

Gesundheit ist nicht alles!

Gesundheitsmanagement und Soziale Arbeit in Organisationen



Prof. Dr. Martin Klein

Die Auffassung, dass Gesundheit ein erstrebenswertes Ziel für den Einzelnen und die Gesellschaft ist, dürfte unumstritten sein. Gerade im Zusammenhang mit dem Arbeits- und Berufsleben spielen Konzepte für gesundheitsfördernde Arbeitsbedingungen und gesundheitsgerechtes Verhalten eine große Rolle. Der Beitrag setzt sich aus der Perspektive der betrieblichen Sozialen Arbeit kritisch mit dem betrieblichen Gesundheitsmanagement auseinander.

Bei der Nachricht von der Geburt eines Kindes wird häufig die gedankenlose Floskel „Hauptsache, gesund!“ dahingesagt. Wenn aber das Neugeborene behindert zur Welt gekommen ist oder an einer chronischen Krankheit leidet, wird deutlich, dass dieser Satz nicht bloß gedankenlos, sondern auch entwürdigend ist. Wenn der gesunde Mensch das Ziel ist, was ist dann der chronisch kranke oder behinderte Mensch? Statt des Ausspruchs „Hauptsache gesund“ wäre der Ausspruch „Hauptsache glücklich“ sicherlich angemessener (Klein et al. 2018, S. 26 ff.) Das Streben nach Gesundheit spielt nicht nur bei der Begrüßung der Kleinsten eine sehr wichtige Rolle im Leben von Menschen. Gesundheit wird aus dieser Perspektive als eine wichtige Rahmenbedingung für das (Berufs-)Leben gesehen, aber eben nicht als das Leben selbst.

Die betriebliche Sozialarbeit hat in Deutschland eine mehr als 100-jährige Geschichte. Im Jahr 1900 ging auf Anweisung des Begründers des Evangelischen Diakonievereins, Friedrich

Zimmer, die erste Krankenschwester als so genannte Fabrikpflegerin in eine Textilfabrik in Gummersbach, um sich dort um die Arbeiterinnen aus Heimen zu kümmern. In den folgenden Jahren wurden in etwa 20 großen Betrieben, wie beispielsweise Krupp, Siemens und Bayer weitere Fabrikpflegerinnen eingestellt (Stoll 2012, S. 26 ff.).

Die Aufgabe der Fachkräfte der betrieblichen Sozialen Arbeit in Organisationen umfasst die Beratung und Begleitung zu individuellen, aber auch strukturellen Themen, wie beispielsweise die Bearbeitung von akuten Krisen und Konflikten, Umgang mit Über- und Unterforderung, Umgang mit Sanktionen, Mobbing, schlechte Kommunikationsstrukturen (Krieger 2014, S. 227). Die betriebliche Soziale Arbeit ist häufig auch zuständig für Rehabilitation nach Krankheit oder Unfällen, Unterstützung der Work-Life-Balance, Kindertagesbetreuung, Mitarbeiterführung und Teamprobleme, Coaching für Führungskräfte, Coaching und Supervision für Berufsanfänger*innen und neue Mitarbeitende, Vorbe-

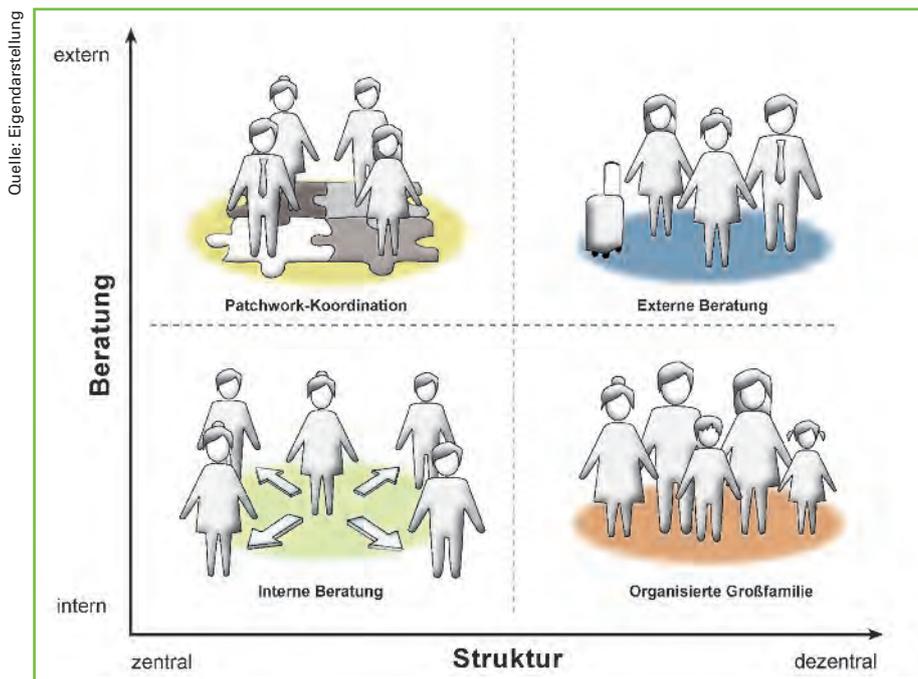
ereitung auf die Rente, Schwerbehindertenbetreuung am Arbeitsplatz und vieles mehr (ebd. S. 232).

Auf der individuellen Ebene lassen sich persönliche Probleme oder kritische Lebensereignisse der Mitarbeitenden zuordnen, wie beispielsweise familiäre Probleme, Pflege von Angehörigen, Erkrankungen oder gesundheitliche Probleme, Suchtproblematiken, Schulden oder andere Themen. Die Zielgruppe der betrieblichen Sozialen Arbeit umfasst alle Beschäftigten und deren An- und Zugehörige bis hin zur Geschäftsführung. Die zu bearbeitenden Themen sind somit vielfältig und reichen weit über das Thema Gesundheit und Management hinaus.

Die organisatorische Anbindung der betrieblichen Sozialen Arbeit ist sehr heterogen. Die unterschiedlichen Angebote unterscheiden sich danach, ob sie zum einen intern oder extern angeboten werden. Bei der internen betrieblichen Sozialen Arbeit sind die Fachkräfte in dem Unternehmen eingestellt, während die externe betriebliche Soziale Arbeit pauschal oder anlassbezogen eingekauft wird. Ein anderes Unterscheidungskriterium ist das Organisationsprinzip der Unternehmen. Organisationen können zentral oder dezentral aufgebaut sein. Dies beinhaltet unterschiedliche Grade der Komplexität, Heterogenität, Dynamik und der Allokation von Ressourcen. Die möglichen Typen der organisatorischen Anbindung der betrieblichen Sozialen Arbeit finden sich in Abbildung 1.

Die interne betriebliche Soziale Arbeit lässt sich in die „Interne Beratung“ und die „Organisierte Großfa-

Abbildung 1: Mögliche Typen organisatorischer Anbindung der betrieblichen Sozialen Arbeit



milie“ unterteilen. Bei der internen Beratung sind die Fachkräfte fest in der Organisation angestellt und für die jeweiligen Standorte zuständig. Sollte die Organisation weitere Außenstellen oder Standorte haben, so sucht die Fachkraft diese auf. Bei der organisierten Großfamilie gibt es ebenfalls eine interne Beratung. Diese erhält von anderen Mitarbeitenden der Organisation jedoch Unterstützung vor Ort. Diese Mitarbeitenden werden häufig als soziale Ansprechpartner*innen bezeichnet.

Bei der externen betrieblichen Sozialen Arbeit können die „Externe Beratung“ und die „Patchwork-Koordination“ unterschieden werden. In beiden Fällen sind externe Anbieter für die betriebliche Soziale Arbeit in der Organisation zuständig. Bei der externen Beratung ist der externe Anbieter auch für die dezentralen Organisationseinheiten zuständig. Bei der Patchwork-Koordination werden sowohl interne als auch externe Fachkräfte tätig. Häufig gibt es die betriebliche Sozialarbeit an einem zentralen Standort und für die dezentralen Orte werden externe Beratung eingekauft (Borchert et al. 2014, S. 23).

Die betriebliche Soziale Arbeit hat sich, trotz ihrer langen Geschichte und

ihrer Erfolge, nicht in dem Maße in allen Organisationen etablieren können, wie es beispielsweise das betriebliche Gesundheitsmanagement oder die Arbeitsmedizin konnten. Der betrieblichen Sozialen Arbeit fehlt dazu bisher eine rechtliche Grundlage. Somit ist sie immer eine freiwillige Leistung. Die beiden Hauptmotive für ein Engagement im Bereich der betrieblichen Sozialen Arbeit stehen in Zusammenhang mit der Betonung ethischer Werte und moralischer Vorstellung (Corporate Social Responsibility) wie auch in der Beachtung des ökonomischen Nutzens dieser Aktivitäten für die Organisation (Baumgartner 2015, S. 24). Eine rechtliche Verankerung beispielsweise im Arbeitsschutzgesetz wird vom Bundesfachverband für betriebliche Sozialarbeit e. V. angestrebt.

Betriebliches Gesundheitsmanagement gehört erst seit Anfang dieses Jahrhunderts zu den unhinterfragten positiv konnotierten Entwicklungen im Management. Es sollen nach Badura et al. (1999) integrierte betriebliche Strukturen und Prozesse entwickelt werden, die das Ziel unterstützen, die Arbeit gesundheitsfördernd zu gestalten, gesundheitsförderndes Verhalten der Mitarbeitenden und

Leitungskräfte zu unterstützen und alles in allem sogar die ganze Organisation gesundheitsfördernd anzulegen. Die Leitungen der Organisationen verpflichten sich zu einer „gesunden Unternehmenspolitik“, bekennen sich zu einer „gesundheitsorientierten Führung“ und fordern von ihren Mitarbeitenden eine „gesunde Lebensführung“ ein. Mitarbeitende sollen nicht mehr nur „nicht krank“ bei der Arbeit erscheinen, sondern sich unter gesundheitsorientierten Gesichtspunkten richtig verhalten.

Unternehmen haben daher systematische, ziel- und bedarfsorientierte und kennzahlengestützte Projektmanagement-Konzepte eingerichtet. Verwaltungen haben umfassende individualpräventive Maßnahmen zur Förderung von Gesundheit unter den Mitarbeitenden gestartet. Hochschulen haben Fragenkataloge verteilt, mit deren Hilfe Mitarbeitende abschätzen können, ob sie den Ansprüchen an einen gesundheitsbewussten Lebensstil entsprechen oder nicht. Das zweckrationale Management ist nun auch bei der Gesundheit angekommen. Wie ist es zu dieser Popularität des betrieblichen Gesundheitsmanagements gekommen? Und was sind die Folgen, wenn Gesundheit so offensiv als Maßstab für organisatorisches Handeln eingefordert wird?

Der Gesundheitsbegriff

Eine allgemein gültige Definition von Gesundheit existiert nicht. Es gibt zahlreiche Konzepte und Vorstellungen (Bruns 2013, S. 21 ff.). Die einflussreichste und am häufigsten zitierte Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1946) hat Gesundheit als völliges körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden beschrieben. Diese Definition ist eher als Wunschvorstellung, als „Sehnsuchtsort“ zu verstehen, aber nicht wirklich erreichbar. Schon gar nicht über 4 bis 5 Berufsjahrzehnte. Trotz der berechtigten Kritik an dieser Definition, hat sie dazu beigetragen, den Gesundheitsbegriff aus dem engen medizinischen Verständnis herauszulösen. Die WHO hat dann 40 Jahre später den

Gesundheitsbegriff erweitert, indem sie den prozessualen Charakter von Gesundheit hervorgehoben hat (Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung 1986). Menschen sollen befähigt werden, ihr jeweils individuelles, größtmögliches Gesundheitspotenzial zu verwirklichen und ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Lebensumstände und Umwelt zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Gesundheit wird nicht als statischer Zustand gesehen, sondern muss immer wieder aktiv hergestellt werden. Der Zusammenhang von Gesundheit und Umweltbedingungen wird dabei thematisiert. Der Mensch wird ganzheitlich in dem sozialen System betrachtet, in dem er lebt und in dem er seine Gesundheit „ausbalancieren“ muss. Dabei spielen soziale, persönliche und ökologische Faktoren eine Rolle, die sich in Lebens-, Arbeits- und Freizeitbedingungen widerspiegeln (WHO 1986). Gesundheit ist – und hier treffen sich nahezu alle noch so unterschiedlichen Konzepte und Vorstellungen – ein komplexes, mehrdimensionales Konstrukt, das durch das Zusammen- und Wechselspiel von unterschiedlichsten Faktoren beeinflusst wird.

Gründe für die Popularität Betrieblichen Gesundheitsmanagements

Betriebliches Gesundheitsmanagement ist populär, weil es von der Möglichkeit eines plan- und steuerbaren Verhaltens ausgeht. Das Management der Gesundheit wird in Kernprozesse aufgeteilt (Diagnose, Planung, Intervention, Evaluation) und zu einem Regelkreis zusammengesetzt (Badura 1999). Dieses Vorgehen erscheint plausibel bei eindeutig definierten Themen. Es stößt aber bei weniger eindeutig definierten und komplexen Themen an Grenzen. Mit dem betrieblichen Gesundheitsmanagement haben viele Organisationen Regelsysteme eingeführt, mit denen die Einhaltung von Gesetzen, Verordnungen, branchenweiten Standards und organisationsinternen Vorgaben sichergestellt werden soll. Die Logik dieser klassischen Systeme zur Überprüfung der Regeleinhaltung ist denkbar ein-



Fotos: WavebreakMediaMicro, etanorworks, nd3000, yurofetsalbert, fotofila.com

Wenn Unternehmen sehr viel Wert auf gesundheitsbewusste Lebensweise legen, kann das den Druck am Arbeitsplatz erhöhen. Gesundheit wird zum Imperativ für die Mitarbeitenden.

fach. Organisationen geben sich Programme, an die sich die Mitglieder zu halten haben, wenn sie Mitglied der Organisation bleiben wollen. Eine Entscheidung, die durch das Programm gedeckt ist, ist richtig. Eine Entscheidung, die dem Programm widerspricht, ist falsch (Luhmann 1972, S. 88).

Dies lässt sich an dem Beispiel des Rauchens gut verdeutlichen: Rauchen ist in geschlossenen Räumen der Organisationen verboten. Wer sich daran hält und nur noch dort raucht, wo es erlaubt ist, ist auf der sicheren Seite. Wer sich über das Verbot hinwegsetzt, steht bei Bekanntwerden unter Rechtfertigungszwang. Das betriebliche Gesundheitsmanagement geht aber weiter und bietet Mitarbeitenden, obwohl sie sich an die Rauchvorschriften halten, Nichtraucherseminare an, um bei der Überwindung dieser Angewohnheit oder Sucht zu helfen. Dies hat auf den ersten Blick eine gewisse Plausibilität. Es wäre überraschend, wenn die Leitung eines Unternehmens offen für gesundheits-schädigendes Verhalten einträte. Der Vorteil von Maßnahmen, wie die Verbesserung der Gesundheit ist, dass sie auf „hohe Konsensancen“ (Luhmann 1972, S. 88f.) treffen.

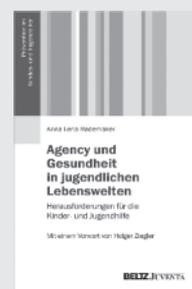
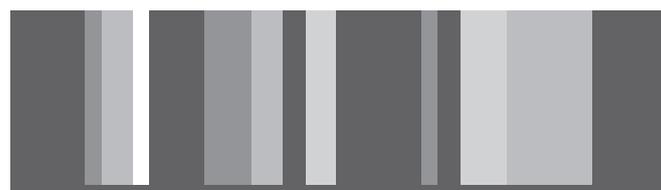
Das Problem mit der Gesundheit

Das Problem bei dem Thema der Gesundheit ist, dass es ein nicht klar definiertes und gleichzeitig komplexes Thema ist. Wie soll eine Organisation darauf reagieren, wenn die Freiheit von Mitarbeitenden, die durch ungesunde Ernährung oder Nikotin ihr Wohlbefinden steigern oder Druck abbauen, häufigere Erkrankungen oder sogar deren vorzeitigen Tod zur Folge hat? Soll die Organisation im Konfliktfall für die Durchsetzung von gesundheitsbewusstem Verhalten den Mitarbeitenden abmahnen oder gar entlassen? Die Orientierung an der Gesundheit kann bei konkreten Entscheidungen zu einer Vielzahl von sehr praktischen Widersprüchen führen. Die Forderung nach einem gesundheitsbewussten Lebensstil ist eine Aufforderung an die Mitarbeitenden, sich „richtig“ zu verhalten. Die Mitarbeitenden sollen einsehen, dass ihr Verhalten zwar nicht sanktioniert wird, aber gegenüber anderen (Kolleg*innen, Führungskräften, der Gesellschaft) nicht vertretbar ist.

Wenn Organisationen gegenüber ihren Mitarbeitenden den Wert der Gesundheit betonen, führt dies nicht dazu, dass sich diese gesundheitsbe-

wusster Verhalten. Gesundheitsbewusstes Verhalten ist eben nicht trivial. Der Effekt dieser Aktivitäten ist lediglich, dass die Mitarbeitenden auch ihre Lebensweise darstellen müssen. Sie müssen sich nicht nur als effektive, effiziente und leistungsstarke, sondern zusätzlich auch als gesundheitlich vorbildliche Mitarbeitende präsentieren. Wer nimmt die Treppe oder wer den Aufzug, wer isst was in der Kantine, wer treibt in der Freizeit wie oft welchen Sport? Wie werden Krankheitstage bei wem kommentiert? Dies kann im Endeffekt das Gegenteil dessen fördern, was eigentlich beabsichtigt ist. Gesundheit wird zu einem Imperativ, zu dem man sich – will man Karriere in der Organisation machen – bekennen muss. Dies bedeutet aber auch zusätzlichen Stress, der krank machen kann. Der Blick der betrieblichen Sozialen Arbeit geht über diesen Imperativ hinaus und es gehört zur Berufsethik, sich den Themen der Beteiligten offen, hermeneutisch und beratend anzunähern. Eine zweckrationale Verengung auf das Management des Gesundheitsziels wird der Komplexität in der Lebenswelt von Menschen nicht gerecht. Gesundheit ohne soziales Wohlbefinden ist nicht denkbar, aber soziales Wohlbefinden ohne Gesundheit sehr wohl. Der Gesundheitsimperativ verändert Mitarbeitende in Organisationen. Aber eines werden sie dadurch sicherlich nicht – gesündere Mitarbeitende (vgl. Kühl 2018).

■ Prof. Dr. Martin Klein ist 1. Vorsitzender des Bundesfachverbandes Betriebliche Sozialarbeit e.V. (bbs) und Prorektor für Studium und Lehre an der Katholischen Hochschule NRW, Köln, © martin.klein@bbs-ev.de



Anna Lena Rademaker

Agency und Gesundheit in jugendlichen Lebenswelten

Herausforderungen für die Kinder- und Jugendhilfe

Prävention im Kindes- und Jugendalter, 2018, 312 Seiten
broschiert, € 39,95, ISBN 978-3-7799-3678-7

Auch als **E-Book** erhältlich

Die Arbeit widmet sich dem Zusammenhang von Gesundheit junger Menschen und Sozialer Arbeit. Die Idee besteht in der Formulierung einer gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit.

www.juventa.de

BELTZ JUVENTA

Literatur

Badura, B.; Ritter, W.; Scherf, M. (1999): **Betriebliches Gesundheitsmanagement – ein Leitfaden für die Praxis**. Berlin: Sigma.

Baumgartner, E.; Sommerfeld, P. (2015): **Betriebliche Soziale Arbeit. Empirische Analyse und theoretische Verortung**. Wiesbaden: Springer.

Borchert, T.; Pankow, A.; Wirtz, M. (2014): **Empfehlungen für die Implementierung eines bundesweiten Hilfenetzwerkes der Betrieblichen Sozialarbeit für den Außendienst der LVM Versicherung – Konzepte anderer Unternehmen**. Abschlussbericht zum Master-Lehrforschungsprojekt „Betriebliche Sozialarbeit“ unter der Leitung von Prof. Dr. M. Klein, Katho NRW, Münster, S. 23.

Bruns, W. (2013): **Gesundheitsförderung durch soziale Netzwerke. Möglichkeiten und Restriktionen**. Berlin: Springer.

Klein, M. (Hg.) (2018): **Phosphatdiabetes (XLH) und Lebensqualität. Vom Leben mit einer seltenen und rätselvollen Erkrankung**. Münster: MIT FFB.

Krieger, W. (Hg.) (2014): **Beschäftigungsförderung und betriebliche Soziale Arbeit. Sozialpädagogisch-systemische Perspektiven im Kontext von Erwerbstätigkeit**. Hannover: Ibidem Verlag.

Kühl, S. (2018): **Das moralisierende Unternehmen. Wie die Forderung nach Integrität Mitarbeiter zu Heuchlern macht**. Working Paper 3/2018. Online abrufbar unter: http://www.uni-bielefeld.de/soz/personen/kuehl/Kuehl-Stefan-Working-Paper-3_2018-Das-moralisierende-Unternehmen-Integritaet-in-Organisationen_17.05.2018.pdf. (27.09.2018)

Luhmann, N. (1972): **Rechtssoziologie**. Reinbek: Rowohlt.

Stoll, B. (2012): **Betriebliche Sozialarbeit. Aufgaben und Bedeutung. Praktische Umsetzung**. 2. Auflage. Regensburg, Berlin: Walhalla und Praetoria.

WHO (World Health Organization) (1946): **Verfassung der Weltgesundheitsorganisation**. Unterzeichnet in New York am 22. Juli 1946. Online verfügbar unter: <https://www.admin.ch/opc/de/classified-compilation/19460131/201405080000/0.810.1.pdf> (27.09.2018)

WHO (World Health Organization) (1986): **Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung**. Unterzeichnet am 21.11.1986. Online verfügbar unter: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/129534/Ottawa_Charter_G.pdf (27.09.2018)