“ formulierte Ziele waren:

- Gesundheitszustand der Mitarbeiter verbessern
- Image des Unternehmens erhöhen
- Arbeitszufriedenheit erhöhen
- Führungsstil verbessern
- Arbeitsqualität verbessern
- Produktivität erhöhen

In einem weiteren Schritt wurden die Analyseinstrumente festgelegt und erste Analysen veranlasst.

Zur Analyse der gesundheitlichen Belastungen und Ressourcen wurden folgende Verfahren eingesetzt:

- Analyse der Arbeitsunfähigkeiten einschließlich der Diagnosen auf der Basis von Krankenkassendaten (AU-Daten-Analyse)
- Mitarbeiterbefragung
- Arbeitsplatzbegehung
- Durchführung einer Gesundheitswerkstatt

Die AU-Daten-Analyse ergab einen Krankenstand von weit unter 2 %, er lag damit um einen Prozentpunkt unter dem Branchenvergleichswert; dieser sehr gute Wert war über mehrere Jahre stabil.

Die Mitarbeiterbefragung wurde von der Universität Koblenz-Landau durchgeführt. Ziel war, Belastungen wie auch Ressourcen (durch die ggf. Belastungen ausgeglichen werden) der Arbeit im Unternehmen zu ermitteln.

Die Ergebnisse auf der Ebene der gesundheitsförderlichen Faktoren (Ressourcen) im Folgenden:

- Die physikalischen Rahmenbedingungen (Räumlichkeiten, Schadstoffe, Lärm u.ä.) ergeben kaum Belastungen.
- Auch die allgemeinen Rahmenbedingungen der Arbeit werden als gut empfunden.
- Die Mitarbeiter loben, dass Sie an ihren Arbeitsplätzen große Handlungs- und Entscheidungsspielräume haben.
- Die quantitativen und qualitativen Anforderungen an die Tätigkeit werden als angemessen empfunden.
- Die Zusammenarbeit und Kommunikation mit Kollegen und Vorgesetzten und die erfahrene Anerkennung werden als besonders positiv hervorgehoben.

Angemessene Handlungsspielräume, soziale Unterstützung (sozial support durch Kollegen und Vorgesetzte), wie auch die Abwesenheit sowohl quantitativer wie qualitativer Überforderung gelten in der Arbeit- und Organisationspsychologie als protektive Faktoren. Durch die insgesamt oben benannten wichtigen gesundheitsförderlichen Faktoren kann auch eine hohe Arbeitseffizienz erreicht und erhalten werden.

Als belastend wurden folgende Faktoren angesprochen:

- Tätigkeit und Qualifikation weichen teilweise voneinander ab;
- die Beratungssituation beim Kunden wird als belastend empfunden;
- die Tätigkeit ist durch Schnellebigkeit geprägt, die Firma muss flexibel und schnell auf Kundenwünsche reagieren;
- ein Großteil der Arbeit ist Projektarbeit – es gibt Probleme, den Informationsfluss aufrecht zu erhalten.
- Hier ergeben sich Ansatzpunkte für Verbesserungen. Es werden Angebote entwickelt
- zur Verbesserung der beruflichen Entwicklungschancen
- und zur besseren Problembewältigung in Beratungssituationen.
- Das Problem der Schnellebigkeit ist nicht einfach zu lösen – Stressbewältigungsmaßnahmen auf der individuellen Ebene sind hier ein erster Schritt
- zur Verbesserung der Kommunikation zur weiteren Optimierung der Projektarbeit

Neben den Vorbereitungen in der AG Gesundheit und den Analysemaßnahmen liefen flankierende Veranstaltungen, die Gesundheit im Betrieb zum Thema machten, also sozusagen ein Gesundheitsförderungsklima im Betrieb schaffen sollten, wie Vortragsveranstaltungen zu den Themen „Fit am Bildschirm“, „Migräne/Kopfschmerz“, Gesundheitschecks, Fahrradtour etc.

Des Weiteren wurden folgende Maßnahmen geplant: Seminare zu den Themen „Gesundheitsgerechte Mitarbeiterführung“, Stressmanagement, Gewichtsreduktion, Nichtrauchertraining. Zur Evaluation wurden qualitative Interviews im Rahmen einer Diplomarbeit durchgeführt.

Auch wenn das hier vorgestellte Projektbeispiel noch nicht das Optimum an BGM darstellt, wird folgendes deutlich:

Im Sinne eines Organisationsentwicklungsprozesses hat sich hier ein Unternehmen auf den Weg gemacht, am Beispiel Entwicklung gesundheitlicher Potenziale zu lernen. Durch die Evaluation (Evaluation verstanden als zentrales Element organisationalen Lernens) werden Lerneffekte abgesichert. Es sind drei zentrale Elemente eines Organisationsentwicklungsprojektes mit dem Schwerpunkt betriebliches Gesundheitsmanagement zu erkennen: 1. Personalentwicklung (Optimierung beruflicher Entwicklungschancen), 2. Veränderungen in der Arbeitsgestaltung (Verbesserung der Beratungskompetenz und der Kommunikationsstrukturen), 3. individualpräventive Maßnahmen (Verbesserung der Stressbewältigungskompetenz).

Beratung

Gesundheitsförderung in Unternehmen wird auch heute noch in der Vielzahl der Fälle in Form punktueller Aktionen und mit einer inhaltlichen Orientierung an verhaltensbezogenen Handlungsstrategien durchgeführt. Das sind aber nur Teilaspekte einer Erfolg versprechenden unternehmenspolitischen Gesundheitsförderungsstrategie. Gesundheitsmanagement zielt, anders als ältere Konzepte der Prävention/Gesundheitserziehung, die primär an der Veränderung persönlichen Verhaltens orientiert waren, auf die Veränderung und Entwicklung sozialer Systeme. Betriebliches Gesundheitsmanagement ist also ein Organisationsentwicklungsansatz. Beratung in diesem Bereich ist demzufolge Organisationsberatung.

Gesundheitsmanagement ist zu verstehen als Intervention in ein soziales System und stellt sich dar als Entwicklungsprozess. Vor diesem Hintergrund verändert sich entscheidend die Arbeitsperspektive der Akteure im Feld des Gesundheitsmanagements und erfordert eine Umorientierung in den Beratungsstrategien und Qualifikationen der Akteure (vgl. Grossmann 1993, S. 43–60). In helfenden und heilenden Berufen wie auch im Erziehungs- und Wissenschaftsbetrieb – so Grossmann – ist die Ausbildung der Fachkräfte „auf den Umgang mit Individuen und kleinen Gruppen ausgerichtet. Gesundheitsförderung als Organisationsentwicklungsprozess erfordert Verständnis für die Entwicklungsbedingungen von komplexen sozialen Systemen und das Managen von Organisationsprozessen“ (Grossmann 1993, S. 44).

Prozessberatung

Die Beratung von Firmen ist vor dem oben beschriebenen Hintergrund als Prozessberatung angelegt und damit abgegrenzt von Expertenberatungsansätzen.

Expertenberatungsansätze sind oft ineffektiv. In vielen Fällen werden die von einem Experten (oft mit ingenieurwissenschaftlichem oder betriebswirtschaftlichem Hintergrund) erarbeiteten Gestaltungsvorschläge nicht umgesetzt. Teure Gutachten verschwinden in den Schubladen der Unternehmen.

Mehrere Gründe spielen in diesem Zusammenhang eine Rolle:

Zum Einen ist die Komplexität sozialer Systeme offenbar so groß, dass sich eine umfassende Darstellung von außen gar nicht bewerkstelligen lässt. Dies deutet darauf hin, „dass bei steigender Komplexität die Rationalität des sozialen Systems die Rationalität von Expertensystemen außerhalb übersteigt“ (König, Volmer 1994, S. 45).

Zum Anderen scheitern Expertenlösungen daran, dass die Maßnahmenumsetzung nicht ausreichend begleitet, die Frage der Anschlussfähigkeit an die vorfindliche Unternehmenskultur nicht berücksichtigt wird und die Partizipation der Organisation (Management, Führungskräfte und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter) nicht ausreichend abgesichert ist. In der Praxis sind deshalb Lösungen häufig besser, die aus dem System selbst heraus entwickelt wurden (vgl. König, Volmer 1994, S. 44 ff, Möller 2002, S. 17 f.).

Anbindung an die Unternehmenskultur und Partizipation werden eher durch einen Beratungsansatz ermöglicht, der die Mitglieder einer Organisation aktiv in den Organisationsentwicklungsprozess einbindet – und zwar in einem top-down- und bottom-up-Zugang. Das Management und die Führungskräfte müssen aktiv eingebunden werden, aber auch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind als Experten für ihre eigene gesundheitliche Situation ernst zu nehmen und einzubinden.

In BGM-Projekten gilt der Grundsatz: „Man kann betriebliches Gesundheitsmanagement nicht für ein Unternehmen oder seine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter machen, sondern nur mit ihnen. Die Betroffenen zu Beteiligten zu machen, ist als qualitätssicherndes Element zu verstehen.

In diesem Sinne ist es die Aufgabe des Beraters, Unternehmen bei der Gestaltung des Gesamtprozesses zu begleiten. Der Berater leistet Hilfe zur Selbsthilfe. Oder anders ausgedrückt: „Prozessberater involvieren den Klienten bei der Fixierung des Problems und unterstützen dessen eigene Problemlösekompetenz.“ (Möller 2002, S. 18, in Anlehnung an Schein). In diesem Beratungsansatz bleibt die Verantwortung beim beratenen System. Der Berater „vermittelt keine Rezepte, sondern Konzepte. Er bietet keine Vorgaben, sondern ‚Suchhilfen‘ an.“ (Becker/Langosch 1995, S. 30). Durch die aktive Mitwirkung der betroffenen Organisationsmitglieder am Prozess und an der Entwicklung von Lösungen werden die Kompetenz der Beteiligten wie auch die Identifikation mit den Ergebnissen erhöht – es entsteht Akzeptanz.

Im Sinne des Lernzirkelmodells bedeutet das für die externe Beratung: Begleitung beim Durchlaufen der Kernprozesse des betrieblichen Gesundheitsmanagements – also

- bei der Gestaltung von Strukturen und Kommunikationsprozessen im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements (Aufbau geeigneter Strukturen)
- bei der Analyse gesundheitlicher Problemlagen und Ressourcen (Analyse und Diagnose)
- bei der Entwicklung von Grob- und Feinzielen – und zwar in den Dimensionen Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität (Planung)
- bei der Umsetzungsplanung wie auch der Umsetzung (Planung und Umsetzung)
- bei der Bewertung im Sinne von Struktur-, Prozess- und Ergebnisevaluation (Auswertung).

Dieser Prozess ist als Lernzyklus angelegt: in der Auswertung erfolgt die Reflexion der Zielerreichung, und auf dieser Basis startet ein Neueinstieg in den Lernzyklus.

Qualifikation des Beraters

Betriebliches Gesundheitsmanagement braucht neben gesundheitswissenschaftlichem know-how spezifische Kenntnisse und Fähigkeiten aus den Bereichen Organisationsentwicklung, Organisationsberatung, Prozess- und Projektmanagement.

Organisationsentwicklung besteht nach Grossmann und Scala (2006, S. 54) in der Verknüpfung von Lernprozessen der beteiligten Personen und der Veränderung von Strukturen (OE = Personalentwicklung + Strukturentwicklung). Daraus abgeleitet sind folgende Dimensionen der Organisationsentwicklung (Grossmann/Scala 2006, S. 55):

Tabelle 2: Dimensionen der Organisationsentwicklung

	Ressourcenentwicklung	Kulturentwicklung
Personalentwicklung	Wissen, Kompetenz	Einstellungen, Werte
Organisationsentwicklung	Situative Möglichkeiten, Strukturen	Regeln, Sanktionen

Aus dieser Multiperspektivität ergeben sich vielfältige Anforderungen an das berufliche und persönliche Profil eines Beraters für Betriebliches Gesundheitsmanagement, wie:

- Kommunikations-, Kooperations-, Kontaktfähigkeit,
- Präsentations- und Moderationsfähigkeit, Fähigkeit zur Berichterstattung und zur Vermittlung von Wissen/Informationen
- Organisations-, Strukturierungs- und Koordinierungsfähigkeit, Fähigkeit zur Vernetzung unterschiedlicher Akteure (sowohl innerbetrieblicher wie auch externer Akteure)
- Fähigkeit zu konzeptionellem Arbeiten und zum Erkennen von Zusammenhängen
- salutogenetisches Verständnis von Gesundheit (vgl. auch Becker und Langosch 1995, S. 29 ff.).

Spezielle Fähigkeiten und Kenntnisse im Beratungsprozess sind:

- Fähigkeiten im Führen von Beratungsgesprächen, z.B. Akquise, Abschluss-sicherheit, Marktsondierung, Transparentmachung von Kunden-Nutzen, systemische Fragetechnik, flexible Reaktionen und Aktionen im Gespräch, Einschätzen der Gesprächspartner, Fähigkeit zum Zusammenfassen, Fokussieren, Argumentieren, Überzeugen etc.
- Erfassen und Interpretieren der Organisationsstrukturen/des -typus des Unternehmens
- prozessorientiertes Eingehen auf die Bedürfnisse des Unternehmens, Erkennen der Unternehmenskultur und Philosophie; Erkennen der Kräfteverhältnisse
- Fähigkeiten in der Umsetzung von Projektmanagementwissen
- Analyse, Bewertung, Ableitung/Beratung von Maßnahmen für das Unternehmen
- Entscheidungs- und Handlungsspielräume orten und thematisieren, d.h. Gespräch für Entscheidungsnotwendigkeiten durch Führung, Gespräch für Freiraum in der

Arbeit, Herausfiltern von notwendigen Entscheidungen und Transportieren dieser Notwendigkeit an Führung

- Beratungen, z.B. Organisations- und Unternehmensberatungen, Training allgemein und Kommunikation, Kooperation, Information u.ä., Abgrenzung zum therapeutischen Handeln,
- entwickeltes Beraterverständnis im Bereich BGM
- Sicherheit in theoretischen Grundlagen der Organisationsentwicklung (vgl. auch Baumgartner u.a. 1996, S 177 ff.)

Supervision im Rahmen von BGM-Projekten

Die bisherigen Ausführungen machen die Komplexität Betrieblicher Gesundheitsmanagementprojekte deutlich, wie auch die Anforderungen an Beratung in diesem Feld und auch an die Berater.

Die Tabelle 2 benennt die Dimensionen von Organisationsentwicklung, nämlich Personalentwicklung und Strukturentwicklung. Wenn Supervision eher den einzelnen Menschen im Blick hat und über die Veränderung einzelner Personen die Veränderung beruflicher Gesamtzusammenhänge anvisiert wird, während Organisationsberater die Modifikation von Systemen im Blick haben (vgl. Möller 2002, S. 20), dann verläuft hier offenbar die Trennungslinie zwischen Supervision und Organisationsentwicklung. Andererseits macht die Organisationsentwicklungsliteratur immer wieder deutlich, dass Änderungen der Organisationsstrukturen nicht ohne Änderungen der Organisationsmitglieder möglich sind (vgl. Becker/Langosch 1995, S. 18; Grossmann/Scala 2006, S. 55). Auf der Personalentwicklungsebene besteht die Anschlussfähigkeit der Supervision ganz offenkundig. Im Übrigen dürften die Basisqualifikationen von Supervisoren, ob sie nun aus der Sozialpädagogik, Sozialwissenschaft, Psychologie, Pädagogik oder Gesundheitswissenschaften stammen, ohnehin eine erhebliche Kompatibilität zu BGM-Prozessen aufweisen. Ansonsten spricht nichts dagegen, das persönliche Qualifikationsprofil um Organisationsentwicklungswissen und einen organisationsdiagnostischen Blick zu erweitern.

Baumgartner u.a. (1996, S. 173 ff) sehen die Rolle der Supervision in OE-Prozessen bei der Begleitung von Entwicklungsgruppen (z.B. Arbeitskreis Gesundheit, Steuergremium (vgl. Abschnitt Erfolgsfaktoren betrieblichen Gesundheitsmanagements, Entwicklung von bedarfsgerechten Umsetzungskonzepten in Zusammenarbeit mit den betrieblichen Akteuren)) und Projektleitung. Im Sinne einer evaluierenden Begleitung wären mit den Methoden der Supervision Reflexion der eigenen Rolle, Standortbestimmung, Neuorientierung etc. zu organisieren. Supervision könnte helfen, blinde Flecken aufzudecken und im Sinne einer Projektsupervision strukturierend wirken. So könnte Supervision Selbstreflexionsprozesse in Gang setzen und begleiten und so qualitätssichernd wirken. Auch Grossmann und Scala (2006, S. 156) plädieren für Supervision von BGM-Projektteams mit dem Ziel, an der eigenen Teamentwicklung zu arbeiten und die Arbeitsbeziehungen zu verbessern. Sie bringen den Supervisionsbedarf auf den Punkt, wenn sie schreiben:

„Ein so komplexes, langfristiges und anspruchsvolles Projekt (und das sind BGM-Projekte allemal, Anm. des Verf.) kann ohne externe Unterstützung in Form von Beratung und Supervision nicht befriedigend realisiert werden.“

Fazit

Das Projekt „Humanisierung der Arbeit“ steht angesichts der in den einleitenden Abschnitten beschriebenen gesellschaftlichen Entwicklungen und sich neu herauskristallisierenden gesundheitlichen Belastungen vor neuen Herausforderungen. Insgesamt hat betriebliches Gesundheitsmanagement in den letzten 15 Jahren erheblich an Bedeutung gewonnen, u.a. durch die Erweiterung des Präventionsauftrages für die Berufsgenossenschaften im Arbeitsschutzgesetz und durch die Beauftragung der Krankenkassen mit Aufgaben der Betrieblichen Gesundheitsförderung im Rahmen der Gesundheitsreform 2000. Durch das Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG) im Jahr 2007 wurde diese Aufgabe im Rahmen des § 20 a, SGB zur Pflichtaufgabe der Krankenkassen – und damit als Handlungsfeld der Krankenkassen noch gestärkt.

Der Gesetzgeber hat die Bedeutung des Betrieblichen Gesundheitsmanagement noch einmal durch die Regelungen des Jahressteuergesetzes 2009 (§ 3, Nr. 34 EStG und § 52 Abs. 4c EStG) unterstrichen, indem er Leistungen des Arbeitgebers zur Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustandes und der betrieblichen Gesundheitsförderung bis zu 500 Euro pro Mitarbeiter und Jahr von der Steuer- und Sozialversicherungspflicht befreit. Vor diesem Hintergrund wird der – in einigen Untersuchungen ermittelte – Bedarf an Beratung im Bereich „Betriebliches Gesundheitsmanagement“ in der Zukunft weiter zunehmen.

Literatur

- Antonovsky, A. (1979): Health, Stress, and Coping: New Perspectives on Mental and Physical Well-being, San Francisco/London.
- Arbeit & Ökologie Briefe, Nr. 16 vom 15.8.2001.
- Baumgartner, I./Häfele, W./Schwarz, M./Sohm, K. (1998): Die Prinzipien systemischer Organisationsentwicklung, Ein Handbuch für Beratende, Gestaltende, Betroffene, Neugierige und OE-Entdeckende, 5. Aufl., Bern/Stuttgart/Wien.
- Becker, H./Langosch, I. (1995): Produktivität und Menschlichkeit, Organisationsentwicklung und ihre Anwendung in der Praxis, 4. Aufl., Stuttgart.
- Bieneck, H.-J. (2000): Arbeitswelten von Morgen, in: Arbeitswelten von Morgen, hg. von Wieland, R./Scherrer, K., Wiesbaden.
- Eberspächer, H. (2002): Ressource ich – Der ökonomische Umgang mit Stress, München/Wien.
- Edelmann, M. u.a. (2000): Belastungen, Beanspruchungen und Ressourcen bei innerbetrieblichen Veränderungsprozessen, in: Arbeit & Ökologie Briefe 16 vom 15.8.2001.
- Gerlmaier, A. (2002): Zwischen Selbstverwirklichung und Selbstausbeutung. Die Arbeit in der New Economy und ihre Folgen für die Gesundheit und Lebensqualität, in: Techni-

- ker Krankenkasse (Hrsg.): (2002): Erfolgreich führen und gesund arbeiten in der New Economy, Dokumentation der Veranstaltung der Techniker Krankenkasse am 26. Februar 2002 in Hamburg.
- Grossmann, R. (1993): Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung – Organisationsentwicklung durch Projektmanagement, in: Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen, hg. von Pelikan, J.M. u.a., Weinheim/München.
- Grossmann, R., K. Scala (2006): Gesundheit durch Projekte fördern, 4. Aufl., Weinheim/München.
- Klatt, R. (2001): Arbeit, Virtualität, Netzwerke – Thesen zur Arbeit in der „Neuen Ökonomie“, in: Zwischen Selbstbestimmung und Selbstausbeutung – Gesellschaftlicher Umbruch und neue Arbeit, hg. von Martens, H. u.a., Frankfurt/New York: Campus, S. 103-116.
- König, E./Volmer, G. (1994), Systemische Organisationsberatung, Grundlagen und Methoden, 2. Aufl. Weinheim.
- Kuhn, T. (2002): Humanisierung der Arbeit: Ein Projekt vor dem erfolgreichen Abschluss oder vor neuartigen Herausforderungen?, in: Zeitschrift für Personalforschung, 16. Jg., Heft 3, S. 342-356.
- Lorenz, S./Kwinkenstein, G. (2002): Unternehmensreport swb Synor, Personalabbau und -entwicklung im Projekt „Aktiv in die Zukunft“, in: Human Resource Management, 35., Erg.-Lfg. Mai 2002, Pkt. 9.35.
- Möller, H. (2002): Schnittstellen zwischen Supervision und Organisationsberatung, in: Supervision, Aspekte organisationaler Beratung, hg. von H. Pühl, Berlin S. 9-23.
- Pühl, H. (Hrsg.) (2000): Supervision und Organisationsentwicklung, Leverkusen.
- Scala, K./Grossmann, R. (1997): Supervision in Organisationen, Veränderung bewältigen – Qualität sichern – Entwicklung fördern, Weinheim.
- Sennett, R. (2000): Der flexible Mensch, Berlin.
- Wieland, R. (2000): Arbeits- und Organisationsformen der Zukunft, in: Arbeitswelten von Morgen, hg. von R. Wieland, K. Scherrer, Wiesbaden.

Anschrift des Verfassers:

Gerhard Mahltig, Referent Gesundheitsmanagement, Techniker Krankenkasse, Bramfelder Straße 140, 22305 Hamburg

Katharina Gröning

Zeitantagonismus in der Altenhilfe und die Bedeutung der Supervision

Zusammenfassung: Unter Zuhilfenahme der Zeittheorie von Hartmut Rosa werden vor allem Beschleunigungen im Gesundheitswesen bzw. der Altenhilfe diskutiert. Darüber wird ein Verstehenszugang zum Stresserleben der Beschäftigten in der Altenhilfe ermöglicht, der nicht an der Person, an den frühen Konditionierungen oder Konflikten von Helfern oder an den Problemen des Habitus ansetzt. Rosas Theorie der Beschleunigung greift die Diskussionen aus der Perspektive der Entwicklung der Organisationen auf. Neben Theorien des Habitus und der Abwehr stellen Probleme der Beschleunigung wichtige Ergänzungen für die supervisorische Diagnose dar.

Zeitkultur und Zeitbewusstsein

Der Soziologe Hartmut Rosa hat in seiner Theorie der Beschleunigungen über die Veränderung der Zeitstruktur in der Moderne (2005) eine Theorie des Umgangs mit der Zeit und des Zeiterlebens entwickelt – und ich möchte mit dieser Theorie beginnen, weil ich damit die Hypothese verknüpfe, dass eine Integration von älteren Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern in die stationäre Altenhilfe nur möglich ist, wenn die Kultur der Zeit sowohl in der Institution als auch für die Lebenswelt der Bewohnerinnen und Bewohner für die Zukunft deutlicher reflektiert wird. Der stationären Altenhilfe fehlt ein für die Bestimmung ihrer Produktivität wichtiges Wissen – eine Zeittheorie. Zunächst mal unterscheidet Hartmut Rosa vier Dimensionen der Zeitkultur und des Zeitbewusstseins (Rosa 2005, S. 26): das occasionale Zeitbewusstsein, welches nur zwischen Jetzt und Nicht-Jetzt zu unterscheiden in der Lage ist, zweitens das zyklische Zeitbewusstsein, mit dem Prinzip vorher und nachher, dieses Zeitbewusstsein ist, wie der Name schon sagt, kreisförmig und auf die stete Wiederkehr ausgerichtet. An dritter Stelle steht das lineare Zeitbewusstsein, welches durch Kalender, Uhren und Zeiterfassung von der Vergangenheit durch die Gegenwart in die Zukunft gekennzeichnet ist und viertens das Zeitbewusstsein der Beschleunigung. Diese Veränderung des modernen Zeitbewusstseins, welches besonders durch die einhundertstel Sekundenmessung beim Sport und das Internet symbolisiert werden kann, zeichnet das Zeitbewusstsein der Gegenwart in besonderem Maße aus. Hartmut Rosa macht deutlich, dass diese Veränderung der Temporalstrukturen sich auf das Generationenverhältnis und auf die Stellung der Alten unumkehrbar auswirkt. Sie werden durch die Definition der Zeit als lineare Zeit