

Joseph Kuhn

Betriebliche Gesundheitsförderung im modernen Kapitalismus

Ein neuer Diskurs mit neuen Fragen

Das Thema „betriebliche Gesundheitsförderung“ beherrscht seit Ende der 80er Jahre den Diskurs über den Zusammenhang zwischen Arbeit und Gesundheit, während der betriebliche Arbeitsschutz heute weitgehend ein Nischendasein führt: man hat kein Problem damit, ihn „outzusourcen“, und viele Unternehmer würden ihn wohl am liebsten ganz abschaffen. Weder die Arbeitgeberseite noch die Beschäftigten trauen dem Arbeitsschutz zu, die Probleme zu lösen, die ihnen tatsächlich auf den Nägeln brennen. Arbeitsschutz besteht aus unzähligen Vorschriften und Formularen, deren Sinn sich oft nicht recht erschließt, er ist die lästige Pflicht neben der Arbeit, neben dem, was man eigentlich zu tun hat.

Dagegen verspricht die betriebliche Gesundheitsförderung mehr, und sie spricht auch eine andere Sprache. Hier geht es um Motivation, um den Sinn der Arbeit, um Verantwortung, um Vertrauen zwischen Führungskräften und Mitarbeitern, um die Kosten des Krankenstandes, um das Kantineessen, die Rückenschmerzen am Bildschirm und vieles mehr, was jeder im Betrieb kennt. All diese Probleme, so heißt es, lassen sich mit Projekten der betrieblichen Gesundheitsförderung lösen, am Ende sind dann die Beschäftigten gesünder und der Betrieb produktiver.

Das Paradigma der betrieblichen Gesundheitsförderung ist ebenso einfach wie eingängig: leistungsfähige Betriebe brauchen leistungsfähige und folglich gesunde Mitarbeiter, also liegt die Gesundheit der Beschäftigten im Interesse der Unternehmen. Gesundheit und betriebliche Effizienz erscheinen als zwei Seiten der gleichen Medaille. Man versteht, warum diese Botschaft Unternehmer und Gewerkschaften gleichermaßen anspricht.

Ich will im folgenden einige Anmerkungen dazu machen, warum die Dinge doch nicht ganz so einfach liegen, welche Fragen an die betriebliche Gesundheitsförderung angesichts der gegenwärtigen Umbrüche in der Arbeitswelt zu stellen sind, welche begrifflichen Differenzierungen dafür notwendig sind, und wo die Zukunft der betrieblichen Gesundheitsförderung liegen könnte. Dem sei vorausgeschickt, daß bei aller Kritik nicht bestritten werden soll, daß die betriebliche Gesundheitsförderung in der Vergangenheit neuen Schwung in das Thema „Arbeit und Gesundheit“ gebracht hat, daß sie mit ihrer sozialwissenschaftlichen Sichtweise dazu beiträgt, die vielfältigen Borniertheiten des klassischen

Arbeitsschutzes aufzubrechen und daß sie einen vielversprechenden und zukunftsweisenden Ansatz darstellt.

Ein Blick zurück: die klassische Industriearbeit und die Rolle des Arbeitsschutzes

In unserem Wirtschaftssystem dient die menschliche Arbeitskraft der Kapitalverwertung. Ob die Gesundheit der Menschen dabei gepflegt und erhalten oder ob sie verschlissen wird, hängt in erster Linie von den wirtschaftlichen Konsequenzen des einen oder anderen Vorgehens ab. Was ein Betrieb für die Gesundheit der Beschäftigten tut, kostet immer Geld. Es wird dann ausgegeben, wenn es sich lohnt. Dieses Einmaleins des Kapitalismus haben alle Unternehmen bei Strafe ihres Untergangs zu beachten.

In der Frühzeit des Kapitalismus war das Spannungsverhältnis zwischen Kapitalverwertung und der Gesundheit der Beschäftigten offenkundig. Kapitalverwertung vollzog sich in Form von Ausbeutung. Die Arbeitsbedingungen waren schlicht unmenschlich, und niemand hätte in diesen Zeiten als Leitbild für die Entwicklung eines Unternehmen die „Vertrauensorganisation“ propagiert, wie dies heute in der betrieblichen Gesundheitsförderung gelegentlich der Fall ist (vgl. z.B. Westermayer, 1996). Der klassische Arbeitsschutz ist im wesentlichen eine Reaktion auf diese historische Situation. Der zunehmende Einsatz von Maschinen ließ in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts auch außerhalb der Bergwerke Unfälle zum Arbeitsalltag werden, überlange Arbeitszeiten, schwere körperliche Arbeit und das Fehlen jedweden Arbeitsschutzes ruinierten die Gesundheit der Arbeiter in einem vorher unbekanntem Ausmaß. Auf der betrieblichen Ebene war der Interessenskonflikt zwischen Kapital und Arbeit nicht zu lösen. Über die Notwendigkeit einer gesellschaftlichen Regulierung der Arbeitsverhältnisse gab es einen bis ins bürgerliche Lager reichenden Konsens.

Durch staatliche Arbeitsschutzvorschriften wurden schließlich Mindeststandards für die Arbeitsbedingungen geschaffen, z.B. zum Zurückdrängen der Dampfkesselunfälle, der Kinderarbeit und zur Beschränkung der Arbeitszeiten, später zum gesamten Spektrum der Einflüsse der Arbeitsbedingungen auf die menschliche Gesundheit. Alle späteren sozialpartnerschaftlichen Entwicklungen, und dazu gehört auch die betriebliche Gesundheitsförderung in ihrer gegenwärtigen Form, ruhen auf diesem Fundament der staatlichen Regelung eines grundlegenden gesellschaftlichen Interessenskonflikts im Umgang mit der menschlichen Arbeitskraft. Dieser Konflikt ist durch das Arbeitsschutzrecht (und viele andere Rechtsnormen, vom Betriebsverfassungsrecht bis hin zum gesetzlichen Kündigungsschutz) heute nicht mehr so virulent wie damals. Vielleicht erscheint der Arbeitsschutz auch daher so antiquiert, weil der Anlaß seiner Genese vielfach unsichtbar geworden ist. Er ist aber nicht

verschwunden, wie es das Paradigma der betrieblichen Gesundheitsförderung nahelegt. Dazu reicht ein Blick auf die Praktiken deutscher Unternehmen in der Dritten Welt oder auf die Skrupellosigkeit, mit der vor kurzem auch Unternehmen mit einer langen sozialpartnerschaftlichen Tradition auf die Shareholder-Value-Philosophie umgeschwenkt sind.

Wenn man also im Rückblick feststellt, daß dem Arbeitsschutzsystem die Wahrnehmung gesellschaftlicher Konflikte im Kapitalismus vorausging, daß in der Regulierung und Zivilisierung dieser Konflikte seine Erfolgsgeschichte besteht – was läßt sich daraus für die betriebliche Gesundheitsförderung ableiten?

Neue Arbeitsformen und die Rolle der betrieblichen Gesundheitsförderung

Lohnarbeit war traditionell immer Arbeit auf Anordnung. Arbeit auf Anordnung läßt sich unterschiedlich organisieren, wobei sich nach dem zweiten Weltkrieg auch in deutschen Unternehmen tayloristische Strategien durchgesetzt haben. Das Credo des Taylorismus ist die radikale Trennung zwischen dispositiver und ausführender Arbeit. Taylor hat seine Form der Arbeitsorganisation als „wissenschaftliche Betriebsführung“ verstanden, weil er den Arbeitern die Art und Weise, wie sie ihre Arbeit ausführen sollten, im Detail vorgeben wollte, und zwar die wissenschaftlich ermittelten besten Verfahrensweisen. Daß die Arbeiter sich selbst Gedanken machen, war in diesem System daher unerwünscht. Der Taylorismus war damit zum einen ein Instrument der Rationalisierung und Intensivierung des Arbeitsprozesses, zum anderen eines zur Sicherung der Herrschaft des Managements über die Beschäftigten. Die Beschäftigten sollten lediglich ausführende Organe bzw. Werkzeuge des Managements sein. Für die Massenproduktion relativ einfacher Produkte ist diese Form der Arbeitsorganisation aus der Sicht des Managements auch heute noch funktional. Anders dagegen für Unternehmen, die z.B. unter hohem Innovationsdruck oder mit komplexen Fertigungstechnologien produzieren müssen. Für sie hat es sich als vorteilhaft erwiesen, die Beschäftigten nicht einfach zu Befehlsempfängern zu degradieren, sondern ihre Kreativität und ihr Erfahrungswissen möglichst umfassend zu nutzen. Die Beschäftigten sind dort inzwischen nicht nur zu „Mitarbeitern“ mutiert, sie sollen auch mitdenken, selbständige Entscheidungen treffen und mehr Verantwortung übernehmen.

Dieser Wandel der Produktionskonzepte wird in der industriesoziologischen Literatur seit zwanzig Jahren ausführlich beschrieben (siehe z.B. die klassische Darstellung bei Kern & Schumann, 1984), daher sollen diese Stichworte hier genügen. Betrachtet man das Ganze aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive, so leuchtet ein, daß die tayloristische Arbeitsorganisation sicher nicht gesundheitsförderlich ist. Indem sie jedwede Handlungsautonomie der Beschäftigten unterbinden will, unter-

drückt sie zugleich elementare menschliche Wesenszüge und Entwicklungsbedürfnisse. Gegen diese Praxis wenden sich, aus verschiedenen Motiven, die neuen Produktionskonzepte und die betriebliche Gesundheitsförderung gleichermaßen. Bei den neuen Produktionskonzepten ist die Rede von der „ganzheitlichen Nutzung der Arbeitskraft“, d.h. die geistigen Fähigkeiten der Beschäftigten sollen nicht unterdrückt, sondern für die Produktion eingesetzt werden. In der betrieblichen Gesundheitsförderung verweist man auf gesundheitswissenschaftliche Erkenntnisse über die Rolle von Handlungsspielräumen und vor allem auf Aaron Antonovsky und sein Konzept der Salutogenese (Antonovsky, 1997; zur Umdeutung des Salutogenese-Konzepts in eine leistungsintensivierende Sozialtechnologie siehe z.B. Klingebiel, 2000). Danach bleiben Menschen gesünder, wenn sie ihre Lebenssituation verstehen, darauf Einfluß nehmen können und ihr Handeln in einen sinnvollen Gesamtzusammenhang einordnen können. Daraus leitet man für die Arbeitswelt die Forderung nach Arbeitsbedingungen ab, die eben jenen der neuen Produktionskonzepte mehr oder weniger entsprechen: die Beschäftigten sollen in die Planung der Arbeitsabläufe einbezogen werden, in ihrer Arbeit Entscheidungsspielräume haben, den Stellenwert ihrer Tätigkeit im Gesamtzusammenhang der Produktion kennen usw.

Mit diesen neuen Arbeitsformen ist aber, darauf hat die Industriegesellschaft immer wieder hingewiesen, nicht einfach ein Abbau von Belastungen und ein ungebrochener Zuwachs an Autonomie verbunden, sondern ein Wandel des Belastungsspektrums, einhergehend mit neuen Mechanismen der Kontrolle der Beschäftigten (vgl. z.B. Malsch & Seltz, 1987). Die Problematik der enttaylorisierten Arbeit besteht nicht mehr in der brachialen Unterdrückung und Mißachtung menschlicher Möglichkeiten nach altem Muster, sondern in ihrer Vereinnahmung, Instrumentalisierung und möglichst „sanfter“ Beschränkung auf das betrieblich funktionale Maß. Statt auf äußere setzt man auf die innere Disziplinierung, statt durch Anweisungen führt man durch "management by objectives", man kontrolliert nicht einzelne Arbeitsabläufe sondern nur noch deren Ergebnisse, man definiert Leistungsansprüche zu fachlichen oder persönlichen Herausforderungen um, das Nichterreichen der betrieblichen Ziele wird zum persönlichen Versagen. Wenn abhängig Beschäftigte unternehmerische Verantwortung übernehmen sollen, ist dies immer eine hochgradig ambivalente Anforderung. Burnout, Stress, Versagensängste, innere Zerrissenheit, Erschöpfungszustände usw. sind oft die gesundheitlichen Folgen.¹ Charakteristisch für die neuen Arbeitsformen

¹ Siehe dazu z.B. Pickshaus, Schmitthenner & Urban (Hrsg.), 2001. Die Autoren beschreiben z.B. sehr anschaulich die indirekten Kontrollmechanismen „selbstverantworteter“ Projektarbeit bei IBM und die damit einhergehende Zerrissenheit der Beschäftigten zwischen Gefühlen der Herausforderung und Befriedigung einerseits und Angst- und Erschöpfungszuständen andererseits.

ist also die Ambivalenz von größeren Handlungsspielräumen (im Rahmen systemischer Vorgaben) bei gleichzeitig erhöhten psychischen Belastungen. Die undifferenzierte Rede von „mehr Autonomie“ und „mehr Verantwortung“ als ausschließlich positiv konnotierten Gestaltungszielen verdeckt dieses Problem. Man betreibt dann mit diesen Begriffen nur eine abstrakte Negation des Taylorismus, ohne die neuen Arbeitsformen in ihrer tatsächlichen Widersprüchlichkeit zu erfassen. Autonom in einem gesundheitswissenschaftlichen Sinn sind Menschen ja nicht schon dann, wenn sie selbst darüber entscheiden dürfen, wie sie die fremdgesetzten Unternehmensziele erreichen wollen. Wenn Begriffe wie „Autonomie“, „Handlungsspielraum“ oder „Verantwortung“ einen gesundheitswissenschaftlich sinnvollen Inhalt bekommen sollen, müssen sie sich auf die Lebensbedürfnisse und Lebensinteressen der Menschen beziehen und nicht nur auf die betriebswirtschaftlichen Ziele des Unternehmens.

Betrachtet man über den Arbeitsplatz hinaus die Rahmenbedingungen, unter denen heute gearbeitet wird, lassen sich weitere Probleme benennen, die im Ansatz der betrieblichen Gesundheitsförderung bisher zu wenig Berücksichtigung finden. Was bedeutet z.B. die zunehmende Notwendigkeit von Mobilität für die Gesundheit der Beschäftigten? Welche Belastungen resultieren daraus für das familiäre Zusammenleben? Welche Folgen hat die Unstetigkeit von Berufsverläufen für die Gesundheit der Menschen? Was macht die Angst vor Arbeitslosigkeit mit ihnen? Wie wirkt sich die Angst der Älteren aus, nicht mehr mithalten zu können? Wie die Tendenz zur Auflösung der Grenzen zwischen Arbeitszeit und Freizeit, wie der aus alledem resultierende Zwang, das ganze Leben mehr und mehr der Arbeit unterzuordnen? Die betriebliche Gesundheitsförderung müßte diese Fragen verstärkt aufgreifen und die Ambivalenz der modernen Arbeitswelt zu ihrem zentralen Thema machen. Sie würde damit an die historische Leistung des Arbeitsschutzes anschließen, nämlich eine Antwort geben auf die gesundheitlichen Folgen einer im Umbruch befindlichen Arbeitswelt, auf die sich die Menschen und die sozialen Unterstützungsroutinen der Gesellschaft noch nicht angemessen einstellen konnten.

Manche Texte zur betrieblichen Gesundheitsförderung, die nur affirmativ den neuen Produktionskonzepten das Wort reden und bei denen es letztlich nur um die Senkung des Krankenstandes geht, erinnern dagegen eher an eine gesundheitswissenschaftlich verbrämte Variante von „Befriedungsverbrechen“ (Basaglia).

Die Rückgewinnung des kritischen Potentials der betrieblichen Gesundheitsförderung

In ihren Ursprüngen war die betriebliche Gesundheitsförderung ein Projekt mit durchaus gesellschaftskritischen Ambitionen. Ihre Wurzeln sind

das Regierungsprogramm zur Humanisierung der Arbeitswelt (ein sprechender Begriff!) aus den 70er Jahren, die alternative Gesundheitsbewegung der 80er Jahre und die sozialwissenschaftliche Medizinkritik. Mit der betrieblichen Gesundheitsförderung wurde insbesondere auch die subjektive Sichtweise der Beschäftigten auf Gesundheitsprobleme am Arbeitsplatz erstmals ernst genommen. Zeitweise war die betriebliche Gesundheitsförderung geradezu ein Konkurrenzprogramm zum traditionellen Arbeitsschutz mit seiner expertokratischen Ignoranz gegenüber den Erfahrungen der Beschäftigten und seiner Fixierung auf naturwissenschaftlich meßbare Belastungen – ein Gegensatz, der sich in Zukunft weitgehend auflösen dürfte. Der moderne Arbeitsschutz hat sowohl sein Themenspektrum erweitert als auch der Rolle der Beschäftigten bei der Diagnose und Lösung von Arbeitsschutzproblemen mehr Gewicht gegeben – Ausdruck dieses zumindest programmatischen Wandels ist das Arbeitsschutzgesetz von 1996. Wenn man so will, hat die betriebliche Gesundheitsförderung erfolgreich ihren Beitrag zur Enttaylorisierung des Arbeitsschutzes geleistet. Ihr kritischer Elan scheint damit aber zunächst einmal erlahmt zu sein.

Gegenwärtig wird die betriebliche Gesundheitsförderung mehr oder weniger gleichgesetzt mit den Programmen der gesetzlichen Krankenkassen nach § 20 SGB V. Die Krankenkassen sind sozialpartnerschaftlich verfaßt, von ihren Programmen wird man daher sicher keine grundlegende Kritik an den gegenwärtigen Arbeitsformen im Sinne einer „Betriebsratsarbeit auf Krankenschein“ erwarten dürfen. Dies um so mehr, als sie bei ihren Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung ohnehin auf den guten Willen der Arbeitgeber angewiesen sind: anders als die Arbeitsschutzbehörden und die Unfallversicherungsträger haben sie keine rechtlich durchsetzbaren Eingriffsbefugnisse. Den Krankenkassen bleibt in der betrieblichen Gesundheitsförderung nur das Mittel der Überzeugungsarbeit – was allerdings manchmal auch nachhaltigere Wirkungen hervorbringen mag als Sanktionen der Aufsichtsbehörden. Eigenständige gewerkschaftliche Ansätze der betrieblichen Gesundheitsförderung gibt es zur Zeit nicht. Ihr Engagement beschränkt sich darauf, die Programme der Krankenkassen zu befördern oder zu imitieren. Und die alternative Gesundheitsbewegung ist nach einem Marsch durch die Institutionen auf deren Chefsesseln angekommen, ihre Protagonisten machen jetzt Hochschul-, Krankenkassen- oder Gewerkschaftspolitik, eingebunden in die jeweiligen institutionellen Zwänge.

Welche Perspektiven einer „gegendentenziellen Politik“ (Rosenbrock) bieten sich vor diesem Hintergrund? Die treibende Kraft in der betrieblichen Gesundheitsförderung werden auf absehbare Zeit die Krankenkassen bleiben, unter zunehmender Beteiligung der Unfallversicherungsträger, die ihren in § 14 SGB VII erweiterten Präventionsauftrag umzusetzen beginnen. Die Praxis der betrieblichen Gesundheitsförderung wird also einen sozialpartnerschaftlichen Charakter behalten. Aber die analy-

tischen Fragen müssen darüber hinausgehen, müssen die oben gestellten sein: was sind die Faktoren, die den Menschen das Gefühl geben, haltlos und wurzellos in einem sinnlosen Leben dahinzutreiben, wie es Richard Sennett (1998) beschreibt? Und was macht im Sinne von Antonovsky wirklich den "sense of coherence" aus, das Gefühl, in einer verstehbaren, beeinflussbaren und sinnvollen Welt zu leben? Was hilft den Menschen, mit ambivalenten Anforderungsstrukturen in den neuen Produktionskonzepten zurechtzukommen, die Unsicherheiten ihrer beruflichen Perspektiven durchzustehen, mit den beruflich bedingten Belastungen ihres familiären Lebens besser umzugehen? Wenn sich die betriebliche Gesundheitsförderung solchen berufsbiografischen Fragestellungen zuwendet, kann sie auch „alte“ Ziele der Ottawa-Charta, wie das „Befähigen“ der Menschen, wieder neu entdecken. Ein wesentliches Element dabei wäre, wie zu Beginn der betrieblichen Gesundheitsförderung vor zwanzig Jahren, eine Verständigung der Beschäftigten über die eigenen Arbeitsbedingungen, die eigene Befindlichkeit und das eigene Verhalten im Betrieb, unterstützt durch eine betriebsnahe Bildungsarbeit, die zur Reflexion von Arbeitserfahrungen anhält. Daraus könnte eine neue Verhaltensprävention entstehen, die weniger individualistisch und strukturkonservativ ist als die gegenwärtig üblichen Formen. Alles andere bleibt Anbietung an die Ökonomie.

Literaturverzeichnis

- Antonovsky, A. (1997). *Salutogenese*. Tübingen.
 Kern, H. & Schumann, M. (1984). *Das Ende der Arbeitsteilung?* München.
 Klingebiel, H. (2000). Salutogenese in Organisationen. *Prävention, 1*, 8 ff.
 Malsch, T. & Seltz, R. (Hrsg.). (1987). *Die neuen Produktionskonzepte auf dem Prüfstand*. Berlin.
 Pickshaus, K., Schmitthener, H. & Urban, H.-J. (Hrsg.). (2001). *Arbeiten ohne Ende*. Hamburg.
 Sennett, R. (1998). *Der flexible Mensch. Die Kultur des neuen Kapitalismus*. Berlin.
 Westermayer, G. (1996). Der Aufbau von Vertrauensorganisation durch Betriebliche Gesundheitsförderung. In: Busch, R. (Hrsg.), *Vom Fehlzeitenmanagement zur Betrieblichen Gesundheitsförderung*. Berlin.