

Kompetenz für eine nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit

B. Kriegesmann, M. Kottmann, L. Masurek, U. Nowak



Fb 1038

Schriftenreihe der
Bundesanstalt für
Arbeitsschutz und
Arbeitsmedizin

b a u a :

B. Kriegesmann
M. Kottmann
L. Masurek
U. Nowak

Kompetenz für eine nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit

Diese Veröffentlichung ist der Abschlussbericht für das Projekt „Lebenslanges Lernen im Bereich von Sicherheit und Gesundheitsschutz: Entwicklung eines Kompetenzmodells als Basis für die Förderung eigenkompetenten Verhaltens“ - INQA-Projekt 53-03, gefördert durch die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA) im Rahmen der Initiative Neue Qualität der Arbeit (INQA). Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt bei den Autoren.

Autoren: Prof. Dr. Bernd Kriegesmann ¹
Dipl.-Chem. Dipl.-Arb.-Wiss. Marcus Kottmann ²
Dipl.-Geogr. Lars Masurek ¹
Dipl.-Psych. Dipl.-Arb.-Wiss. Ursula Nowak ¹

¹ Institut für angewandte Innovationsforschung e. V. (IAI)
an der Ruhr-Universität Bochum
Buscheyplatz 13, D-44801 Bochum

² Forschungszentrum für Personalentwicklung (FPE) im
Institut für Arbeitswissenschaft der Ruhr-Universität Bochum
D-44780 Bochum

Dipl.-Theol. Dipl.-Arb.-Wiss. Gregor Fasel vom Forschungszentrum für Personalentwicklung war von Oktober 2003 bis Februar 2004 im Projekt tätig.

Umschlaggestaltung
und Fotografik:

Angelika Rößler, Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin

Verlag/Druck:

Wirtschaftsverlag NW
Verlag für neue Wissenschaft GmbH
Bürgermeister-Smidt-Str. 74-76, D-27568 Bremerhaven
Postfach 10 11 10, D-27511 Bremerhaven
Telefon: (04 71) 9 45 44 - 0
Telefax: (04 71) 9 45 44 - 77
E-Mail: info@nw-verlag.de
Internet: www.nw-verlag.de

Herausgeber:

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin
Friedrich-Henkel-Weg 1-25, D-44149 Dortmund
Telefon: (02 31) 90 71 - 0
Telefax: (02 31) 90 71 - 24 54
E-Mail: poststelle@baua.bund.de
Internet: www.baua.de

Berlin:
Nöldnerstr. 40-42, D-10317 Berlin
Telefon: (0 30) 5 15 48 - 0
Telefax: (0 30) 5 15 48 - 41 70

Dresden:
Proschhübelstr. 8, D-01099 Dresden
Telefon: (03 51) 56 39 - 50
Telefax: (03 51) 56 39 - 52 10

Alle Rechte einschließlich der fotomechanischen Wiedergabe und des auszugsweisen Nachdrucks vorbehalten.

ISSN 1433-2086
ISBN 3-86509-269-1

Inhaltsverzeichnis

Kurzreferat	5
Abstract	6
Résumé	7
1 Employability und lebenslanges Lernen: Neue Perspektiven für eine nachhaltige Gesundheitspolitik?	9
1.1 Herausforderungen für die Employability in einer sich verändernden Arbeitswelt	9
1.2 Herausforderungen für die Employability angesichts eines sich verändernden Krankheitsgeschehens	12
1.3 Neue Aufgaben für die (betriebliche) Gesundheitspolitik	17
2 Konzeptioneller Rahmen: Kompetenz für eine nachhaltige Employability	21
2.1 Kompetenz zur (beruflichen) Handlung als Basis der Employability im engeren Sinne	22
2.2 Kompetenz zur Gesundheit als Säule der nachhaltigen Employability	26
3 „Praktische Erfahrungen“: Die Rolle einzelner Elemente der Kompetenz zur Gesundheit	34
3.1 Fallstudien im Bereich Unternehmensberatung	35
3.1.1 Handlungsfähigkeit	37
3.1.2 Handlungsbereitschaft	40
3.1.3 Organisatorische, technologische und soziale Kopplungen	41
3.2 Fallstudien im Bereich Gesundheitswesen	42
3.2.1 Handlungsfähigkeit	43
3.2.2 Handlungsbereitschaft	46
3.2.3 Technologische, organisatorische und soziale Kopplungen	47
4 „Selbstmanagement“: Facetten der individuellen Gesundheitskompetenz	48
5 Quellen der individuellen Gesundheitskompetenz	51
5.1 Lebensphasenorientierter Kompetenzerwerb	51
5.2 Exemplifizierung von Quellen der individuellen Gesundheitskompetenz	55
5.2.1 Exemplifizierung von Quellen der individuellen Gesundheitskompetenz im Berufsbereich „Unternehmensberatung“	57

5.2.2	Exemplifizierung von Quellen der individuellen Gesundheitskompetenz im Berufsbereich „Gesundheitswesen“	58
5.2.3	Hinweise auf „dominante“ Quellen der individuellen Gesundheitskompetenz	60
6	Maßnahmen zur Förderung sicherheits- und gesundheitsorientierten Verhaltens	61
6.1	(Angebots-)Schwerpunkte bei der Entwicklung von Gesundheitskompetenzen nach Lernorten	62
6.2	Neue Impulse zum Aufbau und zur Erhaltung von Gesundheitskompetenzen	66
7	Zusammenfassung: Defizite und „weiße Flecken“ beim Aufbau und Erhalt einer nachhaltigen Employability	69
	Literaturverzeichnis	73
	Abbildungsverzeichnis	86

Kompetenz für eine nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit

Kurzreferat

In einer sich wandelnden Arbeitswelt stellen sich Fragen von Sicherheit und Gesundheitsschutz zum Teil völlig neu. Veränderte Organisationsformen von Arbeit beeinflussen die Zeitanteile und Gestaltungsmöglichkeiten von Freizeit. Sie führen zu völlig neuen Beanspruchungen und forcieren Tendenzen der Vernachlässigung von sicherheits- und gesundheitsbezogenen Standards. Auf individueller Ebene eskalieren Zielkonflikte zwischen Arbeit und Freizeit, zwischen gesundheitlichem Raubbau und präventivem Verhalten, zwischen kurzfristigem Aufgabendruck und langfristig angelegter Arbeitsfähigkeit. Auf betrieblicher Ebene überlagern Rationalisierungserfordernisse die Dringlichkeit, sich intensiver mit Maßnahmen zur Unterstützung einer sicheren und gesunden Lebensführung der Mitarbeiter auseinander zu setzen. Hinzu kommen vielfach Akzeptanzprobleme bei den Mitarbeitern. Auch eine noch so eindringliche und sorgfältige Vermittlung von Wissen über Sicherheitsstandards, gesunde Ernährung, Bewegung etc. führt nicht zu anhaltender Verhaltensänderung. Das setzt vielmehr die Förderung eigenkompetenten Verhaltens voraus. Eigenkompetentes Verhalten basiert dabei auf Wissen, Erfahrung und Bereitschaft, sich eigene Orientierung zu Möglichkeiten einer sicherheits- und gesundheitsorientierten Lebensführung zu verschaffen, Instrumente zu beurteilen und mit der Lebens- und Arbeitsführung abzustimmen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Individuen nicht im Sinne einer gesundheitsorientierten Lebensführung handeln können, wenn diese nicht in den arbeitsorganisatorischen Zusammenhang integrierbar ist. Nimmt man die Zusammenhänge ernst, wird klar, dass diese Kompetenz das Ergebnis eines komplexen Formierungsprozesses ist, in dem

- in frühen Lebensphasen Verhaltensmuster zum Umgang mit z. B. Suchtpotentialen geprägt werden, die im Erwachsenenalter nur noch schwer zu beeinflussen sind, und
- wichtige Lerneffekte nicht aus formellen Lernarrangements, sondern aus informellem Lernen resultieren, das im sozialen Umfeld, der Freizeit oder auch im Prozess der Arbeit stattfinden kann.

Vor diesem Hintergrund werden in jüngerer Zeit unterschiedlichste Ansätze diskutiert, die auf eine stärkere Verzahnung von Sicherheit und Gesundheitsschutz mit der individuellen Kompetenzentwicklung in unterschiedlichen Lebensphasen abheben. In diesem Zusammenhang ist insbesondere zu klären,

- wie sich eigenkompetentes Verhalten strukturieren und beschreiben lässt,
- wo Ansatzpunkte zur Entwicklung eigenkompetenten Verhaltens sind und
- inwieweit diese Kompetenzquellen durch bisherige bzw. neu zu konzipierende Maßnahmen des Sicherheits- und Gesundheitsschutzes aktiviert werden können.

Schlagwörter:

Wirtschaftlicher Wandel, nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit, Lebensstile, Kompetenzquellen, Gesundheitskompetenz

Competence for a sustainable employability

Abstract

Changing conditions in the professional life raise new questions concerning safety and health protection. Changed working structures influence the periods and arranging possibilities of leisure time. They result in completely new types of strain and force tendencies of neglecting safety and health-related standards. At individual level, conflicts between professional and private goals, between work and leisure time, between health-related overexploitation and preventive behavior, between short-term task pressure and long-term employability escalate. At operational level, rationalization demands overlap the urgency to deal more intensively with measures to support a safe and healthy lifestyle of the employees. In addition to this, employees often have acceptability problems. The transfer of knowledge regarding safety standards, healthy nutrition, physical exercises etc. does not lead to a lasting behavior change however careful and insistent it may be. This rather requires the support of self-competent behavior. In this context, self-competent behavior is based on knowledge, experience and the willingness to acquire one's own orientation concerning possibilities of a safe and healthy lifestyle, to check instruments and reconcile them with one's life- and working style. Here, it has to be taken into account that individuals are not able to change their lifestyle if it cannot be integrated in the work organization context. If one takes the connections seriously, it becomes evident that this competence is the result of a complex formation process, in which

- behavioral patterns with regard to the handling of, e.g., addiction potentials are shaped in early phases of life. These patterns can hardly be influenced or changed in the adulthood;
- important learning effects do not result from formal learning arrangements but from informal learning, that can take place in the social environment, in the leisure time or in the working process.

It is against this background that different approaches aiming at a stronger linkage of safety and health protection with the individual competence development in different phases of life are recently discussed. In this context, it has to be clarified in particular,

- how self-competent behavior can be structured and described,
- where starting-points of the development of self-competent behavior are and
- to what extent these competence sources can be activated through measures of safety and health protection, which already exist or which have to be designed.

Key words:

Economic change, sustainable employability, lifestyles, competence sources, health competence

Compétence pour une capacité d'emploi durable

Résumé

Dans un monde de travail changeant sans cesse, se posent des questions en partie complètement nouvelles concernant la sécurité et la protection de la santé des employés. Des formes modifiées d'organisation de travail influencent les parts du temps de travail et les possibilités d'organiser son temps libre. Elles conduisent à des exigences complètement nouvelles et forcent les tendances à négliger les normes de la sécurité et de la santé. Au niveau individuel, se développent des conflits d'intérêts entre le travail et le temps libre, entre la négligence de la santé et un comportement préventif, entre la pression de tâche à court terme et une capacité d'emploi ébauchée à long terme. Au niveau de service, les exigences de rationalisation recouvrent l'urgence de s'occuper plus intensivement de mesures pour encourager les employés à vivre d'une manière sûre et saine. À cela s'ajoutent souvent des problèmes d'acceptation du côté des employés. Même en renseignant les employés avec insistance et beaucoup de soin sur les normes de la sécurité, sur une alimentation saine, sur le mouvement etc., on n'arrive pas à changer leur comportement perpétuellement. Cela suppose plutôt le soutien d'un comportement auto-compétent («eigenkompetentes Verhalten»). Un comportement auto-compétent s'y base sur le savoir, l'expérience et la volonté de s'informer soi-même sur les possibilités de vivre d'une manière sûre et saine, d'être prêt à en juger les instruments et les coordonner avec sa manière de vivre et de travailler. Dans ce cas, il faut considérer que les individus ne peuvent pas mener une vie selon les exigences de la santé si cette vie ne se laisse pas intégrer dans le secteur de l'organisation du travail. En prenant ces rapports au sérieux, on comprend que cette compétence est le résultat d'un procès de formation complexe dans lequel

- des modèles exemplaires de comportement envers par exemple des potentiels de dépendances sont marqués dès l'enfance et il est difficile de les influencer à l'âge adulte, et
- des effets importants d'apprentissage ne résultent pas d'un cadre d'éducation formel, mais de l'apprentissage informel qui peut se passer dans le milieu social, pendant le temps libre ou aussi dans le processus de travail.

Au vu de ça, on vient de discuter récemment des idées les plus différentes demandant une combinaison plus forte de la sécurité et la protection de la santé avec le développement individuelle de la compétence en divers phases de vie. Dans ce contexte, il faut élucider en particulier

- comment on peut structurer et décrire un comportement auto-compétent,
- où il y a des points de départ pour développer un comportement auto-compétent,
- jusqu'à quel point, on peut stimuler ces sources de compétence par des mesures concernant la sécurité et la protection de la santé connues jusqu'à présent ou par des mesures à concevoir de nouveau.

Mots clés:

Changement économique, capacité d'emploi durable, styles de vie, sources de compétence, compétence de la santé

1 Employability und lebenslanges Lernen: Neue Perspektiven für eine nachhaltige Gesundheitspolitik?

1.1 Herausforderungen für die Employability in einer sich verändernden Arbeitswelt

Im oft postulierten Übergang von der Industrie- zur Wissensgesellschaft werden für die Arbeitswelt tiefgreifende Wandlungsprozesse erwartet. Auch wenn die Umbrüche nicht in der häufig diskutierten Tiefe greifen, führen sich verstärkende Trends zu spürbaren Veränderungen bestehender Wertschöpfungsketten, etablierter Formen der Arbeitsteilung sowie eingefahrener Prozesse und Strukturen (vgl. STAUDT, 2002; KRIEGESMANN, 2003b):

- Die breite Diffusion von *Informations- und Kommunikationstechnologien* hat Veränderungen in weiten Bereichen der Wirtschaft beschleunigt. Die flächendeckende Verbreitung von Computern und digitalen Netzen eröffnet die Möglichkeit, an nahezu jedem Ort und zu jeder Zeit miteinander kommunizieren und arbeiten zu können. Die Entkopplung der Arbeit von Zeit und Ort schreitet voran.
- Zunehmende *Technisierung und Automatisierung* führen zur Beschleunigung von Abläufen, zur steigenden technischen Bedingtheit von Arbeitshandlungen und teilweisen Substitution sozialer Kontakte durch Technik, zu geänderten Anforderungen bei den Beschäftigten und zu völlig neuen Organisationsmodellen von Arbeit.
- Die voranschreitende *Globalisierung* forciert einen radikalen Wandel der Wettbewerbssituation. Einerseits bleiben Beschaffungs- und Absatzmärkte nicht länger lokal bzw. national begrenzt, andererseits dringen neue Wettbewerber in angestammte Märkte ein.

Angesichts dieser Tendenzen kennzeichnen Schlagworte wie „Flexibilität“, „Anpassungsfähigkeit“ oder „Selbstorganisation“ die Debatte um eine geänderte Arbeitswelt und konturieren das neue Bild des „Normalarbeiters“.

Die bislang überwiegend klar definierten Arbeitsverhältnisse mit eindeutiger Trennung zwischen Freizeit und Erwerbsarbeit und die stabilen Lebensverläufe mit einer der Ausbildung angemessenen Status- und Rollenzuweisung über das gesamte Berufsleben stehen zunehmend zur Disposition (vgl. u.a. KRIEGESMANN, 2003c; TRAUTWEIN-KALMS und AHLERS, 2002; DÖHL et al., 2000):

- Dynamische Änderungen in der Unternehmenslandschaft mit dem Entstehen neuer Arbeitsplätze in der sog. New Economy, Massenentlassungen in Großunternehmen und Neuverschnitten von Anforderungen in etablierten Branchen reduzieren die Dauer der Unternehmenszugehörigkeit und erzwingen immer häufiger berufliche Neuorientierungen.

- Befristete und geringfügige Tätigkeiten sowie Teilzeitbeschäftigungen werden ausgeweitet, während der Umfang der Stammbeschäftigten rückläufig ist.
- Die Ablösung etablierter Beschäftigungsverhältnisse in Normalarbeitszeit erzeugt neue Selbstständigkeitsformen mit „free agents“ und „Mc-Jobs“ in völlig neuen Feldern oder zu klassischen Arbeitsverhältnissen parallele Minijobs.
- Die zunehmende Informatisierung in der Aufgabenerfüllung und daraus folgende Organisationsformen wie Telearbeit oder virtuelle Unternehmen, aber auch neue Arbeitszeitmodelle ermöglichen den Wandel traditioneller Aufteilungsformen von Arbeit und Freizeit.

Damit verbundene häufige Funktionswechsel, Entgrenzung und Tendenzen zur Selbstausschöpfung charakterisieren neue Herausforderungen, Belastungssituationen (vgl. u.a. BERTELSMANN STIFTUNG und HANS-BÖCKLER-STIFTUNG, 2004; ERTEL und PRÖLL, 2004; MOLDASCHL, 1998; GIARINI und LIEDTKE, 1998) aber auch Möglichkeiten für die Beschäftigten:

- Einerseits scheint die berufliche Beschäftigungsfähigkeit (d.h. die Employability) in wechselnden Aufgabenfeldern nur noch durch lebenslanges Lernen absicherbar zu sein.¹ Es wird klar, dass die Ausbildung nicht mehr für ein ganzes Berufsleben ausreicht. Die Fähigkeit, unter Unsicherheit zu handeln, sich auf neue, häufig wechselnde komplexe Arbeitsbedingungen einstellen bzw. die eigene Arbeitskraft am Arbeitsmarkt unterbringen zu können, gewinnt an Bedeutung.
- Andererseits führen neue Arbeitsformen, -verhältnisse und -bedingungen zu Veränderungen in der Lebensführung. Verschwimmende Grenzen zwischen Arbeit und Freizeit, Flexibilitätsanforderungen oder soziale Isolation bergen die Gefahr des Verlustes individuellen Wohlbefindens, führen zu Einbußen in der Lebensqualität und begründen neue Gesundheitsrisiken, die die Employability gefährden und mit dieser abzustimmen sind.

Nimmt man diese Entwicklungen und kreuzt sie mit gängigen Diskussionen zu „Employability“ und „lebenslangem Lernen“ wird klar, dass hier eine neue Dimension dieser Begriffe anzusteuern ist (vgl. KRIEGESMANN und KLEY, 2003):

- Beschäftigte müssen zur Sicherung der eigenen **Employability** über ein gesamtes Berufsleben beschäftigungsrelevante Kompetenzen für wechselnde Aufgabenfelder aufbauen, erhalten und weiterentwickeln (vgl. STAUDT und KOTTMANN, 1999; STAUDT, 1999; BLANCKE et al., 2000; SCHLAFFKE, 2000). Das ist gemeinhin Gegenstand von Forderungen zu lebenslangem Lernen, das nach der Ausbildung die qualifikatorische Basis für die Bewältigung sich ändernder Aufgabenstellungen sichern soll. Angesichts der Diskussionen über die Reichweite von Aus- und Weiterbildung (vgl. STAUDT und KRIEGESMANN, 2002b) ist dabei sowohl die Bedeutung arbeitsintegrierter, mehr oder minder beiläufiger und

¹ Vgl. zur Diskussion des „Lebenslangen Lernens“ u.a. DOHMEN, 1996; GERLACH, 2000; SCHEMMANN, 2002; BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG, 2004; COMMISSION OF THE EUROPEAN COMMUNITIES, 2000.

non-formaler Lernprozesse (vgl. STAUDT und KLEY, 2001; DOHMEN, 2001; LIVINGSTONE, 1998) als auch im sozialen Umfeld angesiedelter Lernaktivitäten konzeptionell mit zu erfassen.²

- Die **nachhaltige Employability** ist aber an eine weitere Voraussetzung geknüpft, die eine Erweiterung des bisherigen Leitbilds der Employability erfordert: Nur wer langfristig gesund ist, kann auch seine „fachliche“ Beschäftigungsfähigkeit zur Entfaltung bringen. Die stattfindenden Umbrüche fordern (Erwerbs-)Personen verstärkt heraus, ihre Karriere *und* ihre Gesundheit flexibel zu steuern und zu sichern. In diesem Zusammenhang erlangt die persönliche „Gestaltung von Arbeit und Freizeit als Dimensionen der Lebensführung“ einen erheblichen Einfluss auf die Lebensqualität und bildet auf individueller Ebene den Rahmen für Gesundheit, emotionales Wohlbefinden und Employability. Lebenslang zu lernen, mit seinen eigenen Ressourcen³ hauszuhalten, gewinnt als Gestaltungs- und Bewältigungsstrategie für nachhaltige Employability insofern stark an Bedeutung.

Mit dem zukunftsorientierten Leitbild einer nachhaltigen Employability ist allerdings nicht nur eine höhere Gewichtung im Umgang mit der (eigenen) Gesundheit zu verbinden. Es wird vielmehr ein Paradigmenwechsel eingeleitet, da es kaum ausreichen wird, sich auf einen risikoorientierten Gesundheitsansatz zu kaprizieren, der auf (An-)Forderungen zur Vermeidung von Gesundheitsgefahren abhebt. Hinzu tritt die offensive Perspektive des Aufbaus gesundheitlicher Ressourcen, die – in einer eher potentialorientierten Betrachtungsweise – eine Beschäftigungsfähigkeit in wechselnden Berufsfeldern erst ermöglicht. Konzentriert man sich vor diesem Hintergrund auf die in der Debatte um Employability und lebenslanges Lernen meist ausgeblendete Facette der Potenziale von Gesundheit, wird offenbar, dass hier ein massiv vernachlässigtes Feld der (betrieblichen) Gesundheitspolitik, aber auch der Personalentwicklung liegt (vgl. KRIEGESMANN, 2003c).

² In diesem Kontext wird auch der Begriff des „biographischen Lernens“ verwendet, der an der „lebensgeschichtlichen Perspektive der Lernenden“ ansetzt. Vgl. SAUER und KRIEGESMANN, 2002; ERPENBECK und HEYSE, 1999; ALHEIT und DAUSIEN, 2002; BAETHGE und BAETHGE-KINSKY, 2002.

³ Nach RICHTER und HACKER beinhaltet der Begriff der Ressourcen „Komponenten, die es erlauben, die eigenen Ziele anzustreben und unangenehme Einflüsse zu reduzieren“ (vgl. RICHTER und HACKER, 1998). UDRIS und FRESE weisen darauf hin, dass durch die Nutzung von Ressourcen im Sinne von „Schutzfaktoren“ die gesundheitsbeeinträchtigende Wirkung von Stressoren gemildert bzw. „abgepuffert“ werden kann (vgl. UDRIS und FRESE, 1999).

1.2 Herausforderungen für die Employability angesichts eines sich verändernden Krankheitsgeschehens

Wenngleich angesichts neuer Formen der Arbeit Lücken in der betrieblichen Gesundheitspolitik zu erwarten sind, konnten in den letzten Jahren durch Maßnahmen im Bereich Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz erhebliche Fortschritte erzielt werden. So wurden physikalische sowie chemische Belastungen reduziert, Unfallgefahren im Arbeitsgeschehen erheblich gesenkt oder Verbesserungen im Bereich der Ergonomie erreicht. Im Ergebnis führt das zu einer durchaus positiven Bilanz:

- Die meldepflichtigen Arbeitsunfälle je 1000 Vollarbeiter sind seit den sechziger Jahren von deutlich über 1000 kontinuierlich gesunken und lagen 2003 bei noch 29 (vgl. BUNDESANSTALT FÜR ARBEITSSCHUTZ UND ARBEITSMEDIZIN, 2001).⁴
- Die Zahl der tödlichen Arbeitsunfälle hat im Jahr 2003 mit insgesamt 735 ihren tiefsten Stand seit Beginn der Aufzeichnung erreicht. Gegenüber dem Jahr 1994 bedeutet dies, trotz einer Zunahme der Vollarbeiterzahl, einen Rückgang von über 41%.⁵
- Auch die Statistik „Neuer Arbeitsunfallrenten“, die greift, wenn ein Arbeitsunfall tödlich oder so schwer verläuft, dass es zu einer Entschädigung in Form einer Rente oder Abfindung kommt, ist stark rückläufig und erreichte im Jahr 2003 mit 19.646 Fällen neuer Arbeitsunfallrenten einen historischen Tiefststand, der gegenüber dem Bezugsjahr 1994 eine annähernde Halbierung bedeutet.⁶
- Die Fehlzeiten aufgrund von Krankheiten im Bereich „Muskel/Skelett“, „Atemwege“, „Verletzungen“ und „Herz/Kreislauf“ sind in den letzten Jahren zum Teil stark rückläufig. Während Krankheiten im Bereich „Muskel/Skelett“ mit einem Minus von 11% zwischen 1995 und 2002 noch den geringsten Rückgang zu verzeichnen hatten, betrug das Minus bei den „Herz-Kreislauf-Erkrankungen“ sogar über 28% (vgl. Abb. 1.1).

Insgesamt belegen diese Entwicklungen, dass der Sicherheits- und Gesundheitsschutz zu positiven Effekten im Kontext der aus traditionellen Arbeitsverhältnissen entstehenden Belastungen geführt hat.

⁴ Zu den jüngsten Entwicklungszahlen vgl. <http://www.bg-praevention.de/> [04.08.2004].

⁵ Vgl. <http://www.bg-praevention.de/> [04.08.2004].

⁶ Vgl. <http://www.bg-praevention.de/> [04.08.2004].

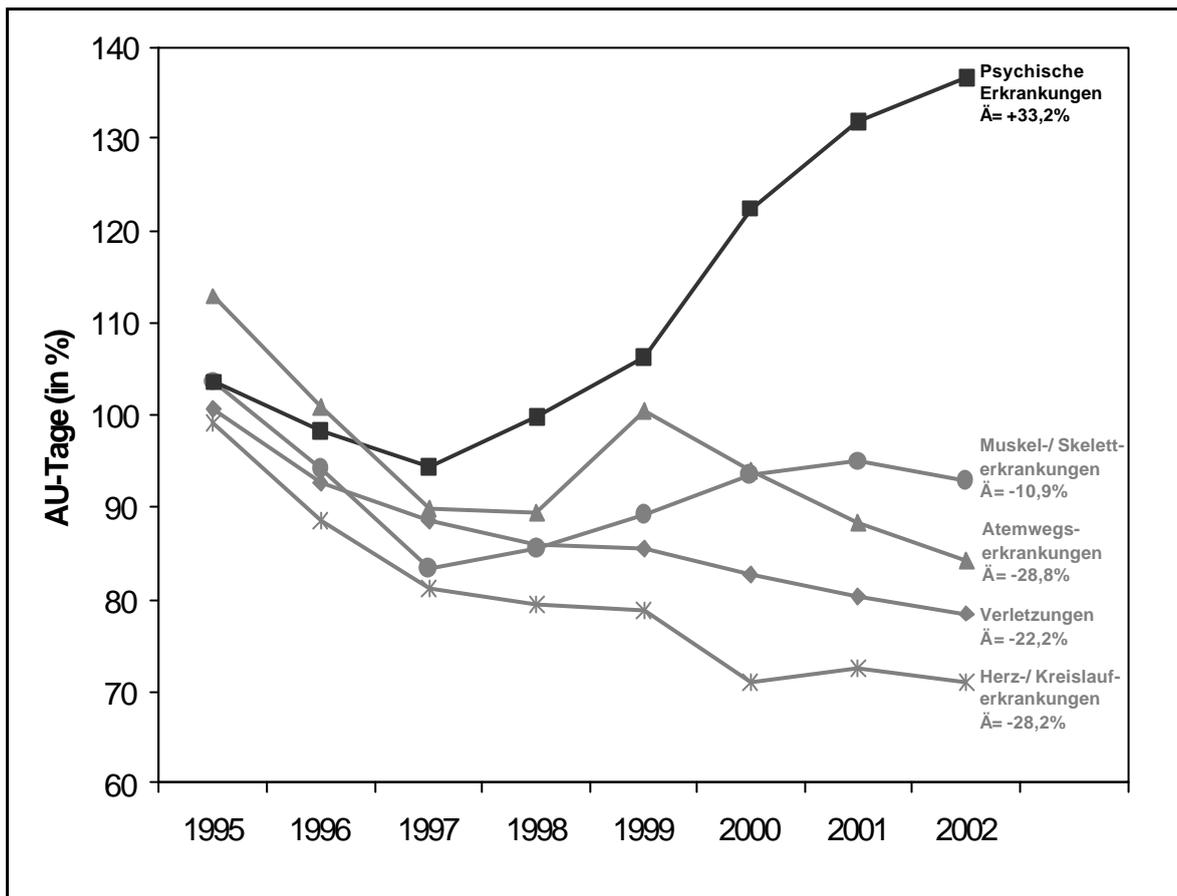


Abb. 1.1 Entwicklung von Arbeitsunfähigkeitstagen nach Krankheitsarten; Indexdarstellung 1994 = 100% (Quelle: VETTER et al., 2004)

Gleichzeitig ist jedoch in den letzten Jahren ein kontinuierlicher Anstieg der psychischen Erkrankungen mit entsprechenden Auswirkungen auf die Arbeitsunfähigkeit zu beobachten. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die Internationale Arbeitsorganisation (ILO) bestätigen diesen Trend und weisen darauf hin, dass in den zurückliegenden 10 Jahren, bedingt durch Globalisierung, Automatisierung und fortschreitende Technisierung, arbeitsbedingter Stress und seelische Befindensstörungen sich unter den Beschäftigten epidemisch verbreitet haben (vgl. ERTEL und PRÖLL, 2004; PACKEBUSCH, 2003). Empirische Befunde stützen diese Aussage:

- So hat unter den AOK-Mitgliedern zwischen 1995 bis 2002 der Anteil der durch psychische Krankheiten bedingten Arbeitsunfähigkeitstage um mehr als ein Drittel zugenommen (vgl. Abb. 1.1; vgl. VETTER et al., 2004). Während bei den erwerbstätigen Pflichtmitgliedern der BKK der Anteil psychischer Erkrankungen an den Krankheitstagen 1980 noch 2,5% betrug, waren es 1990 bereits 3,7%. Seither hat sich ihr Anteil nochmals nahezu verdoppelt und ist bei Frauen (9,8%) und bei Männern (5,4%) inzwischen einer der deutlichsten Treiber krankheitsbedingter Fehltage (vgl. BKK BUNDESVERBAND, 2004).⁷
- Hinzu kommt, dass sich psychische Erkrankungen durch eine hohe durchschnittliche Falldauer von annähernd 30 Tagen (für das Jahr 2002) auszeichnen. Mit damit verbundenen Krankengeldzahlungen in 13,6% aller Fälle liegt die Quote mehr als dreimal so hoch wie im Durchschnitt aller Arbeitsunfähigkeitsfälle (vgl. BKK BUNDESVERBAND, 2004).

Diese Entwicklungen signalisieren, dass zusätzlich zu Belastungen aus traditionellen Arbeitsverhältnissen geänderte Belastungen mit neuen Herausforderungen an die Gesundheitspolitik entstehen (vgl. u.a. GROSSE-JÄGER et al., 2003; HERBST, 2004; STROBEL et al., 2000; EUROPEAN SAFETY FEDERATION, 1999). Das impliziert gleichzeitig Konsequenzen für das „Bewältigungsrepertoire“ (vgl. ERTEL und PRÖLL, 2004) der Erwerbstätigen, um beschäftigungsfähig zu bleiben. Fraglich ist jedoch, inwiefern die Kompetenzen des Einzelnen zur Selbststeuerung ausreichen, mit veränderten Anforderungen auch umgehen zu können.

Die dargestellten Zusammenhänge neu auftretender Anforderungen und damit korrespondierender Belastungen gewinnen angesichts des demographischen Trends in Deutschland an zusätzlichem Gewicht: Wie in anderen Industrienationen wird der demographische Wandel während der nächsten Jahrzehnte den Arbeitsmarkt in Deutschland sowie die Arbeitswelt der Zukunft nachhaltig beeinflussen (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR BILDUNG UND FORSCHUNG, 2003; WOLFF et al., 2001). Einem wachsenden Anteil älterer Personen stehen immer weniger junge Menschen gegenüber.

- Schon heute zählt Deutschland mit einer statistischen Geburtenrate von 1,4 Kindern zu den Nationen mit der geringsten Geburtenintensität. Dieser Wert wird längerfristig auf diesem Niveau verharren oder sogar weiter zurückgehen. Experten prognostizieren vor diesem Hintergrund für Deutschland bis zum Jahr 2050 einen Rückgang der Bevölkerung um sieben Millionen Personen auf 75 Millionen (vgl. DEUTSCHE BANK RESEARCH, 2003).
- Gleichzeitig wird die Lebenserwartung bis 2050 stark ansteigen, bei Männern um gut vier Jahre auf dann 81 Lebensjahre und bei Frauen um sechs Jahre auf 86,5 Lebensjahre. Bei der niedrigen Geburtenziffer hätte das zur Folge, dass der Anteil der über 60 Jährigen, der aktuell bei 24% liegt, bis 2050 auf annähernd 40% ansteigen würde (vgl. DEUTSCHE BANK RESEARCH, 2003).

⁷ Die Ergebnisse werden auch durch Erkenntnisse die *Techniker Krankenkasse* untermauert: Der „Gesundheitsreport 2002“ vermerkt, dass sich im Jahr 2002 „erneut ein merklicher Anstieg der Arbeitsunfähigkeiten aufgrund von psychischen Störungen“ gezeigt hat. Die Fehlzeiten je Versichertenjahr erhöhten sich um 6,2% (vgl. TECHNIKER KRANKENKASSE, 2002).

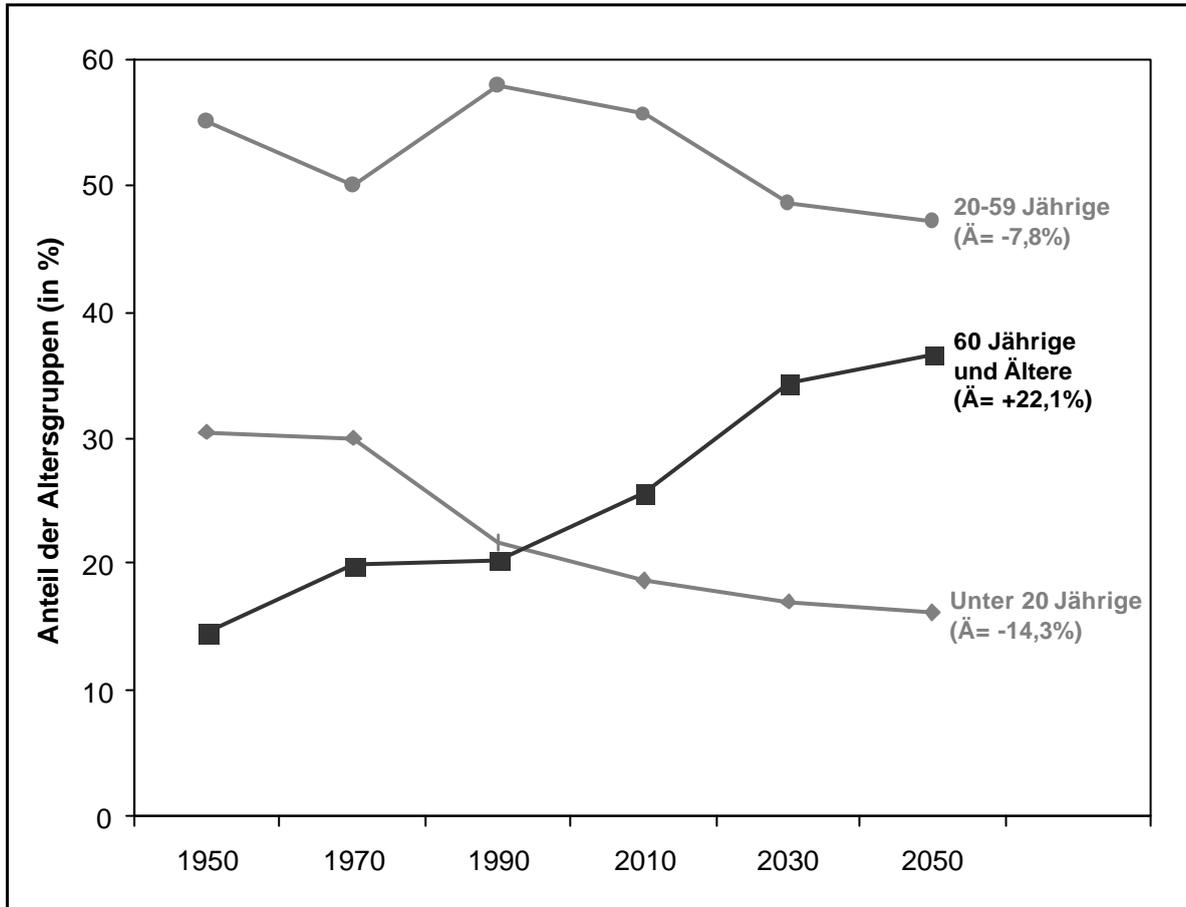


Abb. 1.2 Altersaufbau der (Erwerbs-)Bevölkerung (Quelle: in Anlehnung an HÖFKES, 2003)

Bei einer alternden und zugleich schrumpfenden Bevölkerung ist eine Ausdehnung der Lebensarbeitszeit bzw. eine Anhebung des gesetzlichen Renteneintrittsalters in Zukunft zu erwarten, da der Rekrutierungsspielraum der Unternehmen bei jüngeren Arbeitskräften schrumpft. Damit wird ein deutlicher Altersanstieg der Belegschaften einhergehen. Im Ergebnis kommt dem Erhalt der „Produktivität“ älterer Erwerbstätiger (vgl. BUNDESANSTALT FÜR ARBEITSSCHUTZ UND ARBEITSMEDIZIN, 2004) eine wachsende Bedeutung zu.

Bisher in der öffentlichen Diskussion noch weitgehend unberücksichtigt gewinnen in diesem Zusammenhang neben den berufsrelevanten Kompetenzen vor allem Fragen der gesundheitlichen Arbeits- und Leistungsfähigkeit an Brisanz (vgl. RICHENHAGEN, 2004; BÖCKLY et al., 2003). Volkswirtschaftlich gesehen werden Unternehmen „gezwungen“ sein, Bedingungen zu schaffen, die es den Erwerbstätigen ermöglichen, gesünder älter zu werden bzw. lebenslang (zu lernen), mit den eigenen Ressourcen umzugehen (vgl. SIEGRIST, 2002).

Diese Überlegungen sind umso mehr bei der Gestaltung einer auf Nachhaltigkeit ausgerichteten Gesundheitspolitik einzubeziehen, als dass sich das Krankheitsgeschehen bei älteren Arbeitnehmern deutlich anders darstellt als bei jüngeren Erwerbspersonen (vgl. VETTER et al., 2004). Ältere Arbeitnehmer sind dabei nicht per se häufiger arbeitsunfähig als jüngere Erwerbstätige, sie sind aber in einem weit höheren Maß von langwierigen bzw. von Mehrfach-Erkrankungen betroffen.

Daraus resultiert eine mit zunehmendem Alter kontinuierlich steigende Dauer von Arbeitsunfähigkeitsfällen (vgl. Abb. 1.3):

- Im Besonderen wird die Zunahme krankheitsbedingter Ausfalltage mit dem Alter auf den besonders starken Anstieg bei Muskel- und Skelett- sowie Herz- und Kreislauferkrankungen zurückgeführt. Mehr als ein Drittel aller Ausfalltage bei den 60-64 Jährigen gehen auf das Konto muskulo-skelettaler Erkrankungen.
- Ein weiterer wichtiger Faktor als Ursache für Fehlzeiten sind psychische Belastungen. Es zeichnet sich ab, dass mit dem Alter psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen sowohl in Bezug auf die Zahl der Fälle als auch in Bezug auf die durchschnittliche Falldauer erheblich ansteigen.⁸

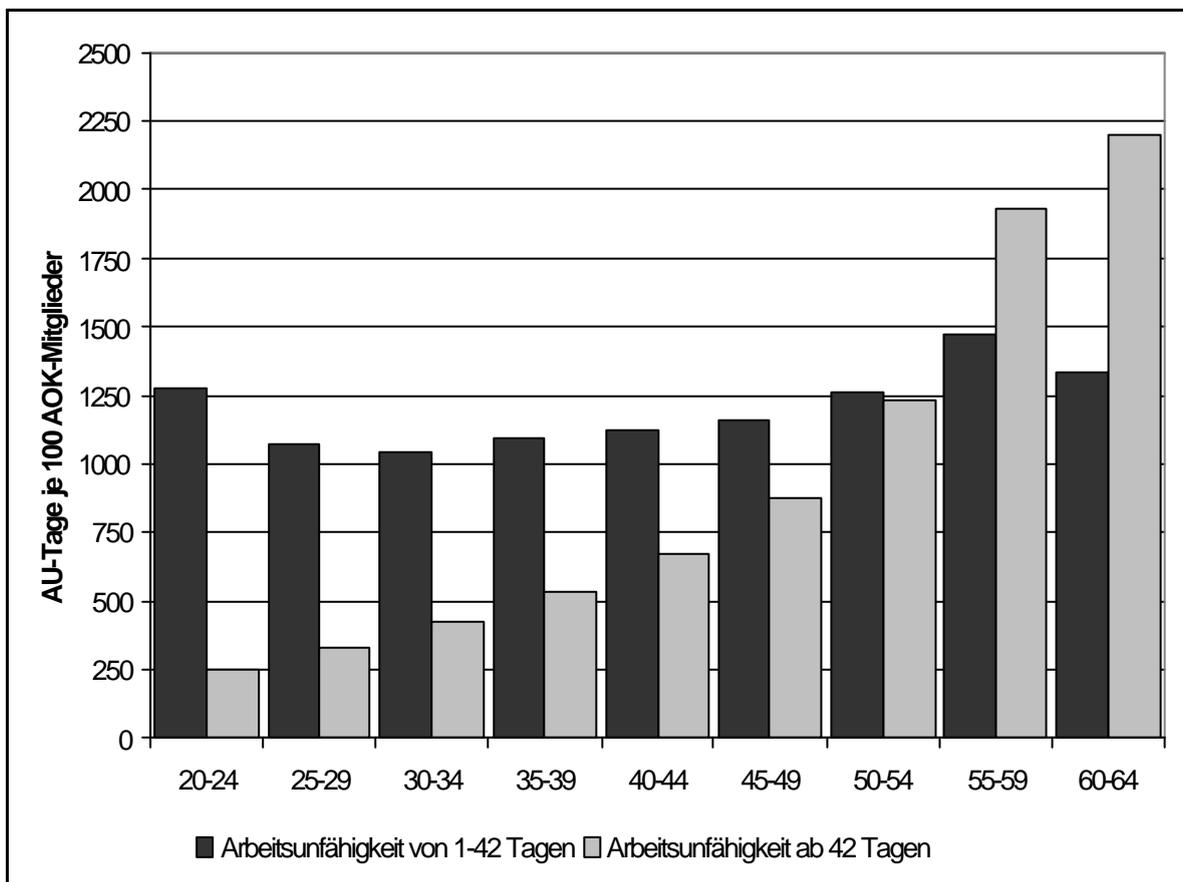


Abb. 1.3 Arbeitsunfähigkeit nach Altersgruppen und Dauer (Quelle: VETTER et al., 2004)

⁸ Gegenüber einer Falldauer von durchschnittlich 51 Tagen in der Altersgruppe der 15-19 Jährigen (je 100 AOK-Mitgliedern) steigt der Wert auf über 200 Tage bei den 55-59 Jährigen an.

Insgesamt begründen neue Belastungen in einer sich wandelnden Arbeitswelt nicht zuletzt vor dem Hintergrund der demographischen Entwicklungen geänderte Herausforderungen für den Aufbau und die Erhaltung einer nachhaltigen Employability. Die Brisanz dieses Themas resultiert dabei nicht allein aus den Problemen von älteren Erwerbstätigen, die sich zukünftig länger „fit für den Beruf“ halten müssen (als erwartet), sondern vor allem auch durch die wachsende Betroffenheit jüngerer Jahrgänge, d.h. der Leistungsträger von morgen. Dies signalisieren nicht zuletzt Befunde, die darauf hinweisen, dass durch psychische Krankheiten bedingte Frühverrentungen bei den jungen Altersjahrgängen besonders stark zunehmen.⁹ Auch wenn es sich dabei um relativ geringe Fallzahlen handelt, erscheint es besorgniserregend, wenn Erwerbstätige, deren Employability zukünftig über einen längeren Zeitraum aufrecht erhalten werden muss, immer früher aufgrund neuer Belastungsmuster aus dem Berufsleben herausfallen. Damit werden neue Fragen für die Gesundheitspolitik auf volkswirtschaftlicher wie einzelbetrieblicher Ebene aufgeworfen.

1.3 Neue Aufgaben für die (betriebliche) Gesundheitspolitik

In den letzten Jahren hat sich ein bewährtes System im Bereich Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz etabliert. Die Effekte für traditionelle Arbeitsverhältnisse und bestehende Altersstrukturen der Beschäftigten sind unbestritten (vgl. PACKEBUSCH et al., 2003). Doch ist es fraglich, ob traditionelle Antworten auf neue Herausforderungen allein ausreichen.

Im Arbeitsschutz dominiert der Schutz der Beschäftigten vor Arbeitsunfällen, Berufskrankheiten und arbeitsbedingten Gesundheitsgefahren, die – entsprechend dem eigenen Selbstverständnis – staatlicher Regulierung, besonderer Beobachtung und Bekämpfung bedürfen. Prohibitive Regelungen im Sinne von Schadstoffbegrenzungen, Arbeitszeitregelungen etc. sollen gesundheitsschädliche Einflüsse vermeiden, vor körperlichen Überforderungen sowie vor schädigenden psychischen, biologischen oder chemischen Einwirkungen schützen (vgl. ROSENBROCK, 2002).

Nicht zuletzt aufgrund rechtlicher Anforderungen streben zahlreiche Unternehmen nach wie vor eine verbesserte Organisation des betrieblichen Arbeitsschutzes an. Die Gesundheit der Organisationsmitglieder gilt dabei weithin als Sache der dafür zuständigen Experten, z.B. der Arbeitsmediziner, Sicherheitsfachkräfte oder der Berufsgenossenschaft (vgl. INSTITUT FÜR ARBEITS- UND SOZIALHYGIENE STIFTUNG, 2003; KUHN und KAYSER, 2002).

⁹ In der Altersgruppe der unter 40 Jährigen stieg zwischen den Jahren 1993 und 2002 der Anteil der Frühverrentungen, der auf psychische Erkrankungen zurückzuführen ist, um 14% auf mittlerweile 46,2% (vgl. SÜDDEUTSCHE ZEITUNG, 2004).

Will man aber die nachhaltige Employability von Erwerbstätigen im Berufsverlauf

- angesichts neuer Arbeitsformen mit verschwimmenden Grenzen zwischen Arbeit und Freizeit und
- vor dem Hintergrund eines geänderten Krankheitsgeschehens sowie demographischer Wandlungsprozesse

nicht gefährden, muss die Lebensführung zusätzlich in den Fokus der Gesundheitspolitik rücken. „An active approach to health promotion would include meaningful changes in people’s lifestyles, ... “ (vgl. RUSKIN, 1999: 6). Der alleinige Fokus auf Arbeit resp. Arbeitsplatz und die daraus resultierenden Beanspruchungen und Belastungen werden den realen Bedingungen und Herausforderungen zur Sicherung der nachhaltigen Employability nicht gerecht, zumal der Einfluss der Lebensführung auf die Gesundheit zunehmend offenkundig ist. So nimmt man heute an, dass etwa 30 bis 50 Prozent der Krebserkrankungen im Zusammenhang mit einer Fehlernährung oder Suchtmittelgebrauch stehen (vgl. HANKEY, 1999; WORLD CANCER RESEARCH FUND, 1997), ein ungesunder Lebensstil wird für etwa 60 Prozent aller kardiovaskulären Neuerkrankungen verantwortlich gemacht (vgl. LENGFELDER, 2001; AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2000). Faktoren des Lebensstils und psychosoziale Variablen werden inzwischen auch als relevant für rheumatische Erkrankungen, Schmerzerkrankungen, chronische Erkrankungen der Atemwege, chronisch spezifische Darmerkrankungen und Depressionen angesehen (BLUMENTHAL et al., 1999).

Gleichzeitig gibt es zahlreiche Hinweise, dass eine gezielte Lebensstilmodifikation deutlich zur Erhöhung der Gesundheit bzw. zum Aufbau von Ressourcen als Puffer für aktuelle und zukünftige Belastungen beitragen kann.

Die Bedeutung des Lebensstils zeichnet sich als wichtige Komponente einer intensiven Primärprävention immer klarer ab (vgl. u.a. LAUTERBACH und STOCK, 2003; WORLD CANCER RESEARCH FUND, 1997; AMERICAN HEART ASSOCIATION, 2000; SCHULER et al., 1992; HILL, 1998; KABAT-ZINN et al., 1998). Der wachsende Bedarf im Wellness-Bereich weist auf eine entsprechend steigende Sensibilität für die eigene Lebensführung bzw. Gesundheit hin: So zeigt die zunehmende Freqüenz von Qi-Gong- oder Zen-Seminaren ebenso eine steigende Nachfrage wie die massiv wachsende Freizeitwirtschaft in Feldern wie Fitness oder Sportstudios (vgl. IWD, 2001; HORX, 2001).

Während aber unabgestimmte Einzelansätze wie Bewegungs- und Ernährungsprogramme, Stress- bzw. Zeitmanagement etc. in der Umsetzung häufig nicht die gewünschten Effekte bringen, wird deutlich, dass eine multifaktorielle Lebensstilmodifikation zur nachhaltigen Verbesserung der Gesundheit führt (vgl. HASKELL et al., 1994). Aus dem medizinischen Bereich kommende integrative Konzepte, die Ernährung mit Bewegung, Stressbewältigung etc. verzahnen, führen zu positiven Effekten bezogen auf die Vermeidung gesundheitlicher Schäden.

Trotz dieser ermutigenden Ergebnisse scheitern über Präventionsbemühungen angesteuerte Verhaltensänderungen

- am Druck des Kurzfristigen im Arbeitsalltag,
- an prinzipiellen Vorbehalten gegenüber derartigen „Methoden“ und
- vor allem an der mangelnden Integrationsfähigkeit bestehender Angebote in die Arbeits- und Freizeitgestaltung.

Auch auf Unternehmensebene zeigt sich, dass zwischen dem berechtigten Anspruch einer sicherheits- und gesundheitsorientierten Unternehmensführung und ihrer Umsetzung erhebliche Lücken bestehen. „Die in Zusammenhang mit dem WHO-Gesundheits- und Gesundheitsförderungsbegriff entwickelten betrieblichen Angebote wie Ernährungsprogramme, Rückenschulen, Nichtraucherurse oder Stressbewältigungsprogramme haben in den Betrieben auf breiter Ebene und in der Tiefe, von wenigen Beispielen abgesehen, nur punktuell Fuß fassen können.“ (vgl. CERNAVIN und WILKEN, 1998: 77). Dies bestätigen erneute aktuelle empirische Befunde,¹⁰ die darauf hindeuten, dass die Verbreitung proaktiver Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung noch weit hinter solchen Maßnahmen zurückbleiben, die auf gesetzlichen Pflichten beruhen. Während Arbeitsplatzbegehungen beispielsweise in über 90% der befragten Unternehmen stattfinden¹¹ und Arbeitsschutzausschüsse in über 60% der Unternehmen etabliert sind, werden neuere Maßnahmen, darunter insbesondere Gesundheitszirkel oder Anti-Stress-Trainings, nur in deutlich unter 20% der Unternehmen umgesetzt. Die relativ geringe Akzeptanz wird dadurch untermauert, dass nur wenige Unternehmen beabsichtigen, innerhalb der nächsten Jahre derartige Aspekte der Gesundheitsförderung neu anzubieten.

Neben der Adaptionproblematik in den Unternehmen stehen individuelle Akzeptanzprobleme, bestehende Angebote anzunehmen. Die Realisierung einer gesundheitsorientierten Lebensführung erfolgt häufig erst in Folge erlebter Krisen. Primärpräventive Maßnahmen scheitern oft an fehlendem Problembewusstsein der Adressaten, obwohl die positive Wirkung von Maßnahmen zur Lebensstilmodifikation nachgewiesen werden konnte.

Diese ernüchternden Befunde verdeutlichen, dass eine noch so eindringliche und sorgfältige Vermittlung von Wissen über gesunde Ernährung, Bewegung etc. offensichtlich nicht zu anhaltender Verhaltensänderung führt. Alleinige Informationsgebung ist nicht ausreichend zur gesundheitsorientierten Modifikation der Lebensfüh-

¹⁰ Dem Forschungsprojekt „Betriebliches Gesundheitsmanagement“, das durch das Ministerium für Wirtschaft und Arbeit des Landes Nordrhein-Westfalen in Auftrag gegeben wurde, liegt eine Telefonbefragung unter 501 repräsentativ ausgewählten Unternehmen aus dem Herbst 2002 zu Grunde, in der u.a. nach dem Umsetzungsstand von Maßnahmen des eher klassischen Arbeitsschutzes sowie von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung gefragt wurde. Endgültige Ergebnisse des laufenden Projektes liegen noch nicht vor. Für eine Zusammenfassung der empirischen Ergebnisse vgl. <http://www.bit-bochum.de/infos/GMBefragung.html> [05.08.2004].

¹¹ Die Arbeitsplatzbegehungen stellen damit das am meisten genutzte Instrument aus dem Feld der Sicherheit am Arbeitsplatz dar.

rung bzw. zur Absicherung sicherheits- und gesundheitsbewussten Verhaltens. Das setzt vielmehr die Förderung eigenkompetenten Verhaltens zur Abstimmung von Arbeits- und Lebensbedingungen mit Sicherheit und Gesundheitsschutz voraus. Eigenkompetentes Verhalten basiert auf Wissen, Erfahrung und Bereitschaft,

- sich eigene Orientierung zu Möglichkeiten einer sicherheits- und gesundheitsorientierten Lebensführung zu verschaffen,
- Instrumente für die Lebensstilmodifikation zu beurteilen und
- eigenverantwortlich (auch im Kontext klassischer Arbeitsverhältnisse) mit der Lebens- und Arbeitsführung abzustimmen (vgl. KRIEGESMANN, 2003c).

Nimmt man die Zusammenhänge ernst, wird klar, dass die Entwicklung eigenkompetenten Verhaltens kein einfaches Syntheseproblem ist, das über Curricularentwicklung und anschließende Wissensvermittlung in künstlich geschaffenen Lehrarrangements gelöst werden kann, sondern das Ergebnis eines komplexen Formierungsprozesses ist, in dem

- in frühen Lebensphasen Verhaltensmuster zum Umgang mit z.B. Suchtpotenzialen geprägt werden, die im Erwachsenenalter nur noch schwer zu beeinflussen sind (vgl. u.a. BERGMANN und BERGMANN, 2003),
- wichtige Lerneffekte nicht aus formellen Lehrarrangements, sondern aus informellem Lernen resultieren, das im sozialen Umfeld, der Freizeit oder auch in der Arbeit stattfinden kann (vgl. STAUDT und KLEY, 2001),
- aber auch klassische Weiterbildung Beiträge liefert (vgl. ARBEITSGEMEINSCHAFT DER SPITZENVERBÄNDE DER KRANKENKASSEN, 2002).¹²

Vor diesem Hintergrund werden in jüngerer Zeit unterschiedlichste Ansätze diskutiert, die auf eine stärkere Verzahnung von Sicherheit und Gesundheitsschutz mit der individuellen Kompetenzentwicklung in unterschiedlichen Lebensphasen abheben (vgl. u.a. KRIEGESMANN und KLEY, 2003; GROSSE-JÄGER et al., 2003; HERBST, 2004). Die Grundzusammenhänge sind jedoch noch weitgehend intransparent. Um hier entsprechende Supportstrukturen aufbauen bzw. profilieren zu können, ist zunächst zu klären,

- wie sich die Kompetenz zur sicherheits- und gesundheitsorientierten Lebensführung strukturieren und inhaltlich beschreiben lässt,
- wo auch methodisch Ansatzpunkte zur Entwicklung dieser Kompetenzen sind und
- auf welche Kompetenzelemente bisherige Maßnahmen ausgerichtet sind.

¹² Vgl. <http://www.aok-bv.de/imperia/md/content/aokbundesverband/dokumente/pdf/gesundheitsversorgung/praeventionsbericht.pdf> [08.07.2004].

2 Konzeptioneller Rahmen: Kompetenz für eine nachhaltige Employability

Mit der Skizze einer sich wandelnden Arbeitswelt und den sich vollziehenden demographischen Entwicklungen wurde die geführte Debatte um Employability und lebenslanges Lernen um neue Herausforderungen erweitert und in der Orientierung einer nachhaltigen Employability gebündelt. Diese nachhaltige Employability, die für neue Arbeitsformen sowie für traditionelle Arbeitsverhältnisse und –bedingungen abzusichern ist, basiert dabei auf einem Zusammenspiel

- der Employability, die letztlich Grundlage für die Beschäftigungsfähigkeit in (wechselnden) beruflichen Aufgabenfeldern ist und sich zum Kristallisationspunkt gängiger Debatten über lebenslanges Lernen entwickelt hat, sowie
- der Gesundheit, die es erst ermöglicht, die berufliche Beschäftigungsfähigkeit insbesondere im Kontext einer sich abzeichnenden verlängerten Lebensarbeitszeit aufzubauen, zu erhalten und damit langfristig zur Entfaltung zu bringen.

Basis für den Aufbau dieser Employability ist die Kompetenz des Einzelnen. Während sich dabei eine Klärung der Frage, was Kompetenz zur Gestaltung und Bewältigung beruflicher Aufgaben ausmacht und wie der Kompetenzentwicklung beizukommen ist, abzeichnet (vgl. STAUDT et al., 2002), sind diese Zusammenhänge für eine Gesundheitskompetenz noch weitgehend ungeklärt.

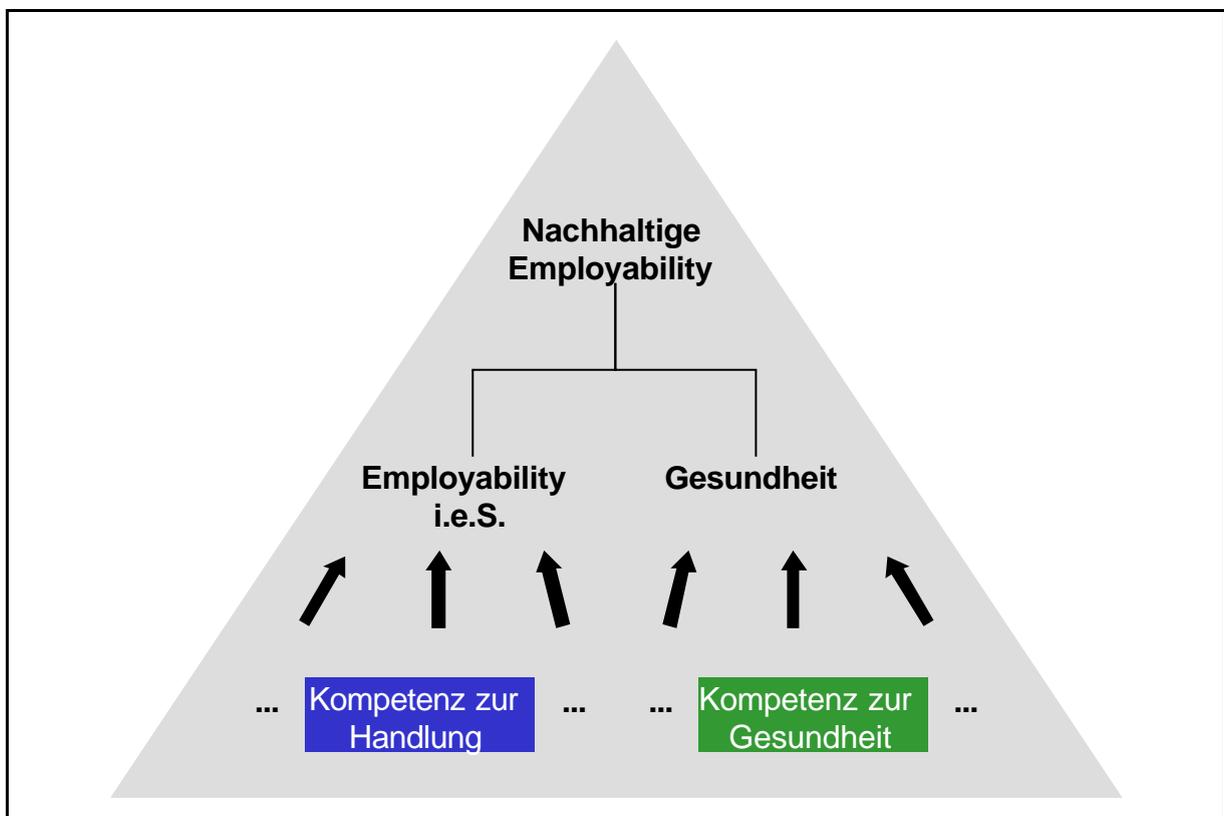


Abb. 2.1 Kompetenz als Basis nachhaltiger Employability

2.1 Kompetenz zur (beruflichen) Handlung als Basis der Employability im engeren Sinne

Beschäftigungsfähigkeit setzt voraus, beruflich erwartete Aufgaben erfüllen zu können. So muss der Chirurg operieren, der Anlagenelektroniker Maschinen warten oder der Bilanzbuchhalter die Finanzbuchhaltung abwickeln können. Inwiefern eine Person in ihrem beruflichen Umfeld (bzw. für ihre spezifische Tätigkeit) beschäftigungsfähig ist, wird durch die Kompetenz zur Handlung bestimmt. Diese Kompetenz zur Handlung basiert dabei auf einem Zusammenspiel von

- *Handlungsfähigkeit* als kognitiver Basis,
- *Handlungsbereitschaft* als motivationaler Basis und
- organisatorischer, technologischer und sozialer Einbindung in den Unternehmenskontext.

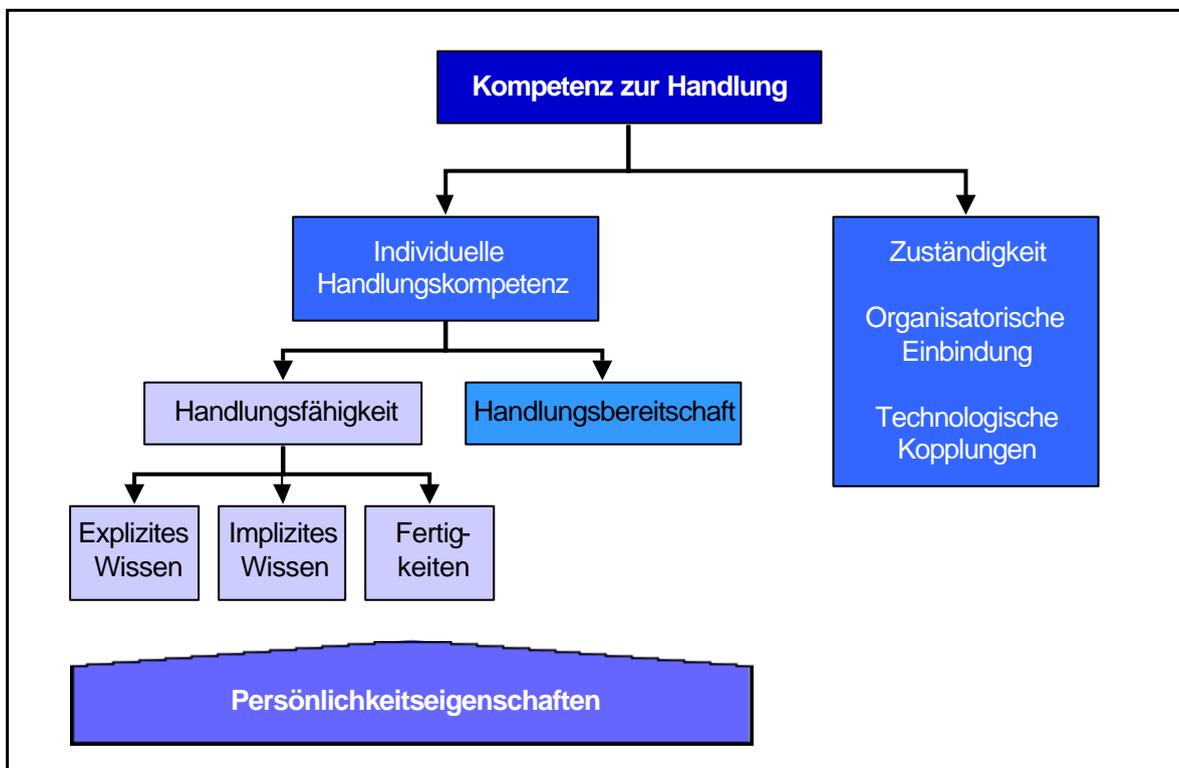


Abb. 2.2 Bochumer Modell der Kompetenz zur Handlung (STAUDT et al., 1997)¹³

¹³ Vgl. zu einer ausführlichen Herleitung des „Bochumer Kompetenzmodells“ STAUDT et al., 1997.

Handlungsfähigkeit und Handlungsbereitschaft bestimmen zusammen die *individuelle Handlungskompetenz*, die eng mit den Persönlichkeitseigenschaften des Individuums verbunden ist. Erst die organisatorische, technologische und soziale Einordnung in den Unternehmenskontext macht die Kompetenz zur Handlung in arbeitsteiligen Organisationen aus (vgl. KRIEGESMANN, 2003b).

Handlungsfähigkeit

Die individuelle *Handlungsfähigkeit* ist eine Funktion von explizitem und implizitem Wissen sowie Fertigkeiten. Persönlichkeitseigenschaften schaffen dabei die Grundlage für menschliche Verhaltensweisen bzw. Handlungen und beeinflussen gleichsam die Entwicklungsfähigkeit der individuellen Kompetenzelemente explizites Wissen, implizites Wissen und Fertigkeiten (vgl. PERVIN, 1993).

- *Explizites Wissen*: Explizites Wissen ist eine „... Sammlung in sich geordneter Aussagen über Fakten oder Ideen, die ein vernünftiges Urteil oder ein experimentelles Ergebnis zum Ausdruck bringen und anderen durch irgendein Kommunikationsmedium in systematischer Form übermittelt werden“ (vgl. BELL, 1985: 180). Das heißt, dass sich explizites Wissen in Worten und Zahlen ausdrücken lässt und damit frei konvertierbar ist.
- *Implizites Wissen (Erfahrung)*: Während sich explizites Wissen leicht vermitteln und nutzbar machen lässt, ist implizites Wissen personengebunden, schwierig zu formulieren und damit schwer zugänglich. Es umfasst das aktionsgebundene und auf individuellem Engagement und Erfahrung basierende Wissen, das aus der eigenen Handlung oder aus Erfahrungsaustausch resultiert. Implizites Wissen kann dabei bedingt in explizites Wissen transformiert werden. Sind die Grenzen der Explizierbarkeit erreicht, ist die Verfügbarkeit dieses Wissens jedoch nur durch die Verfügbarkeit der Person gewährleistet, an die das implizite Wissen gebunden ist.
- *Fertigkeiten*: Fertigkeiten stellen ein konkretes und inhaltlich bestimmbares Können dar, das durch Übung soweit automatisiert ist, dass eng umgrenzte Verhaltensweisen ohne die Notwendigkeit einer bewussten Zuwendung routinisiert vollzogen werden können. Aufgrund ihrer Automatisierung weisen Fertigkeiten eine geringere Störbarkeitsrate auf als Tätigkeiten, die fortlaufend einer gedanklichen und wahrnehmungsmäßigen Überprüfung bedürfen (vgl. HACKER und SKELL, 1993).

Erst die Verfügbarkeit eines „Sets“ von Fähigkeitsbausteinen ermöglicht Handlungen. Dabei sind die Elemente der individuellen Handlungsfähigkeit - explizites Wissen, implizites Wissen und Fertigkeiten - auf *fachliche, methodische* und *soziale* Ausprägungen zu beziehen. Damit werden auch die zahlreichen Begriffsvarianten wie extrafunktionale oder Schlüssel-Qualifikationen mit eingeschlossen (vgl. STAUDT et al., 1997).

	Explizites Wissen	Implizites Wissen (Erfahrung)	Fertigkeiten
fachlich			
methodisch			
sozial			

Abb. 2.3 Handlungsfähigkeitsmatrix (STAUDT et al., 1997)

Die inhaltliche Beschreibung der Handlungsfähigkeit erfordert dabei immer einen konkreten Bezug zu einer Handlung oder Aufgabe in einer bestimmten Situation: den *Verwertungszusammenhang*. Die Employability i.e.S. ist mithin davon abhängig, inwieweit bestehendes explizites und implizites Wissen und Fertigkeiten in (wechselnde) berufliche Aufgabenfelder eingebracht werden können.

Handlungsbereitschaft

Handlungsfähigkeit allein führt jedoch noch nicht zwangsläufig zur Handlung, denn „dass jemand etwas weiß, versteht und kann, bedeutet noch nicht, dass er es auch anwendet“ (vgl. REISCHMANN, 1998: 269).

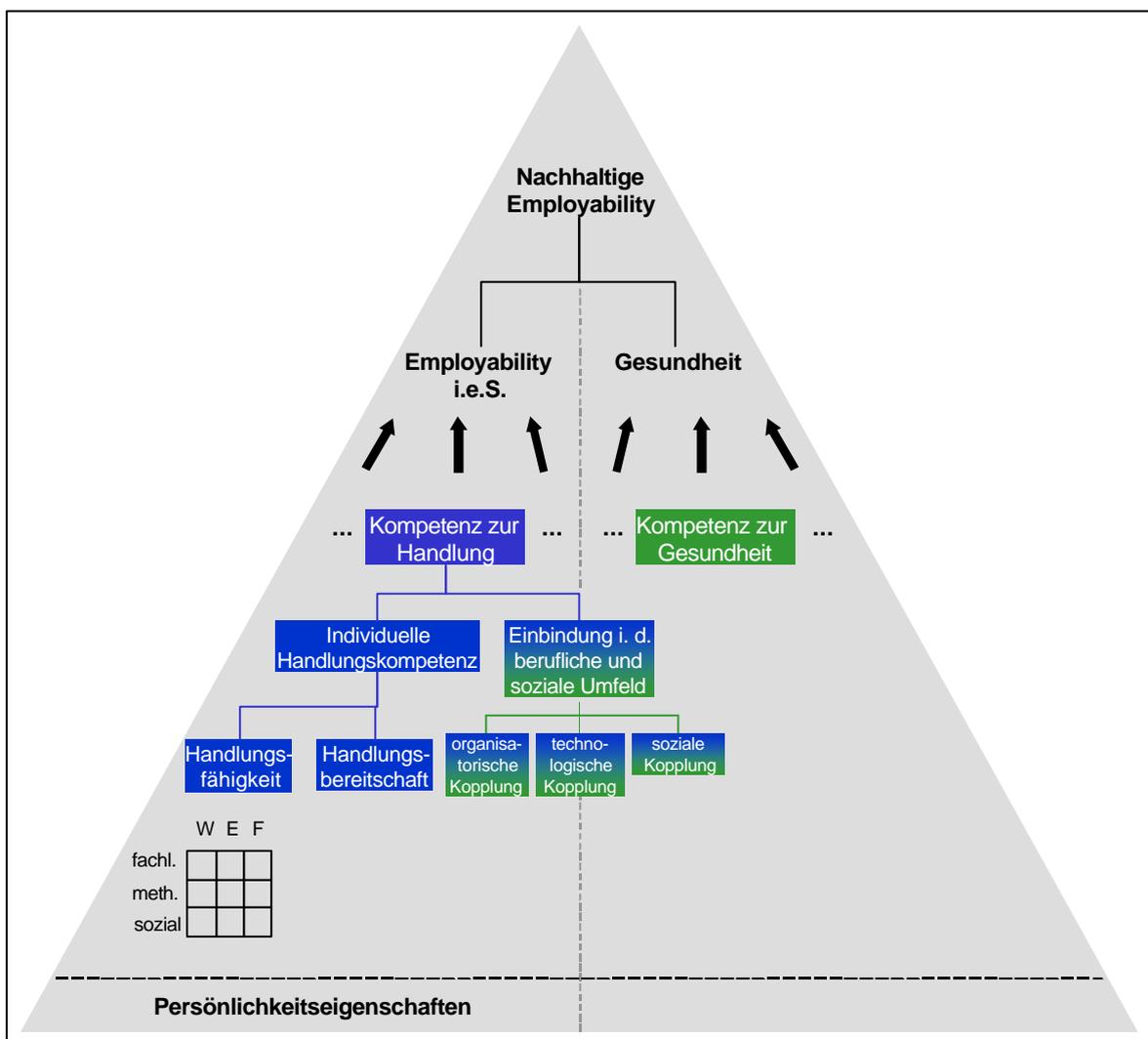
Neben explizitem Wissen, implizitem Wissen und Fertigkeiten ist auf der individuellen Ebene die *Handlungsbereitschaft* Basis der individuellen Handlungskompetenz. Die Motivstruktur und die Auseinandersetzung mit der jeweiligen betrieblichen Situation bestimmen letztlich die Initiative zur Handlung (vgl. HECKHAUSEN, 1980). Motive als Triebfeder des Handelns sind dabei personenindividuell und nicht im Sinne von explizitem Wissen beliebig transferier- oder entwickelbar. Hier bestehen fließende Übergänge zu den Persönlichkeitseigenschaften.

Organisatorische, technologische und soziale Kopplungen

Individuelle Handlungsfähigkeit und -bereitschaft zusammen machen – wie oben beschrieben – die individuelle Handlungskompetenz aus. Doch diese allein reicht nicht aus, damit es zur Handlung kommt. Erst die organisatorische, technologische und soziale Einbindung von Individuen mit ihren Kompetenzen in Arbeitssysteme entscheidet darüber, inwiefern die individuelle Handlungskompetenz überhaupt zur Entfaltung kommt. Erhebliche Aufgabenanteile in Unternehmen werden von technischen Einrichtungen erfüllt und von organisatorischen Kopplungen beeinflusst. Die Verwertbarkeit individueller Kompetenzen ist dementsprechend abhängig von

- der Art und dem Grad der Arbeitsteilung im sozialen System,
- der Art und dem Grad der eingesetzten Automatisierungs-, Fertigungs- und Verfahrenstechniken und
- den organisatorischen Regelungen der Aufbau- und Ablauforganisation, aber auch von informellen Regelungen einer „gewachsenen“ Organisation.

Bezogen auf die Arbeitssystemebene können somit die Kopplungen im Arbeitssystem für das Handlungsergebnis bedeutsamer sein als die Individualkompetenzen selbst. Die organisatorischen, technologischen und sozialen Schnittstellen relativieren damit die Rolle von Individualkompetenzen im Gesamtunternehmenskontext (vgl. MUSCHIK, 2002). Der monokausale Zusammenhang zwischen Individualkompetenz und Handlungsergebnis ist so betrachtet ein Grenzfall. In dieser Zusammenschau der einzelnen Kompetenzelemente konkretisiert sich die Kompetenz zur Handlung als Säule der Employability im engeren Sinne:



Legende: W = explizites Wissen E = implizites Wissen (Erfahrung)
F = Fertigkeiten

Abb. 2.4 Die Kompetenz zur Handlung als Säule der Employability i.e.S.

2.2 Kompetenz zur Gesundheit als Säule der nachhaltigen Employability

Die nachhaltige Employability eines Individuums setzt neben der Employability im engeren Sinne die *Gesundheit* als weitere Bedingung voraus. Erst das Vorhandensein von beruflich verwertbarer Kompetenz *und* Gesundheit macht nachhaltig beschäftigungsfähig: Verfügt ein Mitarbeiter zwar über exzellente berufsrelevante Kompetenzen, achtet aber nicht auf seine Gesundheit, ist er ebensowenig nachhaltig beschäftigungsfähig wie der, der gesundheitsbewusst handelt, dafür aber seinen beruflichen Anforderungen nicht gewachsen, also nicht kompetent ist.

Fokussiert man den Bereich der Gesundheit, drängen sich für die Entwicklung eines Modells zur Abbildung der Kompetenz zur Gesundheit Parallelen zum beschriebenen Kompetenzmodell auf: Die Sicherung der eigenen Gesundheit konkretisiert dabei die – zweifelsohne überdauernde – Aufgabe bzw. den Verwertungszusammenhang. Das heißt, der Bezugspunkt zur inhaltlichen Kompetenzbeschreibung „Erfüllung beruflicher Aufgaben“ wird durch die Aufgabe „Gesunderhaltung“ ersetzt. Während sich dabei das ursprüngliche Kompetenzmodell allein auf berufliche Kontexte bezieht, kann sich die Kompetenz zur Gesundheit – insbesondere angesichts der beschriebenen Entgrenzungstendenzen – nicht auf diesen Bereich beschränken, sondern muss auch den nicht beruflichen Anteil resp. den Freizeitbereich berücksichtigen. Insgesamt ergibt sich damit aber zur Abbildung

- der Kompetenz zur Handlung und
- der Kompetenz zur Gesundheit

ein strukturell vergleichbares Modellgerüst (vgl. Abb. 2.2).

Handlungsfähigkeit

Die Handlungsfähigkeit für sicherheits- und gesundheitsorientiertes Verhalten ist damit eine Resultante aus explizitem und implizitem Wissen sowie Fertigkeiten. Die inhaltliche Bestimmung der Handlungsfähigkeit konkretisiert sich dabei beispielsweise für einen Konditor nicht in dem expliziten Wissen um Backmischungen, Erfahrungen im Backverhalten unterschiedlicher Teigsorten, der Anwendung eingeübter Knettechniken etc., sondern im expliziten Wissen um die Konsequenzen unregelmäßigen Schlafs, Erfahrungen mit den Folgen unzureichender Bewegung oder der Verinnerlichung der richtigen Hebetchnik bzw. der „automatischen“ Vermeidung fetter Nahrung. Die beschriebene Handlungsfähigkeitsmatrix (vgl. Abb. 2.3) spannt damit den Rahmen zur Beschreibung der gesundheitsorientierten Handlungsfähigkeit in einem anderen Verwertungszusammenhang.

Weiterungen in der Feinstruktur des Modells sind demgegenüber für

- die individuelle Handlungsbereitschaft (vgl. HECKHAUSEN, 1980: 28) – die vermutlich angesichts der Beharrungskräfte eingeschliffenen gesundheitlichen Fehlverhaltens hohe Barrieren zu überwinden hat – ,

- die Kopplungen zum individuellen Umfeld (vgl. ERPENBECK und HEYSE, 1999) – das in dieser Betrachtung nicht auf berufliche Kontexte reduziert werden kann – sowie
- den Bereich der Persönlichkeitseigenschaften (vgl. BORKENAU und OSTENDORF, 1991; WUNDERER und BRUCH, 2000) – als Ressource der individuellen Handlungskompetenz –

erforderlich.

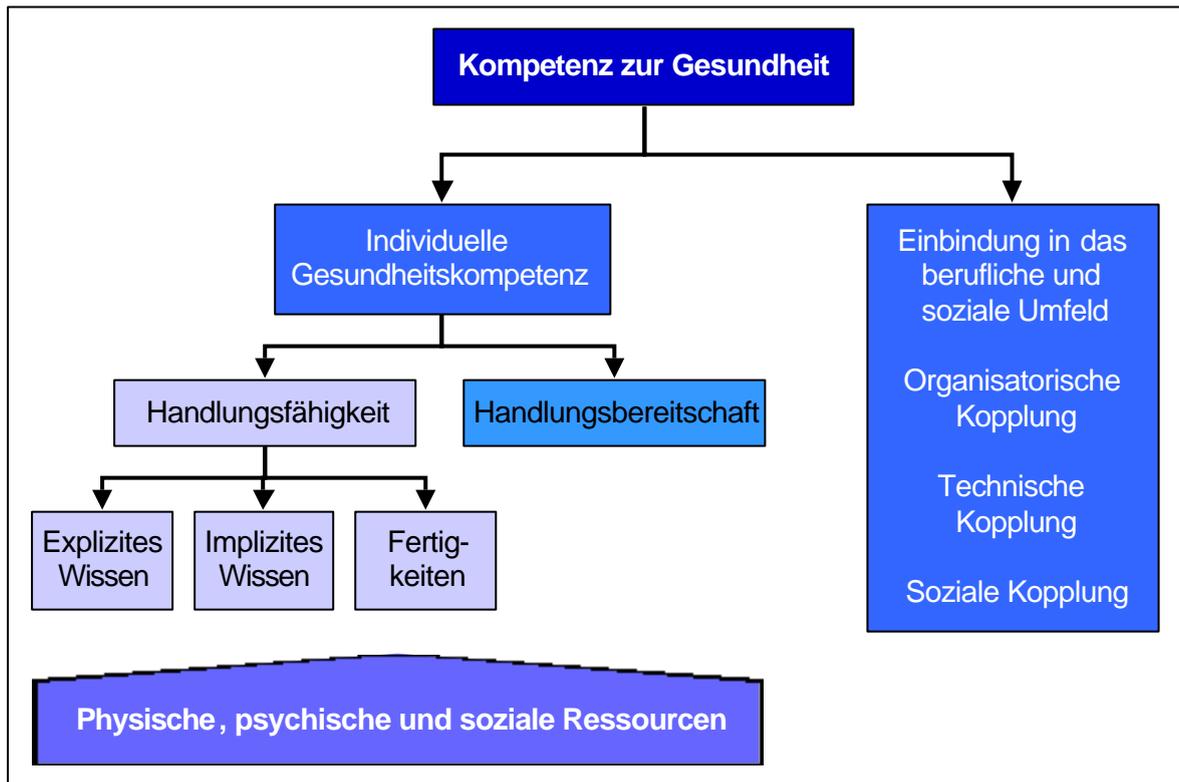


Abb. 2.5 Modell der Kompetenz zur Gesundheit

Handlungsbereitschaft

Wie im Bereich beruflicher Aufgabenerfüllung ist die Handlungsfähigkeit notwendige Bedingung für sicherheits- und gesundheitsorientierte Handlungen. Als hinreichende Bedingung kommt die Handlungsbereitschaft hinzu. Sicherheits- und gesundheitsbewusstes Verhalten bzw. eine Änderung von Lebensstilen, die angesichts der alltäglichen Wiederholung sowie aufgrund ihrer Vertrautheit und Sicherheit vermittelnden Wirkung eine hohe Änderungsresistenz aufweisen, kommen erst zustande, wenn dies gewollt wird. Die Veränderungshandlung setzt eine Bewusstwerdung der gesundheitlichen Problemlagen und die Motivation zur Veränderung voraus (vgl. HIRSCHFELD, 2003).

Individuelle Verhaltensänderungen in der Lebensführung resp. im Gesundheitsverhalten stellen dabei eine besonders schwer zu überwindende Hürde dar, da der Handlungsdruck von den Betroffenen oftmals nicht als groß genug angesehen wird.

Gesundheitsschädigende Verhaltensweisen „sind tief im Menschen verankert und lassen sich nur schwer ändern“ (vgl. DECKER und DECKER, 2001: 49).

Mangels „Vorstellungsvermögen“ ist eine Auseinandersetzung mit den Folgen einer beeinträchtigten Gesundheit subjektiv meist gar nicht erwünscht. Individuelle Vorbeugung wird deshalb als eher unwichtig abgewertet und bestehende Risiken ignoriert. Die Gegenwartsorientierung führt zur positiven Bewertung des eigenen (risikoreichen bzw. ressourcenzehrenden) Verhaltens. Eine Auseinandersetzung mit den möglichen negativen Konsequenzen bzw. Spätfolgen des eigenen Verhaltensstils ist aus persönlicher Sicht oft gar nicht gewollt. Dementsprechend wird erst in Anbetracht drohender Gefahr „versucht, kurzfristig gegenzusteuern“ (vgl. WAGNER-LINK, 2002).

Was aber sind die der Handlungsbereitschaft zugrundeliegenden Faktoren? Zur Erklärung menschlichen Verhaltens werden zahlreiche Ansätze diskutiert. Eine Analyse bestehender Motivationstheorien (vgl. MASLOW, 1954; ALDERFER, 1972; VROOM, 1964; PORTER und LAWLER, 1968; HERZBERG et al., 1959) zeigt, dass im Kern zwei Erklärungsansätze verfolgt werden:

- Auf der einen Seite stehen die Bedürfnisse bzw. Motive im Zentrum der Erklärung menschlichen Verhaltens. Motive sind dabei als latente Disposition eines Individuums zu spezifischen Verhaltensweisen zu verstehen. Motive entziehen sich der direkten Beobachtung. Sie stellen als intervenierende Variable zwischen beobachtbaren Bedingungen einer Situation und nachfolgend beobachtbarem Verhalten ein hypothetisches Konstrukt zur Erklärung menschlichen Verhaltens dar (vgl. HECKHAUSEN, 1980: 28). Die Aktivierung von Motiven ergibt sich aus der Interaktion zwischen Umwelt und Individuum. Aus Analysen zu den Einflussgrößen, die sich in einer Organisation auf die Motivation des Mitarbeiters auswirken, ist eine Unterscheidung zwischen intrinsischen, sich auf die Tätigkeit selbst beziehenden, und extrinsischen, sich auf Rand- und Folgebedingungen der Arbeit richtenden, Motivatoren entstanden (vgl. HERZBERG et al., 1959). Dabei wird eine mechanistische Perspektive zwischen Anreizen als Stimuli und daraus folgenden Modifikationen des beobachtbaren Verhaltens (response) eingenommen (vgl. SCHANZ, 1991). Überträgt man diese Kategorisierung auf gesundheitsorientierte Verhaltensweisen auch außerhalb organisatorischer Bezugssysteme, ergibt sich
 - eine intrinsisch geprägte Motivstruktur, die ursächlich für eine gesunde Lebensführung aus „eigenem“ Antrieb ist und
 - eine extrinsisch geprägte Motivstruktur, die bewusstes Gesundheitsverhalten eher als Ergebnis „äußerer“ Zwänge, wie etwa persönlich erfahrener Gesundheitskrisen, begründet.
- Auf der anderen Seite stehen Ansätze, die die Motivation dominant über Erwartungsbildungen erklären. Das heißt, dass ein Mensch vor einer Handlung (mit Ausnahme von Reflexhandlungen) bewusst oder unbewusst die potentiellen Folgen dieser Handlung reflektiert. Die Person stellt also eine Prognose darüber an, ob die Anstrengungen, die sie für eine bestimmte Handlung aufbringen müsste, zum Erfolg führen werden oder nicht. Von diesem Ergebnis in Form einer „individuellen Wahrscheinlichkeits-Abschätzung“ hängt ab, ob die Person die jeweilige

Handlung tatsächlich ausführen wird oder nicht. Als wichtige Determinanten menschlichen Verhaltens schälen sich dabei

- die erwartete Eintrittswahrscheinlichkeit von Handlungsergebnissen (kann ein in Aussicht stehendes Ziel wie z.B. Vermeidung spezifischer Erkrankungen erreicht werden),
- die Wertigkeit des Handlungsergebnisses (wie bedeutsam ist das Handlungsergebnis für den Einzelnen),
- die einzubringenden Anstrengungen (wie aufwändig ist es, angestrebte Zielzustände zu erreichen) und
- die Zufriedenheit mit früheren Handlungsergebnissen (welche Erfahrungen habe ich mit Versuchen, bestimmte Handlungsergebnisse mit spezifischen Maßnahmen zu erreichen)

heraus.¹⁴ Bringt man diese beiden Theoriestränge zusammen, ergibt sich daraus ein Rahmen zur Beschreibung der Determinanten von Handlungsbereitschaft. Deutlich wird dabei, dass Verhalten zum einen von situativen Faktoren und zum anderen von Faktoren der Person selbst abhängt (vgl. KRIEGESMANN, 1993). Verhalten wird somit zum Interaktionsphänomen zwischen Person und Situation bzw. Wahrnehmung der Situation. Als dynamische Komponente der individuellen Handlungskompetenz hängt die Handlungsbereitschaft damit von der individuellen Motivstruktur sowie einer prozessualen „Wahrnehmungs- resp. Erwartungskomponente“ ab.

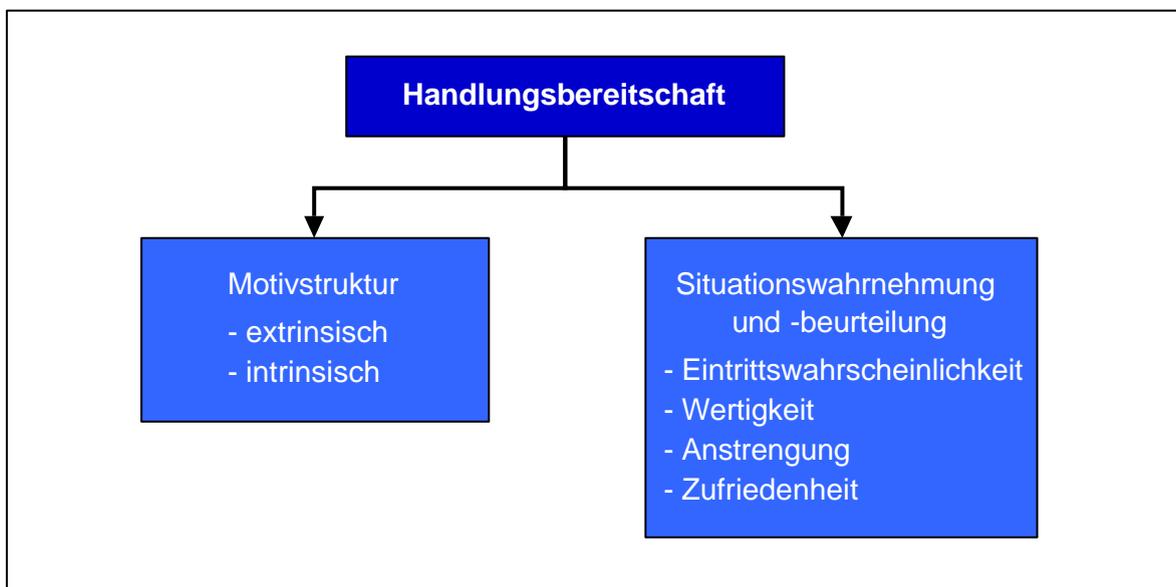


Abb. 2.6 Rahmen zur Erfassung der Handlungsbereitschaft

¹⁴ In Anlehnung an die Valenz-Instrumentalitäts-Erwartungs (VIE)-Theorie (vgl. VROOM, 1964) und das Erwartungs-Valenz-Modell (vgl. PORTER und LAWLER, 1968).

Organisatorische, technologische und soziale Kopplungen

Auch vorliegende Handlungsfähigkeit und –bereitschaft führen nicht zwingend zur Handlung. Trotz ausgeprägter individueller Handlungskompetenz, sich gesundheitsbewusst zu verhalten, können externe Umstände zu anderen Verhaltensweisen führen. Im beruflichen Kontext und im Freizeitbereich sind das die oben skizzierten organisatorischen, technologischen aber auch die sozialen Kopplungen.

- *Organisatorische und technologische Kopplungen* beschreiben die Einbindung des Individuums mit seinen Kompetenzen in Arbeitssysteme. Sie entscheiden darüber, inwiefern die individuelle Gesundheitskompetenz zur Entfaltung kommen kann. Das heißt, wenn bspw. ein Mitarbeiter über eine hohe individuelle Gesundheitskompetenz verfügt – also sowohl handlungsfähig als auch -bereit ist – so kann er diese nur (vollständig) entfalten, wenn seine (organisatorisch-technologischen) Arbeitsbedingungen ihm dies auch erlauben. So lässt Schichtarbeit vielleicht erwünschte Formen der Lebensführung nicht zu oder birgt der Umgang mit Gefahrstoffen beruflich unvermeidbare Risiken, (die durch Maßnahmen der Verhältnisprävention reduziert werden sollen). Diese organisatorisch-technologischen Kopplungen lassen sich jedoch nicht auf den beruflichen Bezugsrahmen begrenzen. Auch im Freizeitbereich bestimmen „organisatorische“ Sachzwänge z.B. im familiären Umfeld oder technisches Equipment im Hobby-Bereich die Umsetzung der individuellen Gesundheitskompetenz.
- Auch *soziale Kopplungen* entscheiden darüber, ob und in welchem Ausmaß die individuelle Gesundheitskompetenz einer Person zum Tragen kommt: Sie beschreibt die Einbindung des Individuums in soziale Systeme (Organisation, Familie, Freundeskreis, etc.). Innerhalb jedes sozialen Systems herrschen explizite und implizite Regeln, deren Einhaltung oder Missachtung „belohnt“ oder „bestraft“ wird. Dies geschieht meist unterschwellig, dennoch haben solche Erwartungen von Bezugspersonen im beruflichen und privaten Umfeld einen mehr oder minder starken Einfluss auf das Handeln von Individuen (vgl. BÖHNISCH und SCHRÖ-ER, 2002). Wie bedeutsam dieser Einfluss ist, hängt von der Persönlichkeit des Individuums, aber auch von den „Sanktionsmechanismen“ der jeweiligen Bezugspersonen ab.

Physische, psychische und soziale Ressourcen

Mit den Persönlichkeitseigenschaften wurde im Modell der Kompetenz zur Handlung eine Art „tiefenstrukturelle“ Steuerungsgröße der individuellen Handlungskompetenz und damit eine wichtige Basis der Employability i.e.S. beschrieben. In der Perspektive der Salutogenese (vgl. ANTONOVSKY, 1979, 1987) werden unter dem Ressourcenbegriff ähnliche (mit Schnittmengen zu den Persönlichkeitseigenschaften versehene) Komponenten diskutiert. Dabei werden physische, psychische und soziale Ressourcen als eine Art Puffer (vgl. UDRIS und FRESE, 1999: 437; GERLMAIER et al., 2003: 382) angesehen, die den Menschen trotz hoher Belastungen gesund halten und damit Potentiale für eine nachhaltige Employability darstellen:

- **Physische Ressourcen**

Befunde aus dem Bereich der Medizin belegen die Existenz von körperlichen Faktoren, die einerseits einen Einfluss auf den Gesundheitszustand des Individuums haben und andererseits von diesem wiederum zum Teil beeinflusst werden können. So konnte etwa ein Zusammenhang zwischen bestimmten Risikofaktoren und der Sterblichkeit nachgewiesen werden (vgl. ILLMARINEN und TEMPEL, 2002: 202): Demnach steigert eine geringe *Fitness* das Risiko, vorzeitig zu sterben bei Männern um den Faktor 2,03 und bei Frauen um 2,33. Das *Rauchen* erhöht das Sterblichkeitsrisiko bei Männern um den Faktor 1,89, bei Frauen um 2,12. Ein erhöhter *Blutdruck* wirkt sich bei Männern mit dem Faktor 1,67 und bei Frauen mit 0,89 aus. Ein *Cholesterin-Wert* von über 240 mg/100ml erhöht bei Männern das Risiko, vorzeitig zu sterben, um den Faktor 1,45, bei Frauen um 1,16. Schließlich wurde ein erhöhtes *Körpergewicht* (gemessen mit Hilfe des sog. Body-Mass-Index, BMI) ebenfalls als Risikofaktor ausgemacht – ein BMI von über 27 erhöht das Sterblichkeitsrisiko bei Männern um den Faktor 1,33 und bei Frauen um 1,18.

- **Psychische Ressourcen**

Auch psychischen Faktoren wird eine gesundheitsförderliche Wirkung zugeschrieben. So weist das Modell der Salutogenese auf die Bedeutung des *Kohärenzgefühls* hin. Beschrieben wird das Kohärenzgefühl als „Grundhaltung, die Welt als zusammenhängend und sinnvoll zu erleben“ (vgl. ANTONOVSKY, 1983). Diese Grundhaltung setzt sich zusammen aus einem *Gefühl der Verstehbarkeit*, einem *Gefühl von Handhabbarkeit bzw. Bewältigbarkeit* sowie einem *Gefühl der Sinnhaftigkeit bzw. Bedeutsamkeit*. Je besser das Kohärenzgefühl eines Menschen ausgeprägt ist, umso flexibler kann dieser auf Anforderungen reagieren, d.h. umso mehr Ressourcen zur Bewältigung von Belastungen hat er. Das Kohärenzgefühl nimmt also eine übergeordnete steuernde Funktion für den Umgang mit den eigenen Ressourcen ein (vgl. BENGEL et al., 2001). Weitere Facetten psychischer Ressourcen sind *kognitive Kontrollüberzeugungen* (Optimismus, Selbstkonzept: Kontaktfähigkeit, Selbstkonzept: Selbstwertgefühl) und *Handlungsmuster* (positive Selbstinstruktionen, Situationskontrolle, Coping-Stile; vgl. RICHTER und HACKER, 1998).

- **Soziale Ressourcen**

Soziale Ressourcen umfassen die *Unterstützung durch Vorgesetzte, Arbeitskollegen, Lebenspartner etc.* (vgl. RICHTER und HACKER, 1998). In Untersuchungen für den beruflichen Kontext konnte dabei nachgewiesen werden, dass insbesondere die erlebte Unterstützung durch Vorgesetzte (z.B. durch eine gelungene Balance zwischen Aufgaben- und Mitarbeiterorientierung) entscheidenden Einfluss auf die Senkung von Fehlzeiten und auf die Erhöhung der Zufriedenheit der Mitarbeiter hat (vgl. RICHTER, 2000).¹⁵ *Soziale Beziehungen* am Arbeitsplatz und der *Zusammenhalt* unter den Mitarbeitern wirken auf die Bewältigungsmöglichkeiten und die Gesundheit eines Arbeitnehmers ein (vgl. ILLMARINEN und TEMPEL, 2002: 213). Zudem erhöhen zwischenmenschliche Beziehungen im Arbeitsleben sowie Gemeinschaftsgefühl die Arbeitszufriedenheit.

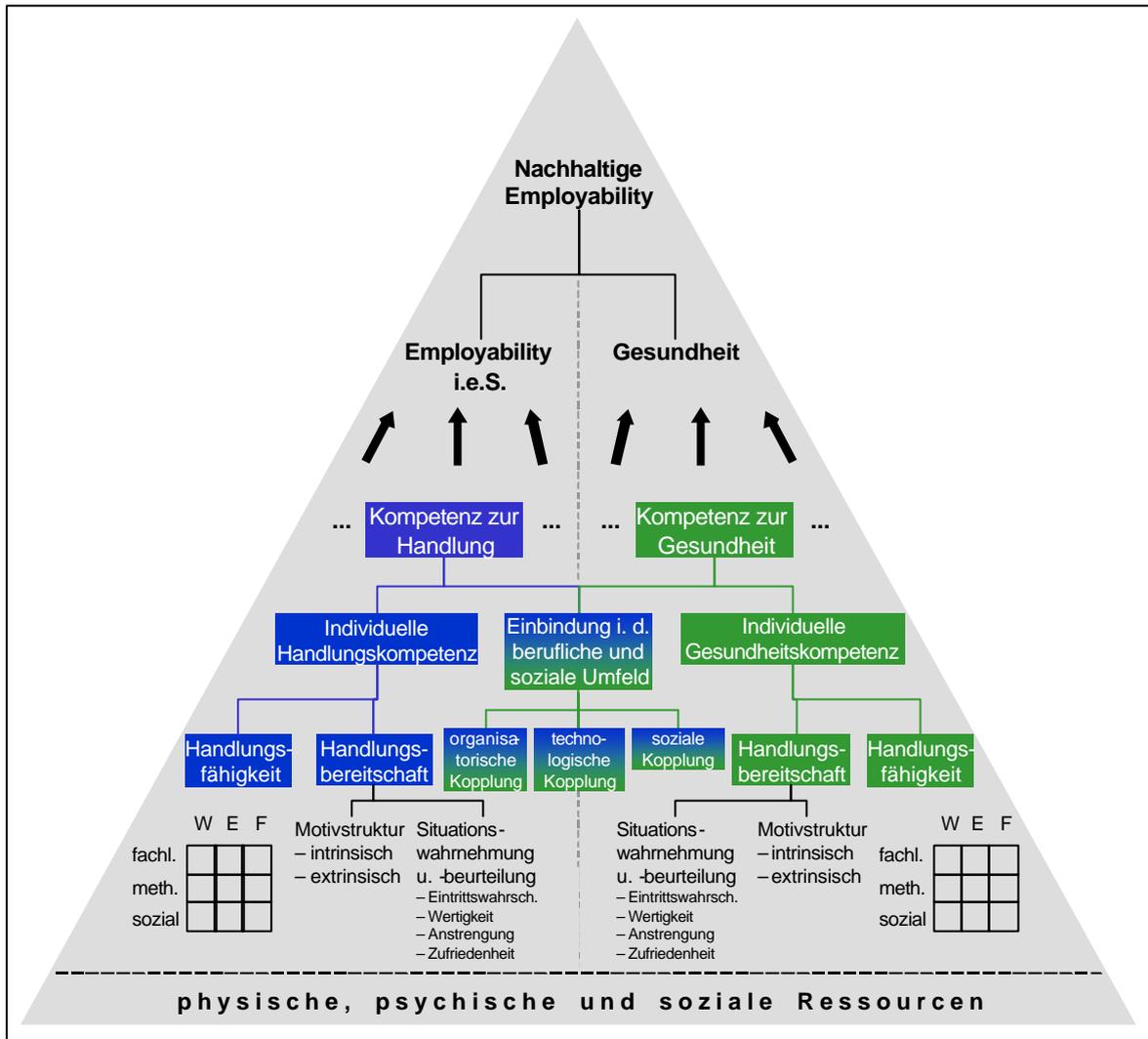
Die beschriebenen Ressourcen schaffen quasi einen Ausgleich zu bestehenden Belastungen aus traditionellen und neuen Formen der Arbeit sowie der Freizeit. Gesundheit oder Krankheit sind nie eindimensionale Folgen von Belastungen, sondern als „dynamisches Gleichgewicht zwischen Anforderungen und der Verfügung über passende Ressourcen als Leistungsvoraussetzung zu betrachten“ (vgl. BRÖDNER, 2002). Das Niveau personell verfügbarer Ressourcen stellt damit einen wichtigen offensiven Hebel der (betrieblichen) Gesundheitspolitik dar, der weit über auf Risikovermeidung ausgerichtete Ansätze hinausgeht.

Zum Teil sind diese Ressourcen jedoch *nicht beeinflussbar*. Bestimmte physische und psychische Eigenschaften sind jedem Menschen aufgrund seiner genetischen Veranlagung sozusagen „zugewiesen“ bzw. werden in frühen Sozialisationsphasen geprägt.¹⁶ Diese „vorbestimmten“ Anteile der menschlichen Ressourcen bilden damit die Basis der individuellen Gesundheitskompetenz. Ein anderer Teil der Ressourcen ist jedoch durchaus variabel. Den Aufbau, Erhalt und die Weiterentwicklung dieser Ressourcen kann man angesichts ihrer Belastungsausgleichsfunktion als eine Art Basisaufgabe gesundheits-orientierten Verhaltens bezeichnen. In diesem Kontext kommt dem Lebensstil des Individuums besondere Bedeutung zu. Ein gesundheitsförderlicher Lebensstil – der u.a. von den Faktoren Bewegung, Ernährung, Entspannung sowie von sozialen Kontakten geprägt ist – bietet eine zentrale Möglichkeit, die eigenen Ressourcen eigenkompetent zu pflegen.

In Summe fügt sich das Modell der Kompetenz zur Gesundheit damit in das Konstrukt der nachhaltigen Employability als zweite Basissäule ein.

¹⁵ Vgl. http://www.dhmd.de/forum-wissenschaft/fachtagung03/richter_vg.htm [07.06.2004].

¹⁶ Zum aktuellen Stand der Diskussion um die Veränderbarkeit von Persönlichkeitseigenschaften vgl. z.B. PASCHEN, 2004.



Legende: W = explizites Wissen E = implizites Wissen (Erfahrung)
 F = Fertigkeiten

Abb. 2.7 Die Kompetenz zur Gesundheit als Säule der nachhaltigen Employability

3 „Praktische Erfahrungen“: Die Rolle einzelner Elemente der Kompetenz zur Gesundheit

Die alleinige Kenntnis der Elemente der Kompetenz zur Gesundheit reicht allerdings nicht aus, um daraus konkrete Ansatzpunkte für die Weiterentwicklung der Gesundheitspolitik respektive Personalentwicklung abzuleiten. Hierfür sind vielmehr Hinweise

- zur Bedeutung einzelner Kompetenzelemente für sicherheits- und gesundheitsorientierte(s) Verhalten bzw. Verhaltensänderungen
- sowie zu den Quellen dieser Kompetenzen

erforderlich. Exemplarische Fallstudien, die im Rahmen des Projektes in zwei Branchen durchgeführt wurden, liefern hier erste Ansatzpunkte. Dabei wurden Untersuchungsbereiche ausgewählt, die sich in ihrer Anforderungs- respektive Belastungssituation deutlich unterscheiden:

- Unternehmensberatungen stehen als Exempel für Belastungen aus neuen Arbeitsformen.
- Das Gesundheitswesen hingegen repräsentiert Belastungen aus etablierten Arbeitsformen, mit einem hohem Grad der Verzahnung von Arbeit und Freizeit (wobei weitreichendes explizites Wissen über gesundheitsfördernde bzw. gesundheitsbeeinträchtigende Faktoren vorausgesetzt werden kann).

Zur inhaltlichen Konkretisierung und Bedeutungseinstufung der Kompetenzelemente erfolgte die Durchführung von Interviews mit vier Beschäftigten von Unternehmensberatungen und drei Beschäftigten aus dem Gesundheitswesen. Dabei wurde ein mehrstufiges Vorgehen gewählt:

- Nach der Erfassung der mit den Arbeitsformen verbundenen physischen sowie psychischen Belastungen
- sowie der Rekonstruktion des Umgangs mit physischen, psychischen sowie sozialen Ressourcen (Ernährung, Bewegung, Entspannung etc.)
- erfolgte die Reflektion der Ergebnisse vor dem Hintergrund des Modells der individuellen Gesundheitskompetenz.

Im zweiten Analyseblock wurden die Interviewpartner mittels Selbsteinschätzungen nach den Quellen der individuellen Gesundheitskompetenz befragt. Als Interviewrahmen wurde dabei ein kombinierter kompetenzbiographischer und lernorientierter Ansatz gewählt.¹⁷ Abschließend erfolgt eine Konfrontation dieser Ergebnisse mit bestehenden Ansätzen zur Beeinflussung von Gesundheitskompetenzen. Dabei ging

¹⁷ Vgl. hierzu die Darstellungen in Kapitel 5.2.

es nicht um eine möglichst vollständige Abbildung bestehender Maßnahmen(-typen), sondern um eine beispielhafte Gegenüberstellung mit der Zielsetzung, das heuristische Potential der Interviews weiter zu erhöhen.

3.1 Fallstudien im Bereich Unternehmensberatung

Das Feld der Unternehmensberatung¹⁸ zeichnet sich durch für neue Formen der Arbeit diskutierte typische Charakteristika aus. In Bezug auf bestehende Beschäftigungsformen ist die Beratungsbranche durch eine hohe Zahl an Selbständigen, Freiberuflern, freien Mitarbeitern und Freelancern gekennzeichnet. Dies bewirkt, dass sich das Berufsfeld weitestgehend dem Einfluss des gesetzlich geregelten Sicherheits- und Gesundheitsschutzes entzieht.

Berücksichtigt man, dass selbst fest angestellte Consultants häufig nicht an einem festen Arbeitsplatz, sondern flexibel vor Ort beim Kunden oder im Hotel arbeiten, entfallen traditionelle Zugriffsmöglichkeiten, wie z.B. die „Verordnung über Sicherheit und Gesundheitsschutz bei der Arbeit an Bildschirmgeräten“ (gilt nicht für Laptops, die an verschiedenen Orten verwendet werden)¹⁹ oder das Arbeitszeitgesetz. Dazu kommen Besonderheiten der in der Beratungsbranche zu konstatierenden hohen Anteile virtueller Formen der Arbeit (vgl. HIRSCHFELD, 2003; VERWALTUNGSBERUFSGENOSSENSCHAFT, o.J.):

- Auf individueller Ebene sind Consultants vielfach mit entgrenzten Arbeitsbedingungen konfrontiert, die zu einer Vernetzung von Erwerbs- und Privatleben führen.
- Zeitliche und räumliche Ungebundenheit resp. Variabilität bestimmen die Arbeitsaufgabe in besonderem Maße.
- Folge häufiger Abwesenheit von der eigenen, privaten Lebensumgebung ist, dass die Pflege privater Kontakte – die eine wichtige Ressource für den langfristigen Erhalt der körperlichen und psychischen Gesundheit darstellen – erschwert wird.

Für dieses Berufsfeld wurden insgesamt vier Fallstudien durchgeführt.

¹⁸ Zur näheren Analyse des Beratungssektors vgl. u.a. BUNDESVERBAND DEUTSCHER UNTERNEHMENSBERATER, Bonn 2003. Als Überblick zur historischen Entwicklung des Beratungssektors vgl. u.a. SPERLING und ITTERMANN, 1998; WALTER und SCHELLER, 1998.

¹⁹ „Diese Verordnung gilt nicht für die Arbeit an Bildschirmgeräten für den ortsveränderlichen Gebrauch, sofern sie nicht regelmäßig an einem Arbeitsplatz eingesetzt werden.“ Vgl. BildschArbV 1996 (Text) § 1, (2), 4.

	Angaben zur Person	Position	Ausbildung	Arbeitsaufgaben	Verteilung der Arbeitszeit
Gesprächspartner 1	<ul style="list-style-type: none"> • männlich • 48 Jahre • verheiratet • zwei Kinder 	<ul style="list-style-type: none"> • geschäftsführender Gesellschafter einer Beratungsfirma • 10 Mitarbeiter 	<ul style="list-style-type: none"> • ausgebildeter Jurist 	<ul style="list-style-type: none"> • Akquise- und Beratungsgespräche • Abhalten von Workshops, Seminaren, Coachings • Erstellung individueller Beratungskonzepte • Mitarbeitergespräche 	<ul style="list-style-type: none"> • 90% Kundentermine • 10% Tätigkeit im Büro
Gesprächspartner 2	<ul style="list-style-type: none"> • männlich • 43 Jahre • verheiratet 	<ul style="list-style-type: none"> • Consultant • selbständiger Einzelberater • z.T. in Netzwerken mit anderen Einzelberatern tätig 	<ul style="list-style-type: none"> • Diplom-Kaufmann 	<ul style="list-style-type: none"> • Akquise- und Beratungsgespräche • Abhalten von Workshops • Vor- und Nachbereitung von Workshops • Erstellung von Beratungskonzepten 	<ul style="list-style-type: none"> • 90% Kundentermine • 10% Tätigkeit im Büro
Gesprächspartner 3	<ul style="list-style-type: none"> • männlich • 32 Jahre • ledig 	<ul style="list-style-type: none"> • Consultant • leitender Angestellter einer großen Consultinggesellschaft 	<ul style="list-style-type: none"> • Diplom-Kaufmann 	<ul style="list-style-type: none"> • Beratung im Kundenunternehmen • Erarbeitung von Empfehlungen auf Basis von Kennzahlen • Kundenunterstützung bei der Umsetzung • Moderation von Workshops o.Ä. 	<ul style="list-style-type: none"> • 95% Kundentermine • 5% administrative Tätigkeiten
Gesprächspartner 4	<ul style="list-style-type: none"> • weiblich • 30 Jahre • verheiratet 	<ul style="list-style-type: none"> • Angestellte in einem großen Beratungsunternehmen 	<ul style="list-style-type: none"> • Diplom-Betriebswirtin (FH) 	<ul style="list-style-type: none"> • „Staffing“ (Zuteilung der Berater zu einzelnen Projekten) • Absprachen mit Kunden; Berücksichtigung von Kundenwünschen bei der Projektbesetzung • Absprachen mit den Beratern 	<ul style="list-style-type: none"> • 1% Reisetätigkeit • 99% Bürotätigkeit, z.T. auch Home-Office

Abb. 3.1 Eckdaten der Gesprächspartner im Berufsfeld Unternehmensberatung

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Fallstudien auf Basis des Modells der Kompetenz zur Gesundheit zusammenfassend dargestellt.

3.1.1 Handlungsfähigkeit

Die Handlungsfähigkeit, Unfallgefahren oder krankheitsverursachende Einflüsse (z.B. lange Bildschirmarbeit, nicht eingehaltene Pausenzeiten, fettreiche Ernährung, Bewegungsmangel, Rauchen etc.) zu (er)kennen, zu vermeiden bzw. aktiv Ressourcen als Belastungsausgleich aufzubauen, zu erhalten und weiterzuentwickeln ist Basis für ein sicherheits- und gesundheitsorientiertes Verhalten. Der explizite Wissensstand in diesem Bereich ist bei Consultants durchaus ausgeprägt:

- Die „Krankmacher“ des berufsbedingten Lebensstils sind den Beratern weitgehend bekannt und bewusst. Sie wissen um die Auswirkungen dauerhafter Anspannung unter „der Aufsicht des Kunden“, um die Folgen unregelmäßiger und unausgewogener Ernährung, um die Konsequenzen mangelnder Bewegung oder Ruhezeiten etc. Dieses Wissen wird jedoch weniger für die eigene Person reflektiert, sondern eher als quasi statistische Größe mit entsprechenden Eintrittswahrscheinlichkeiten behandelt.
- Doch es sind nicht nur Kenntnisse zu Sicherheits- und Gesundheitsrisiken vorhanden, sondern auch zu sicherheitsbewusstem und gesundheitsförderlichem Verhalten. Über explizites Wissen zur Ergonomie von Arbeitsplätzen, Körperhaltung, Ernährung und zum Umgang mit Stress verfügen die meisten Berater. Dieses Wissen wird aber kaum handlungswirksam, sondern verbleibt im Unverbindlichen des „So müsste man es machen“. Auch wenn die Berater dieses Wissen um mögliche Krankheitsursachen für sich reflektieren und einen geänderten Lebensstil als sinnvoll beurteilen, sind sofort Begründungen zur Hand, die eine Umsetzung unmöglich machen (O-Ton): *„Ich kann doch im Kundentermin nicht sagen, dass ich jetzt eine Entspannungspause brauche“* oder *„Wenn ich um 22.00 Uhr in mein Hotelzimmer gehe, habe ich keine Zeit mehr für Sport.“*
- Bei der eigentlichen Umsetzung des vorhandenen Wissens in Lebensstiländerungen bzw. hin zu einem sicherheits- und gesundheitsorientierten Verhalten klafft eine Lücke. Während Berater vereinzelte Maßnahmen aktiv umsetzen und in den Arbeitsalltag integrieren (Ernährung, „dynamisches Sitzen“)²⁰ oder sich trotz hoher zeitlicher Arbeitsbelastungen Freiräume für einen Freizeitausgleich schaffen, realisieren sie – wider besseren Wissens – in der Breite wenig von ihren Kenntnissen in „Alltagsroutinen“. Beleg hierfür ist beispielsweise die Aussage zum Thema gesunde Ernährung (O-Ton): *„Ich weiß, dass ich mehr Obst essen und weniger Kaffee trinken sollte. Aber bei dem ganzen Stress im Projekt brauche ich einfach meine gefüllte Kaffeetasse und zwischendurch einen Schokoriegel oder ein paar Kekse. Andere rauchen dafür – es hat doch jeder so seine Laster, oder?“*

²⁰ Zum Konzept des „Dynamischen Sitzens“ vgl. Informationsblatt der Bundesärztekammer (<http://www.laekh.de/buerger/Gesundheitstipps/ruecken.pdf> [07.06.2004]).

- Die Umsetzungslücke wird überwunden, wenn das explizite Wissen etwa zu den Auswirkungen von Stress mit eigenen Erfahrungen unterlegt wird (O-Ton): *„Es ist ein Unterschied, in Reportagen Lebensläufe, die zum Bandscheibenvorfall führten, rekonstruiert zu bekommen, oder durch eigenes Erleben seine körperlichen Grenzen zu spüren. Seitdem bewerte ich Gesundheitsrisiken völlig anders und habe mein Leben in vielen Bereichen geändert. Mehr Bewegung, eine bewusster Ernährung, aber einfach auch einmal Auszeiten gehören für mich jetzt zur Normalität. Ich will aber nicht soweit gehen zu behaupten, dass ich jetzt alle mir bekannten Risiken vermeide“*. Erst wenn der „anonyme Konjunktiv“ möglicher Konsequenzen aufgehoben wird, kommt es zu einer geänderten „Beurteilung“ des bestehenden expliziten Wissens. Das durch eigene Erfahrung bzw. durch eigenes Erleben aufgebaute implizite Wissen ist offensichtlich besonders handlungswirksam.
- Doch es sind nicht nur die Negativerfahrungen, die Verhaltensänderungen auslösen, sondern auch Positiverfahrungen haben zuweilen einen Verstärkungseffekt (O-Ton): *„Seitdem ich regelmäßig laufe, geht es mir besser. Ich versuche dieses bewusster Leben jetzt auch auf die Ernährung auszuweiten.“* Die Bestätigung positiver Effekte gesundheitsorientierten Verhaltens durch eigenes Erleben hat eine andere Überzeugungskraft als der erhobene Zeigefinger der unverbindlichen Statistik oder der nachgestellten Dokumentation.

	Explizites Wissen	Implizites Wissen (Erfahrung)	Fertigkeiten
fachlich	<p>Wissen über ...</p> <ul style="list-style-type: none"> Belastungseffekte aufgrund bestehender Arbeitsbedingungen (Bildschirmarbeit, sitzende Tätigkeit etc.) lebensstilbedingte Gesundheitsrisiken (unzureichende Ruhezeiten, falsche Ernährung etc.) gesundheitsförderliche Körperhaltung beim Sitzen und Stehen gesundheitsförderliche Wirkung von Bewegung, ausgewogener Ernährung etc. Zusammenhang von Ernährung/Bewegung/Entspannung und Wohlbefinden Umgang mit Stress (regelmäßige Bewegung und Entspannung) Signale des Körpers 	<ul style="list-style-type: none"> Berufsbedingter Lebensstil führt zu Belastungen (Stress, Abbruch sozialer Kontakte etc.). Erleben der Konsequenzen berufsbedingter Belastungen (z.B. Bandscheibenvorfall) Dynamisches Sitzen schont den Rücken. Regelmäßige Bewegung (z.B. Joggen, Schwimmen) steigert das Wohlbefinden und hilft, Spannungen abzubauen. Regelmäßige Mahlzeiten und leichte Kost steigern das Wohlbefinden und die Konzentrationsfähigkeit. Reizstoffarme Ernährung schont den Magen. Auseinandersetzung mit Gewicht und eigener „Unsportlichkeit“ 	<ul style="list-style-type: none"> gesunde von ungesunder Kost zu unterscheiden Einnahme regelmäßiger Mahlzeiten Einbau von regelmäßigen Entspannungsphasen in den beruflichen und privaten Alltag
methodisch	<p>Wissen über ...</p> <ul style="list-style-type: none"> krankengymnastische Übungen (KG) für Bauch- und Rückenmuskulatur Vor- und Nachteile verschiedener Sportarten „Ernährungsgrundregeln“ (z.B. Ernährungspyramide, mehrere kleine Mahlzeiten, usw.) Coping-Strategien gegen Stress Entspannungstechniken Wellness-Behandlungen (Massagen, Bäder, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> KG-Übungen (regelmäßig angewendet) verschaffen Linderung bei Rückenbeschwerden. Joggen verhilft zu subjektivem Wohlbefinden. Veränderung der Essgewohnheiten verhindert Magenschmerzen. Entspannungstechniken ermöglichen besseres „Abschalten“ zwischendurch. Erleben, welche Sportart dem eigenen Körper gut tut Wirkung einzelner Maßnahmen (Bewegung, Ernährung etc.) auf den eigenen Körper 	<ul style="list-style-type: none"> Vermeidung ungesunder Körperhaltungen Anwendung von KG-Übungen regelmäßiges Joggen (mit Umsetzung richtiger Bewegungsabläufe) Betreiben verschiedener Sportarten (v.a. Ausdauer-Sportarten) Anwendung von Entspannungstechniken
sozial	<p>Wissen über ...</p> <ul style="list-style-type: none"> gesundheitsförderliche Wirkung eines stabilen sozialen Umfelds Notwendigkeit von Konfliktgesprächen Beratungsangebot verschiedener Akteure positive Gruppeneffekte 	<ul style="list-style-type: none"> Verlust im privaten Umfeld sensibilisiert für Gesundheitsrisiken und Verhaltensänderungen. Einlassen auf den jeweiligen Gesprächspartner fördert Kommunikation und Wohlbefinden. Thematisierung von Stress wird von anderen positiv aufgenommen. Kommunikation über Konflikte mindert deren Folgen. Rückhalt durch Familie/Freunde/nette Kollegen steigert Wohlbefinden. 	<ul style="list-style-type: none"> Gesprächssituationen einschätzen können auf den Gesprächspartner eingehen können Pflege sozialer Kontakte (privat: abends und am Wochenende)

Abb. 3.2 Handlungsfähigkeitsmatrix für das Berufsfeld Unternehmensberatung

3.1.2 Handlungsbereitschaft

Der Wissensstand zu Krankheitsursachen resp. Risiken, zu Maßnahmen zur Vermeidung bzw. Kompensation von Belastungen etc. ist durchaus hoch. Dabei zeigt sich jedoch, dass eine erhebliche Umsetzungslücke besteht, die überwunden wird, wenn eigene Erfahrungen das explizite Wissen authentisch machen. Die eigene Erfahrung ist damit offensichtlich eine wichtige Basis der Bereitschaft, Verhaltensänderungen zu realisieren. Das wenig gesundheitsförderliche Verhalten der „resistenten“ Consultants korrespondiert mit dem Fehlen besonderer Erfahrungen mit Krankheiten und/oder Schicksalsschlägen in ihrem direkten Umfeld.

- Eine erhöhte Handlungsbereitschaft zu einem stärker gesundheitsbewussten Verhalten wird häufig durch individuelle „Notsituationen“ ausgelöst. Oft ist erst eine schmerzhafte eigene Krankheitserfahrung Anlass für eine weitreichende Lebensstilmodifikation (O-Ton): *„Ich hatte vor zwei Jahren einen Bandscheibenvorfall. Davor habe ich ziemlich ungesund gelebt – ich hatte wenig Bewegung, habe nie auf meine Haltung geachtet, mich hauptsächlich von ‚Fast Food‘ ernährt, usw.. Das hat sich seitdem schon sehr verändert. Diese starken Schmerzen und dieses Gefühl, sich praktisch nicht mehr bewegen zu können, haben mich so stark beeindruckt, dass ich beschlossen habe, alles dafür zu tun, dass mir so etwas nicht noch einmal passiert.“*
- Eine vergleichbar negative Erfahrung hat auch einen weiteren Berater zum Umdenken – und zu neuem Handeln – bewegt. Auf die Frage hin, was ihn zu seiner (relativ) gesunden Lebensweise bewegt habe, antwortete er (O-Ton): *„Seit etwa einem Jahr achte ich mehr als früher auf meine Ernährung und gehe regelmäßig Joggen, um meinem Körper etwas Gutes zu tun und gleichzeitig den Kopf freizukriegen. Ganz ‚freiwillig‘ mache ich das aber eigentlich nicht – ich habe nämlich seit einem Jahr ein Magengeschwür. Und je schlechter ich mich ernähre und je mehr Stress ich habe, umso mehr Schmerzen habe ich auch. Um diese Schmerzen möglichst gering zu halten, verhalte ich mich eben anders als früher – wenn ich es mit meiner Arbeit vereinbaren kann. Nur das klappt leider nicht immer.“* Der Aussage lässt sich entnehmen, dass angesichts einer starken beruflichen Belastung (Freiberufler, Alleinversorger der Familie) die „optimale“ Work-Life-Balance noch nicht gefunden ist – und das trotz einer aufgrund eigener Betroffenheit bereits erhöhten Handlungsbereitschaft.
- Aber es sind nicht nur die eigenen Erfahrungen, die Verhaltensänderungen fördern. Schicksalhafte Ereignisse im direkten Umfeld können die Einstellung zur Gesundheit und das Verhalten nachhaltig beeinflussen (O-Ton): *„Der Tod meines Kollegen, der mit erst 45 Jahren an einem Herzinfarkt gestorben ist, hat mich doppelt geschockt. Einerseits natürlich, weil er gestorben war – andererseits fand ich es aber auch schockierend zu erleben, welches Leid dadurch über seine Familie kam. Er war auch verheiratet und hatte zwei Kinder, wie ich. Und genauso wie ich hat auch er immer viel gearbeitet und sich mehr um das Wohl seiner Familie gesorgt, als um sein eigenes. Und was haben seine Frau und seine beiden Mädchen jetzt davon? Sie haben zwar ein eigenes Haus und zwei Autos, aber keinen Mann bzw. Vater mehr. Das hat mir zu denken gegeben und mich darin bestärkt, dass es richtig ist, etwas in meinem Leben zu verändern.“* Solche mittelbaren (aber nicht anonymen, sondern personifizierbaren) Erfahrungen haben dabei offensichtlich einen stärkeren Einfluss als gut gemeinte Appelle aus

bei offensichtlich einen stärkeren Einfluss als gut gemeinte Appelle aus dem Umfeld: „*Du solltest etwas kürzer treten.*“

Nimmt man diese Befunde, zeichnet sich ein „typisches“ Muster der individuellen Handlungsbereitschaft für gesundheitsorientiertes Verhalten ab: Der eigene Antrieb, das individuelle Verhalten zu ändern, ist – selbst wenn die eigene Lebensführung als ungesund eingeschätzt wird – gering. Nicht der „äußere“ Hinweis auf mögliche Konsequenzen erzeugt Handlungsbereitschaft, sondern erst die erlebten Folgen gesundheitsschädlicher Handlungen führen zu einer geänderten Situationswahrnehmung und -beurteilung und lösen hier Verhaltensänderungen aus. Diese Form der extrinsischen Motivation „verselbständigt“ sich dann aber oftmals und schafft die Voraussetzungen, dass gesundheitsförderliches Verhalten auch in anderen Bereichen eigeninitiiert forciert wird.

Insgesamt ist es offensichtlich trotz der empfundenen hohen Wertigkeit der Gesundheit problematisch, durch Appelle Verhaltensänderungen zu erzeugen. Bereitschaftsblockaden entstehen aus einer verzerrten, Dissonanz reduzierenden Situationswahrnehmung und -bewertung: Der Tagesablauf zwischen Beruf und Freizeit verläuft in eingeschliffenen – oft fremdgesteuerten – Routinen. Abweichungen von der so bestimmten Lebensführung werden als sehr aufwendig empfunden („*Ich habe in meinem Tag einfach keinen Platz für Sport.*“). Wenn dann noch die empfundene Dringlichkeit für Handlungsbedarf gering ist, da derzeit keine Einbußen in der Gesundheit wahrgenommen werden und sich auch nicht „absichern“ lässt, dass man durch gesundheitsbewusstes Verhalten Krankheiten vermeiden kann, unterbleiben Verhaltensänderungen (O-Ton): „*Mir geht es doch gut, obwohl ich viel arbeite.*“

Die Situationswahrnehmung und -bewertung als Facette der Handlungsbereitschaft wird dann noch durch frühere Erfahrungen, die die Bereitschaft für entsprechendes Folgeverhalten prägen – und zwar positive (z.B. mit Rückenschule) wie negative („*Das hat doch nichts gebracht.*“) Erfahrungen – abgerundet. Gerade in diesen Erfahrungen liegt bei den Beratern ein wichtiger Hebel, sicherheits- und gesundheitsorientiertes Verhalten trotz geringer intrinsischer Motivation, sich mit gezielten Maßnahmen gesund zu halten, auszulösen. Das Zusammenspiel von (eigener) Erfahrung und Handlungsbereitschaft ist offensichtlich Regulativ für Änderungen in der Lebensführung, d.h. im Umgang mit Belastungen und verfügbaren Ressourcen.

3.1.3 Organisatorische, technologische und soziale Kopplungen

Die Einbindung in das berufliche und private Umfeld erzeugt nicht nur Belastungen, sondern wirkt einerseits als Begrenzung, sich überhaupt gesundheitsbewusst verhalten zu können, und andererseits als Quelle zur Stärkung physischer, psychischer und sozialer Ressourcen. Wenn der Beratungskunde, der permanente Verfügbarkeit von morgens bis spät in den Abend erwartet, enge Termine oder permanent wechselnde Einsatzorte mit hoher Reisetätigkeit den Lebensablauf bestimmen, richtet sich die Rhythmik von Entspannung/Schlaf, Bewegung, Ernährung, sozialen Kontakten etc. nach externen Anforderungen. Für Aufbau, Erhalt und Weiterentwicklung von Ressourcen bleibt wenig Raum. Wenn Berater gesundheitsfördernde Maßnahmen umsetzen, verlegen sie diese in die Freizeit oder versuchen das zu machen, was unter den gegebenen Rahmenbedingungen in den Tagesverlauf integrierbar erscheint: „*Treppe statt Aufzug*“ oder „*Salat statt Pommes*“.

Gerade die aus der berufsbedingten Lebensführung resultierenden unzureichenden sozialen Kontakte im privaten Umfeld werden als belastend empfunden und fehlen als Ressource, die eigenen Kräfte zum Belastungsausgleich zu stärken. Versuche, die Versäumnisse in der Woche am Wochenende nachzuholen, sollen dieses Defizit kompensieren. Erwartungen und Sachzwänge aus dem privaten Umfeld begrenzen dabei jedoch den Handlungsrahmen, der angesichts der Nachholbedarfe aus der Arbeitswoche ohnehin kaum ausreicht.

Neben dem beruflichen Umfeld kann so auch das private Umfeld Quelle von Belastungen sein (O-Ton): *„Ich stehe schon unter gewaltigem Druck – schließlich muss ich als Freiberufler alleine meine Familie finanziell versorgen. Da heißt es dann eben, auch abends und am Wochenende zu arbeiten. Sicher ist das nicht besonders gesund, aber was soll ich machen? Mir bleibt ja keine Wahl.“* Der Berater sieht sich aufgrund der Situation nicht in der Lage, Freiräume für seine Gesundheit zu schaffen, während er sich darüber bewusst ist, dass dieses Verhalten seine nachhaltige Employability und damit die Möglichkeit, seine Familie auch in Zukunft versorgen zu können, besonders stark bedroht.

3.2 Fallstudien im Bereich Gesundheitswesen

Die Beschäftigungsverhältnisse im Gesundheitswesen²¹ lassen sich im Gegensatz zur Unternehmensberatung als eher traditionell charakterisieren. Die Mitarbeiter sind sachlich, räumlich und zeitlich eng an ihren Arbeitsplatz gekoppelt. Dabei werden die Tätigkeiten von Ärzten und Pflegepersonal in Krankenhäusern weitgehend durch Regeln des Sicherheits- und Gesundheitsschutzes erfasst (vgl. HANS-BÖCKLER-STIFTUNG, 2002). Aufgrund der hohen gesundheitlichen Gefährdungspotentiale z.B. durch den Umgang mit infektiösem Material, toxischen Stoffen oder ionisierenden Strahlen etc. besteht hier ein umfassendes Regelwerk. Während so vor allem physische Belastungen aus der Aufgabenerfüllung gering gehalten werden sollen, bleiben psychische Belastungen weitgehend außerhalb des Einflussbereichs klassischer Maßnahmen des Sicherheits- und Gesundheitsschutzes. In diesem Zusammenhang spielen vor allem der Druck, Menschenleben retten zu wollen, oder das Exitus-Gespräch mit Hinterbliebenen eine große Rolle (vgl. DEUTSCHES ZENTRUM FÜR LUFT- UND RAUMFAHRT, 2003; LÜTTICKE, 2002).

Für das Berufsfeld Gesundheitswesen wurden insgesamt drei Fallstudien durchgeführt:

²¹ Zum Überblick über Strukturen und Beschäftigungsverhältnisse im Gesundheitswesen vgl. u.a. DEUTSCHES ZENTRUM FÜR LUFT- UND RAUMFAHRT, 2003.

	Angaben zur Person	Position	Ausbildung	Arbeitsaufgaben	Verteilung der Arbeitszeit
Gesprächspartner 5	<ul style="list-style-type: none"> • männlich • 55 Jahre • geschieden 	<ul style="list-style-type: none"> • Oberarzt der Anästhesie in einer großen Klinik 	<ul style="list-style-type: none"> • Arzt (Dr. med.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Vorbereitung der Patienten auf die Narkose • Betreuung der Patienten auf der Aufwach- bzw. Intensivstation • Gespräche mit Angehörigen (u.a. Exitusgespräche) • administrative Aufgaben • Gremienarbeit 	<ul style="list-style-type: none"> • Rufbereitschaften • Sonderschichten
Gesprächspartner 6	<ul style="list-style-type: none"> • männlich • 33 Jahre • verheiratet • ein Kind 	<ul style="list-style-type: none"> • Assistenzarzt der Anästhesie in einer mittelgroßen Klinik 	<ul style="list-style-type: none"> • Arzt (Dr. med.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Vorbereitung der Patienten auf die Narkose • Durchführung von Narkosen • Betreuung der Patienten während der Eingriffe und auf der Aufwach- bzw. Intensivstation 	<ul style="list-style-type: none"> • Schichtdienste
Gesprächspartner 7	<ul style="list-style-type: none"> • weiblich • 58 Jahre • geschieden • ein Kind 	<ul style="list-style-type: none"> • Krankenschwester auf einer gynäkologischen Station in einer Großklinik 	<ul style="list-style-type: none"> • ausgebildete Krankenschwester 	<ul style="list-style-type: none"> • Patientenversorgung (Mahlzeiten, Medizin) • Pflegen und Waschen von immobilen Patientinnen • Erfassung und Dokumentation der Vitalwerte 	<ul style="list-style-type: none"> • Schichtdienste

Abb. 3.3 Eckdaten der Gesprächspartner im Berufsfeld Gesundheitswesen (Klinikpersonal)

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Fallstudien zusammenfassend dargestellt.

3.2.1 Handlungsfähigkeit

Der explizite aber auch implizite Wissensstand um gesundheitliche Risiken und Wege zur Risikovermeidung ist im Bereich Gesundheitswesen naturgemäß hoch. Während die Umsetzung dieses Wissens für Patienten Tagesgeschäft ist und bei der Beachtung von Regeln des Arbeitsschutzes weitgehend routinisiert verläuft, bestehen erhebliche Umsetzungslücken in der gesundheitsorientierten Gestaltung des eigenen Lebensstils:

- Anders als im Beratungsbereich verfügen Beschäftigte im Gesundheitswesen über ein umfangreiches Wissen zum Thema „Gesundheit“ bzw. „gesundheitsförderliche/-schädigende Faktoren“. Aufgrund der sehr konkret erlebbaren Gesundheitsrisiken ist die Sensibilität für alles, was die unmittelbare Berufsausübung angeht, hoch. Bezogen auf alltäglich stattfindende Gefahrensituationen im Umgang mit toxischen Stoffen, Infektionskrankheiten, Strahlung etc. findet dieses Wissen quasi täglich Anwendung. Die Umsetzung bzw. Erfüllung vorgeschriebener Sicherheitsstandards dient der eigenen Gesundheit. Die identifizierten Risiken und negativen Folgen des Nichteinhaltens der Vorschriften für die eigene Gesundheit sind offensichtlich und werden daher „routiniert“ vermieden, indem man sich selbst und andere schützt.
- Mit ihrem Fachwissen sind Beschäftigte des Gesundheitswesens (theoretisch) in der Lage, sowohl Ursache-Wirkungs-Zusammenhänge von gesundheitsbezogenen Gefahren für ihren eigenen Lebensstil zu erkennen als auch Gegenmaßnahmen zu entwickeln und umzusetzen. Tatsächlich ist ihr Verhalten durch Gebrauch von Genussmitteln, unzureichende Ruhephasen etc. geprägt. Explizites Wissen und Verhalten fallen deutlich auseinander. Hier wird bewusst Gesundheitsfehlverhalten zur Kompensation hoher Belastungen auf Kosten bestehender Ressourcen realisiert, statt Ressourcen aufzubauen (O-Ton): *„Es ist mir klar, dass ich mich falsch ernähre. Ich esse unregelmäßig, nehme mir zu wenig Zeit zum Essen, esse häufig spät abends und ernähre mich oft von ‚Fast Food‘ oder ‚aus der Dose‘. Es gibt aber auch einen ganz einfachen Grund, wieso ich das mache: Meine Arbeit lässt eine gesündere Lebensweise einfach nicht zu. Wenn ich bspw. abends gegen 22 Uhr nach einem langen Dienst nach Hause komme, dann mache ich mir keinen Salat mehr oder koche mir Gemüse ab. Dann stecke ich eine Tiefkühl-Pizza in den Backofen und das war`s.“*
- Auch die (täglichen) Erfahrungen im Umgang mit Patienten, die etwa unter stressbedingten Krankheiten leiden oder sich aufgrund von Fehlernährung, Bewegungsmangel etc. in Behandlung finden, lösen keine Verhaltensänderungen aus. Erst das eigene Erleben der Konsequenzen eines „ungesunden“ Lebensstils bzw. persönliche Krisen schaffen den Humus für die Änderung der eigenen Lebensführung (O-Ton): *„Mein Körper hat mir schon deutlich signalisiert, dass ich kürzer treten muss. Ich habe versucht, dort wo ich konnte, das ernster zu nehmen, was ich meinen Patienten sage“.*

Dieses Dilemma gesundheitsschädlichen Verhaltens wider besseren Wissens, in dem sich die Beschäftigten im Gesundheitswesen allesamt mehr oder weniger wiederfinden, macht deutlich, dass Arbeitsschutzmaßnahmen traditioneller Art zwar für die unmittelbare Ausübung beruflicher Aufgaben greifen, für die Lebensführung jedoch ins Leere laufen.

	Explizites Wissen	Implizites Wissen (Erfahrung)	Fertigkeiten
fachlich	<p>Wissen über ...</p> <ul style="list-style-type: none"> Hygiene-, Strahlenschutzbestimmungen etc. richtigen Umgang mit infektiösem Material etc. die Ursachen physischer und psychischer Belastungen Langfristfolgen von Belastungen physischer und psychischer Art unterschiedliche Positionen zu gesundem Ernährungsverhalten Nutzen von gesundheits-erhaltenden Maßnahmen (z.B. Ernährung, Bewegung) Gefahren durch den Gebrauch von Genussmitteln Stress und dessen Folgen 	<ul style="list-style-type: none"> Eigenes Erleben körperlicher Reaktionen auf Belastungen Überlastung am Arbeitsplatz führt zu Stressreaktionen. Stressbedingte Erkrankungen bei Patienten Stress verstärkt vorgegebene Krankheitssymptome. Eustress fördert Leistungsfähigkeit. Ausgewogene Ernährung erhält Leistungsfähigkeit und stärkt das Immunsystem. Schichtarbeit (besonders Nachtschicht) vermindert soziale Kontakte. 	<ul style="list-style-type: none"> Vermeidung von physisch überlastenden Situationen
methodisch	<p>Wissen über ...</p> <ul style="list-style-type: none"> systematische Umsetzung von Präventionsmaßnahmen (z.B. Strahlenschutz, Schutz vor Infektionskrankheiten) Handling von Geräten, toxischem Material etc. 	<ul style="list-style-type: none"> Ergonomisches Heben verringert die Folgen physischer Belastung. Sportliche Betätigung ohne physische Überbeanspruchung hat höchste Effizienz. Entspannung durch persönlich ideale Bewegungsabläufe 	<ul style="list-style-type: none"> ergonomische Hebetekniken Einsatz von Schutzmaßnahmen gegen ionisierende Strahlung Infektionsprophylaxe Entspannungsübungen (autogenes Training)
sozial	<p>Wissen über ...</p> <ul style="list-style-type: none"> Gesprächsführung mit Patienten und Hinterbliebenen Konfliktvermeidung 	<ul style="list-style-type: none"> Reaktionen von Patienten bedingen Stress. Stresssituationen führen zu Kommunikationsproblemen im beruflichen und privaten Umfeld. Eigenes Verhalten hat Signalwirkung/Vorbildcharakter für Patienten. Konflikte im privaten Bereich wirken stressverstärkend. 	<ul style="list-style-type: none"> Exitus-Gespräche mit Angehörigen Reduktion aggressiver Patientenreaktionen

Abb. 3.4 Handlungsfähigkeitsmatrix: Klinikpersonal

3.2.2 Handlungsbereitschaft

Eine erhöhte Handlungsbereitschaft für gesundheitsbewusstes Verhalten ist häufig Ergebnis eigener Erkrankungen oder Erfahrungen im direkten persönlichen Umfeld. Dies wird anhand der Aussage eines Arztes deutlich, der im Zuge einer eigenen Herzerkrankung seine Lebensweise (in Teilen) verändert hat (O-Ton): *„Bei mir selbst wurde vor einem Jahr ein ‚paroxysmales Vorhofflimmern‘ diagnostiziert.²² Neben einer medikamentösen Therapie wurde mir auch geraten, meine Ernährung umzustellen. Seitdem ernähre ich mich auch gesünder – jedenfalls soweit es meine Arbeitsbedingungen zulassen. Was weiterhin ein Problem bleibt, ist das unregelmäßige Essen. Es ist einfach häufig so, dass ich nicht dazu komme, eine Pause zu machen. Dann esse ich entweder mal tagsüber gar nichts oder etwas Schnelles quasi im Vorbeigehen.“*

Aber nicht nur die erlebte persönliche Krise, sondern auch andere wichtige Lebensereignisse können die Bereitschaft zu Verhaltensänderungen erhöhen (O-Ton): *„Ich habe früher viel geraucht, zeitweise bis zu zwei Schachteln am Tag. Wobei ich damit auf meiner Station gar nicht mal aus dem Rahmen gefallen bin – da rauchen fast alle, Ärzte und Pflegepersonal. Als dann vor vier Jahren unser Kind zur Welt kam, habe ich damit aufgehört. Quasi von heute auf morgen. Kurz vor der Geburt habe ich mir die Frage gestellt: ‚Was ist dir wichtiger: die Verantwortung für das Kind oder die Gewohnheit, zur Zigarette zu greifen?‘. Naja, ich habe die Sache durchgezogen und bin seitdem Nichtraucher – das hat ja auch noch den nützlichen Nebeneffekt, dass es gesünder ist. Insofern bin ich schon froh, dass ich aufgehört habe.“*

Im Unterschied zum Berufsfeld Unternehmensberatung werden die Beschäftigten aus dem Gesundheitswesen jedoch weniger stark durch krisenhafte (Krankheits-) Ereignisse in ihrem außerfamiliären Umfeld beeinflusst. Das ist dem täglichen Umgang mit Krankheiten und mit dem Tod zuzuschreiben, der als eine Art Schutzmechanismus für die Psyche einen Abstumpfungseffekt nach sich zieht.

In Summe zeigt sich, dass Änderungen der eigenen Lebensführung weniger aus einer intrinsischen Motivationslage entstehen, sondern dominant das Ergebnis äußerer Ereignisse sind. Prinzipielle Eigenmotivation, die latent aufgrund der Kenntnis der Konsequenzen des eigenen Verhaltens vorliegt, reicht angesichts zu erbringender „Anstrengungen“ zur Verhaltensänderung nicht aus. Wenn die ohnehin begrenzte Freizeit noch durch zusätzliche „Programmpunkte“ gefüllt werden soll, wird dieser Aufwand gemieden. Auch die Kenntnis der Konsequenzen, die langfristig zu erwarten sind, führt nicht zu geänderter Handlungsbereitschaft.

²² Ein neu aufgetretenes Vorhofflimmern wird als akutes Vorhofflimmern bezeichnet. Die chronischen Verlaufsformen werden in ein anfallsartiges (paroxysmales) Vorhofflimmern mit einer Dauer von unter 24 Stunden, einer Dauer länger als 24 Stunden sowie in ein dauerhaftes Vorhofflimmern ohne Rückspringen in den Sinusrhythmus unterteilt. Im Normalfall, d.h. bei herzgesunden Personen, besteht als elektrischem Grundrhythmus des Herzens stets ein Sinusrhythmus. Vgl. http://www.m-ww.de/krankheiten/herz_kreislauf_erkrankungen/vorhofflimmern.html [16.08.2004].

3.2.3 Technologische, organisatorische und soziale Kopplungen

Im Gesundheitswesen werden ganz „traditionelle“ Belastungen, die sich beispielsweise in schwerem Heben oder zeitlicher Überbeanspruchung äußern, wirksam. Die Einbindung in Schichtpläne, Wochenenddienste aber auch Routineabläufe im klinischen Alltag bestimmen in hohem Maße die individuelle Lebensführung (O-Ton): *„Wenn eine Operation länger dauert als vorgesehen, kann ich kaum für die an sich fällige Mahlzeit unterbrechen.“* Vieles wird angesichts der Verantwortung für die Patienten zurückgestellt, verschoben oder aufgegeben.

Der äußere Druck bzw. bestehende Sachzwänge lassen es nicht zu, den Tagesverlauf so zu gestalten, wie es in eigener Perspektive wünschenswert wäre und setzen damit gerade dem gesundheitsorientierten Verhalten enge Grenzen (O-Ton): *„Wenn Sie über 30 Stunden Dienst haben, geht das schon an die Substanz. Es gibt Tage, da kann ich nicht mehr. Aber es geht natürlich doch. Um den Schlafmangel aufzufangen, habe ich mir angewöhnt, mich zum autogenen Training auf mein Dienstzimmer zurückzuziehen.“* Wege aus der „Belastungsfalle“ werden nicht verfolgt, wenn sie als „add on“ für den Tag zusätzlichen Aufwand bedeuten, sondern erst, wenn Maßnahmen in die Lebensführung integrierbar sind.

Angesichts unscharfer Grenzen zwischen Arbeit und Freizeit setzen sich Belastungen auch im privaten Umfeld fort. Lange Abwesenheitszeiten von der Familie oder berufsbedingte Störungen in der Freizeit führen nicht nur zu weiteren Belastungen, sondern behindern auch den Aufbau bzw. Erhalt sozialer Ressourcen, die gleichsam als Belastungspuffer wirken könnten. Unzureichende Kontakte schwächen soziale Ressourcen (O-Ton): *„Früher, als ich noch verheiratet war, habe ich mehr auf meine Ernährung und meinen Umgang mit Stress geachtet. Zum einen, weil meine Frau mich immer wieder ‚ermahnt‘ hat, zum anderen aber auch, weil ich damals das Gefühl hatte, es hätte auch einen ‚Sinn‘, dass ich auf mich und meine Gesundheit achte. Schließlich hatten wir beide noch einiges zusammen vor, wollten gemeinsam alt werden, noch viele schöne Reisen unternehmen, etc. Daraus ist dann aber nichts geworden, wir haben uns vor 3 Jahren scheiden lassen. Ich will nicht sagen, dass mein Leben jetzt nicht mehr ‚lebenswert‘ wäre, aber es ist eben etwas anderes, wenn keiner mehr da ist, der einen abends zu Hause erwartet und einem auch mal ‚den Kopf wäscht‘, wenn man sich allzusehr von der Klinik in Beschlag nehmen lässt. Und ein Resultat dessen ist eben, dass ein gesunder Lebensstil bei mir nicht gerade oberste Priorität hat ...“*

Im Wechselspiel von berufsbedingter Lebensführung und den damit verbundenen Belastungen laufen Beschäftigte im Gesundheitswesen Gefahr, in einer Abwärtsspirale ihre eigenen Ressourcen aufzubauchen.

4 „Selbstmanagement“: Facetten der individuellen Gesundheitskompetenz

Bündelt man die Fallstudienresultate, zeigen sich deutliche Widersprüche zwischen dem expliziten Wissen über Sicherheit und Gesundheit und den tatsächlichen Handlungsmustern von Individuen ab. Trotz eines hohen Informationsniveaus bei gleichzeitig weiter zunehmender Verfügbarkeit expliziter Wissensbestände bspw. durch die Expansion des Internets kommt es weder im beruflichen noch im Freizeitbereich „automatisch“ zu sicherheits- und gesundheitsorientiertem Verhalten bzw. entsprechenden Veränderungen in der Lebensführung.

Erst „eigene Erfahrungen“ schaffen die Basis für sicherheits- und gesundheitsorientiertes Verhalten. Lebensstiländernde Maßnahmen werden aber in der Regel erst umgesetzt, wenn der Einzelne seine persönliche Lebensgestaltung auch selbst verändern *will*.

Diese Handlungsbereitschaft entsteht dabei offensichtlich dominant im Zusammenhang mit eigenen oder miterlebten „kritischen Ereignissen“. Bemühungen zu Änderungen in der Lebensführung werden vielfach erst bei einer wahrgenommenen Betroffenheit, mitunter sogar erst in konkreten ‚Notsituationen‘ angestrengt, d.h. bei direkt oder auch indirekt erlebten Krisen, beispielsweise durch einen Bandscheibenvorfall oder Herzinfarkt.

Handlungsbereitschaft zu sicherheits- und gesundheitsorientiertem Verhalten ist mit hin nicht Ergebnis einer rationalen Bewertung objektiv erwartbarer Konsequenzen der arbeits- und freizeitbedingten Lebensführung, sondern unterliegt zahlreichen Subjektivitäten und Verzerrungen, die sich aus der Interaktion von individueller Motivstruktur und Situationswahrnehmung sowie -bewertung ergeben. Typischerweise ist die Handlungsbereitschaft zur Vermeidung von Risiken bzw. zu gesundheitsförderlichem Verhalten eine nachlaufende Entwicklung. Latent vorhandenes Wissen wird erst aktiviert, wenn es mit eigenen Erfahrungen oder Beobachtungen im sozialen Umfeld unterlegt und mit „Handlungsdruck“ (vgl. KRIEGESMANN et al., 2004) versehen ist (der auf der höchsten Betroffenheitsstufe dann zum individuellen „Leidensdruck“ kulminiert).

Nimmt man diese Befunde, zeigt sich, dass auf der Ebene der Handlungsfähigkeit die Verhaltensrelevanz auf einem Kontinuum vom expliziten Wissen hin zum impliziten Wissen zunimmt. Aber erst aus der Kombination von erfahrungsbasierter Handlungsfähigkeit und Handlungsbereitschaft kommt es zu Verhaltensänderungen. Analysiert man die Fallstudienresultate, in denen Verhaltensänderungen rekonstruiert werden konnten, weiter, lassen sich Facetten des Selbstmanagements als Bestandteile der individuellen Gesundheitskompetenz erkennen (vgl. KRIEGESMANN, 2003c):

- Die Basis für sicherheits- und gesundheitsorientiertes Verhalten auf individueller Ebene bildet das Erkennen potentieller Chancen- respektive Risikokonstellationen.²³ Dabei geht es weniger um einen formalisierten Prozess bspw. im Sinne der Erstellung einer Argumentenbilanz. In aller Regel konturiert vielmehr ein „Gefühl“ dafür, welche Situationen die eigene Gesundheit positiv oder negativ beeinflussen, den Rahmen für die „Bewirtschaftung“ der eigenen Ressourcen.
- Eine Art Regulativfunktion, sich tatsächlich sicherheits- und gesundheitsorientiert zu verhalten, kommt damit dem individuellen Bewertungsprozess von erkannten Chancen respektive Risiken zu (der häufig ebenfalls nicht als bewusster Prozess abläuft). Die Bewertungsalgorithmen sind dabei stark durch Erfahrungen geprägt. In der individuellen Auseinandersetzung mit der Eintrittswahrscheinlichkeit positiver oder negativer Konsequenzen bzw. mit den erwarteten Resultaten (vgl. TRIMPOP, 2002) entscheidet sich die Ausprägung der Handlungsbereitschaft zu sicherheits- und gesundheitsorientiertem Verhalten.
- Wenn Chancen respektive Risiken erkannt und prinzipiell verhaltenswirksam werden, steht die Frage nach der „Übersetzung“ in konkrete Handlungen an. Der gezielte Ressourcenaufbau, das (prospektive) Ergreifen belastungskompensierender Maßnahmen, das Vermeiden oder Umgehen von Sicherheits- und Gesundheitsrisiken etc. sind hierbei als strategische Grundentscheidungen aufzufassen. Doch nicht nur die Orientierung zur „richtigen“ Verhaltensweise, sondern auch die Umsetzung erfordert entsprechende Kompetenzen. Gerade bei der Beurteilung und Realisierung von Maßnahmen kommt dabei durchaus dem expliziten Wissen über den Umgang mit gefährlichen Stoffen, die richtige Körperhaltung am Arbeitsplatz, aber auch zu ausreichender Bewegung, gesunder Ernährung, wirksamer Entspannung etc. Bedeutung zu. Maßnahmen, die hier ansetzen, haben mithin zwar kaum Initialwirkung für Verhaltensänderungen, sie können jedoch Support für die Umsetzung liefern. Die Realisierung im „Alltag“, d.h. die Abstimmung von Maßnahmen mit der eigenen Lebensführung, setzt jedoch mehr voraus.

²³ Aus forschungsmethodischer Perspektive außerordentlich anspruchsvoll erweist es sich in diesem Zusammenhang, dass Menschen in aller Regel Risikofaktoren wesentlich besser explizieren können als deren positive Entsprechungen am anderen Ende des Kontinuums. Das damit verbundene „empirische Zugangsproblem“ (ver)führt tendenziell zu einer Überbetonung von Analysen, die sich auf die Schädigung bzw. den (schleichenden) Abbau individuell verfügbarer Ressourcen kaprizieren. Demgegenüber signalisieren vorliegende konzeptionelle Arbeiten zum Ressourcenaufbau bzw. -erhalt (vgl. u.a. ADLER und MATTHEWS, 1994; ANTONOVSKY, 1987; UDRIS et al., 1992; WEISS et al., 1995) sowie erste empirische Bilanzen der Lebensstilforschung (als Überblick vgl. HERMANN, 2004) noch einen erheblichen Forschungsbedarf im Hinblick auf die in der Literatur auch als gesundheitsfördernde Faktoren (vgl. TROJAN, 2003) oder Gesundheitsfaktoren (vgl. u.a. SCHNEIDER, 1993a) bezeichneten „positive Zugänge“ bei der Herausbildung individueller Gesundheitskompetenz (vgl. hierzu REINDL und MEINERZ, 2003).

- Gesundheitsorientierte Verhaltensänderungen, die nicht lediglich temporär bis zur (vermeintlichen) Linderung von Beschwerden vorhalten, sondern quasi in das Routine-Verhaltensrepertoire internalisiert werden, resultieren erst aus einer Reflektion der Wirkungen des eigenen Lebensstiles. Das heißt; „mit sich selbst im Dialog zu bleiben“, die Beurteilung der eigenen Verhaltensweisen etc. sind wichtige Grundlagen für ein dauerhaft sicherheits- und gesundheitsorientiertes Verhalten. Positive Erfahrungen aber auch „Erinnerungen an negative Erfahrungen“ wirken dabei als Verstärker für eine Ausweitung von Verhaltensänderungen auf weitere Lebensbereiche.
- Diese Facetten der individuellen Gesundheitskompetenz sind dabei in hohem Maße abhängig von den Kopplungen im beruflichen und privaten Umfeld, die im Wesentlichen den Rahmen zur Umsetzung sicherheits- und gesundheitsorientierten Verhaltens bestimmen.²⁴ So wird die Bereitschaft zu Verhaltensänderungen allzu oft durch die mangelnde Integrationsfähigkeit von gesundheitsfördernden Maßnahmen in den beruflichen Kontext konterkariert (vgl. u.a. COOPER, 2001; KRIEGESMANN, 2003b). Als weiterer Facette der individuellen Gesundheitskompetenz kommt vor diesem Hintergrund der (Handlungs-)Fähigkeit zur aktiven Gestaltung von gesundheitsfördernden Umfeldbedingungen bzw. zur reaktiven Bewältigung von Zwängen und Belastungen im Kontext der Vereinbarung von Arbeit und Freizeit zentrale Bedeutung zu (vgl. ERTEL und PRÖLL, 2004; HIRSCHFELD, 2003).

Bündelt man diese Facetten, lassen sich zwei Stränge der individuellen Gesundheitskompetenz identifizieren:

- **Anforderungsorientiertes Selbstmanagement:** Das anforderungsorientierte Selbstmanagement fokussiert Risiken und Belastungen aus aktuellen (Arbeits-) Aufgaben. Die daraus ableitbaren Verhaltensweisen sind relativ gut konturierbar, mit bekannten Maßnahmen unterlegt und kurzfristig erfolgswirksam (wie z.B. die Vermeidung von Kontakten mit gesundheitsschädigenden Materialien).
- **Potentialorientiertes Selbstmanagement:** Neben diese reaktiv ausgerichteten, im Kern auf den Umgang mit bekannten Sicherheits- und Gesundheitsrisiken und Belastungen rekurrierenden Kompetenzen treten eher aktiv akzentuierte Kompetenzen, die das Management der eigenen Ressourcen zum Gegenstand haben. Hier geht es um den Aufbau, die Erhaltung und Weiterentwicklung von Puffern zur Gestaltung bzw. Bewältigung zukünftiger, noch unbekannter Aufgaben und den damit verbundenen Belastungen. Angesichts der diffusen Mechanismen der Ressourcenpflege und der unklaren Erfolgswirksamkeit stellt sich dieser Bereich des Selbstmanagements allerdings bislang noch weitgehend als „Black Box“ dar und ist dementsprechend schwieriger zugänglich.

²⁴ In diesem Zusammenhang vgl. die Überlegungen zum Setting-Ansatz bei BRÖSSKAMP-STONE et al., 1998; BAUCH, 2002; DECKER und DECKER, 2001; GÜNTERT, 2004.

5 Quellen der individuellen Gesundheitskompetenz

5.1 Lebensphasenorientierter Kompetenzerwerb

Die empirischen Ergebnisse zur individuellen Gesundheitskompetenz zeigen, dass sicherheits- und gesundheitsbezogenem Verhalten ein Kompetenzaufbau zu Grunde liegt, der überwiegend durch persönliche Erfahrungen in unterschiedlichen Handlungssituationen und Lebensphasen beeinflusst wird. Gleichzeitig deuten die Befunde darauf hin, dass der Aufbau von Gesundheitskompetenzen in der Biographie von Individuen nicht über explizite Wissensvermittlung beliebig vermittelbar ist und Kompetenzen kaum über künstlich geschaffene Lehrarrangements mechanistisch synthetisiert werden können (vgl. SAUER und KRIEGESMANN, 2002), sondern das Ergebnis eines komplexen Entstehungsprozesses sind (vgl. STAUDT et al., 2002).

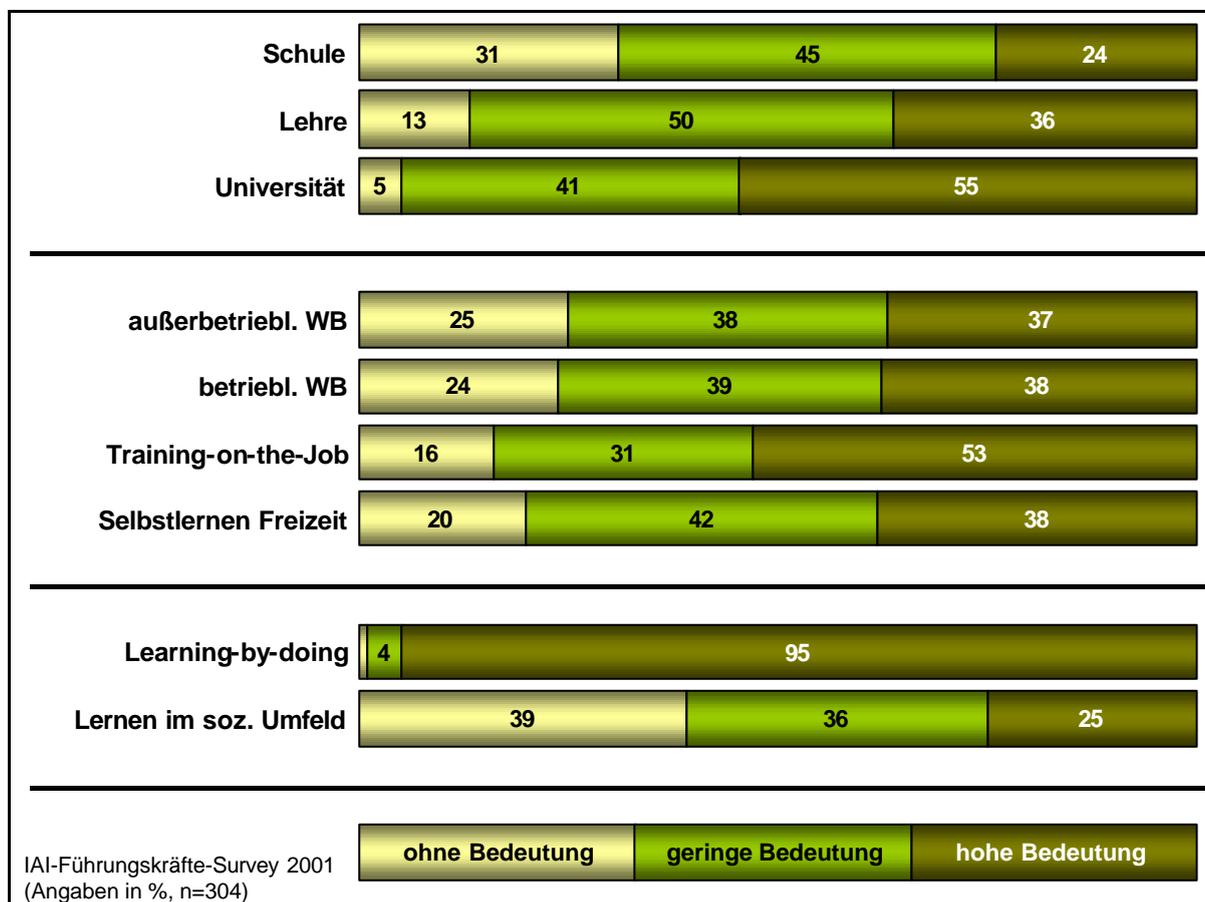


Abb. 5.1 Faktoren aktueller beruflicher Handlungskompetenz: Lernorte der Ausbildungs-, Weiterbildungs-, Berufs- und Non-Profit-Arbeitsbiographie (vgl. STAUDT und KLEY, 2001)

Aktuelle Debatten um informelles Lernen, „Lernen en passant“ etc. spiegeln diese Einsichten für den Bereich beruflicher Kompetenzentwicklung wider und finden ihre Entsprechung in empirischen Ergebnissen zur Bedeutung unterschiedlicher Kompetenzquellen (vgl. Abb. 4.1; vgl. STAUDT und KLEY, 2001; KRIEGESMANN et al., 2003).

Akzeptiert man Erkenntnisse der Lern- und Kompetenzforschung, nach denen Lernprozesse „ein Leben lang“ stattfinden und der daran gekoppelte Kompetenzaufbau während verschiedener biographischer Phasen wie der familialen Sozialisation, der Sozialisation in Peer-Groups, der beruflichen Sozialisation oder der organisationalen Sozialisation²⁵ abläuft, stellt sich die Frage nach spezifischen Quellen für die individuelle Gesundheitskompetenz.²⁶ Individuen sind innerhalb ihrer biographischen Entwicklung – bewusst oder unbewusst – ständig in unterschiedliche lernförderliche Umgebungen bzw. Lernorte eingebunden (vgl. Abb. 4.2).²⁷ Die Frage, aus welchen unterschiedlichen biographischen Lernorten die spezifischen Kompetenzen eines Individuums für gesundheitsorientiertes Handeln resultieren, rückt damit in den Fokus.

²⁵ Zu Ansätzen und Konzepten zur Sozialisation vgl. u.a. HURRELMANN 1986; GRUNDMANN, 1999; HURRELMANN, 2000.

²⁶ In der lebenslauforientierten Lernforschung hat in den letzten Jahren der Begriff „Kompetenzbiographie“ Einzug gehalten. Das heißt, dass schon lange vor dem Eintritt in das Aus- und Weiterbildungssystem familienbiographische Faktoren kompetenzrelevant sind. Nach Erpenbeck und Heyse umfasst die Kompetenzbiographie die „qualitative und quantitative Entfaltung menschlicher Handlungskompetenz als komplexes, selbstorganisiertes Netzwerk fachlicher, methodischer, sozialer und personaler Einzelkompetenzen in der stets einzigartigen, lebenslangen real-biographischen Entwicklung“ (vgl. ERPENBECK und HEYSE, 1999; STAUDT und KLEY, 2001).

²⁷ Die Kombination aus kompetenzbiographischen Phasen und den daran angedockten Lernorten legt die Basis für den „Setting-Ansatz“: Der Aufbau von Gesundheitskompetenz verläuft demnach nicht nur auf Ebene der Individuen, sondern wird gleichzeitig auf der Ebene der sozialen Systeme, innerhalb derer sich Individuen bewegen, gefördert. Nach WHO-Definition ist ein Setting „ein Ort oder sozialer Kontext, in dem Menschen ihren Alltagsaktivitäten nachgehen, im Verlauf derer umweltbezogene, organisatorische und persönliche Faktoren zusammenwirken und Gesundheit und Wohlbefinden beeinflussen“ (vgl. BAUCH, 2002).

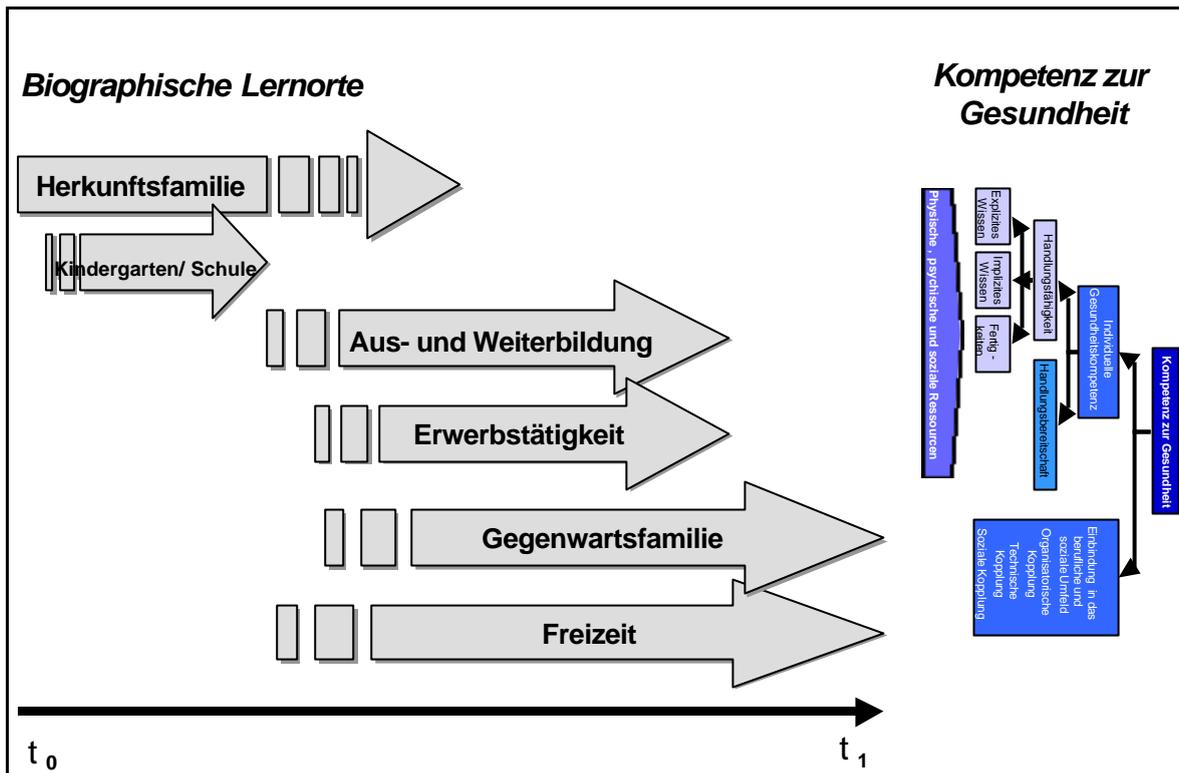


Abb. 5.2 Biographische Lernorte als Quellen der Kompetenz zur Gesundheit

Ordnet man zunächst die potentiellen Lernorte idealtypisch anhand eines Lebenszyklusses (vgl. u.a. ERIKSON, 1988), der die Stationen Kind, Jugendlicher, junger Erwachsener, Erwachsener und älterer Mensch umfasst, ergeben sich folgende Entstehungszusammenhänge, über die Einfluss auf die gesundheitsbezogene Kompetenzentwicklung genommen wird.²⁸

- Erster Lernort der meisten Menschen ist das eigene Elternhaus bzw. die *Herkunftsfamilie*. Lernen findet hier in hohem Maße im familiären Alltag, d.h. informell statt. „Kennzeichen des Lernortes Familie ist es, dass Lernen nicht in organisierter Form stattfindet, sondern als Erfahrungslernen.“ (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND, 2000; ALTGELD, 2002). Insbesondere der Kompetenzerwerb, der (beiläufig) in die Erziehung, alltägliche Diskussionen, Hausarbeit, usw. integriert ist, legt für das eigene Verhalten zu späteren Zeitpunkten wichtige Grundlagen.
- Lernorte der grundständigen Ausbildung bilden der *Kindergarten* (fakultativ) und die *Schule* (obligatorisch; vgl. EUROPEAN SAFETY FEDERATION, 1999; BUNDESANSTALT FÜR ARBEITSSCHUTZ UND ARBEITSMEDIZIN, 2003; SACHVERSTÄNDIGENRAT FÜR DIE KONZERTIERTE AKTION IM GESUNDHEITSWESEN, 2003). Vom Grundsatz her werden Lerninhalte im Kindergarten eher informell und in schulischen Zusammenhängen größtenteils formell transportiert.

²⁸ Die im Folgenden deskribierten biographischen Lernorte stellen ein Raster dar, um Kompetenzquellen der Gesundheit innerhalb eines Lebenszyklusses zu verorten. Daneben können aber auch Einteilungen von Lernorten vorgenommen werden.

Gesundheitliche Lernprozesse werden in beiden Einrichtungen angesteuert und finden in engen inhaltlichen, expertenbezogenen Kontexten statt (z.B. Zahnprophylaxe, Suchtberatung).

- Am Lernort der berufsbezogenen *Aus- und Weiterbildung* erfolgt die Vermittlung von Kompetenzelementen in formellen Lehrarrangements. Abstrahiert von konkreten Handlungssituationen und individuellen Teilnehmervoraussetzungen respektive Verhaltensdispositionen liegt der Schwerpunkt auf dem Aufbau von Wissen über Gefährdungspotentiale, Maßnahmenrepertoires etc.
- In der *Gegenwartsfamilie* ergeben sich Lernprozesse vor allem aus einem veränderten Familienstand. Dazu gehören Partnerschaften sowie Elternschaften. Ähnlich wie bei der Herkunftsfamilie verläuft Lernen hier in starkem Maße auf informelle Weise (vgl. GERZER-SASS und SASS, 2004; ALTGELD, 2002). Im Zuge der eigenen, erhöhten Verantwortungsübernahme und bedingt durch direktes und ständiges Feedback des sozialen Umsystems ist zu vermuten, dass die Lern- und Umsetzungsbereitschaft für gesundheitsbezogenes Handeln an diesem Lernort relativ groß ist (vgl. BUNDESMINISTERIUM FÜR FAMILIE, SENIOREN, FRAUEN UND JUGEND, 2000).
- Im Rahmen der *Erwerbstätigkeit* ist der Arbeitsplatz bzw. das Umfeld des Arbeitsplatzes für die Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung der eigenen Gesundheitskompetenz von Bedeutung (vgl. HERBST, 2004; INSTITUT FÜR QUALITÄTSSICHERUNG IN PRÄVENTION UND REHABILITATION AN DER DEUTSCHEN SPORHOCHSCHULE KÖLN, 2004). Kompetenzentwicklung hängt dabei entscheidend von der jeweiligen organisatorischen und sozialen Einbindung eines Individuums im Rahmen der Erwerbstätigkeit ab. So sind sicherheitsrelevante Gesichtspunkte beispielsweise in weiten Teilen des verarbeitenden Gewerbes sowie in speziellen Feldern der Dienstleistungserstellung (wie im Gesundheitswesen) standardisiert in die Arbeitsorganisation eingebunden und „erzwingen“ mithin den Kompetenzaufbau für spezifische Verhaltensweisen. Hingegen finden Sicherheitsbestimmungen im Rahmen der „neuen Selbstständigen im Dienstleistungssektor“ (vgl. ERTEL und PRÖLL, 2004) weit weniger Anwendung.
- Wichtiger Lernort im Bereich des sozialen Bezugssystems eines Individuums ist der *Freizeit*-Bereich. Dieser Lernort umfasst sowohl das weitere soziale Umfeld (bestehend aus dem Freundeskreis) sowie das „private Leben“ und nicht-erwerbsorientierte Arbeiten eines Individuums (vgl. KIRCHHÖFER, 2000). An dieser Stelle lassen sich Tätigkeiten wie z.B. die Arbeit im Haushalt, die Versorgung kranker Familienangehöriger, aber auch verschiedene Hobbys sowie der freiwillige und selbstgesteuerte „private Kompetenzaufbau“ mit Hilfe unterschiedlichster Medien (Bücher, Zeitungen, Internet, etc.) verorten.

Während sich für den Aufbau berufsrelevanter Kompetenzen eine Klärung der Bedeutung einzelner Lernorte zunehmend abzeichnet (vgl. STAUDT und KRIEGESMANN, 2002a; STAUDT und KLEY, 2001; KRIEGESMANN et al., 2002), ist weitgehend unklar, an welche spezifischen Quellen die gesundheitsorientierte Kompetenzentwicklung besonders stark gekoppelt ist. Anhand der durchgeführten Fallstudien lassen sich hierzu jedoch Tendenzen exemplifizieren.

5.2 Exemplifizierung von Quellen der individuellen Gesundheitskompetenz

Die Fallstudienenergebnisse stützen die Annahme, dass gesundheitsförderliches Verhalten in hohem Maße an Lernorte, die sich durch nicht-formelle Lernformen charakterisieren lassen, geknüpft ist. Anhand differenzierter Einzelaussagen der Befragten aus den beiden Berufsfeldern Unternehmensberatung und Gesundheitswesen lässt sich eingrenzen, welche biographischen Lernorte besonders prägnante Quellen für die individuelle Gesundheitskompetenz darstellen:

- Die intensivsten Impulse für nachhaltig verhaltensbestimmende Maßnahmen sicherheits- und gesundheitsbezogenen Handelns werden über das eigene soziale Umfeld, d.h. im Familienrahmen angesteuert. Die Persistenz des in solchen Zusammenhängen Gelernten ist besonders hoch und angesichts eigener Überzeugungen auch die Bereitschaft, das Gelernte selbst umzusetzen (O-Ton eines Unternehmensberaters): *„Das meiste, was ich zum Thema Gesundheit weiß und im Alltag umsetze, habe ich eigentlich von meiner Mutter bzw. von meiner Frau. Das betrifft v.a. typische Alltagstipps und Gesundheitsweisheiten, wie z.B. ‚Zieh dich warm an.‘, ‚Iss was.‘, ‚Fahr vorsichtig.‘ usw. Diese gutgemeinten Ratschläge sind zwar oft lästig, aber genaugenommen beeinflussen sie mein Verhalten doch ziemlich stark. Außerdem wurde mir ja das entsprechende Verhalten von diesen Personen auch vorgelebt – bei uns zu Hause war es eben Sitte, dass man zumindest das Frühstück und das Abendessen gemeinsam an einem Tisch eingenommen hat. Und so halten meine Frau und ich es jetzt auch mit unseren beiden Kindern.“*
- Auf familiärer Ebene ist zudem die emotionale Ansprache an die Familienmitglieder besonders stark ausgeprägt. Lernprozesse können innerhalb dieses en passant stattfinden und dabei für das eigene Verhalten nachhaltige Wirkungen entfachen (O-Ton eines Mediziners): *„Man soll das ja eigentlich gar nicht glauben, aber es ist schon ganz erstaunlich, wie sehr man sich bezüglich seines Verhaltens sogar von seinem eigenen Kind beeinflussen lässt. Die bekommen ja schon im Kindergarten oder in der Grundschule einiges mit über Gefahrenquellen usw. Und wenn ich mich dann zu Hause nicht entsprechend verhalte und von meinem Sohn immer wieder darauf aufmerksam gemacht werde, dann ist das im ersten Augenblick zwar nervig, aber auf Dauer nimmt man sich da schon was von an, ob man will oder nicht. Ich habe ja schließlich auch irgendwo eine Vorbildfunktion.“*
- Tiefgreifende sicherheits- und gesundheitsbezogene Lernprozesse ergeben sich nicht selten als „Nebenereignisse von anderen Geschehnissen“ in der eigenen (privaten) Biographie, beispielsweise, wenn sie mit Unfällen oder Krankheiten verbunden sind. Vor dem Hintergrund solcher kritischer Ereignisse werden Grundlagen für die Bereitschaft zur eigenen Verhaltensänderungen und zur eigeninitiierten Ansteuerung auch formeller Lernprozesse geschaffen (O-Ton eines Unternehmensberaters): *„Ehrlich gesagt habe ich mir unter ‚reizarmer‘ Ernährung nicht viel vorstellen können, bevor mich mein Arzt während der Behandlung meines Magengeschwürs darüber informiert hat. Es war aber auch schnell klar, dass mir diese Information allein nicht reichen würde, denn ich brauchte ja jetzt auch ganz praktisches Know-how zur Zubereitung der Nahrungsmittel, etc. Daraufhin habe ich mich – auf Anraten meines Arztes – zu einem Ernährungskurs bei mei-*

ner Krankenkasse angemeldet, wo mir und meinen Kurskollegen dann alles theoretisch und praktisch beigebracht wurde – vom Aussuchen der Lebensmittel, über mögliche Kombinationen bis hin zum Kochen der Mahlzeiten.“

- Im Rahmen anderer Lernorte wie im Freizeitbereich wird durch Sammeln von Erfahrungen und Anwenden von Wissen maßgeblich Einfluss auf die persönliche Entwicklung gesundheitsorientierter Kompetenzen genommen (O-Ton eines Unternehmensberaters): *„Ich war selbst jahrelang Leistungssportler und im Sportverein. In der Zeit habe ich einiges über Ernährung und natürlich über Bewegungsabläufe, Trainingsintensitäten, etc. gelernt. Heute trainiere ich zwar nicht mehr auf Leistung, gehe aber immer noch regelmäßig joggen, schwimmen oder radfahren.“*
- Gerade Initialwirkungen für sicherheits- und gesundheitsorientiertes Verhalten werden kaum an Lernorten des Aus- und Weiterbildungsbereichs erreicht. Im Gegensatz zu non-formalen Lernprozessen liegt das Dilemma formalisierter Lernwege insbesondere darin, dass „Frontalinstruktion“ über die Abstraktion zwar der Verobjektivierung, Kommunikation und damit Vermittelbarkeit dient, aber eben nicht mit der Realität verwechselt werden darf (O-Ton eines Unternehmensberaters): *„Sicherlich hat man schon einiges über Sicherheit und Gesundheitsförderung gehört. Man denke doch nur mal an den Erste-Hilfe-Kurs, den man für den Führerschein absolvieren musste. Aber wer kann denn schon von sich behaupten, dass man das Gehörte noch drauf hat. Das ging doch da rein und da wieder raus.“* Auch die Aussage eines Mediziners unterstützt dies (O-Ton): *„Sicherlich müsste ich aufgrund meiner Ausbildung wissen, dass Rauchen ungesund ist. Aber so einfach ist das ja nicht, wenn man damit anfängt. Die Entscheidung wird ja nicht vom Kopf her getroffen, und sie sehen ja, ich rauche trotzdem.“*

Kreuzt man die Ergebnisse der Fallstudien zu gesundheitsbezogenen Lernorten mit den Kompetenzelementen und verdichtet die Ergebnisse²⁹ exemplarisch in Matrices,³⁰ lässt sich die Bedeutung von Kompetenzquellen präzisieren. Dabei werden zwischen den untersuchten Berufsfeldern Unternehmensberatung und Gesundheitswesen Gemeinsamkeiten aber auch Unterschiede deutlich.

²⁹ Die im Folgenden vorgenommenen Gewichtungen zu den Kompetenzquellen beruhen *nicht* ausschließlich auf den zuvor angeführten O-Tönen der Befragten, sondern bilden die Gesamtheit der in den Fallstudien erhobenen Informationen ab.

³⁰ Aufgrund der geringen Anzahl an Fallstudien innerhalb dieses Forschungsvorhabens können die im Folgenden dargestellten Matrices mit der Zuordnung von Quellen individueller Gesundheitskompetenz nur exemplifizierenden Charakter haben.

5.2.1 Exemplifizierung von Quellen der individuellen Gesundheitskompetenz im Berufsbereich „Unternehmensberatung“

Für den Aufbau der individuellen Gesundheitskompetenz ergibt sich aus der Zuordnung der Lernorte mit den Kompetenzelementen für den Berufszweig der Unternehmensberatung folgendes überblickartiges Bild:

- Nach den Angaben der Befragten sind die Kompetenzelemente ‚implizites Wissen‘, und ‚Handlungsbereitschaft‘ für sicherheits- und gesundheitsorientiertes Handeln dominant verhaltensbestimmend. Der Aufbau sicherheits- und gesundheitsbezogener Kompetenzen wird dabei in entscheidendem Maße über die persönlichen, privaten Lebensumstände der befragten Personen gesteuert. Insbesondere die Herkunfts- und Gegenwartsfamilie sowie der Freizeit-Bereich haben eine vor- bzw. mitentscheidende Rolle für aktuelles „Gesundheitsverhalten“ aber auch entsprechende Verhaltensänderungen.
- In geringerem Ausmaß werden in der Wahrnehmung der Befragten das implizite Wissen sowie die Handlungsbereitschaft über die Lehr- und Lernarrangements von Kindergarten und Schule adressiert.³¹
- Der Lernort Aus- und Weiterbildung erweist sich als Kompetenzquelle bei den Gesprächspartnern als nahezu unbedeutend. Einerseits erreichen bestehende Angebote diese Zielgruppe kaum und andererseits wird den Angeboten geringer Einfluss auf die dominant verhaltensbestimmenden Kompetenzelemente beigemessen.
- Ein ähnliches Bild wie für den Lernort der Aus- und Weiterbildung zeigt die Zuordnung der verschiedenen Kompetenzelemente für den Lernort Beruf. Während das Potential gerade dieses Lernorts für die berufliche Kompetenzentwicklung unumstritten ist (vgl. BAETHGE und BAETHGE-KINSKY, 2002), findet ein gesundheitsbezogener Kompetenzerwerb im Prozess der Arbeit kaum statt. In einem Berufsfeld, das in hohem Maße von der Auflösung zeitlicher und räumlicher Grenzen zwischen Erwerbsarbeit und Freizeit und zunehmenden Individualisierungsprozessen gekennzeichnet ist (vgl. KRIEGESMANN, 2003c), läuft die Berücksichtigung klassischer gesundheitsorientierter Aspekte als Teil der Arbeitsorganisation ins Leere (vgl. HIRSCHFELD, 2003).

³¹ Methodisch muss in diesem Zusammenhang berücksichtigt werden, dass sich die getroffenen Aussagen der Gesprächspartner zu den Lernorten Kindergarten bzw. Schule auf einen Zeitraum beziehen, der zum Teil schon mehrere Jahrzehnte zurückliegt. Verschiedentlich werden in der aktuellen wissenschaftlichen Literatur aber lernpädagogische Mängel im Zusammenhang mit Gesundheitskompetenz belegt (vgl. u.a. PAULUS, 2003; SCHNEIDER, 1993b).

			Lernorte					
			Herkunfts- familie	Kindergarten/ Schule	Aus- und Wei- terbildung	Beruf	Gegenwarts- familie	Freizeit
Kompetenzelemente	Handlungsfähigkeit	Explizites Wissen	•	●	•	•	●	●
		Implizites Wissen	●	•	•	•	●	●
		Fertigkeiten	●	•	•	•	●	●
	Handlungs- bereitschaft	●	•	•	•	●	●	

Legende: ● / ● / • = große / mittlere / geringe Bedeutung des Lernortes für die Kompetenzentwicklung

Abb. 5.3 Exemplifizierung von Quellen individueller Gesundheitskompetenz im Berufsfeld „Unternehmensberatung“

5.2.2 Exemplifizierung von Quellen der individuellen Gesundheitskompetenz im Berufsbereich „Gesundheitswesen“

In weiten Teilen der Kompetenzmatrix für den Gesundheitsbereich ergibt sich aus der Zuordnung von Lernorten und Kompetenzelementen ein vergleichbares Bild wie für den Consultingbereich:

- Wesentliche Impulse für die gesundheitsorientierte Kompetenzentwicklung gehen von der Familienbiographie und dem sozialen Bezugssystem (Freizeit) der Befragten aus. In diesen informellen Lernumgebungen werden in besonderer Weise der Aufbau von implizitem Wissen und Fertigkeiten angesteuert und Grundlagen für die eigene Handlungsbereitschaft gelegt.
- Ebenso wie in den Fallstudien aus dem Unternehmensberatungsbereich messen die Befragten aus dem Gesundheitsbereich aus heutiger Perspektive dem Lernort Kindergarten/Schule eine vergleichsweise untergeordnete Rolle für die eigene Gesundheitskompetenz bei.³²

³² An dieser Stelle muss dieselbe methodische Einschränkung für den Kompetenzerwerb am Lernort Kindergarten/Schule vollzogen werden wie schon zuvor bei den Befragten aus dem Berufsfeld „Unternehmensberatung“.

- Bedingt durch das berufliche Tätigkeitsprofil zeigt sich für die im Gesundheitswesen Beschäftigten - im Gegensatz zu den Unternehmensberatern - ein hoher expliziter Wissenserwerb über die Lernorte Aus- und Weiterbildung sowie Beruf. Während die Wissensvermittlung dabei durchaus ihren Niederschlag in der strikten Einhaltung von Sicherheitsaspekten im Prozess der Arbeit (z.B. durch das Anziehen von Schutzhandschuhen oder den Gebrauch von Desinfektionsmitteln) findet,³³ haben die beiden Lernorte nur einen marginalen Einfluss auf das eigene Gesundheitsverhalten. Exemplarisch konnten sogar ausgeprägte „Verhaltensbrüche“ festgestellt werden, d.h., es besteht ein starkes Auseinanderdriften zwischen dem expliziten Wissen und dem eigenen Verhalten.³⁴

			Lernorte					
			Herkunfts-familie	Kindergarten/Schule	Aus- und Weiterbildung	Beruf	Gegenwarts-familie	Freizeit
Kompetenzelemente	Handlungsfähigkeit	Explizites Wissen	•	•	●	●	•	•
		Implizites Wissen	●	•	•	•	●	●
		Fertigkeiten	●	•	•	•	●	●
	Handlungsbereitschaft	●	•	•	•	●	●	

Legende: ● / ● / • = große / mittlere / geringe Bedeutung des Lernortes für die Kompetenzentwicklung

Abb. 5.4 Exemplifizierung von Quellen individueller Gesundheitskompetenz im Berufsfeld „Gesundheitswesen“

³³ Das diesbezügliche Wissen ist schon während der medizinischen Ausbildung vermittelt worden und wird durch Seminare und Schulungen im Verlauf der Erwerbsbiographie „immer wieder aufgefrischt“. Das tätigkeitsbezogene Sicherheitshandeln ist in Alltagsroutinen übergegangen und zeichnet sich durch eine stark ausgeprägte Handlungsbereitschaft aus. Diese basiert im Besonderen darauf, dass man aufgrund des eigenen Fachwissens „das Risiko nicht eingehaltener Sicherheitsvorschriften für sich selbst und für die Patienten kurzfristig überschauen kann“. Hinzu kommen disziplinarrechtliche Konsequenzen im Falle einer Nichtbeachtung.

³⁴ Für den Lernort Beruf deuten einige Anzeichen zudem darauf hin, dass die Einbindung der Individuen in den technisch-organisatorischen Kontext ihrer jeweiligen Arbeitssysteme vorhandenes explizites Wissen konterkariert.

5.2.3 Hinweise auf „dominante“ Quellen der individuellen Gesundheitskompetenz

Bündelt man die empirischen Befunde, ergeben sich Schwerpunkte in der Bedeutung einzelner Lernorte für die Entwicklung der dominant verhaltensbestimmenden Kompetenzelemente. Die Einzelaussagen weisen dabei darauf hin, dass der Aufbau individueller Gesundheitskompetenz nicht kontinuierlich oder linear sequentiell verläuft. Vielmehr ergeben sich an „markanten Wegpunkten“ innerhalb einer Biographie besondere Effekte für individuelle Lernprozesse.

- Lernorte, die im privaten Umfeld von Individuen angesiedelt sind (Herkunfts- bzw. Gegenwartsfamilie und Freizeit), erweisen sich berufsfeldübergreifend als besonders effektiv bei der Adressierung der dominant verhaltensbestimmenden Kompetenzelemente implizites Wissen und Handlungsbereitschaft. Diese Ergebnisse decken sich weitgehend mit Befunden aus dem Bereich der modernen Gesundheitsförderung sowie der Lebensstil-Forschung. Die Entwicklung der individuellen Gesundheitskompetenz ist demnach in einem Kontext zu verorten, in dem vor allem die emotionale Verhaltenskomponente der Betroffenen sowie die Einbettung in den jeweiligen Lebensstil eine wichtige Rolle spielt (vgl. TROJAN und LEGEWIE, 2000; SCHNEIDER, 1993a).
- Die Lernorte Kindergarten und Schule weisen – aus der Retrospektive von Beschäftigten beider Untersuchungsfelder – deutliche Lücken auf, wenn es darum geht, durch die verschiedenen gesundheitsorientierten Maßnahmen nachhaltig auf die Handlungsbereitschaft bei Kindern und Jugendlichen Einfluss zu nehmen. Der aufklärerische Impetus ‚hinterlässt‘ kaum verhaltensrelevante Kompetenzen (vgl. SCHWARZER und BUCHWALD, 2002; SEEGER, 1998; SCHNEIDER, 1993a).
- Berufsbezogene Lernorte („Beruf“ und „Aus- und Weiterbildung“) leisten für die gesundheitsbezogene Kompetenzentwicklung von Individuen beider Berufsgruppen nur einen untergeordneten Beitrag. Nachhaltig auf die eigene Gesundheit Einfluss nehmende Kompetenzelemente werden sowohl in der Unternehmensberatung als auch im Gesundheitswesen nur in geringem Maße adressiert. Gerade für den Lernort „Beruf“ werden damit Chancen für eine gesundheitsorientierte Kompetenzentwicklung vergeben, da sich das Lernen in der Arbeit als besonders effektiv für den Aufbau impliziten Wissens – also der für die individuelle Gesundheitskompetenz besonders bedeutsamen Kompetenzelemente – erweist (vgl. BERGMANN, 1996; STAUDT und KRIEGESMANN, 2002b; KRIEGESMANN et al., 2002).

Verdichtet man die skizzierten Zusammenhänge zu den gesundheitsbezogenen Kompetenzquellen aus der individuellen Perspektive, wird nicht nur die besondere Bedeutung von Lernorten im privaten bzw. familiären Bereich für Gesundheitskompetenzen deutlich, sondern es ergeben sich auch eine Reihe von Hinweisen auf gravierende Defizite bzw. Lücken beim Aufbau bzw. der Erhaltung derartiger Kompetenzbestände.

6 Maßnahmen zur Förderung sicherheits- und gesundheitsorientierten Verhaltens

Will man diese aus der individuellen Perspektive gewonnenen Hinweise weiter fundieren, erscheint es notwendig, sich detaillierter mit den bestehenden Angeboten im Bereich des Sicherheits- und Gesundheitsschutzes auseinander zu setzen. Angesichts der unübersichtlichen Komplexität unterschiedlicher Lernorte und dahinterstehender Akteure werden dazu die Angebote verschiedener etablierter Akteure³⁵ des Sicherheits- und Gesundheitsschutzes dahingehend gesichtet und strukturiert,

- welche Lernorte der jeweilige Akteur (bzw. die jeweilige Akteursgruppe) mit Angeboten zur Kompetenzentwicklung im Bereich von Sicherheit und Gesundheit adressiert und wie diese Angebote schwerpunktmäßig auf die einzelnen Lernorte verteilt sind sowie
- auf welche Kompetenzelemente die angebotenen Maßnahmen, Medien, etc. im Schwerpunkt wirken.

Durchgeführt wurde diese Analyse auf der Basis halbstandardisierter Interviews³⁶ mit Experten verschiedener etablierter Akteure aus dem Bereich von Sicherheit und Gesundheit.³⁷

³⁵ Der vorliegende Bericht fokussiert lediglich exemplarisch auf das Angebot ausgewählter etablierter Akteure im Bereich von Sicherheit und Gesundheit, um in Form einer Selbsteinschätzung Schwerpunktbereiche des bestehenden Leistungsangebotes mit der individuellen Perspektive konfrontieren zu können. Eine eingehende Betrachtung des Angebots weiterer etablierter und neuer Akteure hätte den Rahmen dieses Projekts überschritten.

³⁶ Ansprechpartner waren Experten aus den Feldern Sicherheit, Gesundheit und Prävention, die zumeist den Hauptverbänden der jeweiligen Akteure bzw. Akteursgruppen angehören. Zum Zwecke der Vergleichbarkeit der Informationen wurde dabei ein vorab festgelegtes Fragenschema gewählt. Dabei wurden sowohl die adressierten Lernorte als auch Informationen zum Inhalt der Angebote erfragt.

³⁷ An dieser Stelle sei den befragten Expertinnen und Experten vom Bundesverband der Unfallkassen (BUK), von der Berufsgenossenschaftlichen Zentrale für Sicherheit und Gesundheit (BGZ), vom BKK Bundesverband, von der Landesanstalt für Arbeitsschutz des Landes NRW (LAfA), von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA), vom DGB Bildungswerk e.V. sowie von der Bundesvereinigung der Deutschen Arbeitgeberverbände e.V. herzlich für ihre Mithilfe gedankt.

6.1 (Angebots-)Schwerpunkte bei der Entwicklung von Gesundheitskompetenzen nach Lernorten

Stellt man die Ergebnisse der Fallstudien den Ergebnissen der Expertenbefragung³⁸ gegenüber, wird deutlich, dass zwischen der individuellen Einschätzung von Kompetenzquellen und den durch Angebote etablierter Akteure im Bereich von Sicherheit und Gesundheitsschutz schwerpunktmäßig adressierten Lernorten ein gravierendes Missverhältnis existiert. Während die Befragten aus den Berufsfeldern „Unternehmensberatung“ und „Gesundheitswesen“ die Bedeutung der Lernorte „Herkunfts- und Gegenwartsfamilie“ sowie „Freizeit“ für die Entwicklung ihrer individuellen Gesundheitskompetenz hervorheben, zeigt die Angebotsseite – vertreten durch die befragten etablierten Akteure – eine starke Fokussierung auf die Lernorte „Aus- und Weiterbildung“ sowie „Beruf“. Betrachtet man das bestehende Angebot, liegt der Schwerpunkt der angebotenen Maßnahmen, Medien, etc. auf den Lernorten, die nur in begrenztem Umfang die individuelle Gesundheitskompetenz prägen.

Ordnet man die Angebote der befragten Akteure³⁹ den Elementen der individuellen Gesundheitskompetenz zu, die die einzelnen Akteure mit ihrem Angebot vornehmlich ansteuern, zeigt sich zudem eine Schwerpunktsetzung im Bereich der expliziten Wissensvermittlung:

- Die *Unfallkassen* als Unfallversicherungsträger der öffentlichen Hand decken mit ihrem Angebot im Bereich von Sicherheit und Gesundheit ein vergleichsweise breites Spektrum an Lernorten ab. Insbesondere adressiert diese Akteursgruppe mit einem verhältnismäßig großen Angebot den Lernort Kindergarten/Schule, wobei einzelne Maßnahmen als potentiell geeignet angesehen werden, Transferwirkungen⁴⁰ auf den Lernort Herkunftsfamilie zu erzielen. Inhaltlich deutet die Auswertung der Leistungsangebote allerdings darauf hin, dass die Vermittlung expliziten Wissens (z.B. durch Seminare, Vorträge, Faltblätter/Broschüren) im Vordergrund steht. Einige erfahrungsbasierte Ansätze (z.B. Workshops zur „Deeskalati-

³⁸ Die Informationen aus den Expertengesprächen zu adressierten Lernorten und zu Angebotsinhalten können lediglich als sehr grobe Bewertung betrachtet werden. Aufgrund der Vielfalt des Angebots einzelner Akteursgruppen ist es selbst Experten nur bedingt möglich, das jeweilige Gesamtangebot zu überblicken.

³⁹ Als Basis dienen hierfür wiederum die Aussagen der Experten zu adressierten Lernorten sowie darüber hinaus zu Inhalten des jeweiligen Angebots. Die Einschätzung zum Inhalt der Angebote durch die Experten erfolgte auf Grundlage einer festgelegten Auswahl von Angebotskategorien - diese umfassten im Einzelnen: Seminare, Kurse/Workshops, Vorträge, Beratung, Arbeitsplatz-/Betriebsbegehungen, Gesundheitszirkel, betriebliche Gesundheitsförderung, Faltblätter/Broschüren, Plakate/Info-Ausstellungen sowie Sonstiges. Ausgehend von den ausgewählten Angebotskategorien, die die Experten zudem beispielhaft erläuterten, wurde anschließend eine detailliertere Analyse im Hinblick auf die potentiell durch die jeweiligen Maßnahmen angesteuerten Kompetenzelemente durchgeführt.

⁴⁰ Unter Transferwirkungen werden hier Auswirkungen von Maßnahmen verstanden, die zwar bspw. am Lernort Kindergarten/Schule stattfinden, aber unter Umständen den Lernort Herkunftsfamilie beeinflussen. Solche Transferwirkungen können bspw. auftreten, wenn Kinder sich im Kindergarten spielerisch mit Themen zu Sicherheit und Gesundheit befassen und diese Inhalte in ihre eigene Familie – also an den Lernort Herkunftsfamilie – weitertragen.

on bei Gewaltübergriffen im Gesundheitswesen“, Gesundheitszirkel) ermöglichen darüber hinaus auch den Aufbau von implizitem Wissen bzw. Fertigkeiten.

- Das Angebot der *Berufsgenossenschaften* als Träger der gesetzlichen Unfallversicherung im nicht-öffentlichen Bereich lässt ein ähnlich breites Spektrum an adressierten Lernorten erkennen. Auch hier wird der Lernort Kindergarten/Schule, wenn auch mit einem vergleichsweise geringen Angebot, ‚angegangen‘. Transferwirkungen aus den Lernorten Aus- und Weiterbildung sowie Beruf in andere Lernbereiche können dabei erwartet werden. So ist davon auszugehen, dass bspw. einzelne Maßnahmen, die an Unternehmer und deren (Ehe-)Partner gerichtet sind, indirekt am Lernort Gegenwartsfamilie wirken. Inhaltlich deutet die Auswertung des Angebots jedoch auch hier auf einen Schwerpunkt im Bereich expliziter Wissensvermittlung hin. Daneben finden sich begrenzt Hinweise auf einzelne erfahrungsbasierte Angebote (z.B. „Gabelstaplertraining“, betriebliche Gesundheitsförderung).
- Die *gesetzlichen Krankenkassen* als Träger der gesetzlichen Krankenversicherung setzen mit ihrem Angebot massiv am Lernort Freizeit an. Lebensstilbezogene Themengebiete wie Bewegung, Ernährung, Stress sowie Suchtverhalten (z.B. primärpräventive Kurse zu „Aquafitness“, „Vollwerternährung“, „Qi Gong“ oder „Raucherentwöhnung“) gehen sie dabei mit erfahrungsorientierten Konzepten an (bspw. Erlernen und Trainieren von gymnastischen Übungen in einem 10-wöchigen Kurs „Wirbelsäulengymnastik“), wodurch der Aufbau von implizitem Wissen bzw. Fertigkeiten ermöglicht wird. Inhaltlich deutet das Gesamtangebot dieser Akteursgruppe darauf hin, dass sowohl die Vermittlung expliziten Wissens (z.B. über Broschüren, Vorträge) als auch der Aufbau von implizitem Wissen bzw. Fertigkeiten (z.B. im Rahmen von betrieblicher Gesundheitsförderung, primärpräventiven Kursen) adressiert wird.
- Das Angebot der *staatlichen Ämter für Arbeitsschutz / Gewerbeaufsichtsämter* als Arbeitsschutzaufsicht der Länder beschränkt sich – aufgrund ihres gesetzlichen Auftrages – weitgehend auf die Lernorte Aus- und Weiterbildung sowie Beruf. Inhaltlich deutet die Auswertung der Angebotskategorien auf die schwerpunktmäßige Vermittlung expliziten Wissens in Form von Seminaren/Workshops, Vorträgen, Faltblättern/Broschüren, etc. hin.
- Die *Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA)* als Behörde des Bundesministeriums für Wirtschaft und Arbeit (BMWA) adressiert mit ihrem Angebot im Bereich von Sicherheit und Gesundheit unterschiedliche Lernorte. Durch die erfahrungsbasierte Ausgestaltung von Teilen des Angebots an den Lernorten Freizeit, Herkunfts- und Gegenwartsfamilie sowie Kindergarten/Schule (z.B. spezielle Aktionen für Kinder im Rahmen der deutschen Arbeitsschutzausstellung DASA) wird der Aufbau von implizitem Wissen bzw. Fertigkeiten ermöglicht. Inhaltlich deutet die Auswertung des Gesamtangebots jedoch – trotz dieser Hinweise auf erfahrungsbasierte Maßnahmen – auf einen Schwerpunkt im Bereich expliziter Wissensvermittlung hin.

		LERNORTE					
		Herkunfts- familie	Kindergarten/ Schule	Aus- und Weiterbildung	Beruf	Gegenwarts- familie	Freizeit
AKTEURE	Unfallkassen	• ⁴¹	●	●	●		• ⁴²
	Berufsgenossen- schaften		•	●	●	• ⁴³	• ⁴⁴
	Gesetzliche Kran- kenkassen	•	•	●	●	•	●
	Staatliche Ämter für Arbeitsschutz/ Gewerbeaufsichts- ämter			●	●		
	BAuA	•	●	●	●	•	•
	Gewerkschaften			●	●		•
	Arbeitgeber- verbände			●	●		

Legende: ● / ● / • = großes / mittleres / geringes Angebot (bezogen auf das Gesamtangebot des entsprechenden Akteurs) am jeweiligen Lernort

Abb. 6.1 Exemplarischer Überblick zum Angebot etablierter Akteure an den verschiedenen Lernorten

⁴¹ Am Lernort Herkunftsfamilie wird hier von einer indirekten Transferwirkung durch Angebote am Lernort Kindergarten/Schule ausgegangen.

⁴² Am Lernort Familie wird hier ebenfalls eine indirekte Transferwirkung durch Angebote an den Lernorten Aus- und Weiterbildung bzw. Beruf vermutet.

⁴³ Beispielhaft für solche Maßnahmen der Berufsgenossenschaften, die am Lernort Gegenwartsfamilie wirken, sind Veranstaltungen für Kleinunternehmer, zu denen auch die (Ehe-) Partner eingeladen werden.

⁴⁴ Der Lernort Freizeit wird hier hauptsächlich für die Zielgruppe der Jugendlichen als Zugang gewählt (freizeitorientierte Veranstaltungen speziell auf Jugendliche zugeschnitten).

- Die *Gewerkschaften* als Interessenvertretungen von Arbeitnehmern sind mit ihrem Angebot zu Sicherheit und Gesundheit an insgesamt drei Lernorten aktiv, wobei der Schwerpunkt des Angebots an den Lernorten Aus- und Weiterbildung sowie Beruf liegt. Darüber hinaus wird – wenn auch mit einem vergleichsweise geringen Angebot – der Lernort Freizeit adressiert. Inhaltlich deutet die Auswertung des Gesamtangebots dieser Akteursgruppe darauf hin, dass die Vermittlung expliziten Wissens (z.B. durch Seminare, Vorträge, Broschüren) im Vordergrund steht.
- Das Angebot der *Arbeitgeberverbände* als Interessenvertretungen von Unternehmen beschränkt sich auf die Lernorte Aus- und Weiterbildung sowie Beruf. Inhaltlich liegt der Schwerpunkt auf der Vermittlung expliziten Wissens im Rahmen von Tagungen, Vorträgen, über Faltblätter/Broschüren, etc.

		KOMPETENZELEMENTE			
		Handlungsfähigkeit			Handlungsbereitschaft
		Explizites Wissen	Implizites Wissen	Fertigkeiten	
AKTEURE	Unfallkassen	●	•	•	•
	Berufsgenossenschaften	●	•	•	•
	Gesetzliche Krankenkassen	●	●	•	•
	Staatliche Ämter für Arbeitsschutz/ Gewerbeaufsichts-Ämter	●			
	BAuA	●	•	•	•
	Gewerkschaften	●	•	•	•
	Arbeitgeberverbände	●			

Legende: ● / ● / • = starke / mittlere / geringe Adressierung einzelner Kompetenzelemente durch das Angebot des jeweiligen Akteurs

Abb. 6.2 Exemplarischer Überblick zur Adressierung von Elementen individueller Gesundheitskompetenz durch das Angebot etablierter Akteure im Bereich von Sicherheits- und Gesundheitsschutz

Konfrontiert man die Auswertung der bestehenden Angebote im Bereich von Sicherheits- und Gesundheitsschutz mit der Bedeutung einzelner Kompetenzelemente, zeigt sich eine Schiefelage. Während auf Basis der Fallstudien die Kompetenzelemente implizites Wissen und Handlungsbereitschaft als dominant das Gesundheitsverhalten bestimmend identifiziert wurden, konzentrieren sich die Leistungsangebote etablierter Akteure vorrangig auf die Vermittlung expliziten Wissens. Die im Kern verhaltensbestimmenden Kompetenzelemente werden dagegen mit einem geringeren Professionalisierungsgrad angesteuert. Insgesamt dominieren dabei Ansätze, die sich auf Risiken bzw. Belastungen aus aktuellen Aufgaben fokussieren, während Angebote für einen potentialorientierten Ressourcenaufbau nur begrenzt umgesetzt werden. Insbesondere Maßnahmen zur besseren Abstimmung von Arbeit und Freizeit bzw. zur Neuordnung der individuellen Lebensführung mit den Bedingungen einer geänderten Arbeitswelt finden kaum statt.

6.2 Neue Impulse zum Aufbau und zur Erhaltung von Gesundheitskompetenzen

Die Auswertung der Expertengespräche signalisiert damit, dass sowohl in Bezug auf die adressierten Lernorte als auch im Hinblick auf die angesteuerten Kompetenzelemente deutliche „weiße Flecken“ im Maßnahmenspektrum etablierter Akteure des Sicherheits- und Gesundheitsschutzsystems existieren. Vor diesem Hintergrund experimentieren verschiedene Akteure seit einiger Zeit im Rahmen von neueren Ansätzen bzw. Modellprojekten mit Maßnahmen(typen), die verstärkt an den ausgemachten Schwachstellen ansetzen. Als Orientierungsrahmen werden im Folgenden einige dieser Bemühungen exemplarisch angeführt:

- **Projekt „The Safe Family / Die sicheren Vier“ – Kindergartenkinder erfahren spielerisch Sicherheit und Gesundheit.**⁴⁵ Der Ansatz beeinflusst durch die Präsenz des Themas Sicherheit und Gesundheit bereits im Kindergartenalter
 - die Gefahrenwahrnehmung der beteiligten Kinder,
 - ihr Präventionsverständnis und Handlungsrepertoire zur Vermeidung von Gefahren für ein nachhaltigeres Verhalten im weiteren Lebensverlauf inklusive des Berufslebens und

⁴⁵ Es handelt sich hierbei um ein Projekt im Rahmen der „Initiative Neue Qualität der Arbeit“ (INQA) zum Themenschwerpunkt „Lebenslanges Lernen“. Als Kooperationspartner zur Förderung des Projekts „Die sicheren Vier“ haben sich die Bau-BG Rheinland und Westfalen, der Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, der Bundesverband der Unfallkassen, die Aktion „Das Sichere Haus“ (Deutsches Kuratorium für Sicherheit in Heim und Freizeit), die RWE AG sowie das Bundesministerium für Wirtschaft und Arbeit zusammengeschlossen (vgl. GROSSE-JÄGER et al., 2003; STROBEL et al., 2000).

- beabsichtigt über die direkte Sensibilisierung der an den Projektaktionen beteiligten Kinder auch indirekt die Eltern und Geschwister dieser Kinder zu sicherheitsgerechtem Verhalten zu motivieren (Multiplikator- bzw. Transferwirkung).

Ziel ist es, Kindern auf spielerische Art den Aufbau von impliziten (erfahrungs-basierten) Wissensbeständen im Bereich von Sicherheit und Gesundheit zu ermöglichen. Gleichzeitig soll über Multiplikatorwirkungen der Lernort Herkunftsfamilie adressiert werden, der im Vergleich zu anderen, formalisierten Lernorten eher schwer erreichbar ist. Erste positive Ergebnisse der Erprobung des Konzeptes (in zehn Kindergärten und Vorschulen aus sieben europäischen Ländern) signalisieren, „dass die Spielaktionen tatsächlich eine aktive Auseinandersetzung der ganzen Familie mit dem Thema Sicherheit und Gesundheit fördern“ (vgl. GROSSE-JÄGER et al., 2003).

- **Gesundheitsfördernde Maßnahmen** der Berufsgenossenschaften **für selbstständige Unternehmer kleiner und mittelständischer Betriebe**, die deren familiäres Umfeld (v.a. die, im Übrigen häufig mitarbeitenden, (Ehe-)Partner) mit einbeziehen.⁴⁶ Auf diese Weise soll über den formalisierten Lernort Aus- und Weiterbildung bzw. Beruf der nicht-formalisierte Lernort Gegenwartsfamilie adressiert werden.
- Das Angebot verschiedener gesetzlicher Krankenkassen
 - im Bereich Primärprävention: Auf der Grundlage des §20 des Sozialgesetzbuches (SGB) V zu „Prävention und Selbsthilfe“⁴⁷ bieten die gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland zahlreiche **primärpräventive Maßnahmen zur Gesundheitsförderung** an, insbesondere zu den gesundheitsorientierten Themenkomplexen wie bspw. Bewegung, Ernährung, Umgang mit Stress(potentialen), Umgang mit Genuss- und Suchtmitteln etc.⁴⁸ Dabei handelt es sich um gezielte präventive Angebote am Lernort Freizeit, die den Erwerb impliziten Wissens als wichtige Basis für eine gesundheitsförderliche Lebensführung ermöglichen sollen, aber auch – durch die freiwillige Teilnahme – Eigeninitiative der Teilnehmer voraussetzen.

⁴⁶ Beispielsweise lädt die Maschinenbau- und Metallberufsgenossenschaft (in Zusammenarbeit mit anderen Partnern) „Unternehmer/-innen von kleinen und mittleren Unternehmen“ sowie deren „Ehefrauen/-männer und Partner/-innen“ im September dieses Jahres zu einer Fachtagung zum Thema Arbeitsschutz ein (vgl. http://www.mmbg.de/PRESSE/FACHTAGUNG/fachtagung_s.html [13.08.2004]).

⁴⁷ „Die Krankenkasse soll in der Satzung Leistungen zur primären Prävention vorsehen ...“ Vgl. Sozialgesetzbuch (SGB) V, § 20 "Prävention und Selbsthilfe", Absatz 1.

⁴⁸ Bezeichnenderweise werden diese Angebote von den GKV-Versicherten jedoch sehr schlecht angenommen, obwohl sie häufig erfahrungsbasiert konzipiert sind: im Jahr 2002 nahmen nur 0,5% aller GKV-Versicherten an primärpräventiven Kursen teil, von diesen Teilnehmern waren etwa drei Viertel Frauen (vgl. ARBEITSGEMEINSCHAFT DER SPITZENVERBÄNDE DER KRANKENKASSEN, 2002).

- im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung: So bieten verschiedenen BKK seit 2003 ein **Bonusmodell** mit finanziellen Anreizen **für Unternehmen an, die sich verstärkt in der betrieblichen Gesundheitsförderung engagieren**. Dabei erhalten Unternehmen einen gestaffelten Bonus, wenn bestimmte Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung (Arbeitskreis Gesundheit, Gesundheitsbericht, Nichtraucherregelung etc.) nachweisbar durchgeführt werden.⁴⁹
- **Die Deutsche Arbeitsschutzausstellung (DASA)**, eingebunden in die Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (BAuA). Diese „Ausstellung mit hohem Freizeitwert“ beschäftigt sich mit dem Arbeitsschutz im weitesten Sinne und nutzt „Vermittlungsmethoden, die mit dem Verstand zugleich das Gefühl und die Gesamtheit der Sinne ansprechen“.⁵⁰ Mit speziellen Programmen für Erwachsene, Jugendliche und Kinder werden mit diesem Konzept sowohl die Lernorte Herkunfts- und Gegenwartsfamilie als auch Freizeit adressiert, so dass der Aufbau von implizitem Wissen bzw. Fertigkeiten über erfahrungsbasiertes Lernen potentiell ermöglicht wird. Die Besucherzahlen von durchschnittlich 750 Besuchern pro Tag (2002)⁵¹ sprechen dafür, dass mit derartigen Angeboten virulente Kompetenzentwicklungsbedarfe auf individueller Ebene auf breiter Ebene adressiert werden können.

Diese vielversprechenden, hier nicht ansatzweise abschließend dargestellten Ansätze, sollten jedoch nicht dazu (ver-)führen, die augenscheinlichen Schwächen etablierter Akteure bei der Unterstützung von Kompetenzentwicklungsprozessen im Bereich von Sicherheit und Gesundheit zu ignorieren, da

- die Angebotsschwerpunkte mit der Fokussierung auf die Lernorte „Aus- und Weiterbildung“ sowie „Beruf“ die im Hinblick auf das Entstehen individueller Gesundheitskompetenz entscheidenden Lernorte (Herkunfts- und Gegenwartsfamilie sowie Freizeit) grob vernachlässigen,
- die Wirkung vieler Angebote in Frage gestellt werden muss, weil über die verschiedenen Lernorte hinweg schwerpunktmäßig explizites Wissen vermittelt wird, während die als dominant verhaltensbestimmend identifizierten Elemente individueller Gesundheitskompetenz – implizites Wissen sowie Handlungsbereitschaft – kaum eine Rolle spielen und
- eine risikoorientierte Ausrichtung auf aktuelle Belastungen dominiert, während dem Ressourcenaufbau für nachhaltige Employability eine untergeordnete Bedeutung zukommt.

⁴⁹ Auskunft durch den BKK Bundesverband.

⁵⁰ Vgl. <http://www.baua.de/dasa/willkommen.htm> [08.07.2004]

⁵¹ Vgl. http://www.baua.de/news/archiv/pm_03/pm78_03.htm [08.07.2004]

7 Zusammenfassung: Defizite und „weiße Flecken“ beim Aufbau und Erhalt einer nachhaltigen Employability

Nur auf den ersten Blick mag es überflüssig erscheinen, die Bedeutung von Gesundheitskompetenzen immer wieder hervorzuheben. Dass die eigene Gesundheit ein hohes, wenn nicht das höchste Gut darstellt, wird niemand ernsthaft bestreiten. Dass Gesundheit aber auch die Voraussetzung für eine nachhaltige Employability darstellt, wird im Zusammenhang einer sich dynamisch wandelnden Arbeits- und Lebenswelt allerdings viel zu selten thematisiert. Aktuelle Debatten um Employability und lebenslanges Lernen begrenzen sich auf die Kompetenz, berufliche Aufgaben mit ihren „fachlichen“ Anforderungen bewältigen zu können. Aber nur wer gesund ist, verfügt über die Voraussetzungen, diese Employability im engeren Sinne dauerhaft umzusetzen.

Insbesondere angesichts der Veränderungen in der Arbeitswelt mit Flexibilisierungstendenzen, geänderten Erwerbsbiographien etc. rückt daher der Umgang mit der eigenen Gesundheit zunehmend in den Vordergrund. Damit wird gleichzeitig der dominant risikoorientierte Fokus der Gesundheitspolitik um Facetten eines gesundheitsorientierten Selbstmanagements erweitert. Letztlich geht es aus individueller, aber auch betrieblicher Perspektive um Aufbau, Erhalt und Weiterentwicklung von Kompetenzen,

- mit Risiken und Belastungen aus aktuellen Aufgabenbezügen umzugehen, um Gesundheitsschäden zu vermeiden, und
- mit Ressourcen als Puffer für zukünftige, noch nicht absehbare Belastungen aus geänderten Arbeitsbedingungen „hauszuhalten.“

Versuche, diese Kompetenz über klassische Lehrarrangements vermitteln zu wollen, müssen jedoch scheitern. Die individuelle Gesundheitskompetenz ist ein vielschichtiges Konstrukt, das vor dem Hintergrund aktuell bestehender Ressourcen

- auf der Handlungsfähigkeit, Unfallgefahren sowie krankheitsverursachende Einflüsse zu erkennen bzw. zu vermeiden und aktiv Ressourcen als Belastungsausgleich zu erhalten bzw. zu entwickeln, basiert,
- über die Handlungsbereitschaft als Interaktionsresultante aus individueller Motivstruktur und Situationswahrnehmung sowie -beurteilung gesteuert und
- über die technische, organisatorische und soziale Einkopplung in das berufliche sowie private Umfeld reguliert wird.

Dominant verhaltensbestimmend für sicherheits- und gesundheitsorientierte Handlungen sind dabei das durch eigene Erfahrungen aufgebaute implizite Wissen sowie die Handlungsbereitschaft, bestehendes Wissen auch umzusetzen. Die vorliegenden Ergebnisse weisen in diesem Kontext auf einen engen Zusammenhang zwischen diesen Elementen der individuellen Gesundheitskompetenz hin: Eigene Erfahrungen verändern die individuelle Situationswahrnehmung und -beurteilung und sind mithin Wegbereiter für die Handlungsbereitschaft. Latent vorhandenes Wissen wird erst aktiviert, wenn es mit Erfahrungen unterlegt, wahrgenommenem Handlungsdruck versehen und in die Bedingungen des beruflichen sowie privaten Umfeldes integrierbar ist.

Wirksame Quellen für die Entwicklung dieser Kompetenzelemente, das belegen die durchgeführten Fallstudien in den Berufsbereichen „Consulting“ und „Gesundheitswesen“, sind Lernorten im Privat- und Familienbereich von Individuen zuzuordnen, während

- formalisierte Lernorte im Bereich von Aus- und Weiterbildung zwar explizites Wissen vermitteln, das aber kaum handlungswirksam wird, und
- Lernorte im beruflichen Kontext, die sich in anderen Bezügen als ideal für den Aufbau impliziten Wissens (Lernen im Prozess der Arbeit) erwiesen haben, offensichtlich kaum für den Aufbau individueller Gesundheitskompetenz instrumentalisiert werden konnten.

Insgesamt entzieht sich der Aufbau individueller Gesundheitskompetenz damit weitgehend dem Einfluss übergeordneter Instanzen des Sicherheits- und Gesundheitsschutzes. Zu vermuten ist, dass sich diese Diskrepanzen auch nicht ohne weiteres durch eine Ausdehnung von Leistungsangeboten der etablierten Akteure überwinden lassen. Denn zwischen der bisherigen Instrumentalisierung von Sicherheits- und Gesundheitsschutz und den Entstehungszusammenhängen von Gesundheitskompetenzen existieren Widersprüche:

- Der traditionelle Sicherheits- und Gesundheitsschutz konzentriert sich bei der Entwicklung von Gesundheitskompetenzen hoch professionalisiert auf den gut beeinflussbaren Bereich des expliziten Wissens, der aber für nachhaltige Verhaltensänderungen der Adressaten im Sinne sicherheits- und gesundheitsorientierter Lebensstile nur eine begrenzte Rolle spielt. Explizites Wissen mag berechtigterweise als die "formale" Basis zur Erfüllung sicherheits- und gesundheitsorientierter Handlungssequenzen aufgefasst werden. Dieser Bereich erscheint verobjektivierbar, überprüfbar und ist leicht in kommunizierbare Form zu bringen. Formalisiertes explizites Wissen ist über Medien multiplizier- und transferierbar und deshalb auch bevorzugtes Objekt von Weiterbildung. Gerade **bei der Entwicklung von Gesundheitskompetenz stellt explizites Wissen** jedoch ganz offensichtlich **keine hinreichende Größe** für entsprechendes Verhalten dar (das belegen die gravierenden Widersprüche zwischen vorhandenem Wissen über gesundheitsfördernde und -schädigende Faktoren und tatsächlichen Verhaltensmustern).

- Demgegenüber konstituieren eigene, häufig bereits in frühen Lebensphasen oder durch „kritische Ereignisse“ im Verlauf des Lebenszyklusses punktuell erworbene Erfahrungen wichtige Verhaltensdispositionen wie etwa Verantwortungsbewusstsein, Selbstvertrauen (auch, um sich gesundheitsschädigenden Verhaltensweisen im Umfeld zu widersetzen), Beharrlichkeit, den ausgewogenen Umgang mit Risikopotentialen und eigenen Ressourcen. **Für diese dominant handlungsbestimmenden Kompetenzelemente fehlen** aber heute in weiten Teilen **analoge Entwicklungsmuster** und sind die Zusammenhänge in Teilbereichen noch gar nicht transparent. Die zentralen Hebelarme von Anpassungsmechanismen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes setzen somit vielfach an Stellen von Entwicklungsprozessen der nachhaltigen Employability an, die zwar relativ leicht zu administrieren sind, aber nicht die intendierten Wirkungen entfalten (können).
- Diese Zugangsproblematik wird weiter verschärft, da die prinzipielle Fähigkeit von Individuen zu sicherheits- und gesundheitsbewusstem Verhalten nicht zwangsläufig zu entsprechenden Handlungen führt. Dass jemand etwas weiß, versteht und (ändern) kann, bedeutet noch lange nicht, dass er es auch tut (in Anlehnung an REISCHMANN, 1998). Neben explizitem Wissen, implizitem Wissen und Fertigkeiten ist auf der individuellen Ebene die **Handlungsbereitschaft als entscheidende Basis der Gesundheitskompetenz anzusehen**. Motive als Triebfeder des Handelns sind dabei personenindividuell und nicht im Sinne von explizitem Wissen beliebig transferier- oder entwickelbar. Die Motivation zur Änderung gesundheitsbeeinträchtigender Lebensstilelemente auf individueller Ebene erreicht sogar nicht selten erst in Folge erlebter Krisen einen handlungsauslösenden Schwellenwert und wird damit tendenziell „nachlaufend“ realisiert. Mechanismen des Sicherheits- und Gesundheitsschutzes, wie derartige Krisen „vorverlagert“ werden können, um die Handlungsbereitschaft zu beeinflussen, sind kaum erkennbar.
- Nicht zuletzt erweist es sich für die Umsetzung von sicherheits- und gesundheitsorientierten Lebensstilen als problematisch, dass im Kontext sich verändernder Arbeitswelten, beispielsweise durch Virtualisierungs- und Individualisierungsprozesse, aber auch durch die zunehmende Leistungsverdichtung personalangepasster Betriebe, dem Gesundheitsverhalten von Erwerbstätigen (zu) enge Grenzen gesetzt werden. Im betrieblichen Kontext lassen sich dabei verschiedenste **sozial, technisch** oder auch **organisatorisch bedingte Barrieren** ausmachen, die sicherheits- und gesundheitsbewusste Verhaltensweisen de facto konterkarieren. Angesichts der zunehmenden Unschärfe zwischen Arbeit und Freizeit übertragen sich die Folgen derartiger Barrieren auch auf das privaten Umfeld und verursachen damit auf Dauer gleichgewichtsstörende Mechanismen im Hinblick auf die verfügbaren physischen, psychischen und sozialen Ressourcen der am Standort Deutschland verfügbaren personellen Innovationspotentiale.

Bündelt man diese Befunde, die sehr unterschiedliche Elemente der Gesundheitskompetenz betreffen, und konfrontiert sie mit den vielfach postulierten Annahmen zum Zusammenhang von Employability und Wettbewerbsfähigkeit, werden gravierende Misfits auf zwei Ebenen offenkundig:

- Einerseits existieren auf individueller Ebene klare Defizite bei der Übernahme von Eigenverantwortung für vorausschauendes Handeln, das sicherheits- und gesundheitsbezogene Aspekte des Berufes wie des Privatlebens umschließt. Wenn es aber zutrifft, dass die Anforderungen der Betriebe an Beschäftigte weiter steigen, während gleichzeitig Möglichkeiten zum frühzeitigen, relativ gut alimentierten Ausstieg aus dem Beschäftigungssystem fehlen bzw. die durch die sozialen Sicherungssysteme zu leistende Absicherung einer beeinträchtigten Employability aufgrund gesundheitlicher Schäden weiter abnimmt, erscheint es zwingend erforderlich, dass Individuen sich verstärkt zu „Gesundheitsmanagern ihrer selbst“ entwickeln.
- Andererseits treten deutliche Mängel bzw. Lücken in der heute praktizierten (betrieblichen wie überbetrieblichen) Gesundheitspolitik zu Tage. Daraus resultiert die Notwendigkeit einer grundlegenden Neuorientierung im Rahmen der überbetrieblichen und einzelbetrieblichen Gesundheitspolitik. Um die „Überlebensfähigkeit im globalisierten Wettbewerb“ (BERTELSMANN STIFTUNG und HANS-BÖCKLER-STIFTUNG, 2004) zu erhalten, sind Ansätze zur Steigerung der individuellen Gesundheitskompetenz durch umfassende und vor allem passfähige Unterstützungsmaßnahmen der überbetrieblichen und betrieblichen Akteure zu flankieren.

Die Aufgabe, „lebenslang zu lernen“ bzw. „Lebenslanges Lernen“ zu unterstützen, kann sich dabei nicht auf die üblicherweise diskutierten Wissensvermittlungsarrangements reduzieren, sondern ist vor dem Hintergrund des entwickelten Kompetenzmodells zu instrumentalisieren. Mit diesen Aufgaben stehen wir am Anfang eines Entwicklungsprozesses, in dem man nicht, wie in Routinebereichen üblich, vorwiegend danach fragen kann: "Wer hat das schon erfolgreich getan?", sondern – wie typisch für Innovationsfelder – vor allem Neuland betreten muss.

Literaturverzeichnis

Adler, N.; Matthews, K.: Health psychology: Why do some people get sick and some stay well?, in: Annual Review of Psychology, 45 (1994), 229-259.

Alderfer, C. P.: Existence, relatedness, and growth: Human needs in organizational settings, New York 1972.

Alheit, P.; Dausien, B.: Bildungsprozesse über die Lebensspanne und lebenslanges Lernen, in: Tippelt, R. (Hrsg.): Handbuch Bildungsforschung, Opladen 2002, S. 565-585.

Altgeld, T.: Gesundheitsförderung im Nahbereich: Familie, Kindergarten und Quartier, in: impulse, Newsletter zur Gesundheitsförderung, hrsg. von der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. 34, 1. Quartal 2002, S. 1.

American Heart Association: Prevention Conference, Circulation 2000, 101:e3.

Antonovsky, A.: Health, stress, and coping: New perspectives on mental and physical well-being, San Francisco 1979.

Antonovsky, A.: Salutogenese – Zur Entmystifizierung der Gesundheit, in: Forum für Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis Band 36, Tübingen 1997.

Antonovsky, A.: The Sense of Coherence: Development of a Research Instrument, in: Newsletter and Research Reports, W. S. Schwartz Research Center for Behavioral Medicine, Tel Aviv University, 1 (1983), 1-11.

Antonovsky, A.: Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well, San Francisco 1987.

Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen (Hrsg.): Präventionsbericht 2002 (<http://www.aok-bv.de/imperia/md/content/aokbundesverband/dokumente/pdf/gesundheitsversorgung/praeventionsbericht.pdf> [08.07.2004]).

Baethge, M.; Baethge-Kinsky, V.: Arbeit – die zweite Chance: Zum Verhältnis von Arbeitserfahrungen und lebenslangem Lernen, in: Kompetenzentwicklung 2002, hrsg. von der Arbeitsgemeinschaft Betriebliche Weiterbildungsforschung e.V., Münster 2002, S. 69-140.

Bauch, J.: Der Setting-Ansatz in der Gesundheitsförderung, in: Prävention, 25. Jg., Heft 3/2002, S. 67-70.

Bell, D.: Die nachindustrielle Gesellschaft, Frankfurt/Main 1985.

Bengel, J.; Strittmatter, R.; Willmann, H.: Was erhält Menschen gesund?: Antonovskys Modell der Salutogenese – Diskussionsstand und Stellenwert, in: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung BzgA (Hrsg.): Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, Band 6, Köln 2001.

Bergmann, B.: Lernen im Prozeß der Arbeit, in: Arbeitsgemeinschaft Qualifikations-Entwicklungs-Management (Hrsg.): Kompetenzentwicklung '96, Strukturwandel und Trends in der betrieblichen Weiterbildung, Münster 1996, S. 153-262.

Bergmann, K. E.; Bergmann, R. L.: Gesunde Eltern – gesunde Kinder: Gesundheitsförderung für die junge Familie, in: Höfling, S.; Gieseke, O. (Hrsg.): Gesundheit im Alltag, Sonderausgabe Politische Studien durch die Hanns Seidel-Stiftung, München 2003, S. 46-57.

Bertelsmann Stiftung; Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.): Zukunftsfähige betriebliche Gesundheitspolitik: Vorschläge der Expertenkommission, Bielefeld 2004.

Bertelsmann Stiftung; Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.): Die Zukunft einer zeitgemäßen betrieblichen Gesundheitspolitik, Positionspapier im Rahmen der Expertenkommission "Zukunft betrieblicher Gesundheitspolitik", Düsseldorf/Gütersloh Juli 2001.

BKK Bundesverband (Hrsg.): Gesundheit und Arbeitswelt; BKK Gesundheitsreport 2003, Essen 2004.

Blancke, S.; Roth, C.; Schmid, J.: Employability („Beschäftigungsfähigkeit“) als Herausforderung für den Arbeitsmarkt. Auf dem Weg in die flexible Erwerbsgesellschaft, in: Arbeitsberichte der Akademie für Technikfolgenabschätzung Nr. 157, Stuttgart 2000.

Blumenthal, J. A. et al: Effects of Exercise Training on Patients with Depression, Arch. Intern. Med. 1999, 159, 2349.

Böckly, W.; Klischewski, J.; Schürmann, V.: Altersspezifisches Personalmanagement, in: Personalwirtschaft, Heft 12/2003, S. 9-14.

Böhnisch, L.; Schröer, W.: Soziale Benachteiligung und Kompetenzentwicklung, in: Kompetenzentwicklung 2002, hrsg. von der Arbeitsgemeinschaft Betriebliche Weiterbildungsforschung e.V., Münster 2002, S. 199-227.

Borkenau, P.; Ostendorf, F.: Ein Fragebogen zur Erfassung fünf robuster Persönlichkeitsfaktoren, Diagnostica 37 (1991), S. 29-41.

Brödner, P.: Flexibilität, Arbeitsbelastung und nachhaltige Arbeitsgestaltung, in: Brödner, P. und Knuth, M. (Hrsg.): Nachhaltige Arbeitsgestaltung. Trendreports zur Entwicklung und Nutzung von Humanressourcen (Bilanzierung innovativer Arbeitsgestaltung, Band 3), München/Mering 2002, S. 489-542.

Brößkamp-Stone, U.; Kickbusch, I.; Walter, U.: Gesundheitsförderung, in: Das Public Health Buch, München 1998, S. 141-150.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.): Mit Sicherheit mehr Gewinn! Wirtschaftlichkeit von Gesundheit und Sicherheit bei der Arbeit, Dortmund 2004.

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.): „Wie wollen wir morgen arbeiten? Schritte in die Zukunft“, Tagungsdokumentation des INQA-Zukunftsforums vom 24. Und 25. November 2003 in der Deutschen Arbeitsschutzausstellung, Dortmund
(<http://www.inqa.de/pdf/zukunftstagungsdoku.pdf> [12.07.2004]).

Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Hrsg.): Bericht über Sicherheit und Gesundheit bei der Arbeit 2001, in: Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Sonderheft 78.
(http://de.osha.eu.int/de/gfx/statistics/Sicherheit_und_Gesundheit_bei_der_arbeit_2001.php [07.06.2004]).

Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.): Schlussbericht der unabhängigen Expertenkommission „Finanzierung Lebenslangen Lernens“: Der Weg in die Zukunft, Bonn 2004.

Bundesministerium für Bildung und Forschung (Hrsg.): Bericht zur technologischen Leistungsfähigkeit 2002, Bonn 2003.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.): Familienkompetenzen als Potential einer innovativen Personalpolitik: Trends in Deutschland und Europa, Berlin 2000.

Bundesverband Deutscher Unternehmensberater BDU e.V. (Hrsg.): „Facts + Figures zum Beratermarkt 2002“, Bonn 2003.

Cernavin, O.; Wilken, U. J.: Das dynamische Potential der Prävention, in: Cernavin, O.; Wilken, U. J. (Hrsg.): Dienstleistung Prävention, Wiesbaden 1998, S. 70-120.

Commission of the European Communities (Ed.): A Memorandum on Lifelong Learning, Lissabon 2000.

Cooper, C. L. et al.: Organizational Stress – A Review and Critique of Theory, Research, and Applications, Thousand Oaks et al. 2001.

Decker, F.; Decker, A.: Gesundheit im Betrieb. Vitale Mitarbeiter – leistungsstarke Organisationen, Leonberg 2001.

Deutsche Bank Research (Hrsg.): Deutsches Wachstumspotenzial: Vor der demografischen Herausforderung, in: Aktuelle Themen, 14. Juni 2003.

Deutsches Zentrum für Luft- und Raumfahrt (Hrsg.): Themenheft Soziale und Gesundheitsdienstleistungen 2002, erstellt aus den Jahresberichten 2002, Bonn 2003.

Dohmen, G.: Das informelle Lernen. Die internationale Erschließung einer bisher vernachlässigten Grundform menschlichen Lernens für das lebenslange Lernen aller, hrsg. vom Bundesministerium für Forschung und Bildung, Bonn 2001, S. 227-275.

Dohmen, G.: Das lebenslange Lernen – Leitlinien einer modernen Bildungspolitik, Bonn 1996.

Döhl, V.; Kratzer, N.; Sauer, D.: Krise der NormalArbeit(s)Politik, Entgrenzung der Arbeit – Neue Anforderungen an Arbeitspolitik, in: *WS-Mitteilungen*, Nr. 1/2000, S. 5-17.

Erikson, E. H.: Der vollständige Lebenszyklus, Frankfurt am Main 1988.

Erler, W. et al.: Die Kompetenzbilanz. Ein Instrument zur Selbsteinschätzung und beruflichen Entwicklung, in: Erpenbeck, J.; von Rosenstiel, L. (Hrsg.): *Handbuch der Kompetenzmessung*, Stuttgart 2003, S. 339-352.

Erpenbeck, J.; Heyse, V.: Die Kompetenzbiographie. Strategien der Kompetenzentwicklung durch selbstorganisiertes Lernen und multimediale Kommunikation, in: *edition QUEM*, hrsg. von der Arbeitsgemeinschaft Qualifikations-Entwicklungs-Management, Münster et al. 1999.

Ertel, M.; Pröll, U.: Arbeitssituation und Gesundheit von „neuen Selbstständigen“ im Dienstleistungssektor, in: *Arbeit – Zeitschrift für Arbeitsforschung, Arbeitsgestaltung und Arbeitspolitik*, 13. Jg., Heft 1/2004, S. 3-15.

European Safety Federation (Hrsg.): „Lifelong Learning“, Förderung von Sicherheit und Gesundheitsschutz in kleinen und mittleren Unternehmen, Bericht zur Literaturrecherche, Erkrath 1999.

Gerlach, C.: Lebenslanges Lernen. Konzepte und Entwicklungen, Köln 2000.

Gerlmaier, A.; Reick, C.; Kastner, M.: Strategien und Gestaltungsansätze zur Förderung eines nachhaltigen Ressourcenmanagements bei neuen Selbständigen in Unternehmen, in: Kastner, M. (Hrsg.): *Neue Selbständigkeit in Organisationen - Selbstbestimmung, Selbsttäuschung, Selbstausbeutung?*, München/Mering 2003, S. 379-392.

Gerzer-Sass, A; Sass, J.: Familienkompetenzen als Potential für eine innovative Personalpolitik, in: *DJI Bulletin*, Heft 65/ 2004, München. S. 4-7.

Giarini, O.; Liedtke, P. M.: Wie wir arbeiten werden: Der neue Bericht an den Club of Rome, Hamburg 1998.

Große-Jäger, A.; Sieker, A.; de Graat, T.; Krauss-Hoffmann, P.: Lebenslanges Lernen über Sicherheit und Gesundheit, in: *Bundesarbeitsblatt*, Heft 5/2003, S.15-19.

Grundmann, M.: Konstruktivistische Sozialisationsforschung, Frankfurt am Main 1999.

Güntert, B. J.: Gesundheitsstrategien/-management, in: *Handwörterbuch des Personalwesens*, hrsg. von E. Gaugler et al., 3. Auflage, Stuttgart 2004, S. 854-863.

Hacker, W.; Skell, W.: Lernen in der Arbeit, hrsg. vom Bundesinstitut für Berufsbildung, Bonn 1993.

Hankey, G. J.: Smoking and the risk of stroke, *Journal of Cardiovascular Risk* 1999, 6:207-211.

Hans-Böckler-Stiftung (Hrsg.): Betriebliche Gesundheitspolitik: Forschungsinitiativen zum Wandel im Gesundheitswesen, Düsseldorf 2002.

Haskell, W. et al.: Effects of intensive multiple risk factor reduction on coronary atherosclerosis and clinical cardiac events in men and women with coronary artery disease, *Circulation* 1994, 89: 975–990.

Heckhausen, H.: Motivation und Handeln, Berlin 1980.

Herbst, S.: Lebenslanges Lernen im Bereich von Sicherheit und Gesundheit, in: Die BG, Heft 1/2004, S. 42-46.

Hermann, D.: Bilanz der empirischen Lebensstilforschung, in: Kölner Zeitschrift zur Soziologie und Sozialpsychologie, Heft 1/2004, S. 153-179.

Herzberg, F.; Mausner, B.; Snyderman, B.: The Motivation to Work, New York 1959.

Heyse, V.; Erpenbeck, J.: "Zu irgendwelchen Kursen bin ich nicht gegangen..." – Biographieforschung für die Analyse von Kompetenzerwerb und -entwicklung, in: QUEM-Bulletin, 5/1998, S. 1-7.

Hill, M. N.: Behaviour and Biology: The basic sciences for AHA action, *Circulation* 1998, 97: 807–810.

Hirschfeld, K.: Work-Life-Balance im Zeitalter der Globalisierung, in: PERSONAL – Zeitschrift für Human Resource Management, 55. Jg., Heft 11/2003, S. 18-21.

Höfkes, U.: Arbeitsmarkt und Beschäftigungsfähigkeit im demografischen Wandel, in: GIB info, hrsg. von der Gesellschaft für innovative Beschäftigungsförderung GmbH, 3.2003, S. 16-21.

Horx, M.: Was ist Wellness? Anatomie und Zukunftsperspektiven des Wohlfühl-Trends, in: das Zukunftsinstitut (Hrsg.), in Zusammenarbeit mit der GfK Marktforschung, o. O. 2001.

Hurrelmann, K.: Gesundheitssoziologie: Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung, Weinheim 2000.

Hurrelmann, K.: Einführung in die Sozialisationstheorie, Weinheim 1986.

Illmarinen, J; Tempel, J.: Arbeitsfähigkeit 2010 – Was können wir tun, damit Sie gesund bleiben?, Hamburg 2002.

Informationsblatt der Bundesärztekammer, Download unter <http://www.laekh.de/buerger/Gesundheitstipps/ruecken.pdf> [07.06.2004].

Institut für Arbeits- und Sozialhygiene Stiftung (Hrsg.): Zukunftsfähige Ansätze eher selten, in: impulse – Aktuelles aus Arbeits-, Gesundheits- und Umweltschutz, Nr. 2/2003, S. 1-2.

Institut für Qualitätssicherung in Prävention und Rehabilitation an der Deutschen Sporthochschule Köln: Stellungnahme zum Fragenkatalog zur Anhörung des Sportausschusses des Bundestages zum Thema „Förderung der Prävention durch Krankenkassen im Bereich Sport“ durch Prof. Dr. I. Froböse, Zentrum für Gesundheit an der Deutschen Sporthochschule Köln, 28.04.2004, (http://www.iqpr.de/iqpr/download/publikationen/IF_Stellungnahme.pdf [12.07.2004]).

iwd (Hrsg.): Der Faktor Fitness, in: Informationsdienst des Instituts der deutschen Wirtschaft, Nr. 11, 15.03.2001, S. 6-7.

Kabat-Zinn, J. et al.: Compliance with an outpatient stress reduction program: rates and predictors of program completion, *J Behav Med* 1998, 11: 333–352.

Kailer, N.; Kottmann, M.: Hochschulen als Dienstleister einer innovationsorientierten Personalentwicklung, in: Handbuch Personalentwicklung, hrsg. von K. A. Geißler, S. Laske, A. Orthey, 92. Ergänzungslieferung, August 2004.

Kirchhöfer, D.: Informelles Lernen in alltäglichen Lebensführungen, Chancen für berufliche Kompetenzentwicklung, in QUEM-report Heft 66, hrsg. von der Arbeitsgemeinschaft Qualifikations-Entwicklungs-Management, Berlin 2000.

Knöchel, W.: Informelles Lernen zur selbständigen Gestaltung eigener Lernarrangements, in: QUEM-Materialien 38: Tätigkeitsintegriertes Lernen in Erwerbsarbeit und sozialem Umfeld, Berlin 2000.

Kottmann, M.; Kriegesmann, B.: Sicher, aber ungesund?, unveröffentlichtes Manuskript, Bochum 2004.

Kriegesmann, B.: Controlling von Kompetenzentwicklung – Neue Aufgaben für die Personalentwicklung, in: Berichte aus der angewandten Innovationsforschung No 205, Bochum 2003a.

Kriegesmann, B.: Innovationsorientierte Anreizsysteme, in: Innovation: Forschung und Management, Band 4, Bochum 1993.

Kriegesmann, B.: Innovation – von der Weiterbildung zur Kompetenzentwicklung, in: Computer-Fachwissen, Fachzeitschrift für Betriebs- und Personalräte zu IKT-Einsatz, Mitbestimmung und Datenschutz, Heft 7–8/2004, S. 10–15

Kriegesmann, B.: Lernen in Organisationen – oder lernende Organisationen?, in: Personalführung, 36. Jg., Heft 4/2003b, S. 18-27.

Kriegesmann, B.: Selbstmanagement: Neue Aufgaben bei der Abstimmung individueller Lebensführung mit geänderten Arbeitsformen, in: Berichte aus der angewandten Innovationsforschung No 207, Bochum 2003c.

Kriegesmann, B.; Kerka, F.: Kompetenzentwicklung: Neue Aufgaben für die Gestaltung und Umsetzung von Innovationsprozessen, in: Bellmann, L.; Minssen, H.; Wagner, P. (Hrsg.): Personalwirtschaft und Organisationskonzepte moderner Betriebe, Beiträge zur Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (BeitrAB) 252, Nürnberg 2001, S. 133-162.

Kriegesmann, B.; Kley, T.: Lifestyle-Management und nachhaltige Beschäftigungsfähigkeit als neue Herausforderungen für Individuum und Organisation, unveröffentlichtes Manuskript, Bochum 2003.

Kriegesmann, B.; Kerka, F.; Kley, T.: Innovation: Widerstand gegen den Widerstand, unveröffentlichtes Manuskript, Bochum 2004.

Kriegesmann, B.; Lamping, S.; Schwering, M.: Kompetenzentwicklung in KMU und Großunternehmen – Primärstatistische Ergebnisse zu Differenzen und Defiziten, in: Berichte aus der angewandten Innovationsforschung No 202, Bochum 2002.

Kriegesmann, B.; Schwering, M.; Lamping, S.: Dynamische Mittelständler gehen eigene Wege, in: Späth, L. (Hrsg.): Top 100 2003. Ausgezeichnete Innovationen im deutschen Mittelstand, Frankfurt/Wien 2003, S. 172-176.

Kuhn, J.; Kayser, T.: Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung: Anmerkungen zu einem schwierigen Verhältnis, in: Prävention 4/2002, 25. Jg., S. 103-105.

Lauterbach, K. W.; Stock, S.: Kosten sparen durch Prävention – was ist realistisch?, in: Höfling, S.; Gieseke, O. (Hrsg.): Gesundheit im Alltag, Sonderausgabe Politische Studien durch die Hanns Seidel-Stiftung, München 2003, S. 8-19.

Lengfelder, W.: Körperliche Inaktivität: Zu beeinflussender Risikofaktor in der primären Prävention?, in: Med Klin 2001, 96(11): 66-9.

Lenhardt, U.: Veränderte Aufgaben der betrieblichen Präventionsakteure, in: Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung: Herausforderungen und Ansätze einer modernen Arbeitsschutz- und Gesundheitsförderungspraxis im Betrieb: Neue Aufgaben – neue Partner – neue Wege?, Dokumentation eines Workshops veranstaltet vom WZB und dem MAFGS Sachsen-Anhalt am 5. April 2001 in Magdeburg, hrsg. von U. Lenhardt, Berlin 2001, S. 39-48.

Livingstone, D.W.: The Education Job Gap, Toronto 1998.

Lütticke, J.: Psychische Belastungen beim Pflegepersonal, Vortragsskript zur Tagung „Gesundheitsrisiken und Präventionspotenziale im Öffentlichen Dienst“ am 30. Juli 2002 in Essen, o. O..

Maasberg, A.: Setting Kindergarten gesundheitsförderlich gestalten, in: impulse, Newsletter zur Gesundheitsförderung, hrsg. von der Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. 34, 1. Quartal/2002, S. 4.

Maslow, A. H.: Motivation and Personality, New York 1954.

Mittelstaedt, J.: Psychische Belastung im Unternehmen, was nun?, in: Angewandte Arbeitswissenschaft, Nr. 180/2004, S. 13-32.

Moldaschl, M.: Internationalisierung des Marktes, in: INIFES, ISF, SOFI (Hrsg.): Jahrbuch Sozialwissenschaftliche Technikberichterstattung, Schwerpunkt: Moderne Dienstleistungswelten, Berlin 1998, S. 197-250.

Muschik, C.: Organisationale Kompetenz – Ein Beitrag zur Strukturierung organisationaler Kompetenz und Kompetenzentwicklung, in: Schriftenreihe Innovation: Forschung und Management, Band 17, Bochum 2002.

Packebusch, L.: Psychische Belastung und Beanspruchung – Normung für die Praxis, in: Wirtschaftspsychologie aktuell, Heft 4/2003, S. 32-36.

Packebusch, L.; Herzog, B.; Laumen, S.: Erfolg durch Arbeitsschutz, in: Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Fa 57, Dortmund et al. 2003.

Paschen, M.: Wie verändern sich Menschen?, in: managerSeminare, Heft 75, April 2004, S. 70-76.

Paulus, P.: Schulische Gesundheitsförderung – vom Kopf auf die Füße gestellt, in: Aregger, K.; Lattmann, U. P. (Hrsg.): Gesundheitsfördernde Schule – eine Utopie? Konzepte, Praxisbeispiele, Perspektiven, Luzern 2003, S. 92-116.

Pervin, L. A.: Persönlichkeitstheorien, 3. Auflage, München 1993.

Pfaff, H.: Fördert Stress Berufsunfähigkeit?, in: BUZaktuell, Heft 2/2001, S. 1-4.

Porter, L. W.; Lawler, E. E.: Managerial attitudes and performance, Homewood/Illinois 1968.

Puell, K. F.: VBR – Value-Based-Responsibility Teil II. Anwendungsbedingungen der Integration ethischer Aspekte in die wertorientierte Unternehmensführung, in: Schriftenreihe für Wirtschafts- und Unternehmensethik (sfwu) Band 7, hrsg. von Th. Beschorner, M. König, O. J. Schumann, München und Mering 2004.

Reindl, J.; Meinerz, K.: Gesundheitskompetenz: Selbsttechnik oder sozial eingeebte Selbstsorge, in: Kompetenzentwicklung 2003. Technik – Gesundheit – Ökonomie, hrsg. von der Arbeitsgemeinschaft Betriebliche Weiterbildungsforschung e.V., Münster 2003, S. 207-242.

Reischmann, J.: Andragogisch-didaktische Überlegungen zwischen Wissen und Können, in: GdWZ, Heft 5/1998, S. 267-271.

Remer, A.: Kompetenz und Verantwortung, in: Chmielewicz, K. et al. (Hrsg.): Handwörterbuch der öffentlichen Betriebswirtschaft, Stuttgart 1989.

Richenhagen, G.: Demografischer Wandel: Gesünder arbeiten bis ins Alter. Aufgaben und Lösungsansätze einer zukunftsorientierten Personalpolitik angesichts des demografischen Wandels, in: Personalführung, 37. Jg., Heft 2/2004, S. 60-69.

Richter, P.: Gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung – Verhaltens- und Verhältnisprävention zur Motivations- und Gesundheitsförderung in modernen Arbeitsprozessen, Vortrag im Rahmen der Sächsischen Gesundheitswoche 2000 (http://www.dhmd.de/forum-wissenschaft/fachtagung03/richter_vg.htm [07.06.2004]).

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

Röhrle, B.: Ein Modell präventiven und gesundheitsförderlichen Handelns, in: Röhrle, B.; Sommer, G. (Hrsg.): Prävention und Gesundheitsförderung, Tübingen 1999, S. 53-68.

Rosenbrock, R.: Zusammenarbeit und Leistungen der überbetrieblichen Akteure, Arbeitsgruppe 3, in: Expertenkommission Betriebliche Gesundheitspolitik – Zwischenbericht, hrsg. von der Bertelsmann-Stiftung und Hans-Böckler-Stiftung, Gütersloh, 22. November 2002.

Rosenbrock, R.: Herausforderungen und Ansätze einer modernen Arbeitsschutz- und Gesundheitsförderungspraxis im Betrieb: Neue Aufgaben – neue Partner – neue Wege?, in: Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung: Herausforderungen und Ansätze einer modernen Arbeitsschutz- und Gesundheitsförderungspraxis im Betrieb: Neue Aufgaben – neue Partner – neue Wege?, Dokumentation eines Workshops veranstaltet vom WZB und dem MAFGS Sachsen-Anhalt am 5. April 2001 in Magdeburg, hrsg. von U. Lenhardt, Berlin 2001.

Rosenbrock, R.: Theoretische Konzepte der Prävention, in: Klotter, C. (Hrsg.): Prävention im Gesundheitswesen, Göttingen 1997, S. 41-60.

Ruskin, H.: Leisure, Health and Wellness: A Macro Approach, in: Ruskin, H.: Congress ELRA (European Leisure and Recreation Association), Leisure and Wellness. Health tourism in Europe, Bad Saarow 1999.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (Hrsg.): Finanzierung, Nutzerorientierung und Qualität, Kurzfassung, Gutachten 2003 (<http://www.svr-gesundheit.de/gutacht/gutalt/gutaltle.htm> [12.06.2004]).

Sauer, J.; Kriegesmann, B.: Innovation: Von der Weiterbildung zur Lernkultur: In memoriam Professor Dr. Erich Staudt, in: QUEM-Bulletin, Heft 5/2002, S. 1-4.

Schanz, G. (Hrsg.): Handbuch Anreizsysteme in Wirtschaft und Verwaltung, Stuttgart 1991.

Schemmann, M.: Lebenslanges Lernen als internationales Reformkonzept. Entwicklung und Trends, in: Strate, U.; Sosna, M. (Hrsg.): Lernen ein Leben lang – Beiträge der wissenschaftlichen Weiterbildung, Regensburg 2002, S. 128-137.

Schlaffke, W.: Employability und Selbststeuerung für die permanente berufliche Weiterbildung, in: Franz, O. (Hrsg.): Aus- und Weiterbildung für den deutschen Mittelstand, Eschborn 2000, S. 28-39.

Schneider, V.: Gesundheitsförderung heute. Konzepte, Möglichkeiten, Grenzen, in: Materialien für die Krankenpflege, Band 7, Freiburg 1993a.

Schneider, V.: Zum Konzept der Förderung von Gesundheitsfaktoren in der Schule, in: Wildt, B. (Hrsg.): Gesundheitsförderung in der Schule, Neuwied 1993b.

Schuler, G. et al.: Regular physical exercise and low fat diet. Effects on progression of coronary artery disease, *Circulation* 1992, 86: 1–11.

Schwarzer, C.; Buchwald, P.: Gesundheitsförderung und Beratung, in: Tippelt, R. (Hrsg.): *Handbuch Bildungsforschung*, Opladen 2002.

Seeger, S.: Von der Gesundheitserziehung zur gesundheitsfördernden Schule, in: *infos und akzente*, Heft 3/98, S. 2-6.

Siegrist, J.: Gesund älter werden – neue Herausforderungen an die Prävention, in: *DAS MAGAZIN*, 13. Jg., Heft 3/2002, S. 19-21.

Sperling, H. J.; Ittermann, P.: Unternehmensberatung - Eine Dienstleistungsbranche im Aufwind, München/Mering 1998.

Staudt, E.: Veränderung der Arbeitsorganisation: Befreiung von organisatorischen Zwängen durch neue Techniken, in: Rauscher, A. (Hrsg.): *Arbeitsgesellschaft im Umbruch – Ursachen, Tendenzen, Konsequenzen*, Berlin 2002, S. 127-142.

Staudt, E.: „Employability“ bei Strukturwandel und Transformation, Forum im Rahmen des Internationalen Fachkongresses „Kompetenz für Europa, Wandel durch Lernen – Lernen im Wandel“ am 22. April 1999, Berlin, in: *Berichte aus der angewandten Innovationsforschung* No 184, Bochum 1999.

Staudt, E.: Technologie als Entkopplung von organisatorischen Zwängen, in: Scholz, C.; Staudt, E.; Steger, U. (Hrsg.): *Die Zukunft der Arbeitsgesellschaft – Technologie und Qualifikation*, Frankfurt am Main, New York 1992, S. 98–135.

Staudt, E.; Kley, T.: Formelles Lernen – informelles Lernen – Erfahrungslernen: Wo liegt der Schlüssel zur Kompetenzentwicklung von Fach- und Führungskräften?, in: *QUEM-report*, Heft 69: Berufliche Kompetenzentwicklung in formellen und informellen Strukturen, hrsg. von der Arbeitsgemeinschaft Betriebliche Weiterbildungsforschung e.V., Berlin 2001, S. 227-275.

Staudt, E.; Kottmann, M.: Employability von Naturwissenschaftlern und Ingenieuren. Herausforderungen an die Kompetenzentwicklung in dynamischen Wirtschaftsbereichen, in: *Innovation: Forschung und Management*, Band 15, Bochum 1999.

Staudt, E.; Kottmann, M.: Deutschland gehen die Innovatoren aus – Zukunftsbranchen ohne Zukunft, Frankfurt am Main 2001.

Staudt, E.; Kriegesmann, B.: Innovationsmanagement, in: *Springers Handbuch der Betriebswirtschaftslehre 2*, hrsg. von R. Berndt; C. F. Altobelli; P. Schuster, Berlin, Heidelberg 1998, S. 355-388.

Staudt, E.; Kriegesmann, B.: Kompetenzentwicklung: Neue Aufgaben für die Umsetzung von Innovationen, in: Wagner, K.-R. (Hrsg.): *Mitarbeiterbeteiligung – Visionen für eine Gesellschaft von Teilhabern*, Festschrift für Michael Lezius zum 60. Geburtstag, Wiesbaden 2002a, S. 138-151.

Staudt, E.; Kriegesmann, B.: Weiterbildung: Ein Mythos zerbricht (nicht so leicht!): Der Widerspruch zwischen überzogenen Erwartungen und Misserfolgen der Weiterbildung, in: Kompetenzentwicklung und Innovation – Die Rolle der Kompetenz bei Organisations-, Unternehmens- und Regionalentwicklung, Band 14, hrsg. von der Arbeitsgemeinschaft Betriebliche Weiterbildungsforschung e.V., Münster et al. 2002b, S. 71-125.

Staudt, E.; Kriegesmann, B.: Weiterbildung: Ein Mythos zerbricht. Der Widerspruch zwischen überzogenen Erwartungen und Mißerfolgen der Weiterbildung, in: Kompetenzentwicklung '99, Aspekte einer neuen Lernkultur, Argumente, Erfahrungen, Konsequenzen, hrsg. von der Arbeitsgemeinschaft Qualifikations-Entwicklungs-Management, Münster 1999.

Staudt, E. et al.: Kompetenzentwicklung und Innovation – Die Rolle der Kompetenz bei Organisations-, Unternehmens- und Regionalentwicklung, Münster et al. 2002.

Staudt, E. et al.: Kompetenz und Innovation – Eine Bestandsaufnahme jenseits von Personalentwicklung und Wissensmanagement, in: Innovation: Forschung und Management, Band 10, Bochum 1997.

Strobel, G. et al.: „Lifelong Learning“ – Neue Wege zur Förderung von Sicherheit und Gesundheit, in: Die BG, Heft 3/2000, S. 132-136.

Süddeutsche Zeitung (o. V.): Angst um den Job macht krank: Immer öfter führen psychische Störungen zur Frührente, Nr. 179 vom 05.08.2004, S. 19.

Techniker Krankenkasse (Hrsg.): Gesundheitsreport, Auswertungen 2002, Arbeitsunfähigkeiten und Arzneimittelverordnungen, Schwerpunkt: Depressive Erkrankungen, Hamburg 2002.

Trautwein-Kalms, G.; Ahlers, E.: Innovative Dienstleistungen und die Suche nach neuen Gestaltungsansätzen in der Leistungs politik, in: WSI-Mitteilungen, Nr. 9/2002, S. 524-531.

Trimpop, R.: Neue Welten – Alte Welten: Risikooptimierung als Herausforderung im organisationalen Wandel, in: Trimpop, R.; Zimolong, B.; Kalveram, A. (Hrsg.): Psychologie der Arbeitssicherheit und Gesundheit, Neue Welten – Alte Welten, 11. Workshop 2001, Heidelberg 2002, S. 23-32.

Trojan, A.: Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung, in: Franzkowiak, P. et al.: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung: Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden in der Gesundheitsförderung, hrsg. von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Schwabenheim 2003.

Trojan, A.; Legewie, H.: Nachhaltige Gesundheit und Entwicklung – Leitbilder, Politik und Praxis der Gestaltung gesundheitsförderlicher Umwelt- und Lebensbedingungen, Frankfurt am Main 2000.

Udris, I.; Frese, M.: Belastung und Beanspruchung, in: Hoyos, C.; Frey, D. (Hrsg.): Arbeits- und Organisationspsychologie, Weinheim 1999, S. 429-445.

Udris, I. et al.: Arbeiten, gesund sein und gesund bleiben: Theoretische Überlegungen zu einem Ressourcenkonzept, in: Psychosozial, 1992, 15 (52), S. 9-22.

Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (Hrsg.): Neue Formen der Arbeit, Begriffsbildung und Konsequenzen für das berufsgenossenschaftliche Handeln, o. O.

Vetter, C.; Küsgens, I.; Dold, S.: Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2002, in: Badura, B; Schellschmidt, H.; Vetter, C. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2003. Wettbewerbsfaktor Work-Life-Balance: Betriebliche Strategien zur Vereinbarkeit von Beruf, Familie und Privatleben, Berlin 2004, S. 263-478.

Vroom, V. H.: Work and Motivation, New York et al. 1964.

Wagner-Link, A.: Lust statt Last: Einige psychologische Überlegungen zu Gesundheitsförderung und Prävention, in: Hanns-Seidel Stiftung: Argumente und Materialien zum Zeitgeschehen 36, hrsg. von S. Höfling, München 2002, S. 43-54.

Walger, G.; Scheller, C.: Das Angebot der Unternehmensberatungen in Deutschland, Österreich und der Schweiz, in: QUEM-report, Schriften zur beruflichen Weiterbildung, Heft 54, Berlin 1998.

Weiß, J. et al.: Die Bedeutung von Stressoren und Ressourcen für die psychische Gesundheit – ein multisystematischer Ansatz, in: Zeitschrift für Gesundheitspsychologie, Heft 3/1995.

Wolff, H.; Spieß, K.; Mohr, H.: Arbeit – Altern – Innovation, Wiesbaden 2001.

World Cancer Research Fund: Banta Book, Washington 1997.

Wunderer, R.; Bruch, H.: Umsetzungskompetenz – Diagnose und Förderung in Theorie und Unternehmenspraxis, München 2000.

<http://www.aok-bv.de/imperia/md/content/aokbundesverband/dokumente/pdf/gesundheitsversorgung/praeventionsbericht.pdf> [08.07.2004]

<http://www.baua.de/dasa/willkommen.htm> [08.07.2004]

http://www.baua.de/news/archiv/pm_03/pm78_03.htm [08.07.2004]

<http://www.bg-praevention.de/> [04.08.2004]

<http://www.bit-bochum.de/infos/GMBefragung.html> [05.08.2004]

http://www.dhmd.de/forum-wissenschaft/fachtagung03/richter_vg.htm [07.06.2004]

http://de.osha.eu.int/de/gfx/statistics/Sicherheit_und_Gesundheit_bei_der_arbeit_2001.php [07.06.2004]

<http://www.inqa.de/pdf/zukunftstagungsdoku.pdf> [12.07.2004]

http://www.iqpr.de/iqpr/download/publikationen/IF_Stellungnahme.pdf [12.07.2004]

<http://www.laekh.de/buerger/Gesundheitstipps/ruecken.pdf> [07.06.2004]

http://www.mmbg.de/PRESSE/FACHTAGUNG/fachtagung_s.html [13.08.2004]

http://www.m-ww.de/krankheiten/herz_kreislauf_erkrankungen/vorhofflimmern.html
[30.08.2004]

<http://www.svr-gesundheit.de/gutacht/gutalt/gutaltle.htm> [12.06.2004]

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1.1	Entwicklung von Arbeitsunfähigkeitstagen nach Krankheitsarten; Indexdarstellung 1994 = 100%	13
Abb. 1.2	Altersaufbau der (Erwerbs-)Bevölkerung	15
Abb. 1.3	Arbeitsunfähigkeit nach Altersgruppen und Dauer.....	16
Abb. 2.1	Kompetenz als Basis nachhaltiger Employability	21
Abb. 2.2	Bochumer Modell der Kompetenz zur Handlung	22
Abb. 2.3	Handlungsfähigkeitsmatrix.....	24
Abb. 2.4	Die Kompetenz zur Handlung als Säule der Employability i.e.S.	25
Abb. 2.5	Modell der Kompetenz zur Gesundheit.....	27
Abb. 2.6	Rahmen zur Erfassung der Handlungsbereitschaft	29
Abb. 2.7	Die Kompetenz zur Gesundheit als Säule der nachhaltigen Employability.....	33
Abb. 3.1	Eckdaten der Gesprächspartner im Berufsfeld Unternehmensberatung	36
Abb. 3.2	Handlungsfähigkeitsmatrix für das Berufsfeld Unternehmensberatung	39
Abb. 3.3	Eckdaten der Gesprächspartner im Berufsfeld Gesundheitswesen (Klinikpersonal).....	43
Abb. 3.4	Handlungsfähigkeitsmatrix: Klinikpersonal	45
Abb. 5.1	Faktoren aktueller beruflicher Handlungskompetenz: Lernorte der Ausbildungs-, Weiterbildungs-, Berufs- und Non-Profit- Arbeitsbiographie.....	51
Abb. 5.2	Biographische Lernorte als Quellen der Kompetenz zur Gesundheit ...	53
Abb. 5.3	Exemplifizierung von Quellen individueller Gesundheitskompetenz im Berufsfeld „Unternehmensberatung“	58
Abb. 5.4	Exemplifizierung von Quellen individueller Gesundheitskompetenz im Berufsfeld „Gesundheitswesen“	59
Abb. 6.1	Exemplarischer Überblick zum Angebot etablierter Akteure an den verschiedenen Lernorten.....	64
Abb. 6.2	Exemplarischer Überblick zur Adressierung von Elementen individueller Gesundheitskompetenz durch das Angebot etablierter Akteure im Bereich von Sicherheits- und Gesundheitsschutz.....	65