

Auf dem Weg zu gesunden Schulen: Was Schulen dabei von Unternehmen lernen können

Gutachten für die Landesregierung NRW

Prof. Dr. Bernhard Badura, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld

„Das alltägliche Klima der meisten Organisationen ist wahrscheinlich toxischer, als wir uns das eingestehen wollen“

Peter M. Senge

„Wenn man sie im Lichte ihrer Möglichkeiten betrachtet, sind die meisten Unternehmen absolute Versager – oder bestenfalls Dilettanten, die ihr Potential nicht ausschöpfen. Sie stehen auf einer primitiven Stufe der Evolution; sie entwickeln und nutzen nur einen Bruchteil ihrer Möglichkeiten“

Arie de Geus

„94 Prozent aller Fehler sind dem Management zuzuordnen, nur 6 Prozent den Mitarbeitern“

William Edwards Deming

“If schools are a primary area where social capital is developed then it is natural to think that government policy towards social capital should focus on schools ... the vast governmental involvement in education becomes much more comprehensible once we think about education’s role in externality-producing social capital.”

Edward L. Glaeser

1. September 2004

Inhalt

Vorbemerkung	4
I. Wissenschaftliche Grundlagen	8
1.0 <i>Pathogenetische Grundlagen</i>	8
1.1 Stressforschung	8
1.2 Verhaltensmedizin.....	8
1.3 Sozialepidemiologie	10
2.0 <i>Salutogenetische Grundlagen</i>	10
2.1 Gegenseitige Hilfe/soziale Unterstützung.....	11
2.2 Gemeinsame Überzeugungen, Werte und Regeln	12
2.3 Mitarbeiterorientierte Führung.....	13
2.4 Fazit: Salutogene Merkmale sozialer Systeme	13
3.0 <i>Betriebs- und volkswirtschaftliche Grundlagen</i>	14
4.0 <i>Interventionsziele</i>	16
4.1 Gesunde Organisation	16
4.2 Wohlbefinden	17
II. Aktuelle Trends und Perspektiven betrieblicher Gesundheitspolitik	18
1.0 <i>Ergebnisse der Expertenkommission „Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik“ der Bertelsmann Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung</i>	20
1.1 Mehr Selbstverantwortung für Betriebe und Beschäftigte.....	20
1.2 Investition in Gesundheit statt Reparatur und Kompensation.....	21
1.3 Innovatives Gesundheitsmanagement statt Frühberentung.....	21
1.4 Wissen schaffen für eine neue betriebliche Gesundheitspolitik	21
2.0 <i>Systematisierung und Institutionalisierung betrieblichen Gesundheitsmanagements</i>	22
2.1 Von der Pathogenese zur Salutogenese.....	23
2.2 Von der Person zum sozialen System	24
2.3 Von der betrieblichen Gesundheitsförderung zum betrieblichen Gesundheitsmanagement.....	24
2.4 Angestrebte Ergebnisse	26
3.0 <i>Total Quality Management und Betriebliches Gesundheitsmanagement – Gesundheit der Mitglieder als Qualitätsmaßstab einer Organisation</i>	28
3.1 Betriebliches Gesundheitsmanagement – ein verfahrensorientiertes Konzept	30
3.2 Von der Bekämpfung von Unfällen und Berufskrankheiten zur Mobilisierung von Gesundheitspotenzialen und Risikobekämpfung	31
3.3 Denken in Wechselwirkungen und komplexen Zusammenhängen statt in linearen Kausalitäten.....	33
III. Was sich aus dem betrieblichen ins schulische Gesundheitsmanagement übertragen lässt	35
1.0 <i>Dateninfrastruktur</i>	35
2.0 <i>Ziele</i>	37
3.0 <i>Qualifizierte Führung</i>	38
4.0 <i>Professionelles Projektmanagement</i>	39
5.0 <i>Sozialkapital durch Projekte vermehren</i>	40
IV. Empfohlene Aufbauschritte für ein Gesundheitsmanagement an Nordrhein-Westfälischen Schulen	41
1. Empfehlung: Zielwert Wohlbefinden	42

2. Empfehlung: Gesunde Schule	42
3. Empfehlung: Schulische Gesundheitsberichterstattung	42
4. Empfehlung: Vernetzung und Wissenstransfer	43
5. Empfehlung: Qualifizierung für schulische Gesundheitsarbeit.....	44
6. Empfehlung: Partnerschaften zwischen Schulen und Unternehmen.....	44
7. Empfehlung: Internes Marketing.....	44
8. Empfehlung: Qualifizierung von Schulleitern.....	45
9. Empfehlung: Ressourcen.....	45
10. Empfehlung: Lehrerbildung	45
11. Empfehlung: Forschungs- und Entwicklungsbedarf	46
12. Empfehlung: Überschulischer Managementkern	46
V. Literatur	47
VI. Anhang: Abbildungen	49

Vorbemerkung

Personenbezogene Bildungsleistungen werden, ebenso wie Gesundheits- und Pflegeleistungen, in einem sich rasch wandelnden gesellschaftlichen Umfeld erbracht. Die zentralen Trends verlaufen von der Sachgüter- zur Dienstleistungsproduktion, in Richtung einer alternierenden und schrumpfenden Bevölkerung und in Richtung einer europäischen und zunehmend globalen Wirtschaft. Damit einher geht ein Prozess der Lokalisierung, d.h. der (Rück-) Besinnung auf die Wurzeln unserer Kultur und auf Identitäten, die sich nur in einer übersichtlichen, den Gemeinsinn fördernden Umgebung lokaler Lebensgemeinschaften erhalten und wiederbeleben lassen.

Lehrer und Schüler müssen befähigt werden, mit diesen Veränderungen und ihren Konsequenzen für die Lebens- und Arbeitswelt umzugehen. Die Vision der Gesunden Schule kann dazu wesentlich beitragen. Zur Realisierung dieser Vision sollte an Erfahrungen aus der Wirtschaft angeknüpft werden, die in Deutschland auf eine weit über 100jährige Tradition des Arbeits- und Gesundheitsschutzes zurückblickt und in der gegenwärtig ein Umbruch dieser Tradition in Richtung Betriebliches Gesundheitsmanagement zu beobachten ist (Bertelsmann/Hans Böckler Stiftung 2004; 2000).

Schulen sind **personenbezogene** Dienstleistungsorganisationen. Ihr Auftrag besteht in der Erbringung immaterieller Leistungen in der direkten Kommunikation zwischen Lehrern und Schülern. Personenbezogene Bildungsleistungen entstehen **koproduktiv**, d.h. Schüler sind nicht Konsumenten, sondern Koproduzenten dieser Leistungen. Personenbezogene Dienstleistungsorganisationen sind auf eine aktive Mitarbeit ihrer Klientel angewiesen zur qualitativ hochwertigen Erledigung ihrer Aufträge – Mitarbeit im Sinne von Aufmerksamkeit, Motivation und aktiver Beteiligung. Daraus ergibt sich für Schulen und andere Bildungseinrichtungen eine doppelte Aufgabenstellung: Erstens Erfüllung des Bildungsauftrages, d.h. Vermittlung von Wissen, Werten und Fertigkeiten, zweitens Befähigung zur Koproduktion in Form von Identifikation mit der eigenen Schule und Entwicklung hoher Leistungsmotivation und sozialer Kompetenz. Diese doppelte Aufgabenstellung macht die Arbeit in Schulen überaus komplex, verweist auf Möglichkeiten aber auch auf Grenzen pädagogischen Handelns. In dieser sehr speziellen Arbeitssituation an der Mensch-Mensch-Schnittstelle liegt ein wesentlicher Unterschied zu Güter produzierenden Unternehmen.

Ein zweiter wichtiger Unterschied zwischen Schulen und Unternehmen liegt darin, dass Unternehmen einem zunehmend härteren Wettbewerb globaler Märkte ausgesetzt sind, eine Situation, die bei sich in staatlicher Trägerschaft befindenden Schulen allenfalls stark abgeschwächt durch die geringen Geburtenraten entstehen wird.

Neben diesen Unterschieden ihrer internen und externen Rahmenbedingungen gibt es jedoch auch ebenso unübersehbare Gemeinsamkeiten. In beiden Fällen entscheidend für die erzielten Ergebnisse sind die arbeitenden Menschen und die Art ihrer Kooperation und Koordination.

Im Zentrum der folgenden Überlegungen steht deshalb das Thema (Schul-)Organisation.

Gemeinsam ist Schulen, Krankenhäusern und Industriebetrieben, dass es sich um komplexe Organisationen handelt, deren Erfolg von funktionierenden sozialen Systemen abhängt.

Betriebliche Gesundheitsförderung (in ihrer weiterentwickelten Form: betriebliches Gesundheitsmanagement) beinhaltet im hier vertretenen Verständnis eine Intervention in ein soziales System. Das bedeutet, die gegebenen Interventionsmöglichkeiten sind in Diagnose, Planung, Steuerung und Evaluation an Erkenntnisse und Instrumente der Sozial- und Gesundheitswissenschaften gebunden. Gestaltungsoptionen müssen die jeweiligen Eigendynamiken der betreffenden Systeme berücksichtigen. **Jede einzelne Organisation – auch jede Schule – ist ein Fall für sich, den es gesondert zu analysieren gilt**, um bedarfsgerechte und wirksame Handlungsstrategien zu erarbeiten. M.a.W. die Qualität der Gesundheitsförderung hängt zunächst einmal ab von der Qualität der Diagnose (Problemerkennung, Ursachenanalyse).

Gemeinsam ist Schulen mit anderen komplexen Wirtschaftsorganisationen ferner, dass Gesundheitsförderung hier stets Mittel zum Zweck der eigentlichen Auftragserledigung ist, dem sie letztlich zu dienen hat.

Daraus folgt, dass der Erfolg schulischer Gesundheitsförderung sich auch an ihrem Beitrag zur Erreichung der gesetzten Bildungsziele messen lassen muss.

Wie der statistisch gut belegte Zusammenhang zwischen Bildungsniveau und Lebensdauer nahe legt, wirkt formalisierte Ausbildung schon an sich außerordentlich gesundheitsförderlich, vermutlich weil sie die Fähigkeit zur salutogenen Situationsbewältigung (Problemlösung und Gefühlsregulierung) erhöht und Zugang zu risikoärmeren und an Gesundheitspotenzialen reicheren Arbeitsplätzen schafft. Schulen erzeugen Sozialkapital durch die Vermittlung sozialer Fertigkeiten und zwischenmenschlicher Kompetenz. Sie legen dadurch Grundlagen für Gesundheit und Teamfähigkeit im Erwachsenenalter (Glaeser 2001).

Schulische wie betriebliche Gesundheitsförderung verfolgen eine doppelte Zielsetzung. Ihre Ziele lassen sich aus der sozialen Verantwortung des Landes für Lehrer und Schüler herleiten und aus der Bestimmung von Schulen und Betrieben als Zweckorganisationen.

Das hiermit vorgelegte Gutachten verfolgt das Ziel, die wichtigsten wissenschaftlichen Grundlagen, Konzepte und Vorgehensweisen des betrieblichen Gesundheitsmanagements vorzustellen und Möglichkeiten ihrer Übertragbarkeit auf Schulen zu prüfen. Der Autor verfügt über eine jahrzehntelange Erfahrung in der Grundlagenforschung und Entwicklung in den Bereichen Sozialepidemiologie, Gestaltung von Gesundheitsdienstleistungen sowie Einführung von betrieblichem Gesundheitsmanagement in Krankenhäusern, Unternehmen und Verwaltungen – nicht jedoch in Schulen. Mögliche Fehleinschätzungen des Gutachters können hier ihre Ursache haben.

Der Autor ist sich darüber im Klaren, dass heute außerschulische Faktoren das schulische Geschehen stark beeinflussen, m.a.W. sehr vieles in Schulen hineinwirkt, was sich ihrem Einfluss oft entzieht. Gleichwohl lassen sich Schulen als relativ geschlossene soziale Systeme begreifen, die vom tiefgreifenden gesellschaftlichen Wandel nicht nur erfasst werden, sondern die durch Mobilisierung ihres eigenen Sozialkapitals damit für Lehrer und Schüler gesundheitsförderlich umzugehen lernen können.

Der Sozialkapital-Ansatz beschäftigt sich mit Strukturen und Prozessen sozialer Systeme und ihren Konsequenzen einerseits für Verhalten, Befinden und Gesundheit ihrer Mitglieder und andererseits für ihre kollektive Leistungsfähigkeit. Ausgehend von soziologischen Fragestellungen entwickelt sich dieser Ansatz gegenwärtig weltweit als eines der vielversprechendsten, die Erkenntnisinteressen von Soziologie, Ökonomie, Psychologie, Gesundheits- und Verhaltenswissenschaften verbindenden Konzepte (Woolcock 2001).

In vorliegenden Beiträgen und Übersichtsartikeln zum Thema Schule und Gesundheit stehen meist Risikoverhaltensweisen der Schüler, insbesondere Alkohol-, Zigaretten und Drogenkonsum im Zentrum. Im folgenden Gutachten wird eine gänzlich andere Betrachtungsweise eingenommen. In ihr stehen **salutogene** Einflüsse im Zentrum sowie **strukturelle** Ansätze zur Förderung salutogener und zur Vermeidung pathogener Verhaltensweisen. Zudem gehen wir von der Grundannahme aus, dass Lehrerinnen und Lehrer, die sich selbst bei ihrer Arbeit wohlfühlen und gerne zur Schule gehen, eine notwendige Voraussetzung dafür sind, dass dies auch für ihre Schülerinnen und Schüler zutrifft.

Das Gutachten beginnt mit wissenschaftlichen Grundlagen, die für alle sozialen Systeme gelten – also auch für Schulen. Unterschieden werden dabei die sozial- und gesundheitswissenschaftlichen Grundlagen einerseits und die betriebs- und volkswirtschaftlichen Grundlagen andererseits. Der zweite Hauptteil beschäftigt sich mit aktuellen Trends und Problemstellungen in der betrieblichen Gesundheitspolitik und mit Vorgehensweisen und Instrumenten eines professionell betriebenen Gesundheitsmanagements. Der letzte Teil widmet sich Fragen der Übertragbarkeit und enthält Empfehlungen.

I. Wissenschaftliche Grundlagen

1.0 Pathogenetische Grundlagen

Die sozial- und gesundheitswissenschaftlichen Grundlagen betrieblichen Gesundheitsmanagements speisen sich vor allem aus zwei ganz unterschiedlichen Forschungsperspektiven: erstens aus der als Nebenzweige der Medizin entstandenen und deren pathogenetische Erkenntnisinteressen teilenden Stressforschung, Verhaltensmedizin und Sozialepidemiologie; zweitens aus der der Verhaltensforschung und den Sozialwissenschaften entstammenden, dem salutogenetischen Erkenntnisinteresse folgenden Suche nach gesundheitsförderlichen Merkmalen und Prozessen psychischer und sozialer Systeme.

1.1 Stressforschung

Die Stressforschung beschäftigt sich mit pathogenen Folgen menschlicher Bedrohungs-, Verlust- und Kränkungserfahrungen. Insbesondere die Chronizität dieser Erfahrungen und die damit verbundenen chronischen Hilflosigkeitsgefühle, aber auch Ängste und Wutgefühle beeinträchtigen das Herz-Kreislauf-System und das Immunsystem und führen zu einer erhöhten Anfälligkeit für somatische Schäden unterschiedlichster Art, z.B. chronische Rückenbeschwerden, koronare Herzkrankheiten, Diabetes (z. B. Siegrist 1996). Auch psychische Störungen bzw. deren Vorboten in Form von Burnout oder innerer Kündigung werden heute als Folgen chronischer Belastung erachtet (Abb. 1 und 2) (Spektrum der Wissenschaft: Dossier Stress, 3/99). In der Stressforschung stehen potenziell schädigende Wechselwirkungen zwischen Umwelt, Person und Verhalten im Zentrum. Sozialstrukturelle Einflüsse auf diese Wechselwirkungen bleiben meist außer Betrachtung. Mobbing, Burnout oder innere Kündigung bilden Ursachen bzw. Folgen anhaltender Stresserfahrungen und haben negative Auswirkungen auf Verhalten, Befinden und Gesundheit. Sie sind ihrerseits oft wiederum Symptome eines unterentwickelten Sozialkapitals der betroffenen Organisationen (Badura/Hehlmann 2003). Die Verteilung arbeitsbedingter Belastungen korreliert hoch mit Bildung, Ansehen und Einkommen (Abb. 3 und 4).

1.2 Verhaltensmedizin

Obwohl ihre Entstehung jüngeren Datums ist als die der Stressforschung, ist Verhaltensmedizin heute die in Gesundheitsförderung und Prävention wohl am häufigsten verwendete Grund-

lage – auch weil es jedermann unmittelbar einzuleuchten scheint, dass übermäßiger Alkohol- und Zigarettenkonsum die Gesundheit schädigt ebenso wie Fehlernährung oder Bewegungsarmut. Ein identifizierter Kausalzusammenhang ist bei einem multikausalen Geschehen jedoch nicht automatisch als Präventionskonzept geeignet. Programme der Verhaltensmodifikation, die allein an Personen ansetzen (Wissensvermittlung, Belehrung usw.) haben, das zeigt die Evaluation von Interventionsprogrammen, z.B. zur Bekämpfung von Herz-Kreislauf-Risikofaktoren durchgängig, kaum nachhaltige Wirkung. Es sei denn, sie werden flankiert oder unterstützt von Maßnahmen, die sich auf die verhaltensrelevanten Lebens- und Arbeitsbedingungen der betroffenen Population richten. Praktisch sind sie allerdings vergleichsweise leichter zu realisieren als Eingriffe in die Rahmenbedingungen, Strukturen und Prozesse einer Organisation wie z.B. Veränderungen im Führungsverhalten, in Kultur und Klima. Dieser Umstand dürfte mit maßgeblich sein für ihre Popularität.

Verhalten lässt sich nach Auffassung der Verhaltensmedizin durch Einfluss auf Kognition, Motivation und Emotion und durch Erlernen bestimmter Handlungsweisen modifizieren. Diese Annahme ist nicht falsch, aber unrealistisch, weil sie – anders als die Stressforschung – „Verhalten“ getrennt von „Umwelt“ betrachtet und handelnde Personen als kontextfreie Wesen sieht. Tatsächlich aber bedingen sich Umwelt, Verhalten und Person wechselseitig. Verhaltensänderung erfordert diesem sozialpsychologischen Modell entsprechend immer auch mehr oder weniger kontinuierliche persönliche Ansprache und Eingriffe in die Umwelt zur Unterstützung. Die weiter unten zitierte Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation wählt deshalb einen anderen Ansatz, setzt auf erweiterte Handlungsspielräume und Befähigung (Empowerment) zu gesundheitsorientiertem Handeln. An die Stelle traditioneller Gesundheitserziehung mit Hilfe von Broschüren oder Ermahnungen treten Qualifikation und Motivation zur gesundheitsförderlichen Gestaltung der Lebens- und Arbeitsbedingungen.

Die Verhaltensmedizin hat wichtige Erkenntnisse über mögliche Risiken chronischer Krankheiten geliefert, deren Ursachen aber nur sehr unvollständig bzw. verkürzt beschrieben. In vielen Fällen dient ein gesundheitsschädigendes Verhalten sozialer Anpassung oder ist stressbedingt. Erst eine sorgfältige, den multifaktorellen Einflüssen gerecht werdende Analyse eignet sich als Grundlage nachhaltig wirksamer Prävention und Gesundheitsförderung (Abb. 5).

1.3 Sozialepidemiologie

Soziale Einflüsse auf Gesundheit und Krankheit wurden seit langem vermutet. Erst durch epidemiologische Analysen großer Datenmengen zum Zusammenhang von sozialer Ungleichheit im Ansehen, im Bildungsgrad, im Einkommen einerseits und Mortalität andererseits gelang es, diese Vermutungen empirisch zweifelsfrei zu belegen. Einen zweiten großen Fortschritt brachte die soziale Unterstützungstheorie (Badura 1981). Mit ihrer Hilfe konnte belegt werden, dass Qualität und Stabilität zwischenmenschlicher Beziehungen Einfluss nehmen auf die Lebensdauer. Die Befunde zur sozialen Ungleichheitstheorie belegen, dass soziale Faktoren einen maßgeblichen Einfluss haben auf die menschliche Gesundheit. Mit der sozialen Unterstützungstheorie und der sozialepidemiologischen Stressforschung konnte gezeigt werden, welche sozialen Strukturen und Prozesse es dabei zu beachten gilt. Als positiv, weil psychisch unterstützend und praktisch hilfreich erlebte Beziehungen zu wichtigen Bezugspersonen, zu Verwandten, Freunden, Kollegen, Bildungs- und Gesundheitsexperten erleichtern die Bewältigung kritischer Situationen und haben großen Einfluss auf das persönliche Wohlbefinden. Soziale Isolation gilt als Risikofaktor erster Ordnung, soziale Integration dagegen als wichtiges Gesundheitspotenzial.

Unter anderem mit dieser Erkenntnis begann die Erforschung gesundheitsförderlicher Faktoren und damit die Wende von der pathogenetischen zur salutogenetischen Perspektive. Praktisch ergibt sich daraus die Konsequenz, sich in Gesundheitsförderung und Prävention nicht mehr nur auf die Verhütung und Beseitigung von Krankheitsrisiken zu konzentrieren, sondern den gesundheitsförderlichen Potenzialen in sozialen, psychischen und biologischen Systemen und deren Wechselwirkungen mehr Aufmerksamkeit zu schenken (Badura/Kickbusch 1991).

2.0 Salutogenetische Grundlagen

Pathogenetische Ansätze stellen die Frage: Was macht krank? Welches Ursachenbündel ist für Entstehung und Verlauf von Krankheit X verantwortlich? Die Idee der Prävention ist engstens verbunden mit der Absicht, krankheitsspezifische Risiken zu verhüten oder zu mindern.

Salutogenetische Ansätze stellen die Frage: Was erhält gesund? Welche Einflüsse sind für Erhalt und Förderung von Gesundheit verantwortlich? Die Idee der Gesundheitsförderung ist engstens verbunden mit der Absicht, salutogene Potenziale zu identifizieren und zu stärken.

Salutogene Merkmale biologischer und psychischer Systeme sind bisher wenig erforscht. Deshalb beschränkt sich der folgende kurze Überblick auf salutogene Merkmale sozialer Systeme.

Funktionsfähige soziale Systeme sind eine zwingende Voraussetzung für die Funktionsfähigkeit jeder Organisation d.h. für Umfang und Qualität der in ihnen erbrachten Dienstleistungen oder erstellten Sachgüter.

In der personenbezogenen Dienstleistungsproduktion in Schulen ist der Einfluss sozialer Systeme besonders hoch wegen ihrer geringen Technik- und hohen Personal- und Kommunikationsintensität.

2.1 Gegenseitige Hilfe/soziale Unterstützung

Der erste und vielleicht wichtigste „Baustein“ sozialer Systeme sind vertrauensvolle und stabile soziale Beziehungen unter ihren Mitgliedern.

Der russische Verhaltensforscher Peter Kropotkin gilt als ein Pionier der salutogenetischen Perspektive und war als Zeitgenosse Darwins einer der ernsthaftesten Kritiker seiner Evolutionstheorie mit seiner Hervorhebung „gegenseitiger Hilfe“ als Wettbewerbs- und Evolutionsvorteil.

„Auf den Reisen, die ich in meiner Jugend durch das östliche Sibirien und die nördliche Mandschurei machte, empfing ich zwei starke Eindrücke aus dem Reich des Tierlebens. Der eine war die außerordentliche Härte des Kampfes um die Existenz, den die meisten Tierarten wider eine **raue Natur** zu führen haben ..., den anderen Eindruck zeitigte folgende Bemerkung: Selbst an den wenigen Orten, wo das Tierleben üppig gedieh, konnte ich, obwohl ich emsig darauf achtete, nicht jenen erbitterten Kampf um die Existenzmittel **zwischen Tieren, die zur gleichen Art gehören**, entdecken...

In all diesen Szenen, die sich vor meinen Augen abspielten, sah ich **gegenseitige Hilfe** und **gegenseitige Unterstützung** sich in einem Maße betätigen, dass ich in ihnen einen Faktor von größter Wichtigkeit für die Erhaltung des Lebens und jeder Spezies sowie ihrer Fortentwicklung zu ahnen begann.“ (Kropotkin 1975, S. 12, 13)

„Was mich treibt, ... ist ein Gefühl, unendlich weiter als Liebe und persönliche Sympathie, ein Instinkt, der sich langsam bei Tieren und Menschen im Verlauf einer außerordentlich langen Entwicklung ausgebildet hat, und der Menschen und Tiere gelehrt hat, welche Stärke sie durch die Betätigung gegenseitiger Hilfe gewinnen und welche Freuden sie im sozialen Leben finden können ... Es ist das Bewusstsein – und sei es nur in dem Entwicklungsstadium eines Instinkts – von der menschlichen Solidarität“ (ebd. S. 16, 17)

Ob das Prinzip der gegenseitigen Hilfe beim Menschen tatsächlich genetisch bedingt oder aber nur als ein Element religiöser Grundüberzeugungen und Werte, z.B. des Christentums, Teil unserer kulturellen Tradition ist, sei an dieser Stelle dahingestellt. Mittlerweile gut belegt ist auf jeden Fall, dass soziale Beziehungen, die als vertrauensvoll und unterstützend erlebt werden, Lebensqualität und -dauer positiv beeinflussen und dass soziale Isolation oder soziale Beziehungen, die als feindselig oder anderweitig als belastend erlebt werden, Lebensqualität und Lebensdauer negativ beeinflussen (Badura 1981; House et al. 1988; Berkman/Kawachi 2000; Epidemiologic Reviews – Social Epidemiology, vol. 26/2004) (Abb. 6, 7 und 8). Netzwerke vertrauensvoller Beziehungen und Kontakte befördern Gemeinsinn und wirtschaftlichen Erfolg (Putnam 2001; Fukuyama 2001).

2.2 Gemeinsame Überzeugungen, Werte und Regeln

Ein zweites konstituierendes Element sozialer Systeme sind **gemeinsame** Überzeugungen, Werte und Regeln. Sie ermöglichen und erleichtern Zusammenarbeit, reduzieren den Aufwand an Koordination, motivieren und orientieren ihre Mitglieder zu gemeinsamem Handeln, verpflichten sie auf gemeinsame Ziele und Regeln. Sie reduzieren mögliche Quellen sozialer Konflikte, von Unsicherheit und Ungewissheit und helfen Stress zu vermeiden oder mit ihm schädigungsfrei umzugehen. Gemeinsame Überzeugungen, Werte und Regeln erleichtern es den Mitgliedern sozialer Systeme, ihre Welt als sinnhaft und verstehbar zu erleben. Nach Antonovsky sind das zwei wesentliche Voraussetzungen zur Entstehung von Kohärenzempfinden – einem persönlichen Merkmal, das er als salutogenetisch definiert. Eine dritte Voraussetzung ist die Beeinflussbarkeit sozialer Systeme aus Sicht ihrer Mitglieder. Je partizipatorischer ein soziales System, d.h. je mehr bottom-up Einflussmöglichkeiten es einräumt, umso salutogener ist es. Die zahlreichen Forschungsarbeiten zur Handlungsspielraumthese belegen diesen Zusammenhang.

Je geringer der Vorrat an gemeinsamen Überzeugungen, Werten und Regeln in einer Organisation, je höher der Bedarf an Koordination und Abstimmung und desto konfliktreicher die Kooperation der Mitglieder, desto zahlreicher und schwerwiegender sind die daraus sich ergebenden negativen Auswirkungen für Befinden und körperliche Gesundheit.

2.3 Mitarbeiterorientierte Führung

Führung ist ein drittes Merkmal sozialer Systeme, das sich entweder salutogen oder pathogen auf ihre Mitglieder auswirkt. Führung eines sozialen Systems beeinflusst auf zweierlei Weise Wohlbefinden seiner Mitglieder: durch Einflussnahme auf Ziele, Strukturen und Prozesse einer Organisation und durch das tagtägliche Entscheidungs- und Kommunikationsverhalten des Führungspersonals (Strobel/Stadler 2000; Münch et al. 2003). Personalentscheidungen sind dabei besonders hervorzuheben, weil sich in ihnen die faktisch gültigen (nicht bloß verbalisierten) Werte und Ziele einer Organisation widerspiegeln, was wiederum das Klima einer Organisation nachhaltig zum Guten oder zum Schlechten beeinflussen kann. Auch das Kommunikationsverhalten von Führungskräften mit Untergebenen, Patienten oder Schülern, ihr Umgang mit Konflikten oder Verbesserungsvorschlägen ist gesundheitsrelevant wegen der darin stets enthaltenen Signale der Anerkennung und Wertschätzung oder der Missachtung oder Ablehnung (Abb. 9).

2.4 Fazit: Salutogene Merkmale sozialer Systeme

Das bisher Gesagte zusammenfassend kann festgestellt werden, dass salutogene Merkmale sozialer Systeme nach vorliegenden Erkenntnissen in viererlei Form auftreten:

1. als Möglichkeit zur Entwicklung **vertrauensvoller Bindungen** an einzelne Menschen, Gruppen, Organisationen
2. als positiv bzw. hilfreich empfundene **Rückmeldungen** aus dem sozialen Umfeld in Form von Zuwendung, Information, Anerkennung und praktischer Unterstützung
3. als **gemeinsame** Überzeugungen, Werte, Regeln, die Berechenbarkeit als Voraussetzung für ihre Beeinflussbarkeit sozialer Systeme und die zwischenmenschliche Kooperation erleichtern
4. als **mitarbeiterorientierte Führung**, die sich um eine dementsprechende Gestaltung von Arbeit und Organisation bemüht sowie um klare Ziele und Transparenz.

Die Bedeutung salutogener Merkmale sozialer Systeme zeigt sich über das bisher Gesagte hinaus mit Blick auf ihre Wirkung auf die Leistungsfähigkeit komplexer Organisationen. Soziale Beziehungen, gemeinsame Überzeugungen, Werte und Regeln sowie die Qualität der

Führung bilden das Sozialkapital von Schulen, Krankenhäusern und Unternehmen, das maßgeblich mit über ihren Erfolg bestimmt (Pfaff et al. 2004).

3.0 Betriebs- und volkswirtschaftliche Grundlagen

Das soziale System eines Unternehmens bildet sein Sozialkapital. Mit dem Sozialkapital-Konezpt verbunden ist das anspruchsvolle Ziel, durch möglichst realistische, umfassende und genaue Erfassung und Messung sozialer Systemmerkmale die Prognosekraft und Verlässlichkeit der Unternehmensratings zugrundegelegten Modelle zu verbessern – ein Verfahren, das auch zur Qualitätsbewertung von Schulen herangezogen werden könnte (Bertelsmann/Hans Böckler Stiftung 2004).

Nicht nur aus volks- und betriebswirtschaftlicher, auch aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht gewinnt der Sozialkapital-Ansatz an Attraktivität, weil die damit erfassten Größen nicht nur zur wirtschaftlichen Erfolgsprognose geeignet sind, sondern auch – wie oben angesprochen - zur Prognose von Wohlbefinden und Gesundheit ihrer Mitglieder. Und weil durch eine solche Betrachtungsweise der enge Zusammenhang zwischen diesen beiden Größen erkennbar wird (Badura/Hehlmann 2003) (siehe Abb. 10).

In der wirtschaftswissenschaftlichen Diskussion wird der Begriff „Kapital“ für Mittel bzw. Ressourcen verwendet, deren Einsatz Werte bei der Herstellung von Gütern oder Dienstleistungen schafft. Am geläufigsten dürfte der Kapitalbegriff im Zusammenhang mit physischen Produktionsmitteln wie Technik und Ausstattung eines Unternehmens sein: als „Sachkapital“. Zusätzlich dazu hat sich in der Volkswirtschaftslehre das Humankapital-Konzept durchgesetzt, weil Analysen zeigen konnten, dass sich der Produktivitätsfortschritt einer Region nicht alleine auf den Fortschritt in den physischen Produktionsmitteln zurückführen lässt, sondern auch auf verbesserte Bildung und Qualifikationen der Beschäftigten. Unter „Humankapital“ verstanden werden Wissen, Fähigkeiten und Berufserfahrung der Mitarbeiter und ihre Arbeitsmotivation. Wohlbefinden und Gesundheit der Beschäftigten werden – bisher zumindest – nicht als Bestandteil des Humankapitals einer Organisation begriffen, u.E. zu Unrecht, weil sie ganz wesentliche Voraussetzungen für Qualität und Umfang der erbrachten Arbeitsleistung bilden (Badura/Hehlmann 2003).

Der Begriff „Sozialkapital“ schließlich wurde ursprünglich geprägt im Zusammenhang mit der Suche nach sozialen Einflüssen individuellen beruflichen Erfolgs. Der französische Sozio-

loge Bourdieu gilt als einer der Begründer der Sozialkapitaltheorie. Er definiert Sozialkapital als

„Ressourcen, die mit dem Besitz eines dauerhaften Netzes von Beziehungen verbunden sind“ (Bourdieu 1983, 190).

Als weiterer „Pionier“ des Sozialkapital-Ansatzes darf der amerikanische Soziologe Coleman gelten, der ein ganzes Kapitel seiner „Foundations of Social Theory“ diesem Thema gewidmet hat. Dort heißt es:

„Im Unterschied zu anderen Kapitalformen besteht Sozialkapital aus der Struktur der Beziehungen zwischen Personen ... Es ist weder in Menschen noch in den physischen Produktionsmitteln verkörpert“ (Coleman 1990, p. 302).

Die Bedeutung sozialer Beziehungen für das seelische und körperliche Befinden, für Lebensqualität und –länge bleibt in den meisten bisher vorliegenden Beiträgen zum Sozialkapitalansatz außer Betrachtung – obwohl bereits Emile Durkheim an der Schwelle zum 20. Jahrhundert darauf in seiner bahnbrechenden Analyse von Selbstmordraten hingewiesen hatte. Die sozialepidemiologische Forschung der 80er und 90er Jahre des ausgehenden 20. Jahrhunderts hat mittlerweile gut abgesicherte empirische Belege dafür vorgelegt, dass hilfreich und positiv erachtete soziale Beziehungen, ja ihr bloßes Vorhandensein das Befinden fördert, vor psychischen und körperlichen Schäden schützt, deren Bewältigung erleichtert und das Leben verlängert (z.B. Badura et al. 1987; Berkman/Kawachi 2000).

Nicht nur Individuen, auch Organisationen oder ganze Gesellschaften verfügen zur Verfolgung ihrer Ziele über mehr oder weniger Sozialkapital mit erheblichen Konsequenzen für ihren nachhaltigen Erfolg. Mit Blick auf komplexe Organisationen wie Schulen, Krankenhäuser oder Wirtschaftsunternehmen können zwei Varianten zur Identifikation und Messung von Sozialkapital unterschieden werden. Im einen Falle liegt der Akzent bei gemeinsamen Werten, Regeln und Überzeugungen wegen ihrer unterstellten sinn- und bindungstiftenden Funktion. Im zweiten Fall liegt der Akzent bei Qualität und Umfang von sozialen Beziehungen und Kontakten zwischen Menschen und der dadurch beeinflussten Kooperation, Koordination und Entscheidungsfindung.

Fukuyama gilt als Vertreter der kulturellen Variante. Für ihn besteht Sozialkapital aus internalisierten informellen Normen einer Gesellschaft oder Organisation, die ihre Mitglieder zur spontanen Kooperation auch außerhalb von Familie und Verwandtschaft disponieren bzw. verpflichten (Fukuyama 2001, 7). Lesser gilt als Vertreter der Netzwerkvariante. Für ihn ist Sozialkapital immer dann gegeben, wenn durch „Verbindungen zwischen Menschen“ (connections) Werte geschaffen werden (Lesser 2000, I).

Ausgehend von diesen Vorschlägen und dem sozialepidemiologischen Forschungsstand definieren wir Sozialkapital als Merkmale sozialer Systeme, die ihre Leistungsfähigkeit und die Gesundheit ihrer Mitglieder fördern (Badura/Hehlmann 2003).

Wir wissen heute, dass die soziale Vernetzung des Menschen maßgeblichen Einfluss hat auf seine Leistungsfähigkeit (Problemlösung) und sein emotionales Gleichgewicht (Gefühlsregulierung). Stabilität, Qualität, Umfang und Funktionalität sozialer Netzwerke, insbesondere das in ihnen bestehende Vertrauen (Klima), beeinflussen das „innere“ Verhalten, d.h. Kognition, Motivation, Emotionen und biochemische Reaktionen ihrer Mitglieder, aber auch das „äußere“ Verhalten, z.B. Umfang und Qualität der erbrachten Arbeit (z. B. Badura et al. 1987; Pfaff 1989; Lazarus 1991; Seligman 2003).

Wir dürfen ferner davon ausgehen, dass gemeinsame Überzeugungen, Werte und Regeln (Kultur) Sinn stiften, Kooperation erleichtern und hohe Berechenbarkeit der Lebens- und Arbeitswelt erlauben. Sie wirken Unsicherheit, Ungewissheit und Desorientierung entgegen. Dadurch helfen sie, Stress zu vermeiden und erleichtern seine Bewältigung (z. B. Badura/Hehlmann 2003; Pfaff et al. 2004).

Dies sollte Konsequenzen haben für die Arbeits- und Organisationsgestaltung. Es sollte auch Konsequenzen dafür haben, wie Menschen in Organisationen eingesetzt, angesprochen und geführt werden.

4.0 Interventionsziele

4.1 Gesunde Organisation

Alle sozialen Systeme – so die hier vertretene These – lassen sich einem Kontinuum zwischen gesund und ungesund zuordnen. Die damit verbundene Annahme lautet: Je häufiger sich das soziale System einer Organisation auf den genannten Dimensionen dem ungesunden Ende des Kontinuums nähert, umso zahlreicher werden entsprechende Symptome auftreten, wie hohe Krankenstände, hohe Fluktuation, Mobbing, Burnout, innere Kündigung usw. mit negativen Konsequenzen für Qualität, Produktivität und Wettbewerbsfähigkeit (siehe Abb. 11).

Forschung und Praxis zur gesunden Schule sollten den hier aufgeführten objektiven Merkmalen der Schulorganisation hohe Aufmerksamkeit schenken, da aufgrund des vorliegenden Kenntnisstandes erwartet werden darf, dass sie für Wohlbefinden und Gesundheit von Leh-

ren und Schülern und die Erreichung der gesetzten Bildungsziele von erheblicher Bedeutung sind.

4.2 Wohlbefinden

Gesund sind Organisationen, wenn sie beiden Zielen dienen: ihrem Erfolg und dem Wohlbefinden ihrer Mitglieder.

Wissenschaftliche Erkenntnisse, wie die oben zusammengefassten, liefern durch das darin enthaltene Wissen über Zusammenhänge Ansatzmöglichkeiten gesundheitsförderlicher Interventionen in soziale Systeme. Was aber ist Gesundheit? Was sind m.a.W. die Zielwerte von Interventionen, die für sich in Anspruch nehmen, gesundheitsförderlich zu wirken?

In weiten Teilen der Bevölkerung wird Gesundheit immer noch als Abwesenheit körperlicher Krankheit begriffen. Demgegenüber plädierte die WHO bereits in ihrem Gründungsdokument für eine Definition von Gesundheit als körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden.

In der Ottawa-Charta der WHO von 1986 heißt es:

„Gesundheit zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen“.

Nach heutiger Auffassung ist Gesundheit immer zugleich Voraussetzung und Ergebnis der Wechselwirkungen zwischen Personen, Verhalten und sozialer Umwelt. Im Kern geht es um die Erschließung salutogener Potenziale in der Person (Biologie, Sozialisation, Qualifizierung), im Verhalten (z.B. gesundheitsförderliches Bewegungs- und Sozialverhalten) und den sozialen Systemen (Sozialkapital), in denen Menschen sich im Verlauf von Alltag und Lebenslauf bewegen.

Folgt man den Erkenntnissen der Stress- und Copingforschung (z. B. Lazarus 1991), dann ist **Gesundheit** kein somatischer oder psychischer Zustand, sondern eine **Kompetenz zur aktiven Situationsbewältigung**, m.a.W. etwas, was erlernt und zu dem Menschen befähigt werden können. Aus dieser Perspektive lässt sich Gesundheit definieren als

„Fähigkeit zur Problemlösung und Gefühlsregulieren, durch die ein positives Selbstwertgefühl, Selbstvertrauen und ein unterstützendes Netzwerk sozialer Beziehungen erhalten oder wiederhergestellt wird“ (Badura/Hehlmann 2003, S. 18).

Subjektiv erfolgreiche Situationsbewältigung erzeugt ein positives Befinden („Wohlbefinden“). Als subjektiv nicht erfolgreich bewertete Situationsbewältigung erzeugt negatives Befinden in Form von Gefühlen der Angst, Wut oder Hilflosigkeit.

Zur Messung der Zielerreichung gesundheitsförderlicher Interventionen beginnt sich das subjektive Befinden durchzusetzen, weil hohes Wohlbefinden bzw. positive Emotionen (Stolz, Freude, Selbstwertgefühl usw.)

- Verhalten und soziale Funktionsfähigkeit positiv beeinflussen (z.B. Arbeitsverhalten, Gesundheitsverhalten)
- physische Gesundheit erhalten bzw. schützen
- Lebensqualität und Beschäftigungsfähigkeit verbessern
- Lebensdauer verlängern.

Mit diesem neuen Gesundheitsverständnis verbindet sich ein neues Verständnis von Krankheit.

Krankheit beinhaltet mehr als nur körperliche Fehlfunktionen oder Schädigungen. Auch beschädigte Identität oder länger anhaltende Angst oder Hilflosigkeitsgefühle müssen wegen ihrer negativen Auswirkungen auf Denken, Motivation und Verhalten, aber auch das Immun- und Herz-Kreislaufsystem als Krankheitssymptome begriffen werden (ebd. S. 19).

II. Aktuelle Trends und Perspektiven betrieblicher Gesundheitspolitik

In der frühen Industrialisierung beschränkte sich der Arbeitsschutz auf die Regulierung von Kinder- und Frauenarbeit sowie auf Schutz vor Berufskrankheiten und Arbeitsunfällen. Arbeitsschutz lag im Interesse des Staates an wehrfähigen jungen Männern und im Interesse der Wirtschaft am Schutz vor Haftungsrisiken und an ungestörter Produktion.

Das jüngst wiedererweckte Interesse an einer aktiven betrieblichen Gesundheitspolitik hat ebenfalls staatspolitische und betriebswirtschaftliche Gründe: an die Stelle des militärischen Interesses an gesunden Soldaten tritt das volkswirtschaftliche Interesse an der Vermeidung von Sozialversicherungsfällen und – angesichts der Alterung und Schrumpfung der Bevölkerung sowie eines gesunkenen Frühberentungsalters auch bei Lehrern (Weber et al. 2004) – an gesünder älter werdenden Beschäftigten. Betriebspolitisch verbindet sich hierbei die soziale

Verantwortung des Arbeitgebers für seine Beschäftigten mit seinem Interesse an flexiblen, motivierten und qualitätsbewussten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.

Die zentrale Prämisse der modernen betrieblichen Gesundheitspolitik lautet:

Wertschöpfung in der Wissens- und Dienstleistungsgesellschaft hängt ab von Kompetenz, Motivation und Verhalten der Beschäftigten in ihrem Umgang mit Technik, Menschen und Informationen. Wohlbefinden und Gesundheit bilden dafür essentielle Voraussetzungen, die es zu pflegen und zu fördern und deren mögliche Beeinträchtigungen es zu verhindern gilt.

Eine Expertenkommission aus namhaften Vertretern der Wirtschaft, der Politik, der Verbände und der sozialen Sicherungssysteme hat dazu jüngst einen Bericht erstellt, dessen zentralen Argumente und Empfehlungen im Folgenden zusammengefasst werden.

1.0 Ergebnisse der Expertenkommission „Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik“ der Bertelsmann Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung

Deutschland ist nach Auffassung der Expertenkommission eine wirtschaftliche Hochleistungsgesellschaft, die viel in Reparatur und Kompensation gesundheitlicher Probleme investiert und zu wenig in ihre Verhütung. Mit einer Fortsetzung dieser Politik werden sich die zentralen Herausforderungen für die Wirtschaft und die sozialen Sicherungssysteme nicht mehr dauerhaft bewältigen lassen. Als zentrale Herausforderungen sieht die Kommission

- die Globalisierung,
- die Alterung der Bevölkerung,
- den Strukturwandel in Richtung wissensintensive Dienstleistungen,
- das gewandelte Panorama arbeitsbedingter Erkrankungen sowie
- die Begrenzung der Lohnnebenkosten durch Vermeidung von Sozialversicherungsfällen.

Als die Kommission vor über zweieinhalb Jahren ihre Arbeit aufnahm, tat sie dies unter dem Eindruck, dass Bedarf und Praxis betrieblicher Gesundheitspolitik sich hierzulande immer weiter voneinander entfernen. Die nunmehr vorliegenden Ergebnisse bestätigen diese Einschätzung und zeigen in 14 ausgearbeiteten Empfehlungen Lösungswege auf.

Die Kommission sieht in der von ihr entwickelten Strategie ein wichtiges Instrument:

- zur Förderung von Arbeitsfähigkeit und Leistungsbereitschaft der Beschäftigten,
- zur Verbesserung der Wettbewerbsfähigkeit unserer Wirtschaft,
- zur Kontrolle der Lohnnebenkosten und
- zur Erhöhung der Attraktivität unseres Wirtschaftsstandortes.

Diese neue betriebliche Gesundheitspolitik lässt sich in vier Kernpunkten zusammenfassen:

1.1 Mehr Selbstverantwortung für Betriebe und Beschäftigte

Das Thema Arbeit und Gesundheit verbindet sich in Deutschland mit einer weit über hundert Jahre alten Tradition obrigkeitsstaatlichen Denkens und Handelns. Davon gilt es Abschied zu nehmen. Betriebe und Beschäftigte, Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbände sollten zukünftig selbst mehr Verantwortung übernehmen für die Qualität der Arbeit und der Organisation. Der Staat alleine ist damit überfordert.

1.2 Investition in Gesundheit statt Reparatur und Kompensation

Wir geben zu viel Geld für Reparatur und Kompensation sozialer Kosten aus und kümmern uns zu wenig um ihre Verhütung. Unsere sozialen Sicherungssysteme müssen sich vom „Payer“ zum „Player“ entwickeln. Sie sollten zukünftig mehr in die Verhütung von Behandlung, Unfällen und Berentung und in die Förderung von Gesundheit und Arbeitsfähigkeit investieren.

1.3 Innovatives Gesundheitsmanagement statt Frühberentung

Unternehmen, Dienstleistungseinrichtungen und Verwaltungen, die nachweisbar die Gesundheit ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter fördern, sollten dafür belohnt, diejenigen, die vermeidbare soziale Kosten erzeugen, entsprechend belastet werden. Die Politik der Frühberentung war ein folgenschwerer Fehler. Den dadurch in der Bevölkerung und bei den Unternehmen erzeugten Einstellungen muss entgegengewirkt werden durch Überzeugungsarbeit und durch Anreize zur Pflege und Förderung von Arbeitsfähigkeit und Arbeitsbereitschaft.

1.4 Wissen schaffen für eine neue betriebliche Gesundheitspolitik

Risiken von Globalisierung und Strukturwandel müssen frühzeitig erkannt und verhütet werden. Darüber hinaus gilt es, verstärkt auch Chancen aufzuzeigen und Gesundheitspotenziale zu fördern. Die dominierende krankheitsorientierte Sichtweise muss in Forschung und Praxis ergänzt werden um eine gesundheitsorientierte Sichtweise. Krankheitsexperten sollten auch Gesundheitsexperten werden.

Die von der Kommission entwickelte neue betriebliche Gesundheitspolitik sieht die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als wichtigste Ressource im globalen Wettbewerb. Investitionen in Wohlbefinden und Gesundheit sind – so die zentrale Empfehlung der Kommission – originäre Aufgaben der Unternehmen selbst. Im Vordergrund sollte dabei das Ziel der Förderung und Verhütung stehen, nicht nachträgliche, meist kostspielige Korrektur (Abb. 12).

Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik – so die Kommission - verfolgt das Ziel gesunder Arbeit in gesunden Organisationen. Gesunde Organisationen pflegen Transparenz und Partizipation, einen Vorrat gemeinsamer Überzeugungen, Werte und Regeln, ein Klima vertrauensvoller Kooperation und gesundheitsförderliche Arbeitsbedingungen. Diese Voraussetzungen – so die Erfahrungen aus Wissenschaft und Praxis – fördern das Selbstwertgefühl der

Mitarbeiter, reduzieren vermeidbare Belastungen, beschleunigen Informationsfluss und Wissensaustausch, reduzieren Qualitätsmängel und Fehlzeiten und erhöhen die Arbeitsproduktivität.

Leider sind Finanzvorstände und andere leitende Führungskräfte gegenwärtig noch zu selten vom Nutzen betrieblicher Gesundheitspolitik und ihrem kostensenkenden Potenzial überzeugt, hängt Vieles zu oft am Engagement einzelner Pioniere, fehlt es an Unterstützung durch entsprechende Anreize.

Die von der Kommission entwickelte betriebliche Gesundheitspolitik beinhaltet eine sozialpolitische Innovation. Sie wird, wie jede andere Innovation auch, auf z.T. erhebliche Widerstände und Hemmnisse treffen. Ohne externe Unterstützung wird deshalb in den Unternehmen, Dienstleistungsorganisationen und Verwaltungen kein nachhaltiger Erfolg zu erzielen sein.

„Die Kommission sieht die gesundheitsrelevanten Problemstellungen in den Unternehmen, Verwaltungen und Dienstleistungsorganisationen nicht mehr alleine an der Mensch-Maschine-Schnittstelle, sondern insbesondere an der Mensch-Mensch-Schnittstelle: in der Qualität der Menschenführung, in der Qualität der Unternehmenskultur sowie in der Qualität der Zwischenmenschlichen Beziehungen“ (Expertenkommission 2004, S. 21).

„Gewandelte Rahmenbedingungen und der Strukturwandel der Wirtschaft führen zu gewandelten Arbeits- und Organisationsformen ... Sie erfordern eine Weiterentwicklung betrieblicher Gesundheitspolitik in Richtung betrieblichen Gesundheitsmanagements. Sie erfordern eine bessere Nutzung des vorhandenen Wissens, die stärkere Qualifizierung der Führungskräfte und Gesundheitsexperten und ihre Verpflichtung auf neue Problemstellungen (z. B. Mobbing, Burnout, innere Kündigung, psychische Störungen, Suchtprobleme, Rehabilitation) sowie ihre Befähigung zur Entwicklung neuer Routinen und adäquaten Anwendung neuer Verfahren, Methoden und Instrumente“ (ebd. S. 81).

„Nach gegenwärtiger Kenntnislage können zumindest die nachfolgend genannten Beschäftigungsgruppen bzw. Tätigkeitsbereiche besonders häufig durch gesundheitsgefährdende Beanspruchungen ... gekennzeichnet sein: Fahrberufe, Beschäftigte in langjährigem ... Schichtdienst ... Beschäftigte in sogenannten prekären Arbeitsverhältnissen (unsichere, durch kumulierte Belastungen gekennzeichnete Arbeit); Lehrer in Schulen, Ärzte in Krankenhäusern, Pflegekräfte in Altenheimen“ (ebd. S. 89).

2.0 Systematisierung und Institutionalisierung betrieblichen Gesundheitsmanagements

Die Entwicklung der betrieblichen Gesundheitspolitik in Deutschland lässt sich wie folgt charakterisieren:

- Konzeptionell: von der Pathogenese zur Salutogenese

- in den Schwerpunkten: von der Person zum sozialen System
- im Vorgehen: von der betrieblichen Gesundheitsförderung zum betrieblichen Gesundheitsmanagement (Bertelsmann und Hans Böckler Stiftung 2000; 2004)

2.1 Von der Pathogenese zur Salutogenese

Der richtungweisende Anstoß kam hier vom israelischen Soziologen Antonovsky. Er machte den Vorschlag, Gesundheit und Krankheit als Endpunkte eines Kontinuums zu betrachten, auf dem sich Menschen im Verlauf ihres Lebens hin- und herbewegen. Er machte zweitens den Vorschlag, der Frage nach den Ursachen von Gesundheit ebenso viel Aufmerksamkeit zu schenken, wie der Frage nach den Ursachen von Krankheit. Und er vertrat drittens die These, dass bestimmte persönliche Merkmale dafür ausschlaggebend seien, zu welcher Seite des Kontinuums einzelne Menschen neigen. Gemeint damit sind lehr- und lernbare Kompetenzen zur Problemlösung und Gefühlsregulierung – wobei das Thema Gefühlsregulierung bei ihm unterschätzt wurde. Stressforschung und Psychoneuroimmunologie belegen seit Jahrzehnten die zentrale Bedeutung der Basisemotionen, Angst, Wut und Hilflosigkeit für die Auslösung potenziell pathogener Vorgänge im Organismus. Gefühle bilden das Verbindungsglied zwischen den sozialen Erfahrungen des Menschen im Alltag von Arbeitswelt, Schule und Familie einerseits und seinen körperlichen Reaktionen andererseits (Lazarus 1991; Badura 1993) (Abb. 13).

Das m.E. empirisch überzeugendste Argument zugunsten einer salutogenetischen Sichtweise liefert die Mortalitätsstatistik der zurückliegenden 150 Jahre in Westeuropa, den USA und Japan. Sie zeigt, dass mit Industrialisierung und Modernisierung ein in dieser Form in der Geschichte der Menschheit einmaliger kollektiver Sprung an Zugewinn an Lebensjahren einherging (Abb.14 und 15).

Wie kann es sein, dass aus pathogenetischer Sicht das Arbeitsleben immer neue Risiken produziert („Arbeit macht krank“) und die Menschen dennoch immer länger leben? Plausibler scheint eine (salutogenetische) Sichtweise, die besagt, dass der mit der Industrialisierung einhergehende gesellschaftliche Modernisierungsprozess zu einer Epidemie von Gesundheitspotenzialen beigetragen hat.

2.2 Von der Person zum sozialen System

Mit Blick auf persönliche Merkmale und Fähigkeiten alleine – wie dies Antonovsky noch versuchte – lässt sich der im Verlauf der Industrialisierung begonnene und bis heute anhaltende Zugewinn an Gesundheit nicht erklären. Dafür sind die verbesserten Lebens- und Arbeitsverhältnisse verantwortlich, u.a. Marktwirtschaft, der Ausbau von Bildungssystem, von Rechts- und Sozialstaat, eine unabhängige Presse und die demokratische Staatsform wegen der damit verbundenen Verbreitung von Kompetenzen, Transparenz und Wahlmöglichkeiten, m.a.W. von mehr Berechenbarkeit, Versteh- und Beeinflussbarkeit der Lebens- und Arbeitsbedingungen. Experten schätzen, dass damit 70% der Lebenserwartung erklärt werden können; 10% durch verbesserte medizinische Behandlungsmöglichkeiten und 20% durch genetische Faktoren.

Die sozialen Systeme von Unternehmen unterscheiden sich in ihrer objektiven Sinnhaftigkeit, Verständlichkeit und Beeinflussbarkeit und bewirken dadurch nachhaltig Befinden und gesundheitsförderliches wie produktives Verhalten ihrer Mitglieder.

Auch Schulen unterscheiden sich aus Sicht ihrer Mitglieder in ihrer Transparenz („Verstehbarkeit“), in der Bindekraft ihrer je spezifischen Organisationskultur („Sinnhaftigkeit“), auch im mehr oder weniger gepflegten partizipativen Führungsstil („Beeinflussbarkeit“) und dem daraus resultierenden Vertrauen der Lehrer untereinander, der Schüler untereinander und zwischen Schülern, Lehrern und Schulleitung. Hier liegen m.E. zentrale Ansatzpunkte salutogener schulischer Gesundheitsarbeit (Pfaff et al. 2004; Freitag 1998).

2.3 Von der betrieblichen Gesundheitsförderung zum betrieblichen Gesundheitsmanagement

Effizientes und wirksames Betriebliches Gesundheitsmanagement zeichnet sich gegenüber bislang praktizierten Vorgehensweisen betrieblicher Gesundheitsförderung durch einen dreifachen Perspektivenwechsel aus: von einem belastungs- und symptombezogenen Ansatz hin zu einer salutogenen Sozialkapital und Humankapital fördernden Sichtweise, von Person- und verhaltensbezogenen Maßnahmen hin zu organisationsbezogenen Interventionsstrategien sowie von Einzelaktivitäten hin zu einer Systematik und Nachhaltigkeit der Vorgehensweise (Abb. 16).

In den Anfängen der betrieblichen Gesundheitsförderung bestand hierzulande und auch international große Unsicherheit über Ziele, Leistungen und Vorgehensweisen. Krankheitsorientierte Ansätze standen gesundheitsorientierten gegenüber, verhaltensbezogenen organisationsbezogenen Konzepten. Die Diskussion war geprägt von Rivalitäten unter den Disziplinen, Berufsgruppen und einem Ringen um Konzepte, Strategien und Prioritäten. Das an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften in den letzten 10 Jahren entwickelte Vorgehen ist ein gänzlich anderes. Es orientiert sich nicht an einzelnen Disziplinen, Problemen oder Maßnahmen, sondern schlägt ein bestimmtes Verfahren vor: den Aufbau eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements als lernendes System mit konkreten vorgegebenen Voraussetzungen und Kernprozessen und prioritär angestrebten Ergebnissen.

Ebenso wie für den Arzt gilt für den Gesundheitsexperten im Unternehmen: ohne valide Diagnose keine wirksame Therapie. Auf den Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung übertragen heißt dies: Ohne valide Erfassung von Gesundheit und Wohlbefinden der Beschäftigten und ohne eine Analyse der sie beeinflussenden Arbeits- und Organisationsbedingungen keine wirksame Intervention. Damit stehen bereits zwei Kernprozesse betrieblicher Gesundheitsförderung fest: erstens Diagnose und zweitens Durchführung von Interventionsmaßnahmen. Zwischen Diagnose und Intervention tritt im rationalen Handeln allerdings der Prozess der Planung von Zielen, Interventionen und Ähnlichem mehr. Allenthalben eingefordert und tatsächlich unverzichtbar ist schließlich viertens die Evaluation nicht nur einzelner Interventionen und ihrer Ergebnisse, sondern auch von Diagnose und Planung. Auf diese Weise ergeben sich aus unserer Sicht für die betriebliche Gesundheitsförderung die folgenden Kernprozesse:

- Diagnose
- Interventionsplanung
- Durchführung und Steuerung der Intervention
- Evaluation (Abb. 17)

Der zyklisch-iterative Ablauf dieser vier Kernprozesse bildet den Kern betrieblicher Gesundheitsförderung. Ist dieses Vorgehen als Führungsaufgabe institutionalisiert und wird es kontinuierlich wahrgenommen und verbessert, sprechen wir nicht mehr von betrieblicher Gesundheitsförderung, sondern von Betrieblichem Gesundheitsmanagement.

Professionell betriebenes Gesundheitsmanagement beinhaltet unserer Auffassung nach eine nachhaltige Investition in das Sozial- und Humankapital eines Unternehmens, von der beide Seiten profitieren: Unternehmen und Beschäftigten. Die folgenden Ergebnisse stehen dabei im Vordergrund (Badura/Hehlmann 2003; Münch et al. 2003).

2.4 Angestrebte Ergebnisse

- Nutzen stiften, Zukunftsfähigkeit steigern

Durch verbreitetes Auftreten von Motivationsverlusten und innerer Kündigung, Hilflosigkeit und Ängsten, Mobbing und Burnout, entgehen Organisationen jährlich bedeutende Wettbewerbsvorteile und namhafte Erträge. Professionelles Gesundheitsmanagement mobilisiert Leistungspotenziale zum Wohle beider: der Beschäftigten und der Unternehmen.

- Kosten senken

Fehlzeiten sind ein kostentreibender Faktor. Unternehmensbeispiele zeigen, dass die Einsparungen, die Unternehmen durch die Reduzierung von Fehlzeiten erzielen, in der Regel weit über den Investitionen in ein systematisches Gesundheitsmanagement liegen. Nach einer aktuellen Studie (BAuA 2002) verursachen allein Produktionsausfälle aufgrund von Arbeitsunfähigkeit jährlich Kosten in Höhe von 40 Milliarden Euro. Dazu kommen entgangene Wettbewerbsvorteile und Erträge. Gesundheitsmanagement zielt auf Kostensenkung durch erhöhte Flexibilität und Leistungsbereitschaft, sinkende Fehlzeiten und Fluktuation der Beschäftigten sowie gesteigerte Produktivität und Qualität.

- Arbeits- und Gesundheitsschutz neu ausrichten

Gesundheitsexperten beobachten seit geraumer Zeit eine zunehmende Diskrepanz zwischen den durch Globalisierung und Wettbewerbsdruck von den Beschäftigten erwarteten Leistungen und den Fähigkeiten der Unternehmen, darauf mitarbeiterorientiert zu reagieren. Die in den Betrieben vorhandenen Möglichkeiten des Gesundheits- und Arbeitsschutzes müssen neu ausgerichtet sowie Entscheider, Führungskräfte und Experten entsprechend qualifiziert werden.

- Gesundheitsmanagement als kontinuierlichen Lernprozess organisieren

Vision der betrieblichen Gesundheitspolitik ist die gesunde Organisation. Der Weg dahin ist das Betriebliche Gesundheitsmanagement: das systematische und nachhaltige Bemühen um die gesundheitsförderliche Gestaltung von Strukturen und Prozessen und die Förderung persönlicher Gesundheitspotenziale der Beschäftigten.

Einführung und dauerhafte Verankerung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements sind ein längerfristiger Lern- und Entwicklungsprozess, der in seiner konkreten Ausgestaltung abhängig ist von den jeweiligen Bedingungen „vor Ort“: beispielsweise der Größe des Unternehmens, den Beziehungen zwischen Management, Arbeitnehmervertretung und Belegschaft, der Unternehmenskultur, sowie den im Unternehmen vorhandenen Vorerfahrungen und Kompetenzen. Zusätzlich zu diesen Rahmenbedingungen bedarf es jedoch für die Implementierung eines wirksamen Gesundheitsmanagements eines systematischen und zielorientierten Vorgehens. Dazu gehören erstens die Bereitstellung von betriebspolitischen Voraussetzungen, d.h. von strukturellen und planerischen Rahmenbedingungen, zweitens die professionelle Durchführung der bereits angesprochenen vier Kernprozesse Diagnose, Interventionsplanung, Intervention und Evaluation und drittens die Integration der entsprechenden Strukturen und Prozesse in die betrieblichen Routinen (siehe Abb. 17). Zum besseren Verständnis der Ziele und Vorgehensweisen im betrieblichen Gesundheitsmanagement sei im Folgenden auf die Wahlverwandtschaft zum Konzept des Total Quality Managements verwiesen, dessen „Grundphilosophie“ auch für die Entwicklung des betrieblichen Gesundheitsmanagements mit richtungweisend war.

Der Sozialkapital-Ansatz bildet den theoretischen Kern des betrieblichen Gesundheitsmanagements, das Total Quality-Konzept Richtschnur für seine Umsetzung in die Praxis.

3.0 Total Quality Management und Betriebliches Gesundheitsmanagement – Gesundheit der Mitglieder als Qualitätsmaßstab einer Organisation

Die „Wahlverwandtschaft“ zwischen Total Quality Management (TQM) und Betrieblichem Gesundheitsmanagement (BGM) liegt darin, dass in beiden Konzepten der Qualität der Organisation und der Führung eine hohe Bedeutung für die Mitarbeiter und die von ihnen erbrachten Arbeitsleistungen eingeräumt wird.

Der TQM-Ansatz hat sich damit von einem technisch orientierten und ergebnisbezogenen (= produktbezogenen) Qualitätsverständnis distanziert.

„Wenn es um „Qualität“ geht, denkt man zuallererst an die Qualität eines Produktes. Nichts ist jedoch weiter von der Wahrheit entfernt. Bei der TQC (= TQM) geht es in erster Linie und vor allem um die Qualität der Mitarbeiter (Imai 1994:67)

Der BGM-Ansatz hat sich von einem nur auf den einzelnen Arbeitsplatz bezogenen bzw. verhaltensorientierten Gesundheitsverständnis zum Verständnis und der Gestaltung in Richtung „gesunde Organisation“ weiterentwickelt.

Unter Betrieblichem Gesundheitsmanagement verstehen wir die Entwicklung betrieblicher Rahmenbedingungen, betrieblicher Strukturen und Prozesse, die die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit und Organisation und die Befähigung zum gesundheitsförderlichen Verhalten der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zum Ziel haben (Badura/Hehlmann 2003:19).

Neben diesen konzeptionellen Gemeinsamkeiten gibt es auch Gemeinsamkeiten in der Methodik bzw. dem Vorgehen. Im TQM-Ansatz steht im Zentrum die Idee der kontinuierlichen Verbesserung von Arbeitssystemen und Arbeitsprozessen durch Lernzyklen: Der zyklischen Abfolge von Planung, Tun, Kontrolle und Schritten zur Verbesserung (Plan-Do-Check-Act- oder Deming-Zyklus).

Im Zentrum des BGM-Ansatzes steht die Idee der kontinuierlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes der Mitarbeiter - durch zyklische Abfolge von Diagnostik, Planung, Durchführung von Interventionen und ihrer Evaluation.

Aus diesen grundlegenden Gemeinsamkeiten ergeben sich eine ganze Reihe weiterer Parallelen. In beiden Fällen wird unterstellt, dass sich weder die Qualität von Produkten und Dienstleistungen, noch die Gesundheit der Mitarbeiter „erzwingen“ oder „erkaufen“ lassen. Beide müssen kontinuierlich gepflegt und weiter entwickelt werden. In beiden Fällen wird unterstellt, dass die Ursachen mangelhafter Qualität ebenso wie eingetretene Beeinträchtigungen

von Wohlbefinden und Gesundheit „upstream“, m.a.W. nicht an den Endpunkten – den Produkten oder Menschen –, sondern in den Prozessen und Strukturen zu suchen sind, und dass dabei die **Führung** besondere Verantwortung trägt. Hier wie dort geht es um:

- das Verständnis für Systeme (statt singulärer Ereignisse und Personen),
- das Verständnis für Variationen im Befinden und deren Ursachen,
- unser Wissen über die soziale Natur des Menschen, und – spezielle im Betrieblichen Gesundheitsmanagement – über psychosomatische Wechselwirkungen und deren Beeinflussung durch soziale Bedingungen und persönliche Voraussetzungen.

Während Deming, einer der Pioniere der TQM-Methodik, allerdings noch davon ausging, dass die „weichen“ Faktoren einer Organisation (u.a. Qualität der Führung, Qualität der Kommunikation, Qualität der Unternehmenskultur, Qualität der sozialen Beziehungen, Befinden und Gesundheit der Mitglieder) weitgehend unsichtbar, d.h. durch Kennziffern nicht erfassbar seien, gehen die modernen Gesundheitswissenschaften davon aus, dass insbesondere Fortschritte in der Sozialepidemiologie, der Psychoneuroimmunologie und verwandter Wissenschaften es sehr wohl erlauben, Wechselwirkungen zwischen sozialen, psychischen und somatischen Systemen genauer zu erfassen, zu messen und in gesundheitsförderlicher Weise zu beeinflussen (Pfaff et al. 2004).

Eine weitere wichtige Übereinstimmung zwischen Total Quality Management und Betrieblichem Gesundheitsmanagement liegt in der zentralen Bedeutung, die dem **Vertrauen** innerhalb einer Organisation für ihre ökonomische und soziale Funktionsfähigkeit zugewiesen wird. Aufwendungen für die Kontrolle der Mitarbeiter lassen sich durch Vertrauen drastisch reduzieren. Im BGM-Ansatz wird unterstellt, dass die Pflege guter sozialer Beziehungen auf der Basis hohen gegenseitigen Vertrauens Ängste und Hilflosigkeitsgefühle reduziert und die Kreativität, Flexibilität und Risikobereitschaft der Mitarbeiter fördert.

Auch wenn der Führung eine hohe Bedeutung für Gesundheit und Qualität zukommt, trägt jeder Mitarbeiter (in Schulen Lehrer und Schüler) dafür Mitverantwortung. Diese Botschaft deutlich zu machen und tagtäglich glaubwürdig zu vermitteln, ist die vielleicht wichtigste Führungsaufgabe im Total Quality Management ebenso wie im Betrieblichen Gesundheitsmanagement.

Beide setzen dabei auf das **Selbstwertgefühl** der Mitarbeiter: Das Selbstwertgefühl des Menschen - so wird unterstellt - ist der vielleicht wichtigste Motor seiner Leistungsbereitschaft. Das Selbstwertgefühl ist zugleich der wichtigste Indikator für das persönliche Befinden und ein guter Prädiktor für die physische Gesundheit. Erhalten und gefördert wird es nicht primär

durch materielle Anreize, sondern durch Anerkennung von Leistungen seitens der Kollegen und Führungskräfte und durch Stolz auf die Gesamtorganisation, auf ihre Produkte und Dienstleistungen. Auch hierin besteht hohe Übereinstimmung in den Grundlagen und Zielen zwischen Total Quality Management und Betrieblichem Gesundheitsmanagement.

3.1 Betriebliches Gesundheitsmanagement – ein verfahrensorientiertes Konzept

In enger Anlehnung an das TQM ist das an der Fakultät für Gesundheitswissenschaften der Universität Bielefeld entwickelte Konzept des Betrieblichen Gesundheitsmanagements verfahrensorientiert. Unsere Suche richtete sich vorrangig nicht auf einzelne Probleme oder wirksame Einzelmaßnahmen zu ihrer Bewältigung, sondern auf ein wissenschaftliches, konsensfähiges und zugleich praktikables und nachhaltig wirksames System, das in die Betriebsroutinen integrierbar ist.

Die beiden Ausgangsfragen lauteten dabei: Wie können wir gewährleisten, dass wir das Richtige tun, mit anderen Worten: Was sind die geeigneten Ziele? Wie richtig tun wir das, was wir tun, d.h. wie können wir die kunstgerechte Durchführung der dafür erforderlichen Kernprozesse gewährleisten – unabhängig davon, welche Probleme von welcher Disziplin in welcher Organisation zur Diskussion gestellt werden. Unser Ziel war also mit anderen Worten ein verallgemeinerungsfähiges Verfahren, das es auf der einen Seite ermöglicht, vorhandenes Wissen rasch in der Arbeitswelt umzusetzen, das zugleich aber auch den stets singulären Bedingungen in den einzelnen Unternehmen, Verwaltungen und Dienstleistungsorganisationen gerecht zu werden verspricht.

Jeder Betrieb, jede Schule, jede Verwaltung ist ein Fall für sich. Gleichwohl gibt es generalisierbare Verfahren und Regeln, die ein kunstgerechtes, wissenschaftliches Vorgehen unterscheiden von bloßem Gesundheitsaktivismus. Das von uns entwickelte Vorgehen, die zugrunde gelegten **Erkenntnisse**, die angewandte **Methodik** und die zum Einsatz kommenden **Instrumente**, sind lehr- und lernbar und überall dort anwendbar, wo Strukturen und Prozesse sozialer Systeme das Befinden ihrer Mitglieder und ihre Leistungsfähigkeit beeinflussen (vgl. dazu ausführlich Badura/Hehlmann 2003).

Ebenso wie für den Arzt gilt für den Gesundheitsexperten im Unternehmen: Ohne valide **Diagnose** keine wirksame Therapie. Auf den Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung übertragen heißt dies: Ohne valide Erfassung des Gesundheitszustandes der Beschäftigten und ohne Analyse der diesen Gesundheitszustand beeinflussenden Arbeits- und Organisationsbedingungen keine angemessene Intervention. Zwischen Diagnose und **Intervention** tritt als dritter Kernprozess die **Interventionsplanung**. So wie auch ein guter Arzt am Ende seiner Diagnose zur Planung einzelner Interventionsverfahren fortschreitet, tut dies auch der organi-

sationsbezogen arbeitende Gesundheitsexperte. Allenthalben erforderlich und tatsächlich auch unverzichtbar, wenn auch häufig gar nicht unternommen oder nicht ausreichend sachgerecht betrieben, ist schließlich viertens die **Evaluation** insbesondere der Ergebnisse, aber auch der Strukturen und Prozesse und Ziele (Abb.17).

Für alle vier angesprochenen Kernprozesse liegen gegenwärtig bereits eine ganze Reihe von Standards vor, d.h. Wissen darüber, welche Art der Prozessdurchführung als wissensbasiert bzw. kunstgerecht, ethisch vertretbar und effizient erachtet wird bzw. werden kann und welche nicht. Entwicklung und Durchführung der Kernprozesse im Betrieblichen Gesundheitsmanagement befinden sich aber selbst in einem Prozess der kontinuierlichen Weiterentwicklung, bedingt durch neue Situationen, Erfahrungen und Erkenntnisse. Für die Prozessverantwortlichen ist daher eine enge Kooperation untereinander, mit Experten der gleichen Branche oder Region, mit überbetrieblichen Akteuren (Kassen, Berufsgenossenschaften) und ggf. auch der Wissenschaft erforderlich. Darüber hinaus ist eine externe Prozessbegleitung insbesondere in den Aufbaujahren dringend anzuraten (Walter 2003).

Die adäquate Verknüpfung der vier Kernprozesse ist ein ganz wesentliches Qualitätsmerkmal im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Diagnostik ist kein Selbstzweck, sondern dient der Planung und Durchführung einzelner Projekte.

Wer sich zu lange bei der Diagnostik aufhält, zieht die Kritik des diagnostischen „Overkills“ auf sich. Wer zu schnell von einer wenig sorgfältigen Diagnostik in die Planung und Durchführung einzelner Projekte einsteigt, zieht den Vorwurf des Gesundheitsaktionismus auf sich. Wer keine sorgfältige Evaluation der durchgeführten Projekte und Prozesse durchführt, setzt sich dem Vorwurf verschleuderter Ressourcen aus und vergibt wesentliche Lernchancen für seine Organisation.

3.2 Von der Bekämpfung von Unfällen und Berufskrankheiten zur Mobilisierung von Gesundheitspotenzialen und Risikobekämpfung

Die Setzung problemgerechter und realistischer Ziele ist die wichtigste betriebspolitische Voraussetzung im Betrieblichen Gesundheitsmanagement. Diese Zielsetzung sollte erstens **datengestützt**, d.h. gestützt auf eine valide betriebliche Gesundheitsberichterstattung erfolgen, und sich nicht auf Meinungen oder bloßen Konsensus gründen. Sie sollte zweitens **wissensbasiert** sein, d.h. sich am besten international verfügbaren Wissen zum Verständnis der gewählten Problemstellung und den zu ihrer Bewältigung möglichen Interventionen orientieren. Sie sollte drittens in der eigenen Organisation **vermittelbar** sein, d.h. auf Akzeptanz insbesondere bei den betroffenen Führungskräften und Mitarbeitern stoßen. Und sie sollte viertens **realistisch**, d.h. mit den jeweils zur Verfügung stehenden Qualifikationen, Ressourcen

und Zeiträumen erreichbar sein. Last but not least müssen Ziele genügend **spezifiziert** und soweit **operationalisiert** sein, dass der Grad der Zielerreichung oder –verfehlung möglichst genau bestimmbar ist.

Die traditionellen Zielbereiche – Bekämpfung physischer Risiken, Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten – stehen im Zentrum des herkömmlichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes industrieller Güterproduktion. In der Wissens- und Dienstleistungsgesellschaft des 21. Jahrhunderts werden sie eine eher untergeordnete Rolle spielen. An ihre Stelle treten soziale, psychische und somatische Risiken sowie chronische Erkrankungen und die Mobilisierung von Gesundheitspotenzialen durch Investitionen in das Human- und Sozialkapital.

Unsere Kenntnis der heute hierzulande meist verbreiteten Problemstellungen bzw. vordringlich zu bearbeitenden Risiken und Herausforderungen ist noch lückenhaft und wenig systematisch entwickelt. Was wir darüber wissen, spricht allerdings dafür, dass:

1. das psychische Befinden eine zentrale Bedeutung für die Funktionsfähigkeit der Menschen hat – und bisher in der Arbeitswelt zu wenig Beachtung erfährt, weil es als „Privatsache“ erachtet wird; das psychische Befinden vor allem durch Wechselwirkungen an der Mensch-Mensch-Schnittstelle positiv oder negativ beeinflusst wird;
2. Arbeits- und Organisationsbedingungen über Beeinträchtigung oder Verbesserung des Befindens erhebliche Rückwirkungen haben auf Freizeitverhalten, Partnerschaft und Familienleben;
3. ein Großteil der AU-Zeiten und Arbeitsunfälle durch anhaltende bzw. akute Verschlechterungen im Wohlbefinden (Angst, Hilflosigkeit, Selbstvertrauen, Selbstwertgefühl) mit verursacht werden;
4. nur eine kleine Minderheit von Pionierbetrieben gegenwärtig auf diese Problemstellung adäquat zu reagieren befähigt und bereit ist (zusammenfassend Abb. 18).

In der Literatur und mittlerweile auch in der Tagespresse werden immer häufiger folgende Symptome ungesunder Organisationen genannt: Mobbing, Burnout, innere Kündigung und als mögliche Folgen davon: Beschwerden des Muskel-/Skelettapparates, Suchtprobleme und verbreitete Hilflosigkeitsgefühle, mit negativen Konsequenzen wiederum für Qualität und Produktivität, für die Anzahl der notwendig werdenden medizinischen Behandlungen, für die anfallenden Frühberentungen und die Wiedervermittelbarkeit im Falle eingetretener Arbeitslosigkeit.

3.3 Denken in Wechselwirkungen und komplexen Zusammenhängen statt in linearen Kausalitäten

Das alltägliche Denken über Gesundheit und Krankheit ist bestimmt vom Prinzip der linearen und einfachen Kausalität: Virus A erzeugt Krankheit X; Medikament B beseitigt Symptom Y; Impfstoff C verhindert Krankheit Z usw. Die hier zugrunde liegenden Prinzipien sind recht einfach:

- Kausalitäten laufen nur in eine Richtung (von A nach X, von B nach Y und von C nach Z), und
- eine einzige Ursache hat jeweils eine einzige Wirkung.

Monokausales Denken wird jedoch weder der Realität der Krankheitsverursachung noch der der Gesundheitsförderung gerecht, erst recht nicht der Realität komplexer sozialer Systeme wie der eines Unternehmens, einer Schule oder einer Verwaltung. Eine Ursache kann mehrere Wirkungen haben. Ebenso kann eine Wirkung durch unterschiedliche Ursachen hervorgerufen werden. Anstelle des Denkens in linearen und einfachen Kausalitäten tritt das Denken in Wechselwirkungen zwischen zahlreichen, zeitlich und räumlich z.T. weit auseinander liegenden Systemelementen (v. Foerster 1999). So kann beispielsweise ein Fehler in der Produktion seine eigentliche Ursache nicht in einem überforderten Mitarbeiter, sondern in einer übereilten Arbeitsvorbereitung haben und diese wiederum durch Fehleinschätzungen des Managements bedingt sein. An die Stelle der Diagnose und Veränderung einzelner Personen, Situationen oder Verhaltensweisen tritt die Diagnose und Veränderung ganzer sozialer Systeme. Dies stellt hohe Anforderungen an die verantwortlichen Akteure mit Blick auf das dafür erforderliche Wissen, die notwendige Methodik und die adäquaten Instrumente.

Die wichtigste strukturelle Voraussetzung dafür ist eine bestimmte Systematik im Vorgehen, orientiert am Prinzip der lernenden Organisation. Damit gemeint ist die ständige Beobachtung und Weiterentwicklung aller Prozesse, eine ständige Überprüfung der gesetzten Ziele und angestrebten Ergebnisse, die mit Hilfe der Prozesse erreicht werden sollen und eine ständige Überprüfung der dabei gültigen Regeln und Standards.

Die Rückführbarkeit erzielter Ergebnisse auf bestimmte Prozesse ist dabei nicht immer ohne weiteres belegbar. Mit zunehmender Komplexität sozialer Systeme sinkt vielmehr die Identifizierbarkeit direkter kausaler Zusammenhänge zwischen einem gegebenen Prozess einerseits und den durch ihn erzielten Wirkungen bzw. Ergebnissen andererseits. Mit zunehmender Komplexität der Systeme sinkt m.a.W. die Anwendbarkeit einer trivialen Gesundheitsstrate-

gie im Sinne trivialer Kausalzusammenhänge (eine Ursache, eine Wirkung). Zwar lassen sich mit Hilfe von Indikatoren bzw. Kennziffern Veränderungen auch in komplexen sozialen Systemen für Unternehmen sichtbar machen. Ob sich allerdings die festgestellten Veränderungen auch zwingend auf die durchgeführten Maßnahmen bzw. Prozesse des Betrieblichen Gesundheitsmanagements zurückführen lassen, kann oft nicht eindeutig geklärt werden.

Das bekannteste Beispiel im Bereich des Betrieblichen Gesundheitsmanagements für die Schwierigkeit kausaler Rückführbarkeit dokumentierter Ergebnisse auf vorangegangene Prozesse ist der Umgang mit Fehlzeitenstatistiken. Fehlzeiten sind von zahlreichen unterschiedlichen Einflüssen abhängig, z.B. der Konjunktur, dem Arbeitsmarkt, regionalen Besonderheiten, von der Altersstruktur der Mitarbeiter, von ihren persönlichen Voraussetzungen, von organisatorischen Einflüssen unterschiedlichster Art, darunter auch von Maßnahmen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. Ob eine messbare Veränderung, z.B. ein Sinken der Fehlzeiten in einem Betrieb, zuverlässig auf die eine oder andere Maßnahme des Betrieblichen Gesundheitsmanagements zurückführbar ist, ist bei dieser Fülle möglicher Einflüsse nicht immer eindeutig klärbar.

Wenn es also darum geht, in komplexen sozialen Systemen wie Unternehmen, Verwaltungen oder Dienstleistungsorganisationen Zusammenhänge zwischen Organisationsbedingungen, Organisationsprozessen und Organisationsergebnissen herzustellen, ist das Erfahrungswissen **aller** Beteiligten unverzichtbar: der Führungskräfte, der Experten und der Mitarbeiter, in Schulen von Lehrern und Schülern. Aus diesem Grunde gewinnen auch im Rahmen eines Dialogs zwischen Experten und Beschäftigten gewonnene Erkenntnisse, gewinnt das Erfahrungswissen insbesondere der Mitarbeiter als den besten Experten für ihre eigene Gesundheit und deren Bedingungen eine hohe Bedeutung.

Keine intelligente Organisation wird auf das konkrete Erfahrungswissen ihrer Mitglieder verzichten, wenn es darum geht, Prozesse auf ihren Zielerreichungsgrad zu prüfen, bzw. wenn es darum geht, eingetretene Ereignisse auf bestimmte Organisationsprozesse zurückzuführen. Dieses Erfahrungswissen lässt sich beispielsweise mit Hilfe von Expertenbefragungen, Gesundheitszirkeln, Focusgruppen oder Workshops mobilisieren, aufbereiten und als Grundlage weiteren Vorgehens verwenden: unter Einsatz von qualitativen Verfahren, wie z.B. halbstandardisierten Interviews oder Protokollen von Zirkelsitzungen.

III. Was sich aus dem betrieblichen ins schulische Gesundheitsmanagement übertragen lässt

Nicht alles, aber doch sehr vieles lässt sich aus dem Betrieblichen ins schulische Gesundheitsmanagement übertragen. Insbesondere die Systematik im Vorgehen, die Institutionalisierung der erforderlichen Strukturen und Prozesse und die Lokalisierung zentraler Problemstellungen an der Mensch-Mensch-Schnittstelle innerhalb sozialer Systeme. Systematik im Gesundheitsmanagement bezieht sich in erster Linie auf die Verbindung von Top-down- und Bottom-up-Prozessen, auf das daten- statt meinungsbezogene Vorgehen, die Setzung klarer Ziele und die Durchführung und Evaluation wohlgeplanter Projekte. Mit Institutionalisierung gemeint ist die strukturelle Verankerung des Gesundheitsmanagements in die Aufbauorganisation von Schulen in Gestalt eines Arbeitskreises Gesundheit, die Zuweisung klarer Zuständigkeiten und Aufgaben und die Permanenz der Bemühungen im Sinne einer kontinuierlichen Optimierung des schulischen Sozial- und Humankapitals (Abb. 19).

Zentrale Elemente des betrieblichen wie des schulischen Gesundheitsmanagements sollten sein:

- die Entwicklung einer angemessenen Dateninfrastruktur als entscheidende Voraussetzung für das Controlling im Gesundheitsmanagement;
- klare Vorstellungen der Ziele;
- qualifizierte Führung;
- professionelles Projektmanagement

Abb. 20 gibt einen Überblick über die im schulischen Gesundheitsmanagement unterstellten Wirkungsketten.

1.0 Dateninfrastruktur

Diagnostik beinhaltet die Generierung von Daten, die zur Beobachtung und Bewertung von Wohlbefinden und Gesundheit der Beschäftigten geeignet sind. Daten, die zweitens geeignet sind, Rückschlüsse auf mögliche Ursachen bzw. problemspezifische Wechselwirkungen zu erlauben und die drittens geeignet sind, Schwerpunkte, d.h. Risikobereiche oder Gesundheitspotenziale und Ziele im Betrieblichen Gesundheitsmanagement zu bestimmen. Viertens schließlich bildet die Diagnostik am Beginn eines Projektes die Baseline (Bewertungsbasis) zur Bewertung der Zielerreichung am jeweiligen Projektende.

Diagnostik und Evaluation, hängen auf das Engste zusammen: Daten, die zum Zeitpunkt T1 zur Diagnose dienen (z.B. AU-Daten, Daten aus der Mitarbeiterbefragung, Daten aus der Personalabteilung) dienen zum Zeitpunkt T2 zur Beurteilung des Erfolgs. Die Entwicklung von Zeitreihen, die Zusammenführung von Daten unterschiedlicher Herkunft, die Entwicklung von Kennziffern über „Treiber“ und „Ergebnisse“ im Betrieblichen Gesundheitsmanagement bilden eine unverzichtbare Investition. Ohne sie bleiben einzelne Projekte Stückwerk, ist ihre Effizienz zweifelhaft und die Bedarfsgerechtigkeit der eingeleiteten Maßnahmen nicht nachvollziehbar, der Erfolg nicht belegbar.

Bei der Entwicklung dieser für alle weiteren Aktivitäten zentralen Dateninfrastruktur sollte eine strenge Systematik verfolgt werden:

- mit Blick auf die Perspektive (Salutogenese vs. Pathogenese),
- mit Blick auf die Unterscheidung zwischen „Treibern“ (Ursachen) und „Ergebnissen“ (Wirkungen)
- mit Blick auf die prognostische Relevanz (Früh- vs. Spätindikatoren)
- mit Blick auf ihre Quelle (objektive vs. subjektive Daten)

Frühindikatoren dienen in der Sprache des Controlling dazu, zu einem möglichst frühen Zeitpunkt Aussagen über den zu erwartenden Grad der Zielerreichung eines Prozesses machen zu können, um präventiv korrigierend einzugreifen, wenn sich dadurch höhere Kosten einer zeitlich später angesetzten Korrektur vermeiden lassen. Spätindikatoren, wie AU-Daten oder Fluktuationsraten, dienen der Aufmerksamkeitssteuerung und sind Anlass, „upstream“ nach Ursachen zu suchen (Abb. 21).

Ein analoges Vorgehen lässt sich auch auf die Wohlbefinden und Gesundheit beeinflussenden Prozesse anwenden. Soziale, psychische und somatische Prozesse hängen auf das Engste zusammen. Je mehr wir darüber wissen, umso eher können wir mit geringen Kosten dahingehend wirken, ein dauerhaftes Absinken z.B. psychischen Wohlbefindens (Frühindikatoren: z.B. Selbstwertgefühl, Arbeitszufriedenheit) zu verhindern, damit daraus kein Risiko für die psychische und körperliche Gesundheit, z.B. Burnout, Herzprobleme, Rückenprobleme, entsteht. Die folgende Abbildung versucht die wichtigsten standardisierten bzw. standardisierbaren Daten entsprechend zuzuordnen, nämlich:

1. Qualitative Daten, die im Dialog mit Lehrern und Schülern gewonnen werden (z.B. im Rahmen eines Gesundheitszirkels oder im Rahmen von Fokusgruppen und Workshops),
2. Routinedaten der Sozialversicherungen (z.B. AU-Daten, Unfallstatistiken, Frühberentungsdaten),
3. Daten aus medizinischen Untersuchungen,
4. Daten aus standardisierten Befragungen,
5. Daten über Lehrerfluktuationen, steigende/fallende Schülerzahlen
6. Betriebswirtschaftliche Daten über Kosten und Schulerfolg (Abb. 22).

Von besonderer Bedeutung ist die Verknüpfung der Daten aus dem Betrieblichen Gesundheitsmanagement mit anderen Routinedaten der Betriebe, insbesondere mit Daten, die über die Qualität der erstellten Produkte oder Dienstleistungen Aussagen machen. Auch in Schulen ist Gesundheitsarbeit kein Selbstzweck, sondern sollte auch den gesetzten Bildungszielen dienen.

2.0 Ziele

Ziele des BGM ergeben sich aus der Datenanalyse z.B. im Vergleich einzelner Wirtschaftseinheiten oder Schulen und aus den jeweils „vor Ort“ gegebenen Kompetenzen und Möglichkeiten zur Planung und Durchführung einzelner Interventionen. Ziele sollten klar definiert, wenn möglich operationalisiert sein, weil davon die Evaluierbarkeit der Interventionsergebnisse entscheidend abhängt. Nur wenn genau festgelegt ist, was, wann, wie, mit welchem Ressourcenaufwand von wem erreicht werden soll, ist ein präziser Soll-Ist-Abgleich möglich.

Allgemein – so die zentrale Annahme des hier vertretenen BGM-Konzepts – beziehen sich die Ziele auf die Organisation der Schule, und hier auf ihr soziales System, wie oben begründet. Wir vermuten, dass gegenwärtig in Unternehmen wie in Schulen grundsätzlich drei Interventionsziele in Frage kommen:

- Reduzierung von Belastungen (nach deren genauen Lokalisierung und Analyse)
- Qualifizierung (von Leitungspersonal, Experten)
- Stärkung des Sozialkapitals

Führung, soziale Beziehungen und Organisationskultur werden sich im positiven Fall salutogen auf Schüler wie auf Lehrer auswirken. Im negativen Fall bilden sie eine Belastung und mögliche Ursache gesundheitsschädigenden Verhaltens. Soziale Beziehungen und Organisationskultur gelten als schwer beeinflussbar. Gleichwohl liegen mittlerweile zahlreiche Fallbeschreibungen vor, wie soziale Vernetzung, gegenseitiges Vertrauen und gemeinsame Überzeugungen, Werte und Regeln verbessert oder vernichtet werden können (z.B. Cohen/Prusak 2001). Hier besteht immer noch Forschungs- und Entwicklungsbedarf, sind leicht übertragbare „Patentrezepte“ eher die Ausnahme denn die Regel, muss jede Organisation selbst herausfinden, wie sich in ihrer je speziellen Situation Kultur und Klima verbessern lassen. Zwei „Hebel“ lassen sich aufgrund des vorliegenden Kenntnis- und Erfahrungsstandes jedoch als grundsätzlich angebracht empfehlen: eine Qualifizierung der Schulleitungen zum Thema Personalführung und Organisationsentwicklung, mit dem Schwerpunkt Gesundheit sowie der Einsatz von Instrumenten und Verfahren modernen Projektmanagements.

3.0 Qualifizierte Führung

Gesundheitsmanagement – das zeigen alle unsere Erfahrungen in der Beratung von Industrieunternehmen – muss als Führungsaufgabe wahrgenommen und kann nicht an einzelne Experten oder Fachabteilungen delegiert werden. Als Innovation hat Gesundheitsmanagement mit erheblichen Widerständen und Unvorhersehbarkeiten zu rechnen, die nur bei expliziter und anhaltender Unterstützung durch die oberste Führungsebene von Ministerien, Regierungspräsidien und Schulen zu bewältigen sind. Gesundheitsmanagement muss zugleich aber auch unter Einbeziehung der Betroffenen praktiziert und kann nicht „top-down“ verordnet werden. Schulleitungen müssen dabei auch tatsächlich Leitungsfunktionen wahrnehmen können.

<p>Das Hauptproblem professioneller Organisationen wie Schulen, Krankenhäuser oder Universitäten ist nicht, dass sie suboptimal, sondern dass sie zu wenig geführt werden. Wahrnehmung von Leitungsfunktionen und Partizipation der Mitarbeiter schließen einander nicht aus, sondern sie bedingen einander.</p>
--

Die wichtigsten allgemeinen Führungsinstrumente sind: Führung durch explizite Zielvorgaben (Zielvereinbarungen) durch implizite Zielvorgaben (gemeinsame Werte, Regeln, Überzeugungen), durch Anreize, durch Festlegung von Rahmenbedingungen und Regeln sowie durch vorbildhaftes Verhalten des Führungspersonals. Inwieweit Schulleiter Wohlbefinden

und Gesundheit der ihnen anvertrauten Lehrer und Schüler tatsächlich fördern oder missachten, wird ganz wesentlich auch davon abhängen, ob und wie ihr eigenes Verhalten an entsprechenden Zielvorgaben gemessen und „belohnt“ oder „bestraft“ wird.

Mangelhafte soziale Kompetenz von Führungskräften entspringt meist mangelhafter Erfahrung und Qualifikation. Schulleiter sollten zukünftig deshalb auf ihre Leitungsfunktion ebenso sorgfältig vorbereitet werden wie auf ihre fachlichen Aufgaben.

Lehrer und Schüler unterscheiden sich erheblich in der Fähigkeit zur Sinngebung ihres Tuns, in ihrem Verständnis von Schule und von Arbeit und in ihrer Fähigkeit, eigene Bedürfnisse und Erwartungen an Aufgabenstellungen und Ziele ihrer Schulen anzupassen. Auch Schulen unterscheiden sich erheblich in ihrer Fähigkeit, Sinn zu vermitteln, in ihrer Bereitschaft, Transparenz herzustellen und in ihrem Vermögen, Motivation, Bindungen und Leistungsbereitschaft ihrer Mitglieder durch geeignetes Kommunikations- und Entscheidungsverhalten zu mobilisieren. Hier liegt der Schlüssel für mehr Schulerfolg, ebenso wie für mehr Wohlbefinden von Lehrern und Schülern. Und deshalb liegt hier auch das zentrale Arbeitsgebiet schulischer Gesundheitspolitik. Vertrauensvolle Beziehungen erleichtern Kooperation. Gemeinsame Überzeugungen, Werte und Regeln ermöglichen Berechenbarkeit des Organisationshandelns (Entscheidungen, Beförderungen, Kommunikation). Im Falle verloren gegangener Bindungen („innerer Kündigung“), weitgehend zerrütteter Beziehungen („Mobbing“) und weitgehender Abwesenheit gemeinsamer Überzeugungen, Werte und Regeln („Anomie“) leidet nicht nur die Leistungskraft einer Schule, sondern wegen der dadurch zunehmenden Belastungen auch die Gesundheit insbesondere der Lehrer, aber auch der Schüler.

4.0 Professionelles Projektmanagement

Einrichtung eines Steuerungszentrums in Form eines Arbeitskreises Gesundheit in Schulen und Entwicklung einer validen Dateninfrastruktur sind in Verbindung mit nachhaltiger Unterstützung durch die Schulführung essentielle Voraussetzungen erfolgreichen Gesundheitsmanagements auch im Bildungsbereich. Der Arbeitskreis Gesundheit, so die Idee, entscheidet auf der Basis valider Daten über Zielgruppen bzw. Zielbereiche, definiert Projektaufträge und nimmt Projektergebnisse zur Kenntnis. Die konkrete Gesundheitsarbeit geschieht also nicht dort, sondern im Rahmen einzelner Projekte. Wichtigste Voraussetzung ist hier die Beherrschung von Projektmanagementtechniken (Scala/Grossmann 1994; Münch 2003).

Projektmanagement hat sich in den zurückliegenden Jahrzehnten als Instrument zur Bewältigung neuartiger bzw. besonders komplexer Problemstellungen bewährt. Im Rahmen von Projekten werden Lehrer und Schüler klassen- und altersübergreifend zur Bewältigung zeitlich und sachlich begrenzter Projektaufträge zusammengezogen, nach innen z.B. zur Erstellung einer Dateninfrastruktur oder zur Stärkung der Beteiligung und Selbstregulation „bottom-up“ durch Gesundheitszirkel und Workshops zu ausgewählten Problemstellungen oder auch nach außen z. B. zur sozialen Arbeit in der Gemeinde.

Projekte lösen Probleme und sie vernetzen Lehrer untereinander und Schüler mit Lehrern. Sie haben damit einen doppelt erwünschten Effekt. Durch Schaffung neuer Arbeitszusammenhänge und durch Zusammenführung bisher nicht verbundener Organisationsmitglieder werden in der Organisation bestehende Erfahrungen, Wissensbestände, Fähigkeiten und Kenntnisse auf neue Weise verknüpft. Das erleichtert die Auftrags erledigung und trägt zur besseren Vernetzung der Organisationsmitglieder bei, erhöht somit das Human- und Sozialkapital einer Schule.

Wie die Gesundheitsarbeit in Unternehmen gezeigt hat, findet die Gesundheitsthematik oft nur dann in Organisationen ausreichend Akzeptanz, wenn der Einführungsprozess durch externe Experten begleitet wird, entweder Experten aus den Krankenkassen, den Berufsgenossenschaften oder der Wissenschaft.

5.0 Sozialkapital durch Projekte vermehren

Der Sozialkapital-Ansatz wird zu einer deutlichen Aufwertung der Schule wie der Bildungspolitik insgesamt beitragen. Zahlreiche Forschungsergebnisse verweisen darauf, dass Förderung von schulischem Sozialkapital der vielleicht wichtigste Beitrag des Staates ist zur Förderung des gesellschaftlichen Sozialkapitals als einer zentralen Voraussetzung für den wirtschaftlichen Erfolg unseres Landes. Die Dauer (und damit – so darf gehofft werden – auch die Qualität) der schulischen Bildung verbessert die sozialen Fertigkeiten eines Menschen, sein Befinden und sein Vertrauen in alter egos (Glaeser 2001). Schulische Projektarbeit zum Thema Gesundheit sollten deshalb stets die Förderung des schulischen Sozialkapitals im Auge haben und alles vermeiden, was das vorhandene Sozialkapital beeinträchtigt. Entwicklung gemeinsamer Überzeugungen, Werte und Regeln – z.B. zum Thema Gesundheit – ist deshalb ein wichtiges Anliegen jeder schulischen Gesundheitsarbeit.

Z.B. zu denken wäre hier an die Entwicklung einer Lehrinheit zum Thema: „Der Mensch: ein soziopsychosomatisches Wesen“, die gemeinsam von Lehrern und Schülern entwickelt und an die jeweilige Altersklasse angepasst werden müsste. Inhalt sollten die wissenschaftlichen Grundlagen schulischer Gesundheitsarbeit sein, wie sie am Beginn dieses Gutachtens skizziert wurden. Das Wissen in der Grundlagenforschung zu salutogenen Einflüssen sozialer, psychischer und biologischer Systeme schreitet gegenwärtig rasch voran und sollte in Schulen genau verfolgt und diskutiert werden.

Schulen sollten dieses von ihnen erarbeitete Wissen auch in ihr soziales Umfeld hineintragen durch aktive Eltern- und Gemeindefarbeit. Schulen, die sich als integraler Teil ihrer Gemeinde verstehen und sich aktiv um die Einbeziehung der Elternschaft bemühen, profitieren selbst wiederum von solchen gemeindebezogenen Aktivitäten in Form besserer Durchschnittsnoten (Morgan/Sorensen 1999).

IV. Empfohlene Aufbauschritte für ein Gesundheitsmanagement an Nordrhein-Westfälischen Schulen

Die folgenden Überlegungen versuchen zum einen, ein Resümee zu ziehen aus den bisherigen Darlegungen und zum zweiten unter enger Anknüpfung an eigene Erfahrungen beim Aufbau eines betrieblichen Gesundheitsmanagements in Unternehmen und Dienstleistungsorganisationen entsprechende Schlussfolgerungen für die Schulpolitik zu ziehen.

Die Vision „gesunde Schule“ kann nur durch einen länger anhaltenden landesweiten Entwicklungsprozess realisiert werden. M.E. sollten dafür zunächst einmal entsprechende Rahmenbedingungen geschaffen werden mit folgenden schulpolitischen Zielen:

- Vernetzung von Interessierten und Experten
- Vertrauensbildung
- Entwicklung gemeinsamer Überzeugungen, Werte und Regeln
- Kompetenzaufbau

Eine erste wichtige Voraussetzung für den langen Marsch in Richtung „Gesunde Schule“ ist die zunehmende Akzeptanz von Thema, Zielen und Aufgaben aufseiten der Lehrerinnen und Lehrer sowie die Entwicklung entsprechender Qualifizierungsangebote. Lehrerinnen und Lehrer sind die zentralen Akteure im schulischen Alltag. Ihr persönliches Befinden, ihre Motivation und ihre Überzeugungen, Werte und Verhaltensweisen sind entscheidend dafür, ob es

gelingt, ein nachhaltiges Interesse für das Thema auch auf Seiten der Schülerinnen und Schüler und in der Elternschaft zu entfachen.

Was ist eine „gesunde Schule“? Soll man sich bei der schulischen Gesundheitsarbeit auf die bekannten Risiken konzentrieren oder Gesundheitspotenziale fördern? Soll primär bei Schülern oder aber bei Lehrern oder bei der Schulorganisation angesetzt werden? Hierzu bestehen gegenwärtig Kontroversen, die es durch Vernetzung, Überzeugungsarbeit und Weiterbildung zu überwinden gilt. Dies sollte „top-down“, d.h. seitens der Landesregierung angeregt und moderiert, aber nicht „geleitet“ werden. Konsensus über derart grundsätzliche Fragen lässt sich nicht anordnen, sondern nur „bottom-up“ entwickeln unter Einbeziehung von nationalem und internationalem Sachverstand.

1. Empfehlung: Zielwert Wohlbefinden

Psychisches Wohlbefinden ist eine zentrale Voraussetzung menschlicher Funktionsfähigkeit in allen sozialen Rollen und zugleich ein wichtiger Prädiktor für hohe Lebensqualität und Lebensdauer. Aus diesem Grunde schlage ich Verbesserung im Wohlbefinden von Lehrern und Schülern als zentralen Zielwert für die Entwicklung schulischen Gesundheitsmanagements vor. Gemessen werden kann dieser Zielwert über Lehrer- und Schüler-Befragungen (siehe Empfehlung 3).

2. Empfehlung: Gesunde Schule

Wohlbefinden von Lehrern und Schülern hängt ab von der Qualität der Schulorganisation und hier wiederum insbesondere vom Sozialkapital einer Schule: der Qualität der Führung, der sozialen Beziehungen und dem Vorrat **gemeinsamer** Überzeugungen, Werte und Regeln. Auch hier liegen zur quantitativen Erfassung zentraler Variablen bereits Skalen vor, die im Rahmen von standardisierten Befragungen eingesetzt werden können (siehe Empfehlung 3).

3. Empfehlung: Schulische Gesundheitsberichterstattung

Zu mehr Transparenz, zur genaueren Identifikation von Schwerpunktschulen und zur Evaluation durchgeführter Projekte schafft die Landesregierung eine entsprechende Dateninfrastruktur (schulische Gesundheitsberichterstattung). Zu denken wäre hier an ein „Schulbarometer Gesundheit“, d.h. eine regelmäßige Befragung von Lehrern und Schülern zur Erfassung von

Ursachen und Wirkungen zum Thema Gesundheit und möglicher Effekte entsprechender Interventionen.

Für die Vision der „gesunden Schule“ gilt es, Voraussetzungen zu schaffen ohne die das weitreichende Ziel: mehr Wohlbefinden und bessere Leistungsergebnisse durch mehr Sozialkapital von Schulen sich nicht erreichen lassen wird. Die folgenden Empfehlungen beziehen sich deshalb auf die m.E. dafür zwingend gebotenen Voraussetzungen.

4. Empfehlung: Vernetzung und Wissenstransfer

Wichtigste Voraussetzung zur Realisierung der Vision der gesunden Schule ist die Mobilisierung einer landesweiten Unterstützung, die Vernetzung, Wissenstransfer und Kompetenzaufbau bei allen Beteiligten: Landesregierung, Regierungspräsidien, Schulaufsichten, Lehrern, Schülern, Eltern.

Deshalb lautet die 4. Empfehlung: Das zuständige Landesministerium lädt jährlich ein zu einer Landeskonzferenz Gesunde Schule zum:

- Erfahrungsaustausch
- Wissenstransfer
- und zur Konsensusbildung über Schwerpunkte und Vorgehensweisen
- zur Gewinnung von Sponsoren

Eingeladen werden nur Schulen, die ausreichende Eigenmotivation und Leistungen zum Thema erbracht und sich dadurch die „Eintrittskarte“ zur Landeskonzferenz erworben haben. Schulen, die sich dafür qualifizieren wollen, sollten drei Voraussetzungen erfüllen:

1. Sie sollten einen regelmäßig arbeitenden Arbeitskreis Gesundheit haben
2. Dieser Arbeitskreis sollte regelmäßig Projekte anregen und deren Ergebnisse bewerten
3. Er sollte dokumentierte Schritte zur Entwicklung einer Dateninfrastruktur zur Diagnose des Handlungsbedarfs und zur Evaluation der Projektergebnisse eingeleitet haben.

5. Empfehlung: Qualifizierung für schulische Gesundheitsarbeit

Die Landesregierung bietet ein Programm zur Weiterbildung zum schulischen Gesundheitsmanagement an – unter Rückgriff auf private Sponsoren, z. B. Unternehmen der Gesundheitsindustrie.

Gesundheitsmanagement mit dem Ziel gesunde Schulen ist eine fachlich wie motivational hoch anspruchsvolle Aufgabenstellung, zu der entsprechende Voraussetzungen im Umgang mit Wissen, Organisationen, Daten und Projekten zwingend erforderlich sind. Zur Qualifizierung sollten nur Lehrerinnen und Lehrer aufgenommen werden, die auf entsprechende Eigenleistung ihrer Schule bzw. eigene Erfahrungen zum Thema verweisen können.

6. Empfehlung: Partnerschaften zwischen Schulen und Unternehmen

Ein weiteres Element zur Mobilisierung von Unterstützung auf örtlicher Ebene ist die Bildung von Partnerschaften zwischen interessierten Schulen und Unternehmen, die bereits Erfahrungen zum Thema gesammelt haben.

Die 6. Empfehlung lautet: Auf örtlicher Ebene werden Partnerschaften zwischen Schulen und Unternehmen zum Thema Gesundheit entwickelt unter aktiver Nutzung der aufseiten der Elternschaft und der Ehemaligen bestehenden Möglichkeiten.

Ziel der Partnerschaften sollte die Durchführung gemeinsamer Projekte in Schulen und Unternehmen sein. Dafür sollte vom Land ein jährlicher Preis „Gesunde Schule“ ausgelobt werden zur Prämierung besonders innovativer bzw. erfolgreicher Projekte.

7. Empfehlung: Internes Marketing

Um das durch regelmäßige Konferenzen und Partnerschaften entstehende Netzwerk zu motivieren, informieren und orientieren, empfehle ich die regelmäßige Publikation eines „Newsletters gesunde Schule“: Die Empfehlung lautet:

Die Landesregierung führt einen landesweiten „Newsletters“ zum Thema gesunde Schule ein zur laufenden Informationen über Trends, Projekte, ausgewählte Schwerpunktthemen.

Internes Marketing ist ein wichtiger Erfolgsfaktor geplanten sozialen Wandels. Dazu dient ein Newsletter, der durch Design und Qualität der Beiträge wesentlich dazu beitragen kann, in NRW Schritte in Richtung gesunde Schulen anzustoßen.

8. Empfehlung: Qualifizierung von Schulleitern

Kompetenzaufbau, Wissenstransfer und Qualifizierung sind entscheidende Voraussetzungen für die Realisierung der Vision. Neben der Qualifizierung schulischer Gesundheitsexperten (Gesundheitsmanager) ist die entsprechende Qualifizierung des Leitungspersonals in Sachen Mitarbeiterführung aus meiner Sicht unverzichtbar. Die dazu gemachten Ausführungen des Gutachtens sollten dies ausreichend begründet haben.

Die Empfehlung lautet: Ein zentraler Schritt zum Aufbau eines schulischen Gesundheitsmanagements liegt in der Qualifizierung des schulischen Führungspersonals für die Aufgabe der Organisationsentwicklung und Menschführung mit Schwerpunkt Gesundheit.

Schulisches Führungspersonal sollte zukünftig wegen seiner großen Bedeutung für Wohlbefinden der Lehrerinnen und Lehrer und ihrer Schülerinnen und Schüler nicht mehr nur wegen fachlicher, sondern gleichermaßen auch wegen Führungsqualifikationen in entsprechende Positionen kommen. Auch dafür gilt es, entsprechende Qualifizierungsprogramme zu entwickeln bzw. existierende Programme entsprechend weiterzuentwickeln.

9. Empfehlung: Ressourcen

Alle hier gemachten Empfehlungen sind mit vergleichsweise wenigen Ressourcen zu realisieren, mit einem zu erwartenden Effekt bei Lehrern und Schülern, dessen Wert weit über den eingesetzten Mitteln liegen dürfte. Gleichwohl sind Ressourcen erforderlich.

Die Empfehlung lautet: Gesundheitsmanagement erfordert ausreichende Ressourcen zur Durchführung prioritärer Projekte.

Die finanzielle Situation des Landes erzwingt, dafür auf Unterstützung überbetrieblicher Akteure (Krankenkassen, Berufsgenossenschaften, Rentenversicherung) und privater Sponsoren zurückzugreifen. Zukünftig werden hierfür auch Mittel aus dem Präventionsfonds der Bundesregierung bereit stehen.

Entwicklung und Pflege einer „Sponsorenlandschaft“ wird nur bei nachhaltiger Unterstützung der politischen Führung des Landes gelingen. Dabei darf der damit verbundene Marketingeffekt für die Sponsoren nicht unterschätzt werden.

10. Empfehlung: Lehrerausbildung

Wie das Gutachten versucht hat zu verdeutlichen, ist das Thema Schulorganisation von zentraler Bedeutung für das Thema gesunde Schule. Grundlagen darüber, wie Organisationen die

Arbeitsleistung und die Gesundheit ihrer Mitglieder positiv oder negativ beeinflussen; wie Organisationen weiterentwickelt werden können; wodurch ihr Leistungspotenzial geschwächt und wodurch es gefördert werden kann, sollten deshalb zu einem Querschnittsfach in der Lehrerausbildung werden.

Die Empfehlung lautet: Die Landesregierung soll das Thema Personal- und Organisationsentwicklung mit dem Schwerpunkt soziale Kompetenz und Gesundheit in die universitäre Lehrerausbildung aufnehmen.

11. Empfehlung: Forschungs- und Entwicklungsbedarf

Humankapital (Wissen, Fertigkeiten) und Sozialkapital (Netzwerke und Werte) sind einander komplementär. Individuelle Akteure müssen zur Erzeugung öffentlicher oder marktorientierter Güter zusammengeführt und ihre Arbeit muss koordiniert werden. Fähigkeiten und Werte werden ihrerseits nur durch ihre Anwendung als subjektiv bedeutsam und motivierend erlebt. Das wirft die Frage einer möglichen neuen Vernetzung von Lernen und Tun auf. Formale Ausbildung, die weitgehend getrennt vom sozialen und wirtschaftlichen Leben erfolgt, erzeugt notwendigerweise erhebliche motivationale Probleme und fördert die Vernachlässigung sozialer und wirtschaftlicher Fähigkeiten. Darüber muss weiter nachgedacht werden.

12. Empfehlung: Überschulischer Managementkern

Einleitung und Verstetigung des landesweiten Entwicklungsprojektes „Gesunde Schule“ kann nur gelingen, wenn es dafür einen „Motor“ mit ausreichender Kompetenz, mit Zuständigkeiten und Ressourcen gibt.

Die Empfehlung lautet: Die Landesregierung beschließt die Einrichtung des landesweiten Entwicklungsvorhabens „Gesunde Schulen“ beauftragt NN mit dem Management des Gesamtvorhabens und richtet einen wissenschaftlichen Beirat zur Beratung ein.

V. Literatur

- Badura B (1981): Zur sozialepidemiologischen Bedeutung sozialer Bindung und Unterstützung, in: Soziale Unterstützung und chronische Krankheit, Frankfurt a.M., S. 13-39.
- Badura B (1993): Freud versus Selye. Zur Bedeutung der Gefühlsregulierung für die Stressbewältigung. In: Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften. Weinheim. 1. Jg. 1, S. 47-60.
- Badura B/Kaufhold G/Lehmann H/Pfaff H/Schott T/Waltz M (1987): Leben mit dem Herzinfarkt. Eine sozialepidemiologische Studie. Springer Verlag Berlin, Heidelberg, New York
- Badura B./Kickbusch I. (1991) (Hrsg.): Health Promotion Research Towards a New Social Epidemiology. WHO Regional Publications European Series 37. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Badura B./Hehlmann T. (2003): Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation. Gefördert durch die Bertelsmann Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung. Berlin, Heidelberg, New York.
- Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2002): Gesundheitsschutz in Zahlen 2000, Dortmund.
- Berkman L./Kawachi I. (2000): Social Epidemiology. Oxford.
- Bertelsmann Stiftung/Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.) (2000): Erfolgreich durch Gesundheitsmanagement. Beispiele aus der Arbeitswelt. Gütersloh.
- Bertelsmann Stiftung/Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.) (2004): Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik. Vorschläge der Expertenkommission. Gütersloh.
- Bourdieu, P (1983): Ökonomisches Kapital, kulturelles Kapital, soziales Kapital In: R Kreckel (Hg): Soziale Ungleichheiten. Sonderband 2 der Sozialen Welt Göttingen, S. 183-198.
- Cohen D/Prusak L (2001): In Good Company: How Social Capital Makes Organizations Work. Boston.
- Coleman J. S (1990): Foundations of Social Theory. Cambridge. Harvard University Press
- Epidemiologic Reviews – Social Epidemiology, vol. 26/2004.
- Foerster v. H (1999): Sicht und Einsicht. Versuche zu einer operativen Erkenntnistheorie. Heidelberg.
- Freitag M (1998): Was ist eine gesunde Schule? Einflüsse des Schulklimas auf Schüler- und Lehrer-gesundheit. Weinheim.
- Fukuyama F (2001): Social Capital, civil society and development In: Third World Quarterly, Vol. 22, No 1 pp 7-20.
- Glaeser E L (2001): The Formation of Social Capital, in: Can.J.of Pol.Res., Vol 2, No. 1, pp 34-41
- Grossmann R/Scala K (2001): Gesundheit durch Projekte fördern: ein Konzept zur Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung und Projektmanagement. Weinheim.
- House J S/Landis K/ Umberson D (1988) : Social Relationships and Health. In: Science, 241, S. 540-545.
- Imai M (1994) : Kaizen : Der Schlüssel zum Erfolg der Japaner im Wettbewerb. Frankfurt/M.
- Kropotkin P (1975): Gegenseitige Hilfe in der Tier- und Menschenwelt, Frankfurt.

- Lazarus R S (1991): *Emotion and Adaptation*, New York, Oxford.
- Lesser E (Hrsg.) (2000): *Knowledge and Social Capital Foundations and Applications*. Boston.
- Mielck A (2000): *Soziale Ungleichheit und Gesundheit: Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten*. Bern u.a.
- Morgan S/Sorensen A (1999): Parental networks, social closure, and mathematical learning. A test of Coleman's social capital explanation of school effectiveness. In: *Am. Soc. Rev.*, Vol. 64, no. 5, pp. 661-681.
- Münch E/Walter U/Badura B (2003): *Führungsaufgabe Gesundheitsmanagement. Ein Modellprojekt im öffentlichen Sektor*. Berlin.
- Pfaff H (1989): *Stressbewältigung und soziale Unterstützung. Zur sozialen Regulierung individuellen Wohlbefindens*. Weinheim.
- Pfaff H/Badura B/Pühlhofer F/Siewerts D (2004): *Das Sozialkapital der Krankenhäuser und wie es gestärkt werden kann*. In: *Fehlzeiten-Report 2004. Gesundheitsmanagement in der Gesundheitswirtschaft*, im Erscheinen.
- Putnam R D (Hrsg.) (2001): *Gesellschaft und Gemeinsinn*, Gütersloh.
- Rugulis R (2001): Risikofaktoren Chlamydien und soziopsychophysiologische Zusammenhänge: Eine Übersicht und Kritik der epidemiologischen Forschung der koronaren Herzkrankheiten. *Jahrbuch für Kritische Medizin* Bd 34: 19-39.
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): *Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit des Gesundheitswesens in Deutschland. Gutachten 2000/2001, Ms., 3 Bände, Bonn, S. 86*
- Seligmann M E P (2003): *Der Glücks-Faktor. Warum Optimisten länger leben*. Bergisch Gladbach.
- Siegrist J (1996): *Soziale Krisen und Gesundheit. Eine Theorie der Gesundheitsförderung*. Göttingen.
- Spektrum der Wissenschaft: Dossier Stress 3/99
- Stadler P/Spiess E (2002): *Mitarbeiterorientiertes Führen und soziale Unterstützung am Arbeitsplatz*. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund etc.
- Strobel G/Stadler P (2000) *Personalpflege oder Personalverschleiß. Der Einfluss von Führungsverhalten auf psychische Belastungen von Mitarbeitern* In: *Die Berufsgenossenschaft* S. 396-401
- Thefeld W (2001): *Verbreitung der Herz-Kreislauf-Risikofaktoren Hypercholesterinämie, Übergewicht, Hypertonie und Rauchen in der Bevölkerung*. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* Bd 34: 415-423.
- Walter U (2003): *Vorgehensweisen und Erfolgsfaktoren* In: B Badura T Hehlmann: *Betriebliche Gesundheitspolitik. Der Weg zur gesunden Organisation*, Berlin Heidelberg New York.
- Weber A/Weltle D/Lederer P (2004): *Frühinvalidität im Lehrerberuf: Sozial- und arbeitsmedizinische Aspekte*. In: *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 101, H. 13, 26.03.2004.
- Woolcock M (2001): *The place of social capital in understanding social and economic outcomes*, in: *Can. J. of Pol. Res.*, Vol. 2, no. 1, pp. 11-17.