



Sonderdruck

Gesundheitsmanagement – ein „System gesunder Gespräche“

von Rüdiger Piorr und Rolf Taubert

Die Diskussion um die umstrittenen „Rückkehrgespräche“ hat zu einer Fülle von Mißverständnissen Anlaß gegeben. Das Thema wurde – einmal aus seinem gedanklichen Zusammenhang isoliert – bei Beratern zum „Tool“ für geringe Krankenstände, bei Unternehmern zum „Allheilmittel“ gegen hohe Fehlzeiten und bei Gewerkschaftern zum „repressiven Strafgespräch“ stilisiert. Der nachfolgende Artikel will dazu beitragen, die kontroverse, und wie uns scheint, allein vordergründig geführte Diskussion wieder in ihren theoretischen Kontext zurückzuführen.

In diesem Artikel werden einige Entwicklungen vom eher traditionellen Denkansatz des Arbeitsschutzes über die ganzheitliche Gesundheitsförderung bis hin zu einem auf Kommunikation beruhenden Gesundheitsmanagement skizziert, das auf Sanktionen zur Verbesserung von Anwesenheit verzichtet. Dieser Ansatz des Gesundheitsmanagements bietet den Rahmen für eine Vielzahl anlaßbezogener, integrativer Gespräche, selbstverständlich auch für ein Gespräch nach der Rückkehr aus einer Krankheit.

1. Ausgewählte Aspekte der Gesundheitsforschung

Aktuelle Konzepte der Gesundheitsförderung und des Gesundheitsmanagements integrieren unterschiedliche Perspektiven und sind Ausdruck langjähriger, intensiver Forschung. Zu Beginn der wissenschaftlichen Beschäftigung mit Gesundheit im Betrieb stand das Interesse, einzelne Belastungsfaktoren zu identifizieren und deren Wirkung auf die Gesundheit festzustellen. Hierauf fußte das klassische Verständnis des traditionellen Arbeitsschutzes: Risikofaktoren zu identifizieren, zu klassifizieren, die Arbeitsbedingungen entsprechend zu verändern, bzw. den Umgang damit zu reglementieren. In diesem Zusammenhang stehen arbeitsergonomische Befragungen und arbeitsphysiologische Untersuchungen von Betrieben.

Bei manifesten, physischen Belastungsbedingungen waren diese Bemühungen von deutlichem Erfolg geprägt (weniger Arbeitsunfälle und Berufsunfähigkeitsfälle; vgl. Husmann 1998). Mit zunehmendem Fortschritt der Forschung zeigte sich jedoch, daß sich die Liste der Einflußfaktoren auf die Gesundheit immer weiter verlängerte

(Theis 1985). Vor allem aber zeichnete sich eine Erkenntnis stärker ab: Nicht immer zeigten gleichförmige Belastungen die gleichen Folgen. Mit anderen Worten: Unter gleichen Bedingungen wurden einige Menschen krank, andere nicht. Häufig waren die Entstehungszusammenhänge komplex und wurden zudem noch durch bestimmte Bedingungen „moderiert“.

Greif et al. (1991) untersuchten Anfang der 80er Jahre langfristige Folgen von Belastungen und psychischem Streß am Arbeitsplatz. Streß resultiert in diesem Konzept unabhängig davon, ob eine objektiv hohe Belastung vorliegt. Psychischer Streß entwickelt sich insbesondere dann, wenn sich eine Person hoch beansprucht fühlt (Semmer 1984). Er entsteht gewissermaßen in der Transaktion des Menschen mit seiner Umwelt und kann somit überall „lauern“ (Lazarus 1981). Forschungsergebnisse zeigen, daß sowohl Über-, als auch Unterforderung, eine schlechte „Passung“ von Person und Arbeit wie auch die Erfahrung inadäquater Entlohnung zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen führt.

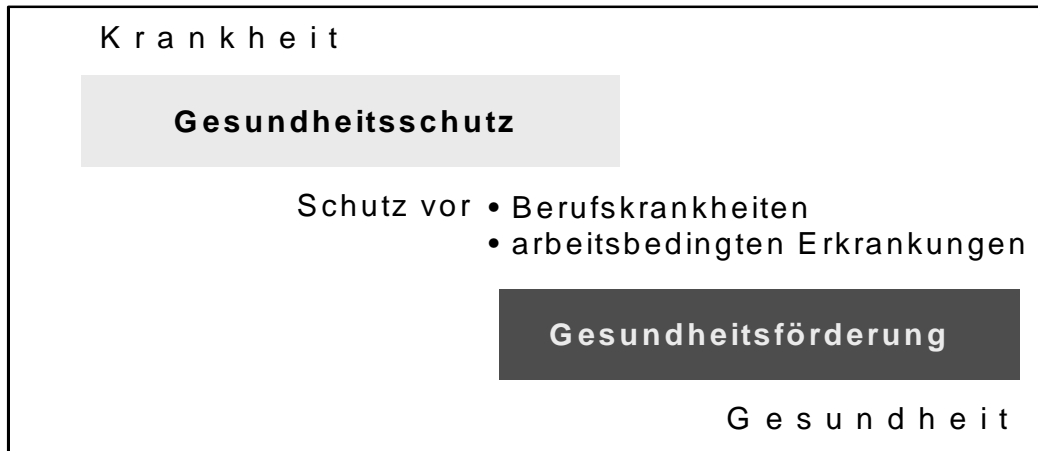
2. Vom Gesundheitsschutz zur Gesundheitsförderung

Die Untersuchung „Psychischer Streß am Arbeitsplatz“ (Greif et al. 1991) konnte nachweisen, daß Personen, die über höhere soziale Unterstützung und größere Handlungsspielräume verfügen, gleichzeitig in der Lage sind, mehr Ressourcen ins Feld zu führen, um ihre persönlichen Belastungen besser zu bewältigen: Denn Hilfe und Unterstützung anfordern zu können, schafft ebenso Entlastung bei hohen Anforderungen, wie die Möglichkeit, Tätigkeiten im Tagesverlauf belastungsoptimal zu verteilen; wichtig ist jedoch nicht die objektiv gegebene Möglichkeit allein, sondern vor allen Dingen die individuelle Wahrnehmung, Belastungen mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen auch begegnen zu können (Bandura 1977).

In engem Zusammenhang mit diesen Überlegungen entstand eine Forschungsrichtung, die sich neben den

gesundheitserhaltenden Aspekten auch mit der gesundheitsfördernden Wirkung von Arbeit befaßte. Denn es zeigte sich, daß nicht nur Überforderung zu gesundheitlichen Schäden führt, sondern auch Unterforderung. Die Überlegungen in diesem Konzept gehen deshalb davon aus, daß Menschen generell zunächst einmal neutral mit Anforderungen konfrontiert sind (Metz 1998); diese beinhalten neben den schädlichen (siehe oben) auch gesundheitsfördernde Aspekte. Dies gilt insbesondere für die konstruktive und erfolgreiche Bewältigung von Herausforderungen, die sich unmittelbar auf das persönliche Wohlbefinden auswirken.

Mit diesem Denkmodell erweiterte sich auch das Tätigkeitsfeld des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, bei dem neben der beanspruchungsneutralen Gestaltung von Bedingungen Aspekte der Gesundheitsförderung in den Vordergrund rückten (vgl. Badura et al. 1994; Bullinger/ Schmauder 1998).



Gesundheitsmanagement mit den Elementen Gesundheitsschutz und Gesundheitsförderung aus:
Bullinger, J./ Schmauder, M. 1998, S. 41

Mit dieser Erweiterung wurde ein Gesundheitsbegriff auf der betrieblichen Ebene etabliert, der Gesundheit nicht mehr als Abwesenheit von Krankheit definierte, sondern sie als Zustand des vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens begriff - wie es die Weltgesundheitsorganisation schon 1946 formulierte. Das Europabüro der WHO definierte 1987 Gesundheit darüberhinaus sogar als die Fähigkeit und Motivation, ein wirtschaftlich und sozial aktives Leben zu führen (zitiert nach Richter/ Hacker 1998).

Mit der Verabschiedung des deutschen Arbeitsschutzgesetzes (1996) wurde das bis dahin ordnungsrechtlich geprägte Leitbild des Arbeits- und Gesundheitsschutzes, Gefahren abzuwehren um das Leitbild der Prävention ergänzt. Prävention wird heute unter der Maßgabe der Gesundheitsförderung sowohl als

Prävention auf der Ebene der Arbeitsbedingungen verstanden als auch auf der Ebene des individuellen (gesundheitsförderlichen) Verhaltens, wobei die Gesundheitsförderung den Gesundheitsbegriff noch dynamischer greift: als psychische wie physische Chance und Fähigkeit ein wirtschaftlich und sozial aktives Leben zu führen.

So wird Gesundheitsförderung aktuell verstärkt unter der integrativen Perspektive des Gesundheitsmanagements oder des gesundheitsgerechten Managements in Form von Managementsystemen diskutiert (Taubert/ Piorr 1998a; Bullinger/ Schmauder 1998). Gesundheitsmanagement beansprucht somit die Perspektive, einerseits struktureller Bestandteil bestehender Managementsysteme zu sein und andererseits durch externe Servicefunktionen eigene Strukturen und Prozesse zu diesen Systemen

bereitzustellen (vgl. Breucker 1998; Zimolong/ Elke 1999). So werden die vorhandenen Funktionssysteme, wie das Entlohnungs-/ Bonussystem, das Arbeitszeitmodell etc. um Aspekte der Gesundheitsförderung erweitert und die klassischen Arbeitsgebiete des Arbeitsschutzes wie z.B. die arbeitsmedizinische Begutachtung werden systematisch integriert.

3. Anforderungen an die Gesundheitsförderung in der Praxis

Zimolong und Elke (1999) untersuchten im Rahmen der GAMAGS-Studie 16 Unternehmen danach, welche Personalsysteme Unternehmen einsetzen, die im Sinne des Arbeits- und Gesundheitsschutzes als vorbildlich angesehen werden können. Im Ergebnis zeigte sich, daß die „besten“ Betriebe im Arbeits- und Gesundheitsschutz hauptsächlich mit einem Managementsystem gearbeitet haben, das aus den Personalsystemen „Beurteilung“, „Versetzung/ Beförderung“ und „systematischer Qualifikation“ besteht. Die Führungskräfte der im Sinne des Arbeits- und Gesundheitsschutzes erfolgreichen Unternehmen zeichnen sich durch eine starke Mitarbeiterorientierung und durch eine inten-

sivere Wahrnehmung der Führungsrolle gegenüber den weniger erfolgreichen Unternehmen aus. Führungskräfte werden somit zum Gesundheitsfaktor par excellence. Etwas übertrieben formuliert: Führungskräfte sind die entscheidende Größe im Gefüge von Krankheit und Gesundheit von Mitarbeitern.

Neben den bekannten funktionalen Aufgaben von Führungskräften (vgl. Staehle, W. H. 1993) werden nicht nur in diesem Kontext kommunikative und koordinative Prozesse immer bedeutsamer. Denn die organisatorischen Strukturen innerhalb moderner, flexibler Managementmodelle sehen eine weniger starke Determiniertheit des einzelnen Mitarbeiters vor, als dies noch in den 60er/ 70er Jahren der Fall war. An die Stelle der Determiniertheit ist die kommunikative, differentielle Gestaltung von Arbeitsprozessen getreten. Konnten früher noch die strukturellen Momente einer hochgradigen Arbeitsteilung recht vorbehaltlos als Stressoren (z.B. im Sinne von Monotonie, Zeitdruck etc.) identifiziert werden, so hat sich diese Gewißheit heute in ganzheitlichen Prozessen aufgelöst. An die Stelle der strukturellen Stressoren sind subjektiv, sozial rekonstruierte Stressoren getreten, die häufig von Führungskräften repräsentiert werden (Breucker 1998).

Für die Aufgabe der Führungskräfte bedeutet dies zweierlei: Auf der einen Seite gilt es, den Aspekt der Gesundheit bei der (Re-)Organisation von Strukturen und Prozessen zu integrieren. Auf der anderen Seite heißt es auch, die existenten Strukturen in der alltäglichen Führungssituation im Sinne gesundheitsförderlicher Zielsetzungen zu rekonstruieren. Führung wird zur Sinnstiftung via Kommunikation (Taubert/ Piorr 1998b). Oder wie Richter (1994) es pointiert formuliert: „Kommunikation ist das Mittel, mit dem Führung realisiert wird, ist seine Kernfunktion“ (ebd. S. 470). So ist es auch nicht verwunderlich, daß sich der positive Einfluß der Kommunikation aus Sicht befragter Mitarbeiter sowohl auf ihren Umfang, ihre Qualität als auch auf die operative Umsetzung bezieht, wie dies der Fall ist beim Setzen von Zielen, der Vereinbarung von Zielen und der kontinuierlichen Rückmeldung (Zimolong 1998).

Wynne (1998) identifiziert anhand der Ergebnisse der international vergleichenden Studie der Europäischen Stiftung zur Verbesserung der Lebens- und Arbeitsbedingungen eine „good practice“ der Gesundheitsförderung. Als Gestaltungsparameter dieser „good practice“ werden entsprechend der Luxembourg declaration on Workplace Health

Promotion in the European Union folgende Gesichtspunkte angesehen:

„WHP is based on multisectoral and multidisciplinary co-operation and can only be successful if all the key players are committed to it. WHP can reach the aim healthy people in healthy organisation‘ if it is oriented along the following guidelines:

- All staff have to be involved (participation).
- WHP has to be integrated in all important decisions and in all areas of organisations (integration).
- All measures and programmes have to be oriented to a problem-solving cycle: needs analysis, setting priorities, planning, implementation, continuous control and evaluation (project management).
- WHP includes individual-directed and environment-directed measures from various fields. It combines the strategy of risk reduction with the strategy of the development of protection factors and health potentials (comprehensiveness)“ (zit. nach Breucker 1998, S. 12).

Damit rückt der Aspekt des kommunikativen, gesundheitsförderlichen „Führens“ (Stichwort „keyplayer“) auf die Ebene operativer Ziele der Führung: nämlich eine mögliche Beeinträchtigungen der Gesundheit der Mitarbeiter durch die Wahrnehmung adäquater Führung (durch Partizipation, Integration etc.) zu vermeiden und einen Beitrag zu leisten, die gesundheitlichen Ressourcen der Mitarbeiter zu erhalten und zu erweitern. So können die Führungskräfte dazu beitragen, wichtiger Bestandteil des sozialen Unterstützungsnetzwerks der Mitarbeiter zu werden und beim Aufbau komplexer „sozialer Immunsysteme“ (Taubert/ Piorr 1999) zu unterstützen.

Breucker (1998) stellt fest, daß Gesundheitsförderung auf den Ebenen

- der interpersonellen sozialen Unterstützung,
- der verbesserten Beziehung zwischen Führungskraft und Mitarbeitern,
- der Herausbildung von gesundheitsförderlichen Normen in der Organisation und in Gruppen,
- der Bereitstellung von ganzheitlich gesundheitsrelevanten Servicestrukturen (Trainings, Organisationsentwicklung etc.) und

- der Entwicklung einer entsprechenden Kultur wirkt.

Damit zeigt sich die ganze Bandbreite, auf der Führungskräfte ihren Beitrag zur Gesundheit ihrer Mitarbeiter leisten können.

4. Instrumente des Gesundheitsmanagements

Aus der Praxis lassen sich bewährte Eckpunkte eines erfolgreichen Gesundheitsmanagements ableiten, mit denen die ganze Breite gesundheitsschützender und -fördernder Effekte erreicht werden kann:

4.1 Der Lenkungsausschuß

Ein Lenkungsausschuß übernimmt unter Beteiligung des Betriebsrats die Aufgabe, die Aspekte der Gesundheitsförderung strukturell in die bestehenden Managementsysteme zu integrieren. Er sorgt als Machtpromotor dafür, daß dies reibungslos und unverzüglich geschieht. Er beauftragt den Arbeitskreis Gesundheit, der die operative Umsetzung durchführt und ggf. Untersuchungen wie arbeitsergonomische Begehungen und

die Erstellung eines Gesundheitsberichtes in Auftrag gibt und das Controlling in diesem Bereich betreibt. Ein Ergebnis dieses Kreises kann es sein, Umsetzungen von Mitarbeitern mit chronifizierten Beschwerden vorzubereiten und sie an Arbeitsplätzen einzusetzen, die einer weiteren Chronifizierung Einhalt gebietet (Tiller 1998). So können z.B. leistungsgeminderte oder –gewandelte Personen wieder voll eingesetzt werden¹. Dies hat neben dem ökonomischen Aspekt auch den Vorteil, Stigmatisierungen und Ausgrenzungen von leistungsgewandelten Personen vorzubeugen und ihnen weiterhin eine volle Integration in die Arbeitsbezüge zu garantieren – eine Grundbedingung zur Realisierung des gesundheitsförderlichen Potentials der Arbeit. Gleichzeitig können die Beschwerden dieser Mitarbeiter wichtige Hinweise darauf geben, wie deren vormalige Arbeitsplätze beanspruchungsneutral gestaltet werden können.

4.2 Die Gesundheitszirkel

Die Arbeitsbedingungen werden insbesondere in einzurichtenden Gesundheitszirkeln thematisiert und nach oben

an den Lenkungsausschuß übermittelt. Nach getaner Arbeit können die Zirkel ausgedünnt (oder thematisch mit anderen Aufgaben betraut; Taubert/ Piorr/ Wilkesmann 1999) und zu einem Arbeitskreis Mitarbeiter-Gesundheit zusammengefaßt werden, der z.B. aus jeweils einem Mitglied des ehemaligen Gesundheitszirkels besteht. Gesundheitszirkel verfolgen dabei auch die Perspektive des Knüpfens sozialer Unterstützungsnetzwerke und stärken das Gefühl der Selbstwirksamkeit. Sie verhelfen mit anderen Worten dazu, das Gefühl der Ohnmacht gegenüber übermächtigen Strukturen zu überwinden und durch das Gefühl der Gestaltbarkeit zu ersetzen (Breucker 1998).

Gesundheitszirkel verstehen sich als Teil der Organisations- und Personalentwicklung. Sie werden in ihrem Grundverständnis von zwei Annahmen geleitet. Erstens, daß nicht allein physiologische Parameter Ansatzpunkte der Gesundheitsförderung sein müssen, sondern daß nur die ganzheitliche Perspektive der Arbeitsgestaltung zum Ziel führt. Zweitens, daß es darum gehen muß, linear, additive Denkmodelle der Beteiligten zu verändern und Zirkel zu kommunikativen Lernorten zu machen (Taubert/ Piorr/ Wilkesmann 1999).

¹ Daß die Umsetzung keine dauerhafte Lösung darstellt, sondern nur eine kurzfristige symptomatische Korrektur darstellt, versteht sich in diesem Zusammenhang selbstredend.

Friczewski (1994) geht daher davon aus, daß es nicht viel Sinn hat, einzelne ergonomische Mängel zu beheben, wenn der kollektive betriebliche Kontext der Sprachlosigkeit, der die Mängel überhaupt erst zu einem Dauerproblem hat werden lassen, sich nicht gleichzeitig mit transformiert. „Das was Betriebe daran hindert, konsequent die Gesundheit der Beschäftigten zu fördern und auf rationale Weise den Krankenstand zu senken, ist vielleicht nicht so sehr das fehlende Geld. Es ist möglicherweise viel eher die Unfähigkeit der Betriebe, mit sich selbst zu kommunizieren“ (ebd. S. 14).

Externe Moderatoren übernehmen hier die Funktion, die Kommunikation in Gang zu bringen und zu strukturieren (Schröer, A./ Sochert, R. 1997). In den Gesundheitszirkeln wird auf zwei Ebenen der betrieblichen Kommunikation angesetzt. Zum einen wird die Erfahrung der Mitarbeiter einer Hierarchieebene, mit ihrem Wissen um gefährdende Arbeitsbedingungen nicht ernst genommen zu werden und nicht zu Veränderungen beitragen zu können, in einem kollektiven Gesprächskontext aufgehoben. Zum anderen wird ihrem Engagement qua Institutionalisierung kollektive Geltungsmacht verliehen.

Bewußtsein und Verhalten bilden einen zweiten Schwerpunkt. Unter diesem Aspekt gewinnt eine präzise und realistische Wahrnehmung von Belastungen, deren Thematisierung und Artikulation an Bedeutung (Brandenburg 1994). Nicht zuletzt verfolgen Gesundheitszirkel neben der Funktion als Forum von Veränderungen zu dienen auch das Ziel, die Mitarbeiter zu ihrem „psychodynamischen Recht“ kommen zu lassen und „Dampf abzulassen“ (Lieneke, A./ Westermayer 1994).

Kommunikation erweist sich in diesem Kontext als Dreh- und Angelpunkt der Gesundheitsförderung. Sie dient auf der einen Seite als Medium zur Übermittlung und Vermittlung von Informationen, sie verhilft auf der anderen Seite dazu, soziale Unterstützungsnetzwerke aufzubauen und psycho-soziale Unterstützung zu erfahren. Kommunikation erweist sich aber nicht nur in der horizontalen Ebene der gleichen Hierarchiestufe als Mittel der Wahl. Eine ebenso relevante Funktion kommt ihr auch in der hierarchieübergreifenden Kommunikation zu.

4.3 Die Mitarbeitergespräche

Führungskräfte intensivieren ihre Personalführungsarbeit im kommunikativen Teil. Führung wird in der Personalwirtschaftslehre auf der einen Seite über formalisierte, institutionalisierte Mitarbeitergespräche realisiert, auf der anderen Seite über Anlaßgespräche. Neben den institutionalisiert und regelmäßig stattfindenden Gesprächen wie z.B. einem jährlich stattfindenden Beurteilungsgespräch nehmen Führungskräfte ihre Informations- und Integrationspflicht in anlaßbezogenen, integrativen Gesprächen wahr. Diese Gespräche finden immer zu Anlässen statt, wie – exempli causa – Delegation von Projekten. Grundsätzlich wird hier immer der mögliche Bezug auf die gesundheitliche Relevanz in die Überlegungen miteinbezogen. In unserem Beispiel bedeutet dies, daß sich die Führungskraft Klarheit darüber verschafft, ob der Mitarbeiter den Anforderungen gewachsen ist, ob er Hilfestellungen benötigt, ob er sich über den Zusammenhang des Auftrages im Klaren ist etc. pp.... Kommunikation in einer solchen Alltagssituation versteht sich hier als „Prävention durch das Wort“. Ihr kommt eine umfassende Relevanz im Rahmen der Gesundheitsförderung zu.

Kommunikation wird aber noch in einem weiteren Kontext bedeutsam: Sie stiftet

grundsätzlich den Sinn und die „Be“-Deutung der Zusammenarbeit. Sie ist insbesondere dann wichtig, wenn sich Rahmenbedingungen verändern. Dies ist immer dann der Fall, wenn die Integration des Mitarbeiters in den Arbeitskontext aufgelöst worden ist, z.B. bei Rückkehr aus dem Urlaub, Ankunft eines Springers aus anderen Abteilungen, Ankunft eines abgeordneten Mitarbeiters, Rückkehr von einer Fortbildung und auch bei Rückkehr aus der Krankheit. Die Aufgabe der Führungskraft ist es, diese kurzzeitig unterbrochene Integration nach so einem Anlaß kommunikativ wiederherzustellen.

In diesem Kommunikationszusammenhang unterscheiden sich solche Gespräche deutlich von den meisten, in der betrieblichen Praxis angewandten „Rückkehrgesprächen“, die zumeist nur auf Anwesenheit, nicht jedoch auf Gesundheitsförderung abzielen (zu dem prominent gewordenen Modell von Opel Rüsselsheim vgl. Spies/ Beigel 1996). Aus diesem Grunde vermeiden wir auch den vielfach in repressiven Kontexten gebräuchlichen Begriff „Rückkehrgespräch“. Wir sprechen viel mehr von Integrationsgesprächen, die unabhängig von der Art des Anlasses von „Ankunft und Rückkehr“, aber eben *auch* nach

der Rückkehr aus der Krankheit geführt werden.

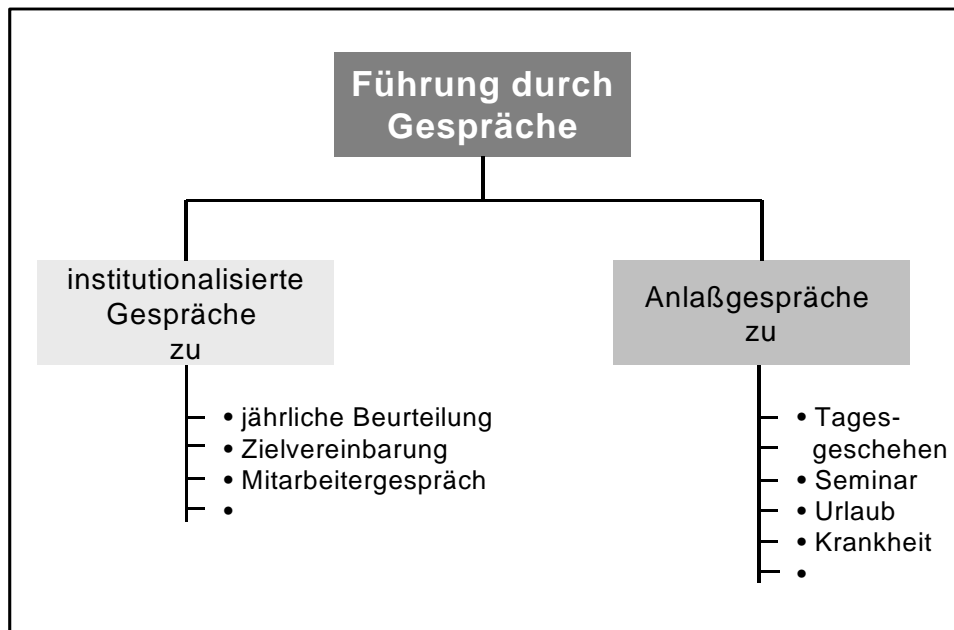
In unserer Vorstellung sollten die Gespräche im Gegensatz zu den meisten in der betrieblichen Praxis angewandten Gesprächen, nicht protokolliert werden. In den Gesprächen wird keine Ursachenforschung betrieben und diese Gespräche kennen kein Stufenmodell, das es als Sanktionsinstrument mißbrauchen läßt².

Daß die Angst der Mitarbeiter vor gestuften, repressiven Rückkehrgesprächen groß ist, zeigt eine Anzahl von Veröffentlichungen von Gewerkschaften und Belegschaften (Schmitthener et al. 1996; Bueren, H. 1999; Bueren/ Wompep o.J.). Sie gehen z.T. soweit, Verhaltensregeln und -empfehlungen im Umgang mit Rückkehrgesprächen aufzustellen, wie in der Belegschaftszeitung

„Kollegen von Daimler informieren“ (1997, zit. nach Analyse und Kritik Nr. 420) geschehen. Aus diesem Grunde empfehlen wir, die oben skizzierten Rückkehrgespräche durch integrative Gespräche zu ersetzen. In der Praxis scheint uns das Gesprächsinstrument „Rückkehrgespräch“ vielfach fehlgeleitet worden zu sein - mit zu starker Betonung auf dem Aspekt der „Rückkehr“ und zu geringem Gewicht auf dem Gespräch.

Die Ursachenforschung beanspruchender Arbeitsbedingungen gehört demnach nicht in den Rahmen integrativer Gespräche, sie wird in der Regel ausnahmslos von den Mitarbeitern in den Gesundheitszirkeln betrieben, nicht im Anlaßgespräch. Denn Ziel dieses Gespräches ist es, den Mitarbeiter direkt wieder persönlich einzugliedern. Mit anderen Worten: Durch die Definition von Anlässen als Auslöser von Gesprächen wird den Führungskräften die Aufgabe übertragen, kontinuierlich im Gespräch mit ihren Mitarbeitern zu bleiben und die Interaktionshäufigkeit und -stärke zu verbessern – kurz: ihrer Personalführungsverantwortung stärker nachzukommen.

² Die Abstufung von Rückkehrgesprächen geht in den traditionellen Stufenkonzepten zumeist mit einem Rollenkonflikt für die Führungskraft einher: Sollte sie in der ersten Stufe noch den Mitarbeiter mit offenen Armen empfangen, ist sie später gezwungen, ihm aufgrund der Stufigkeit des Modells Sanktionen anzudrohen (Borowiak/ Taubert 1997). Der Streß für die Führungskraft steigt damit an und dies kann nicht Ziel von Bemühungen im Kontext von Gesundheitsförderung sein.



Um in diesem Sinne erfolgreich zu sein, genügt es nicht die Intensität der Kommunikation allein zu erhöhen. Vielmehr muß es darum gehen, dem Gespräch eine andere, eine nicht direkte Qualität zu verleihen. Eine solche nicht-direktive und zugleich mitarbeiterorientierte Gesprächsführung ist hierbei als sehr anspruchsvoll anzusehen, denn sie löst die hierarchische Ordnung des Betriebes in weiten Teilen kommunikativ auf (Neuberger 1998). Aus diesem Grunde ist es umso wichtiger, den Führungskräften entsprechende Unterstützung in der Wahrnehmung ihrer kommunikativen Aufgaben zukommen zu lassen: Sei es nun in Form von Trainings, Seminaren oder aber in Form kontinuierlicher Feedbackprozesse, in denen das Ge-

sprächs- und Führungsverhalten transparent gemacht wird.

4.4 Wirkperspektive des Gesundheitsmanagements

Entscheidet sich ein Unternehmen dafür, den Aspekt des Gesundheitsmanagements als integralen Bestandteil der Unternehmenspolitik und des allgemeinen Managementsystem zu betrachten, so verfolgt es konkrete Ziele: Einerseits die Zahl der arbeitsbedingten Erkrankungen zu reduzieren und andererseits die Gesundheit und damit das Leistungspotential der Mitarbeiter und des Betriebes zu stärken.

Damit wird klar, daß das Ziel des Gesundheitsmanagements nicht die Ver-

ringerung von Krankenständen ist, sondern die Erhöhung von Gesundheitsquoten, wie es im erfolgreichen Gesundheitsmanagement der VW AG heißt (Brandenburg 1998). Mit dieser scheinbar rein semantischen Spitzfindigkeit wird aber auch deutlich, daß die Erhöhung der Anwesenheit nicht zum unmittelbaren Ziel des Gesundheitsmanagements gehört. Anwesenheit und nicht zuletzt Leistungsfreude ergibt sich als Folge von Gesundheit. Der Verzicht auf repressive, anwesenheitsverbessernde Maßnahmen und Sanktionen im Rahmen des Gesundheitsmanagements macht deutlich, daß Anwesenheit ein Zeichen von Gesundheit, nicht von Sanktionen ist. Der Ansatz der Gesundheitsförderung in einem Gesundheitsmanagement zeigt aber auch, daß kurzfristige Erfolge auf den Krankenstand

nicht zu erwarten sind, sondern daß sich Erfolge in einem mittelfristigen Prozeß abzeichnen (Breucker 1998). Im zeitlichen Ablauf gesehen, wird sich zuerst der Effekt einer Vermeidung weiterer Chronifizierung von Beschwerden einstellen, begleitet vom Aufbau sozialer Unterstützungsnetzwerke und der Ausweitung der Handlungsspielräume. In diesem Kontext erweist sich Kommunikation in einem auf Gesundheit ausgelegten Management als vorrangige Aufgabe von Führungskräften. Denn soziale Unterstützungsnetzwerke und erweiterte Handlungsspielräume werden im wesentlichen kommunikativ rekonstruiert. Im Anschluß hieran werden sich Gesundheitsressourcen verstärkt herausbilden, die einen hohen Einfluß auf die Gesundheit im Sinne der o.a. Konzeption der WHO nehmen.

Literatur

Analyse & Kritik (1998), Zeitung für linke Debatte und Praxis. Nr. 420 v. 19.11 1998. In: www.akweb.de. Abger. am 17.01.00.

Badura, B./ Müller, B./ Münch, E. (1994): Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. In: G. Westermayer, G./ Bähr, B. (1994): Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. Göttingen und Stuttgart. S. 3-9.

Bandura, A. (1977): Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change. In: Psychological review. 84. S. 191-215.

Borowiak, F./ Taubert, T. (1997): Das Rückkehrgespräch...Ein Instrument gesundheitsgerechter Personalführung. In: Personalführung 11/97. S. 1086-1091.

Brandenburg, U. (1994): Gesundheitsförderungskreise bei Volkswagen. In: G. Westermayer, G./ Bähr, B. (1994): Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. Göttingen und Stuttgart. S. 80-86.

Brandenburg, U. (1998): Instrumente zur Verbesserung der Gesundheitsquote. In: U. Brandenburg/ K. Kuhn/ B. Marschall (Hrsg.): Verbesserung der Anwesenheit im Betrieb. Instrumente und Konzepte zur Erhöhung der Gesundheitsquote. Tagungsbericht 84, Hrsg. durch die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund/ Berlin. S. 101-113.

Breucker, G. (1998): Review and Evaluation of Success Factors in Workplace Health Promotion. In: G. Breucker et al. (Hrsg.): Success Factors of Workplace Health Promotion. Essen. S. 27-84.

Bullinger, H.-J./ Schmauder, M. (1998): Gesundheit als Aufgabe des betrieblichen Arbeitsschutzes. In: angew. Arbeitswiss. 156. S. 34-50.

Bueren, H. (1999): Grundwissen: Krankenrückkehrgespräche. In: [www.sozialnetz-hesse.de/ergo-online/ Ges-Vorsorge/G_Krankenrueckg.htm](http://www.sozialnetz-hesse.de/ergo-online/Ges-Vorsorge/G_Krankenrueckg.htm). Abger. am 17.01.00.

Bueren, H./ Wempel, M. o.J.: Krankenrückkehrgespräche vor, während und nachher. Hinweise und Argumentationshilfen für Betriebsräte und KollegInnen. Hrsg. v. Landesarbeitsgemeinschaft Arbeit und Leben NW e.V. Düsseldorf.

French, J.R.P. (1978): Person-Umwelt-Übereinstimmung und Rollenstreß. In: M. S. Frese et al. (Hrsg.): Industrielle Psychopathologie. Schriften zur Arbeitspsychologie. Bern. S. 42-51.

French, J.R.P./ Caplan, R.D./ Van Harrison, R. (1984): The Mechanisms of Job Stress and Strain. Chichester et al. Reprint. First published 1982.

Friczewski, F. (1994): Gesundheitszirkel als Organisations- und Personalentwicklung: Der „Berliner Ansatz“. In: G. Westermayer, G./ Bähr, B. (1994): Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. Göttingen und Stuttgart. S. 14-24.

Greif, S./ Bamberg, E./ Semmer, N. (Hrsg.; 1991): Psychischer Streß am Arbeitsplatz. Göttingen.

Husmann, J. (1998): Betriebliche Gesundheitsförderung senkt Fehlzeiten. In: Arbeitgeber. Heft 1/2. 50. Jg.. S. 24-26.

Lazarus, R. S. (1981): Streß und Streßbewältigung. In: S.-H. Filipp (Hrsg.): Kritische Lebensereignisse. München et al. S. 198-232.

Lieneke, A./ Westermayer, G. (1994): Gesundheitscoaching: Betriebliche Gesundheitszirkel als Prozeß. Das Konzept des Instituts für Personal- und Organisationsentwicklung Lieneke Westermayer Zahn & Partner. In: G. Westermayer, G./ Bähr, B. (1994): Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. Göttingen und Stuttgart. S. 87-99.

Metz, A.-M. (1998): Belastungen und Ressourcen in der Arbeit und Fehlzeiten. In: U. Brandenburg/ K. Kuhn/ B. Marschall (Hrsg.): Verbesserung der Anwesenheit im Betrieb. Instrumente und Konzepte zur Erhöhung der Gesundheitsquote. Tagungsbericht 84. Hrsg. durch die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund/ Berlin. S. 73-83.

Neuberger, O. (1998): Das Mitarbeitergespräch. Praktische Grundlagen für erfolgreiche Führungsarbeit. 4. bearb. Auflage. Leonberg.

Richter, M. (1994): Kommunikation, Information und Kooperation. In: ders. Personalführung. Grundlagen und betriebliche Praxis. 3. Erw. und überarb. Auflage. Stuttgart. S. 470-495.

Richter, P./ Hacker, W. (1998): Belastung und Beanspruchung. Streß, Ermüdung und Burnout im Arbeitsleben. Heidelberg.

Schmitthenner, H./ Zinke, E./ Rehwald, R. (1996): Eine Argumentationshilfe der IG Metall zum Thema „Krankenrückkehrgespräche“. Hrsg. v. IGM Vorstand. Abt. Sozialpolitik/ Referat Arbeits- und Gesundheitsschutz. Frankfurt/ M.

Schröer, A./ Sochert, R. (1994): Gesundheitsförderung durch Gesundheitszirkel. Das Konzept des BKK BV. In: G. Westermayer, G./ Bähr, B. (1994): Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. Göttingen und Stuttgart. S. 62-71.

Schröer, A./ Sochert, R. (1997): Der Moderator im Gesundheitszirkel. Aufgaben, Anforderungen und Qualifikationen. In: Sonderausgabe Amtliche Mitteilungen 1/97 der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund.

Semmer, N. (1984): Streßbezogene Tätigkeitsanalyse: psychologische Untersuchung zur Analyse von Streß am Arbeitsplatz. Weinheim et al.

Siegrist, J. (1998): Berufliche Gratifikationskrisen und Gesundheit – ein soziogenetisches Modell mit differentiellen Erklärungschancen. In: J. Markgraf; J. Siegrist; S. Neumer (Hrsg.): Gesundheits- oder Krankheitstheorie? Saluto- versus pathogenetische Ansätze im Gesundheitswesen. Berlin et al. S. 225-235.

Spies, St./ Beigel, H. (1996): Einer fehlt, und jeder braucht ihn. Wie Opel die Abwesenheit senkt. Wien.

Staehele, W. H. (1992): Funktionen des Managements. 3. neu bearbeitete und erw. Auflage. Bern/ Stuttgart.

Taubert, R./ Piorr, R. (1998b): Gesundheitsmanagement als Wettbewerbsfaktor. Papier präsentiert auf dem Konzernforum „Arbeit und Gesundheit“; Daimler-Benz AG 29./ 30. Oktober 1998. Stuttgart.

Taubert, R./ Piorr, R. (1998a): Gesundheitsgerechtes Management. Ein langfristig effektiver Ansatz. In: dies. (Hrsg.): Gesundheit und Kommunikation. Dialogische Personalführung als Wettbewerbsfaktor. Hagen. S. 6-26.

Taubert, R./ Piorr, R./ Wilkesmann, U. (1999): Rückkehrgespräche: Anlaß zum organisationalen Lernen? In: A. Clermont/ W. Schmeisser (Hrsg.): Betriebliche Personal- und Sozialpolitik. München. S. 499-519.

Taubert, R./ Piorr, R. (1999): Fehlzeiten und Leistungsenthalt - Gründe, Formen, Gegenmaßnahmen. Papier präsentiert auf der Konferenz "Das betriebliche Gesundheitswesen als Erfolgsfaktor"; VDI 23./ 24. Juni 1999. Frankfurt.

Tiller, R. E. (1998): Arbeitsmedizinische Maßnahmen. In: U. Brandenburg/ K. Kuhn/ B. Marschall (Hrsg.): Verbesserung der Anwesenheit im Betrieb. Instrumente und Konzepte zur Erhöhung der Gesundheitsquote. Tagungsbericht 84, hrsg. durch die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund/ Berlin. S. 163-176.

Theis, K. (1985): Fehlzeiten und psychische Beschwerden. Reaktionsformen auf Belastungen im Betrieb. Spardorf.

Wynne, R. (1998): What makes Workplace Health Promotion work? Findings from the European Foundations's Research. In: G. Breucker et al. (Hrsg.): Success Factors of Workplace Health Promotion. Essen. S. 15-26.

Zimolong, B. (1998): Arbeitssicherheit und Umweltschutz. Die Kontrolle der Risiken. Bochum.

Zimolong, B./ Elke, G. (1999): Verbundvorhaben: Prävention im betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz. Ganzheitliches Management des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes (GAMAGS). Schlußbericht. Bochum.