

Salutogenese am Arbeitsplatz

Die betriebliche Organisation von Gesundheit

von David Beck¹, Verena Bonn² und Gerhard Westermayer³

ABSTRACT

Arbeit ist ein Ort und ein Medium, in dem Handlungs- und Gestaltungsfähigkeit, Stolz, Freude und Anerkennung entwickelt, entfaltet und erlebt werden können. Eine in diesem Sinne „gesunde Arbeit“ ist nicht nur präventionswirksam, sondern kann sich auch günstig auf die Produktivität und Qualität der Arbeit auswirken. Ob und inwiefern das gelingt, ist kein Zufall, sondern Produkt der betrieblichen Organisation und Gestaltung der Arbeit und damit (re-)organisierbar. Wie dies praktisch geschehen kann und an welche Grenzen man in diesem Bemühen zweifelsohne auch stoßen kann, soll im vorliegenden Beitrag am Beispiel eines Branchenprojekts der BGF GmbH im Auftrag der AOK Berlin-Brandenburg für die stationäre und ambulante Pflege in Berlin anschaulich gemacht werden.

Schlüsselwörter: Betriebliche Gesundheitsförderung, Organisationsentwicklung, Arbeit, Arbeitsgestaltung, Survey Feedback, ambulante Pflege, stationäre Pflege

Work is a setting and a medium in which initiative, creativity, pride joy and recognition can be developed and realized to the full. „Healthy work“ in this sense is not merely preventive in effect but can also exert a beneficial influence on the productivity and quality of work. Whether and to what extent this occurs is not a matter of chance but a product of workplace organization and job design, i.e. (re)organizable factors. The article describes how this can be practically managed and discusses the inevitable limitations that such efforts may encounter, taking the example of a health sector project carried out by BGF GmbH on behalf of the AOK Berlin-Brandenburg on inpatient and outpatient long-term care in Berlin.

Keywords: occupational health management, organizational development, work, job design, survey feedback, inpatient care, outpatient care

1 Einleitung

Arbeit kann ohne Frage eine Quelle von Überforderung, Krankheit und Leiden sein. Nach Angaben des statistischen Bundesamtes (*Destatis 2009*) litten im Jahr 2007 nach Selbsteinschätzung der Erwerbstätigen gut sechs Prozent unter arbeitsbedingten Gesundheitsbeschwerden. Im von der BGF GmbH im Auftrag von Health Capital, AOK Berlin-Brandenburg und der Barmer Ersatzkrankenkasse angefertigten länderübergreifenden Gesundheitsbericht mit Daten von rund 620.000 gesetzlich krankenversicherten Arbeitnehmern zeigt sich eine weitere Verschlechterung für die Jahre 2008 und das erste Halbjahr 2009: ein dramatischer Anstieg von psychisch-psychia-

trischen Krankheitsarten sowie erstmalig in der Geschichte der Krankenstandsstatistik ein Anstieg des Krankenstandes während einer Rezession (*Westermayer und Brand 2009*).

Die vorbeugende Verhütung solcher arbeitsbedingten Gesundheitsgefährdungen ist unter anderem ein im Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) gesetzlich kodifiziertes Ziel des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes. Ein weiteres hier definiertes Ziel ist die „menschengerechte Gestaltung der Arbeit“ – eine Zielsetzung, die deutlich über die Prävention von Krankheit hinausgeht und das berührt, was wir in diesem Beitrag als „betriebliche Organisation von Gesundheit“ in den Fokus rücken und anschaulich machen wollen. Denn Arbeit ist ohne Zweifel auch ein Ort und ein Medium, an und in dem

¹Dipl.-Soz. David Beck, Dorotheastraße 26 · 10318 Berlin · Telefon: 030 28093-223 · Telefax: 030 28093-224
E-Mail: dbeck@beck-beratung-berlin.de

²Dipl.-Psych. Verena Bonn, Gesellschaft für Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) · Manfred-von-Richthofen-Straße 15 · 12101 Berlin
Telefon: 030 7809-6241 · Telefax: 030 7809-6242 · E-Mail: verena.bonn@bgf-berlin.de

³Dr. phil. Dipl.-Psych. Gerhard Westermayer, Gesellschaft für Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) · Manfred-von-Richthofen-Straße 15
12101 Berlin · Telefon: 030 7809-6241 · Telefax: 030 7809-6242 · E-Mail: gerd.westermayer@bgf-berlin.de

Handlungs- und Gestaltungsfähigkeit, Stolz, Freude und Anerkennung entwickelt, entfaltet und erlebt werden können. Es gibt kaum ein anderes Setting menschlich-gesellschaftlichen Lebens, in dem in so bedeutsamem Umfang Erfahrungen von Gesundheit, also Erfahrungen einer Balance zwischen den persönlichen Zielvorstellungen und Bedürfnissen sowie den Anforderungen und Möglichkeiten der Umwelt vermittelt werden können. Anschaulich macht dies etwa Jahoda in ihrer Soziographie der Arbeitslosen von Marienthal, mit der sie am Verlust der Erwerbsarbeit deren materielle und latente Funktionen identifiziert und bewertet (Jahoda et al. 1933/1975): Arbeit verpflichtet alltäglich zur Betätigung, sie stellt Herausforderungen, die es zu meistern gilt und vermittelt so die Entwicklung und Erfahrung von Handlungs- und Gestaltungsfähigkeit. Arbeit vermittelt eine Zeitstruktur und mit der Entlohnung auch materielle Ressourcen, die weitere Möglichkeiten zur Kontrolle über die eigenen Lebensumstände erlauben. Arbeit kann Ziele und Zwecke und darüber Sinn des eigenen Tuns vermitteln und sie bietet Möglichkeiten der Entwicklung und des Erlebens von sozialem Kontakt, von Gemeinschaft.

Arbeit hat also ganz offenbar gesundheitsförderliche Potenziale, die es gilt, in einem systematisch und reflektiert betriebenen Prozess der Potenzialentwicklung im Betrieb zu identifizieren, zu heben und/oder zu erhalten. Wie dies praktisch geschehen kann und an welche Grenzen man in diesem Bemühen zweifelsohne auch stoßen kann, soll im vorliegenden Beitrag am Beispiel eines Branchenprojektes der AOK Berlin für die stationäre und ambulante Pflege in Berlin anschaulich gemacht werden. Das damit veranschaulichte Vorgehen ist kein Zufallsprodukt, sondern ein theoretisch fundierter und praktisch erprobter Ansatz, der auf den Konzepten der Gesundheitsförderung und Salutogenese auf der einen Seite und dem Konzept und den Methoden der Organisationsentwicklung auf der anderen Seite aufbaut. Diese theoretischen Bezüge und Begrifflichkeiten sollen dem Praxisbeispiel voran im Folgenden kurz vorgestellt werden.

2 Gesundheitsförderung, Gesundheit und Salutogenese

Gesundheitsförderung ist ein politisches Konzept, dessen Inhalte und Ziele 1986 (grundlegend) in der Charta der ersten internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa kodifiziert wurden. Dort heißt es: „Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen, sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl Einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern beziehungsweise sie verändern

können“ (zitiert nach: *Franzkowiak und Sabo 1998*). Gesundheitsförderung ist damit eine Strategie der Intervention in die Lebens- und Handlungsbedingungen von Menschen, die auf den Möglichkeiten und Fähigkeiten der Menschen zur selbstbestimmten und situationsadäquaten Gestaltung ihrer Umwelt aufbaut und diese zu erhalten und weiter zu entwickeln sucht (Empowerment) (*Schnabel 2007*).

Daran gebunden ist unter anderem die Erwartung, dass die Fähigkeiten und Chancen der Menschen zur Belastungsverarbeitung erhöht werden und mithin die Wahrscheinlichkeit von Überforderung und Erkrankung gesenkt wird (*Rosenbrock und Michel 2007*). Gesundheitswissenschaftlich gut begründet wurde diese Erwartung vor allem durch die Theorien und Befunde der Stressforschung. Diese folgten nicht mehr ausschließlich einem Vulnerabilitätskonzept, das untersucht, wie Belastungen pathogenetisch wirksam werden, sondern sie folgten auch der Frage, welche protektiven Ressourcen die Belastungsbewältigung (Coping) unterstützen. Prominent geworden sind hierfür unter anderem die Stress- und Coping-Theorie von Richard Lazarus und Susan Folkman, das Hardiness-Konzept von Suzanne Kobasa und Mitarbeitern sowie – wohl allen anderen voran – die Salutogenese-Theorie von Aaron Antonovsky (*Lazarus und Folkman 1984; Kobasa et al. 1982; Antonovsky 1979; Antonovsky 1997*).

Während der Pathogenese-Ansatz von der Prämisse ausgeht, dass normalerweise selbstregulierende, homöostatische Prozesse hin und wieder gestört werden, beruht Antonovskys Salutogenese-Ansatz auf der Prämisse, dass Heterostase, Unordnung und ein ständiger Druck in Richtung auf zunehmende Entropie prototypisches Charakteristikum des menschlichen Organismus ist. Demzufolge müsste, so Antonovsky, die Selbstregulation des Organismus weniger durch Homöostase, als vielmehr durch permanente Überwindung der Heterostase charakterisiert werden. Unter diesen Vorzeichen erschien ihm und den anderen Stressforschern weniger die Frage relevant, welche Bedingungen und/oder Faktoren den Organismus stören und Krankheit induzieren, als vielmehr die Frage, unter welchen Bedingungen es Menschen möglich ist, die Ordnung aufrechtzuerhalten und im Bemühen um kontinuierliche Heterostase-Überwindung funktionsfähig zu bleiben.

Geprägt von dieser Sichtweise hat sich in der Gesundheitsforschung mittlerweile ein mehrdimensionales und prozessuales Verständnis von Gesundheit durchgesetzt, nach dem Gesundheit als kontinuierliche Handlungsaufgabe beziehungsweise als transaktional zu bewirkende Balance zwischen den individuellen Bedürfnissen und den individuellen (obgleich sozial-ökologisch vermittelten) Möglichkeiten ihrer Realisierung begriffen wird (z.B. *Hurrelmann 2000*).

Gesundheitsförderung muss unter Zugrundelegung dieses Verständnisses von Gesundheit – und hier schließt sich der Kreis vom Empowerment-Konzept der Gesundheitsförderung zur gesundheitswissenschaftlichen Konzeption der Salutogenese – auf die Herstellung der Bedingungen zielen, die es Menschen möglich machen oder sie dabei unterstützen,

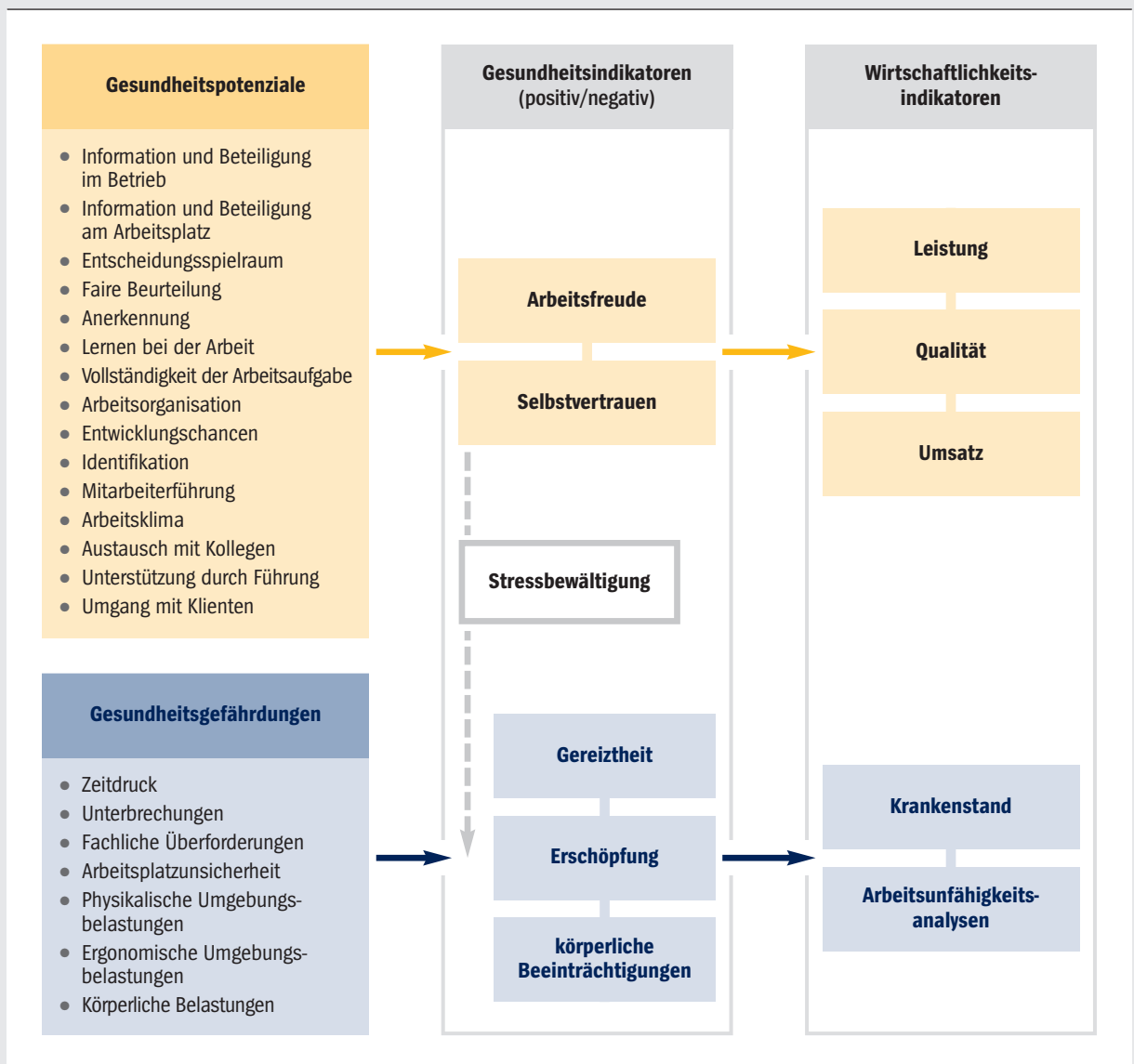
diese individuelle Gesundheitsbalance selbst und aktiv herzustellen. Spätestens seit Lazarus und Folkman werden solche Bedingungen weit verbreitet als Ressourcen bezeichnet (Lazarus und Folkman 1984). Solchen Ressourcen ist gemein, dass sie Erfahrungen der Konsistenz, Belastungsbalance und Teilhabe an der Gestaltung des Ergebnisses ermöglichen (Antonovsky 1979). Ein solches als mehr oder weniger kohärent erlebtes Interaktionsmuster von Mensch und Umwelt kondensiert Antonovsky zufolge in einem mehr oder weniger

starken Sense of Coherence (Antonovsky 1997). Dieser ist von ihm definiert als ein grundlegendes Vertrauen darin, dass

- die Anforderungen, die sich im Laufe des Lebens aus der inneren und äußeren Umgebung ergeben, strukturiert, vorhersehbar und erklärbar sind,
- die Ressourcen zur Verfügung stehen, um diesen Anforderungen begegnen zu können und
- diese Anforderungen Herausforderungen sind, die Anstrengungen und Engagement lohnen.

ABBILDUNG 1

Modell zur Diagnose betrieblicher Gesundheit



Quelle: BGF-Gesellschaft für Betriebliche Gesundheitsförderung mbH 2010; Grafik: G+G Wissenschaft 2010

3 Betriebliche Gesundheitspotenziale

Unter Bezugnahme auf diese Konzeptionen stellt sich für die betriebliche Organisation von Gesundheit die Frage, unter welchen Bedingungen die im Betrieb arbeitenden Menschen gesundheitsförderliche Erfahrungen der Konsistenz und Belastungsbalance sowie Teilhabeerfahrungen machen oder zukünftig machen könnten. Ob und inwiefern dies gelingt, lässt sich nicht nur an epidemiologisch bewährten Maßen wie dem Sense of Coherence (SOC) messen. Dies lässt sich genauso gut daran ablesen, ob und in welchem Ausmaß die Erzählungen der Beschäftigten oder Ergebnisse von Beschäftigtenbefragungen von Arbeitsfreude/Arbeitsstolz und Selbstvertrauen künden (Beck 2003; Beck et al. 2005). Im Gegensatz zu Maßen gesundheitlicher Beeinträchtigung, Krankheitsmaßen oder Krankenstand informieren sie als „Statthalter von Gesundheit“ (Beck et al. 2005) darüber, wie die Beschäftigten ihre Möglichkeiten sowie die Sinnhaftigkeit erleben, im Betrieb beziehungsweise in der Arbeit eine Gesundheitsbalance zu entwickeln und zu erhalten. Die arbeits- und gesundheitswissenschaftliche Forschung hat eine ganze Reihe von Arbeitsbedingungen und -gestaltungsmerkmalen identifiziert, die in diesem Sinne für die Gesundheitsförderung relevant sind und die sich darüber sowohl auf die Entwicklung des Krankheitsgeschehens als auch auf Maße der Wirtschaftlichkeit des Unternehmens auswirken können (Abbildung 1). Dazu gehören vor allem Identifikationsmöglichkeiten, Kontroll- und Entscheidungsspielräume, soziale Unterstützung durch Kollegen und Vorgesetzte, herausfordernde und vollständige Arbeitsaufgaben sowie Anerkennung der Arbeitsleistungen und Person gleichermaßen (Böhm 2008; Westermayer und Mucha 2007).

4 Die betriebliche Organisation von Gesundheit durch Organisationsentwicklung

Eine in diesem Sinne „gesunde Arbeit“ kann nicht verordnet oder in einem mechanistischen Sinne implementiert werden, sondern muss unter Bezugnahme auf die im Betrieb bestehenden Regeln und Ressourcen entwickelt werden. Dies geschieht in einem systematisch gesteuerten und idealerweise fortlaufend geführten Prozess der Reflexion, Identifikation und gegebenenfalls Veränderung von Praktiken der im Betrieb Tätigen im Hinblick darauf, ob und inwiefern sie eher gesundheitsförderliche Erfahrungen von Arbeitsfreude/Arbeitsstolz und Selbstwirksamkeit begünstigen oder eher gesundheitsbeeinträchtigende Erfahrungen von Inkonsistenz, Überforderung und mangelnder Teilhabe an der Gestaltung des Outcomes. Als ein hierfür besonders hilfreiches Instrument (der Organisationsentwicklung) hat sich die Survey-Feedback-Methode, die auch in dem im Folgen-

den beschriebenen Praxisprojekt zum Einsatz kam, erwiesen (Westermayer und Wellendorf 2004; Bonn 2008).

Bei dieser Methode werden in einem ersten Schritt über eine standardisierte schriftliche Befragung die Wahrnehmungen der Beschäftigten von Kontroll- und Entscheidungsspielräumen, Anerkennung etc. auf der einen Seite und von Belastungskonstellationen wie Zeitdruck, Unterbrechungen und Störungen auf der anderen Seite erhoben. In einem zweiten Schritt werden diese Gesundheitspotenziale und Gesundheitsrisiken mittels multivariabler statistischer Verfahren im Hinblick auf ihre Relevanz zur Erklärung der Varianzen von Arbeitsfreude/Arbeitsstolz und Selbstwirksamkeit auf der einen Seite sowie Maßen von Stress und Krankheit auf der anderen Seite geprüft. Betriebs- oder abteilungsübergreifende Benchmarks können dazu genutzt werden, Best Practices zu identifizieren oder die Möglichkeiten des Erreichbaren im Setting sichtbar zu machen. In einem dritten Schritt werden in professionell begleiteten Datenfeedback-Workshops mit den Beschäftigten Erklärungen für die gefundenen Beziehungen gesucht beziehungsweise es wird versucht, diese in konkreten, handhabbaren Alltagssituationen „dingfest“ zu machen. Auf dieser Basis können die betrieblich relevanten Bestimmungsmerkmale gesunder Arbeit definiert werden, Optimierungsmöglichkeiten geplant und Optimierungserfolge evaluiert werden (eine ausführlichere Darstellung des Ansatzes findet sich bei Westermayer und Stein 2006).

5 Die betriebliche Organisation von Gesundheit am Beispiel eines Projekts für die Berliner Pflegebranche

5.1 Warum dieses Projekt?

Angesichts der demografischen Daten für Deutschland überrascht es wohl niemanden ernsthaft, dass die Anzahl der Pflegebedürftigen und damit auch der Bedarf an qualifiziertem Pflegepersonal in den letzten Jahren deutlich gestiegen ist. Dieser Umstand steht im Konflikt mit dem Fakt, dass viele Pflegekräfte vorzeitig aus dem Beruf aussteigen, weshalb bereits 2002 eine europäische Längsschnittstudie mit dem Titel Nurses' Early Exit Study (NEXT) begonnen wurde. Aus der Gesundheitsberichterstattung ist außerdem ersichtlich, dass im Gesundheitswesen wiederholt ein hoher Krankenstand zu verzeichnen ist (Westermayer und Brand 2009). Entsprechend wächst der Handlungsdruck auf die in der gesetzlichen Pflicht stehenden Akteure, die Gesundheit der Beschäftigten und die Beschäftigungsfähigkeit bis ins hohe Alter zu fördern. Die AOK Berlin hat daher die BGF GmbH damit beauftragt, für die ambulante und stationäre Pflege eine Analyse zu erstellen mit dem Ziel, branchenspezifische Einflussgrößen auf die Gesundheit in Form von Gesundheitspotenzialen und Gesundheits-

gefährdungen (Abbildung 1) zu ermitteln, um auf dieser Basis geeignete Maßnahmen zur Gesundheitsförderung abzuleiten. Dazu wurde ein Steuerkreis gebildet, in dem alle relevanten Akteure der Pflegebranche repräsentiert waren. Neben den Geschäftsführern und Betriebsräten der teilnehmenden Träger waren im Steuerkreis auch die Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW), die Industrie und Handelskammer (IHK) und die auftraggebende AOK Berlin als institutionelle Partner am Projekt beteiligt. Gemeinsam wurde der Fragebogen für die Beschäftigtenbefragung an die Gegebenheiten in der Pflege angepasst und die abzufragenden soziodemografischen Kategorien erarbeitet. Mit einem gemeinsamen Fragebogen wurden dann 916 Beschäftigte aus 40 ambulanten und stationären Einrichtungen von elf Trägern befragt. Bezogen auf die Anzahl der in diesen Einrichtungen adressierten Beschäftigten entsprach dies einer Rücklaufquote von 33 Prozent.

5.2 Ergebnisse der Branchenbefragung

Die Auswertung der Fragebögen zeigte, dass die Befragten mehr Arbeitsfreude und Selbstvertrauen als die Befragten anderer Branchen wahrnehmen, aber auch stärker gereizt, erschöpft und körperlich beeinträchtigt sind. Bei den Gesundheitspotenzialen zeigt sich eine hohe Zufriedenheit im Umgang mit den Klienten. Darüber hinaus wurden die Information und Beteiligung am Arbeitsplatz, Arbeitsorganisation, Entscheidungsspielräume und Entwicklungschancen positiver als in anderen Branchen eingeschätzt. Kritischer antworteten die Befragten hingegen auf die eher weichen Faktoren wie Anerkennung, Mitarbeiterführung und Arbeitsklima. Als Haupt-Gesundheitsgefährdungen wurden der hohe Zeitdruck, die Schwierigkeit, Pausen zu nehmen, und die körperlichen Belastungen angegeben.

Multivariable Regressionsanalysen zeigten, dass die Arbeitsfreude vor allem durch den Umgang mit den Klienten, die Lernmöglichkeiten bei der Arbeit und auch die Identifikation mit der eigenen Arbeit und der Einrichtung entsteht (Tabelle 1). Allein diese drei Aspekte tragen zu rund 40 Prozent dazu bei, dass sich Arbeitsfreude entwickeln kann. Das Selbstvertrauen der Beschäftigten wird vor allem durch die Einschätzung fachlicher Überforderungen, durch den Umgang mit Klienten sowie durch die wahrgenommenen Entscheidungsspielräume beeinflusst. Die Negativindikatoren der Gesundheit (Gereiztheit, Erschöpfung und körperliche Beeinträchtigungen) werden vorwiegend durch Fairness vor allem im Umgang mit Fehlern, durch Zeitdruck und körperliche Belastungen beeinflusst.

Die Auswertung der soziodemografischen Kategorien zeigte, dass Pflegehelfer Gesundheitspotenziale in deutlich geringerem Ausmaß wahrnehmen als examinierte Pflegekräfte. So beurteilen Pflegehelfer mit einjähriger Ausbildung das Ausmaß von insgesamt neun Gesundheitspotenzialen (insbesondere Entscheidungsspielraum, Identifikation, Infor-

mation und Beteiligung, Lernen bei der Arbeit, Entwicklungschancen sowie Arbeitsklima und Mitarbeiterführung) signifikant niedriger als Altenpfleger oder Krankenschwestern mit dreijähriger Ausbildung. Außerdem werden drei Gesundheitsgefährdungen (insbesondere körperliche Beeinträchtigungen) signifikant stärker wahrgenommen. Entsprechend zeigen sich auch bei der Einschätzung der eigenen Gesundheitsindikatoren deutliche Unterschiede zu Ungunsten der Pflegehelfer.

5.3 Ergebnisse der Datenfeedback-Workshops

Die Ergebnisse wurden zunächst den Führungskräften der Träger im Rahmen von Workshops vorgestellt und mit ihnen diskutiert. Anschließend wurde mit den Mitarbeitern über das Ergebnis diskutiert und es wurden gemeinsam die Best-Practice-Vorgehensweisen als auch Verbesserungsvorschläge erarbeitet. Diese wurden im Anschluss den Führungskräften präsentiert und die Umsetzung nach Möglichkeit geplant.

Es zeigte sich, dass sich in der Wahrnehmung der Pflegekräfte die Tätigkeit in der Pflege in den letzten Jahren stark gewandelt hat. Pfl egetätigkeiten werden in minutengenaue Takte eingeteilt, Pflegemittel reglementiert, der Dokumentationsaufwand und Neuregelungen haben sich vervielfacht und die Anzahl an stark pflegebedürftigen Personen ebenfalls, sodass zur eigentlichen Betreuung im ganzheitlichen Verständnis immer weniger Zeit bleibt. Diese Belastungen, die sich auch in den Daten der Befragung widerspiegeln (hoher Zeitdruck; wenig Möglichkeiten, in Ruhe Pausen zu machen; ständige Unterbrechungen; starke körperliche Belastungen), sind in Kombination mit der geringen monetären Anerkennung der geleisteten Arbeit sehr belastend für die Pflegekräfte. Dennoch gibt es Einrichtungen, in denen die Pflegekräfte mit viel Arbeitsfreude, Selbstvertrauen und Kraft ihrer Arbeit nachgehen. Die Gründe hierfür können in den „Treiberpotenzialen“ gefunden werden. Unter Treiberpotenzialen verstehen wir die durch die multivariable Regressionsanalyse ermittelten Gesundheitspotenziale, welche den größten Einfluss auf den Erhalt und die Herstellung von Gesundheitsindikatoren haben.

Die Einrichtungen im untersuchten Sample, deren Mitarbeiter bei diesen Potenzialen am positivsten geantwortet haben, werden im folgenden Benchmark-Einrichtungen genannt. So wird zum Beispiel die fehlende äußere Anerkennung vor allem durch die Anerkennung und den befriedigenden Umgang mit den Klienten ausgeglichen. Darüber hinaus sehen Mitarbeiter von Einrichtungen mit einem klaren, gelebten Leitbild den Wert ihrer Pflege deutlicher, sodass die Identifikation mit der eigenen Tätigkeit und Einrichtung leichter fällt. Die Identifikation wiederum gibt eine Orientierung im ständigen Wandel, verhindert permanente Kraftanstrengungen durch Infragestellen der eigenen Arbeit und führt zu Arbeitsfreude und Engagement. Des Weiteren nehmen die Beschäftigten von Einrichtungen mit einer hohen

TABELLE 1

Einfluss von Gesundheitspotenzialen und/oder -gefährdungen auf Gesundheitsindikatoren – Ergebnisse einer Regressionsanalyse

Pflegerbranche gesamt		Einflussfaktoren		
		1. Einflussfaktor	2. Einflussfaktor	3. Einflussfaktor
Gesundheitsindikatoren	• Arbeitsfreude	Umgang mit Klienten	Lernen bei der Arbeit	Identifikation mit der Arbeit
	Varianzaufklärung: 40,2	0,38	0,26	0,18
	• Selbstvertrauen	keine fachlichen Überforderungen	Umgang mit Klienten	Entscheidungsspielraum
	Varianzaufklärung: 20,8	0,24	0,22	0,21
	• keine Gereiztheit	kein Zeitdruck	faire Beurteilung	Umgang mit Klienten
	Varianzaufklärung: 38,7	0,30	0,30	0,28
	• keine Erschöpfung	faire Beurteilung	keine körperlichen Belastungen	kein Zeitdruck
Varianzaufklärung: 40,2	0,30	0,28	0,26	
• keine körperlichen Beeinträchtigungen	keine körperlichen Belastungen	faire Beurteilung	keine Unterbrechungen	
Varianzaufklärung: 32,5	0,37	0,23	0,15	

Interpretationshinweis: Die Zahlen bei den Einflussfaktoren zeigen einen „Je-mehr-desto-mehr-Zusammenhang“ an.
1 = absoluter Zusammenhang, 0 = kein Zusammenhang

Quelle: AOK Berlin-Brandenburg,
BGF GmbH 2009; Branchenprojekt Pflege, unveröffentlichter Projektbericht

Grafik: G+G Wissenschaft 2010

Potenzialausprägung als entlastend wahr, dass klare Regelungen zur Kommunikation bestehen: Dienstbesprechungen werden regelmäßig und kaskadenförmig durchgeführt, damit Informationen möglichst schnell „nach unten“ gelangen, die Führungskräfte sind verlässliche Ansprechpartner für ihre Mitarbeiter und unterstützen diese bei Schwierigkeiten und schließlich werden Mitarbeitergespräche turnusmäßig mit allen Mitarbeitern durchgeführt, sodass auch eigene Anliegen genügend Raum finden. Darüber hinaus stellte sich als entscheidend für das eigene Stressniveau heraus, ob die Beschäftigten den Eindruck haben, dass ihre Vorgesetzten ihnen Rückendeckung geben. So konnte zum Beispiel herausgearbeitet werden, dass der faire Umgang mit Fehlern vor allem bei Bewohner- oder Angehörigenbeschwerden bei den Beschäftigten Stress reduziert. In den Benchmark-Einrichtungen stehen die Führungskräfte klar und unterstützend hinter ihren Mitarbeitern und lassen sich von der Annahme leiten, dass diese gute Arbeit leisten. In diesen Einrichtungen wenden sich die Mitarbeiter auch von sich aus an ihre Vorgesetzten, wenn sie Probleme mit Angehörigen oder Bewohnern haben. In anderen Einrichtungen hingegen tadeln Führungskräfte aus einer falsch verstandenen Dienstleistungsorientierung ihre Mitarbeiter unter Umständen sogar zu unrecht öffentlich für vermeintlich unterlassene Aufgabenerfüllung. In einem geschilderten Fall wurde zum Beispiel festgestellt, dass ein Bewohner der Pflegeeinrichtung aufgrund seiner demenziellen Erkrankung vergessen hatte, dass eine Leistung erfolgt war. In einem unterstützenden

Klima werden dagegen die vorhandenen Entscheidungsspielräume von den Mitarbeitern gern genutzt, um Neues hinzuzulernen und die eigenen Ressourcen zu stärken.

Die Diskussion der Ergebnisse zur offenbar systematisch schlechteren Situation der Pflegehelfer zeigte, dass diese in der Vergangenheit stark in ihrer Kompetenz beschnitten wurden. Neue Regelungen zur Dienstübergabe und medizinischen Betreuung (nur noch durch examinierte Kräfte) sowie zu halbjährlichen Kontrollen der Eignung durch die Altenpfleger oder Krankenschwestern bewirkten, dass weniger Gesundheitspotenziale (Information und Beteiligung, Lernen bei der Arbeit, Entscheidungsspielraum, Identifikation etc.) wahrgenommen werden konnten, während körperlich belastende Tätigkeiten stark zunahmten. Entsprechend wurden in den Besprechungen der Ergebnisse viele Vereinbarungen getroffen, wie die Pflegehelfer in Zukunft wieder stärker in die fachliche Arbeit (vor allem in Dienstübergaben) integriert werden können.

5.4. Optimierungsmaßnahmen

Im Rahmen der Workshops mit den Beschäftigten wurden viele Verbesserungsmaßnahmen erarbeitet, um Stressfaktoren wenn möglich abzubauen und Potenziale aufzubauen. Hierbei wurde das Wissen aus den Benchmark-Einrichtungen genutzt, um gute Vorgehensweisen nach Möglichkeit zu übertragen, zum Beispiel Regelungen zur Gesprächskultur. Auch in den Best-Practice-Einrichtungen wurden noch weitere

hende Maßnahmen angestoßen, die ebenfalls die Klarheit der Kommunikation betrafen. So wurde in einer kleineren Einrichtung, die durch Anbau plötzlich stark angewachsen ist, im Workshop mit allen Mitarbeitern festgelegt, dass sich alle Mitarbeiter untereinander grüßen wollen, wenn sie sich begegnen und vorstellen beziehungsweise den Namen des anderen erfragen, wenn dieser unbekannt ist. Dies wurde verbunden mit der Erweiterung des Einarbeitungsleitfadens neuer Mitarbeiter. In anderen Einrichtungen wurden bereichsübergreifende Treffen geplant, um den Kontakt im Haus und die Zusammenarbeit noch mehr zu verbessern. Gemeinsam mit der AOK Berlin werden in diesem Jahr einrichtungsübergreifende Workshops zu den ermittelten Treiberpotenzialen und den Möglichkeiten ihrer Hebung in den Einrichtungen durchgeführt. Hierbei wird der Kreis der Einrichtungen auf alle, die Bedarf sehen, erweitert. Zusätzlich werden Schulungen für Führungskräfte zur Gesprächsführung sowie zum persönlichen Stressmanagement angeboten. Ein aus der Befragung abgeleiteter Kurzfragebogen soll neuen Trägern beziehungsweise Einrichtungen die Analyse des Ist-Zustandes und die Einordnung in die Branche erleichtern. Für die beteiligten Träger kann er zu Evaluationszwecken verwendet werden.

Mit diesen Maßnahmen, die sich am Aufbau von Gesundheitspotenzialen orientieren, können vorhandene Belastungen sinnvoll abgepuffert werden und die Gesundheit und Handlungsfähigkeit der Beschäftigten wirksam gefördert werden. Dennoch bleiben starke Belastungen durch vor allem aufgrund von Sparzwängen getroffene Regelungen, die kaum von einzelnen Einrichtungen verändert werden können. Diskussionen zur Verkürzung von Ausbildungszeiten von Pflegehelfern oder das in Berlin bereits verstärkte Angebot an Kurzausbildungen dürften angesichts der oben beschriebenen Ergebnisse wohl kaum zu einer Verbesserung der Situation der Pflegehelfer beitragen, sondern eher zu einer Verschärfung des Problems.

6 Fazit

Wie am Beispiel der Pflegebranche zu veranschaulichen versucht wurde, liegen in betrieblich organisierter Arbeit nicht nur Risiken der Überforderung und für Krankheit und Leiden, sondern eben auch sehr große Chancen, gesundheitsförderliche Erfahrungen der Konsistenz, der Belastungsbalance und der Teilhabe an der Gestaltung zu machen. Arbeit ist ein Medium, in dem Handlungs- und Gestaltungsfähigkeit, Stolz, Freude und Anerkennung entwickelt, entfaltet und erlebt werden können. Eine in diesem Sinne gesunde Arbeit ist nicht nur präventionswirksam, sondern kann sich auch günstig auf die Produktivität und Qualität der Arbeit auswirken. Ob und inwiefern das gelingt, ist kein Zufall, sondern Produkt der betrieblichen Organisation und Gestaltung der Arbeit und damit (re-)organisierbar. Insofern ist der Betrieb immer auch ein Ort, in dem ein Mehr oder Weniger an

Gesundheit organisiert werden kann. Darin liegen die heute von kaum jemandem noch bezweifelten Chancen der Betrieblichen Gesundheitsförderung.

Bei alledem muss aber bewusst sein und bleiben, dass die Frage, ob und inwiefern diese Chancen genutzt werden, nur in begrenztem Maß eine Frage von Techniken und Methoden der Organisationsentwicklung ist, sondern in erster Linie eine Funktion der bestehenden Deutungsangebote, Zeitressourcen, materiellen Ressourcen und vor allem Machtverhältnisse im Betrieb. Die vielfach geübten Reden von Win-Win-Situationen oder Definitionen eines betrieblichen Gesundheitsmanagements können leicht dahingehend missverstanden werden, dass die Realisierung einer gesunden Arbeit vor allem eine Frage der richtigen Technik wäre, mit der sich etwaige Widersprüche und Interessenkonflikte in Win-Win-Situationen auflösen lassen. Doch betriebliche Gesundheitsförderung ist kein Empowerment-Programm, mittels dessen Bedürftige mit Macht versorgt werden könnten, wo sie keine haben. Dort, wo dieser Anschein erweckt wird, wird sie eher zu beschämenden Erfahrungen der „Machtlosigkeit“ führen – also zu Erfahrungen der Überforderung, der Inkonsistenz und der mangelnden Teilhabe an der Gestaltung des Outcomes, die damit genau das Gegenteil von dem wären, was Antonovsky als salutogen bezeichnet und wir mit Gesundheitsförderung bezwecken wollen (*Antonovsky 1997*).

Empowerment kann im Kontext von Gesundheitsförderung nur bedeuten, den Beteiligten zu Bewusstheit über die Regeln und Machtverhältnisse zu verhelfen, die das bestehende Ausmaß gesunder Arbeit im Betrieb erklären und die die Möglichkeiten einer Veränderung dieses Zustands strukturieren. Genau diese Bewusstheit und Kontakterfahrung ist das, was man Lernen nennen kann und was man als wesentliche Bedingung für Emanzipation betrachten muss. In Anbetracht der teilweise belastenden und nur wenig gesundheitsförderlichen Arbeitsbedingungen in der Pflegebranche ist auch den hier Tätigen zu wünschen, dass Gesundheitsförderung die Freilegung solcher emanzipativen Potenziale im Interesse einer schleunigen Verbesserung hin zu einer gesunden Arbeit zu unterstützen vermag. Außerdem kann die Arbeit für stark wertbasierte Organisationen Stolz und Freude in einem gesundheitsförderlichen Sinne der Antonovskyschen Sinnhaftigkeit über das Gesundheitspotenzial Identifikation erzeugen. Das ist in der Tat gesund, birgt aber gleichzeitig unter den gegebenen Bedingungen die Gefahr in sich, dass Mitarbeiter gerade unter solchen Bedingungen Verschleiß erfahren. Die Entwicklung und Erhaltung gesundheitsförderlicher Potenziale der Pflegearbeit ist nicht nur im Sinne eines arbeitsschutzgesetzlichen Auftrags der Gestaltung und Erhaltung menschengerechter Arbeit und nicht nur im Interesse der vorbeugenden Verhütung von Krankheit und krankheitsbedingtem Absentismus. Sie ist letztlich auch im Interesse einer Erhaltung der Beschäftigungsfähigkeit der Pflegekräfte für eine qualitativ hochwertige Pflegearbeit, deren Nachfrage in Zukunft wohl eher steigen denn fallen wird.

Literatur

Antonovsky A (1979): Health, Stress and Coping. San Francisco: Jossey-Bass

Antonovsky A (1997): Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit. Deutsche erweiterte Herausgabe von Alexa Franke. Tübingen: Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie

Beck D (2003): Sense of Coherence (SOC) – ein brauchbares Analysekonzept in der betrieblichen Gesundheitsförderung? Gütebeurteilung des Sense of Coherence (SOC)-Messkonzeptes von Aaron Antonovsky anhand einer Querschnittsuntersuchung bei Angestellten eines Berliner Dienstleistungsunternehmens. Diplomarbeit. Berlin: Freie Universität

Beck D, Bonn V, Westermayer G (2005): Betriebliche Gesundheit: Ziele, Gegenstandsbereiche, Diagnose. Sozialwissenschaften und Berufspraxis, Jg. 28, 18–32

Böhm S (2008): Organisationale Identifikation als Voraussetzung für eine erfolgreiche Unternehmensentwicklung. Wiesbaden: Gabler Edition Wissenschaft

Bonn V (2008): Organisationsentwicklung durch Datenfeedback – Evaluation eines Führungskräftefeedbacks in einem Dienstleistungsunternehmen. Saarbrücken: VDM Verlag Dr. Müller

Destatis (2009): Gesundheitsrisiken am Arbeitsplatz. www.destatis.de → Publikationen → STATmagazin → Themen-Archiv: Arbeitsmarkt → 2009: September

Franzkowiak P, Sabo P (Hrsg.) (1998): Dokumente der Gesundheitsförderung. Internationale und nationale Dokumente und Grundlagen-texte zur Entwicklung der Gesundheitsförderung im Wortlaut und mit Kommentierung. 2. Auflage. Blickpunkt Gesundheit 1. Mainz: Peter Sabo

Hurrelmann K (2000): Gesundheitssoziologie. München, Weinheim: Juventa

Jahoda M, Lazarsfeld PF, Zeisel H (1933/1975): Die Arbeitslosen von Marienthal. Edition Suhrkamp 769. Frankfurt am Main, Leipzig: Suhrkamp

Kobasa SC, Maddi SR, Kahn S (1982): Hardiness and Health: A Prospective Study. Journal of Personal and Social Psychology, Band 42, 168–177

Lazarus RS, Folkman S (1984): Stress, Appraisal and Coping. New York: Springer

Rosenbrock R, Michel C (2007): Primäre Prävention. Bausteine für eine systematische Gesundheitssicherung. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

Schnabel PE (2007): Gesundheit fördern und Krankheit prävenieren. Besonderheiten, Leistungen und Potentiale aktueller Konzepte vorbeugenden Gesundheitshandelns. Weinheim, München: Juventa

Westermayer G, Mucha K (2008): Identifikation als Gesundheitspotenzial. In: Busch R, Senatsverwaltung für Inneres (Hrsg.). Gesundheitsforum 2007. Schriftenreihe des Weiterbildungszentrums der Freien Universität Berlin, Band 5, 65–99

Westermayer G, Stein B (2006): Produktivitätsfaktor Betriebliche Gesundheit. Göttingen, Bern, Wien: Hogrefe

Westermayer G, Brand D (2009): Länderübergreifender Gesundheitsbericht für Berlin und Brandenburg 2009. Online-Publikation: www.healthcapital.de → Unsere Publikationen → Übersicht, „Länderübergreifender Gesundheitsbericht für Berlin und Brandenburg 2009“

Westermayer G, Wellendorf J (2000): Führungskräftefeedback bei der AOK Berlin. In: Busch R (Hrsg.). Mitarbeitergespräch – Führungskräftefeedback. Instrumente in der Praxis. München, Mering: Rainer Hampp Verlag, 159–173

DIE AUTOREN



Dipl.-Soz. David Beck, Jahrgang 1976, Studium der Soziologie, Betriebswirtschaftslehre und Qualitätsmanagement an der Freien Universität und Technischen Universität Berlin. Derzeit Promovend an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld.



Dipl.-Psych. Verena Bonn, Jahrgang 1976, seit zehn Jahren bei der BGF GmbH in der Betrieblichen Gesundheitsförderung vor allem in der Verwaltung und im Gesundheitswesen tätig. Davor Tätigkeiten im Bereich Gesundheitsförderung beim Berufsverband Deutscher



Dr. phil. Dipl.-Psych. Gerhard Westermayer, Jahrgang 1956, Studium der Psychologie an der Technischen Universität (TU) Berlin. Von 1979 bis 1989 Lehrtätigkeit an der TU Berlin. Geschäftsführender Gesellschafter der beiden Beratungsfirmen BGF GmbH und ReMo GmbH. Seit 1994 ex-

Seit 2009 wissenschaftlicher Mitarbeiter im DFG-geförderten Forschungsprojekt „Landgesundheitsstudie“ an der Hochschule Neubrandenburg. Freiberufliche Forschungs- und Beratungstätigkeiten vor allem im Bereich Betriebliche Gesundheitspolitik mit besonderem Interesse für Kleinst- und Kleinbetriebe.

Psychologen und dem Institut für Arbeitswissenschaften der RAG Aktiengesellschaft. Ausbildung in Mediation und gewaltfreier Kommunikation. Besonderes Interesse an gesundheitsförderlicher Führung sowie allgemein der Organisationsentwicklung durch Datenfeedback.

klusiver Kooperationspartner der AOK Berlin für Betriebliches Gesundheitsmanagement. Schwerpunkte: Organisationsentwicklung durch Datenfeedback, respektvolle Reorganisation, Führung, Betriebliches Gesundheitsmanagement, Unterschiede zwischen deutscher und schwedischer Managementkultur.