

NACHLESE ZUM 12. NASCHMARKT-FRÜHSTÜCK AM 16.04.2015 MIT **ANDREA SANZ**, BERATERINNENGRUPPE NASCHMARKT UND **KORNELIA STEINHARDT**; KOOPERATIONSPARTNERIN



Mit dem 12. naschmarkt-Frühstück knüpfen wir an vorhergegangene Frühstücks-Themen an: neuerlich haben wir aktuelle Rahmenbedingungen unter neuen Steuerungslogiken in Organisationen aufgegriffen und um das psychodynamische Modell der primären Aufgabe und des primären Risikos ergänzt, um zu skizzieren welchen Spannungsfeldern Führungskräfte ausgesetzt sind, wenn es um die Aufrechterhaltung der (psychischen) Gesundheit ihrer MitarbeiterInnen im Unternehmen geht.

Gesundheit als Führungsaufgabe steht in engem Zusammenhang mit der **primären Aufgabe** des Unternehmens und dem damit verbundenen **primären Risiko**. Das psychodynamische Modell der primären Aufgabe fokussiert den übergeordneten Zweck der Organisation und den damit verbundenen Arbeitsanforderungen. Die MitarbeiterInnen reagieren mit ihren Fähigkeiten und ihren psychischen Ressourcen auf die Realitäten der primären Aufgabe.

Jeder primären Aufgabe eines Unternehmens wohnt ein Risiko inne – das kann ein Scheitern an der Aufgabe sein, aber auch eine Belastung, die mit der Aufgabe einher geht. Damit die primären Risiken integriert werden können, müssen sie wahrgenommen werden, was mit Spannungen, Verunsicherungen und Ängsten verbunden ist. *So sieht sich beispielsweise das Personal, das auf der Intensivstation eines Krankenhauses arbeitet permanent mit der Anforderung konfrontiert, dass es Entscheidungen treffen muss, die im optimalen Fall das Überleben sichern, im ungünstigsten Fall aber auch todbringend sein können (vgl. Steinhardt/Datler 2005:217).* Das Unternehmen wie auch die MitarbeiterInnen sind gefordert, Bewältigungsstrategien im Umgang mit dem Risiko zu entwickeln. Allerdings erweisen sich die manifesten oder auch latenten Strategien, die sich im Unternehmen herausbilden, oft als dysfunktional in der Erfüllung der primären Aufgabe, was ein massives Gesundheitsrisiko für MitarbeiterInnen und Führungskräfte darstellen kann.¹ Wie können

¹ Isabel Menzies hat diese Wechselwirkung in ihrer Forschung in den 1970er Jahren zu Tage gefördert, als sie im Zuge einer Untersuchung an einem Londoner Allgemeinkrankenhaus mit angeschlossener Schwesternschule das Pflegepersonal beobachtete und feststellte, dass es zur Bewältigung der persönlichen Schicksale u.a. zu Depersonalisation und Leugnung der Bedeutung des Individuums durch sprachliche Reduktion des Patienten auf „Die Lunge auf Bett 10“, „die Leber auf Bett 3“ kommt. Sie konnte dies in einen Zusammenhang mit der permanenten Überlastung durch personelle Unterbesetzung und der auftretenden hohen Fluktuation und dem überdurchschnittlichen Krankenstand stellen. (Menzies 1974)

diese Gesundheitsrisiken in der gegenwärtigen Logik der Organisation von Arbeit beschrieben werden?

Unter neuen Arbeitsbedingungen beobachten wir einen **Paradigmenwechsel bei der Organisation von Arbeit**. Wir sprechen von einer Entwicklung von direkter zu indirekter Steuerung, die Ergebnisziele nach dem **Prinzip einer Steuerungslogik** nach sich zieht. Tonangebend ist nahezu ausschließlich eine Orientierung am Markt.

Dieser Wandel zieht neue Steuerungsmechanismen nach sich: Die Beschäftigten müssen Erfolge vorweisen. Der tatsächlich geleistete Aufwand obliegt ihrer eigenen Verantwortung. Während sie unter Bedingungen der direkten Steuerung noch für ihren Einsatz, ihre Mühen und ihren Aufwand Anerkennung erwarten durften, verhält sich die nunmehr geforderte **„Leistung der Selbststeuerung“** (vgl. Kratzer/Dunkel 2011:13ff) analog zur Selbstständigkeit. Beschäftigte geraten in eine Leistungsdynamik von quasi selbstständigen UnternehmerInnen. Dies zieht eine hohe Verausgabebereitschaft nach sich, unter Aufbietung aller Kräfte sind sie bereit zum erwünschten Erfolg / Ergebnis zu gelangen.

Phänomen der „interessierten Selbstgefährdung“: Wenn die Beschäftigten unter Bedingungen indirekter Steuerung ein eigenes Interesse an der Zielerfüllung und Ergebnisreichung entwickeln, funktioniert dies für sie zugleich als ein unternehmerisches Motiv für ein Verhalten, das die eigene Gesundheit gefährdet und bestehende gesundheitliche Schutzregelungen eigenständig unterläuft. Sprich: der/die Beschäftigte nimmt im Zweifel keine Rücksicht auf die eigene Gesundheit – wenn nämlich dafür ein Misserfolg in Kauf genommen werden müsste oder ein Erfolg gefährdet würde (vgl. Peters 2011:109).

Diese Form der interessierten Selbstgefährdung führt zu einem neuen Phänomen, das die betriebliche Gesundheitsförderung vor eine 180-Grad-Wende stellt, nämlich **Präsentismus**: Während Beschäftigte dem Druck am Arbeitsplatz unter Bedingungen der direkten Steuerung über den Krankenstand eher ausgewichen sind, ist heute zu beobachten, dass Beschäftigte aus Angst vor Misserfolgen oder verpassten Ergebniszielen immer öfter krank zur Arbeit gehen.

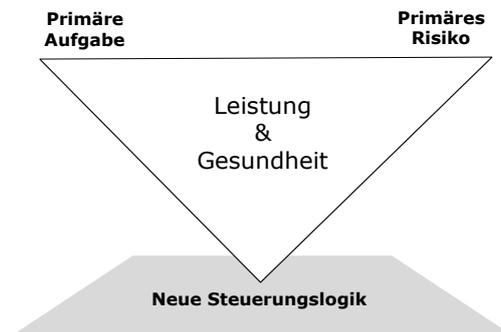
Parallel zum Umbruch in den betrieblichen Steuerungsformen sind die **Prinzipien und Instrumente des betrieblichen Gesundheitsmanagements einem Wandel** unterworfen. Traditionell fallen „Schutz und Erhalt der Gesundheit der Beschäftigten überwiegend in den Aufgaben- und Verantwortungsbereich von spezialisierten Fachkräften“ (Pangert et al. 2011:216), wie z.B. ArbeitsmedizinerInnen. Aktuell wird jedoch zur steigenden dezentralen Verantwortlichkeit für die Realisierung der markt- und ergebnisbezogenen Zielgrößen auch die Verantwortung für Gesundheit und Wohlbefinden dezentralisiert. „Überspitzt formuliert: Die betriebliche Gesundheitspolitik stellt ein Angebot an Instrumentarien zur Verfügung, aus denen sich die Beschäftigten als eigenständige Akteure und Experten ihrer eigenen Gesundheit bedienen können (und sollen). Die Beschäftigten werden nicht nur verantwortlich für ihre ‚Selbststeuerung von Leistung‘ im Kontext definierter Rahmenbedingungen, sondern auch für das Selbstmanagement der eigenen Gesundheit“ (ebd:217).

Insgesamt, so resümieren die Referentinnen, kommt den Beschäftigten der Halt in Organisationen abhanden. Während zentralisierte Formen des Managements zwar weniger Freiheitsgrade für den /die Einzelne/n zuließen, müssen Beschäftigte allerdings heute – auf sich selbst gestellt – eigenständig für Orientierung und Strukturierung sorgen. Damit wird auch das Aushalten der Belastungen, die aus dem primären Risiko herrühren sehr viel mehr an den / die einzelne Beschäftigte delegiert. Die Bewältigung des möglichen Scheiterns wird

somit individualisiert indem die Verantwortung an jede/n Einzelnen abgegeben wird und zu einem Risiko für Gesundheit gerät.

Führungskräfte betrifft das **Spannungsfeld zwischen Gesundheit und Leistung** heute in zweifacher Hinsicht: zum einen sind sie selbst davon betroffen, zum anderen ist es ihre Aufgabe, Beschäftigte darin zu unterstützen, dieses Spannungsfeld erfolgreich zu bewältigen. Der Gestaltungsraum von Führungskräften, sinnvolle Maßnahmen für ihre eigene Gesundheit sowie die Gesundheit ihrer MitarbeiterInnen zu setzen, steht und fällt dabei mit der Bedeutung, die der Gesundheit im Unternehmen beigemessen wird. Je getrennter Leistungs- und Gesundheitspolitik im Unternehmen behandelt werden, desto mehr wird es zur Aufgabe jedes/r einzelnen Beschäftigten Leistung und Gesundheit selbst in Balance zu halten. Somit schreitet der gesellschaftliche Prozess der Individualisierung innerbetrieblich voran. Dann erleben Führungskräfte dieses Spannungsfeld eher dichotom: entweder sie kümmern sich um die Gesundheit ihrer MitarbeiterInnen oder sie sorgen für ihre Leistung. Hierzu nehmen die Referentinnen den Standpunkt ein, dass die **Leistungsfähigkeit** der Organisation darauf aufbaut, Gesundheit ins Unternehmen zu integrieren.

Die Referentinnen betonen, dass Führungsarbeit einen **Balanceakt** darstellt, in dem Gesundheit und Leistungsfähigkeit im Zentrum stehen und zwischen der primären Aufgabe und dem primären Risiko unter Berücksichtigung der neuen Steuerungslogiken zu balancieren sind.



Die Balance ist 'wackelig' und erhält unter neuen Steuerungslogiken immer wieder Schräglage. Umso mehr handelt es sich bei der Frage der Verantwortlichkeit letztlich um einen Prozess, in dem beide Seiten – ArbeitgeberInnen wie ArbeitnehmerInnen – aushandeln, was sie im Hinblick auf die Reduzierung einer bestehenden oder die Vermeidung einer drohenden Gesundheitsgefährdung voneinander erwarten dürfen (vgl. Haubl 2013).

Wenn sich die Gesundheitsgefährdungen vermehrt als psychische Belastungen niederschlagen, sehen sich Führungskräfte besonders herausgefordert. Denn diese sind äußerlich oft kaum sichtbar und es fehlt die Erfahrung im Umgang damit. Führungskräfte erleben das Zugehen auf die betroffenen Personen oft als Stress, oder sie fragen sich was sie überhaupt bewirken können. Insbesondere die mittlere Ebene ist damit tendenziell überfordert, häufig sind die betroffenen Führungskräfte aufgrund der fachlichen Expertise in die 2. Führungsebene gehievt worden und fühlen sich mit Gesundheit als Führungsaufgabe allein gelassen.

In der Tat brauchen Führungskräfte viel Fingerspitzengefühl, um mit Gesundheitsgefährdungen, insbesondere mit psychischen Belastungen, am Arbeitsplatz

umzugehen. Die Referentinnen zeigen auf, dass es für Führungskräfte unumgänglich ist die notwendige Sensibilität zu entwickeln, um die Befindlichkeiten der MitarbeiterInnen wahrzunehmen. Zum einen gilt es, die Beeinträchtigungen zu erkennen und aktiv darauf einzugehen, zum anderen aufmerksam zu sein, ob MitarbeiterInnen trotz Krankheit zur Arbeit gehen.

Die Referentinnen sprachen abschließend **Empfehlungen** aus, was Führungskräfte zur Gesundheit ihrer MitarbeiterInnen und der Balance von Aufgabe und Risiko aktiv im Betrieb beitragen können:

- Die Themen Gesundheit und Belastungen in MitarbeiterInnengespräche einbauen und in Teambesprechungen regelmäßig ansprechen.
- Risiken, die in der Arbeit entstehen, benennen und reflektieren, sowie Denkräume im Unternehmen eröffnen und erhalten.
- (Psychische) Krisen bzw. Überlastungen von MitarbeiterInnen ent-tabuisieren, indem Sie sie als Führungskraft ansprechen bzw. Ihre Sorge ausdrücken.
- Belastungen von MitarbeiterInnen anhören und akzeptieren, ohne eine Patentrezept zur Lösung zu haben.
- Die Leistungen und die Grenzen der Selbststeuerung thematisieren, sichtbar machen und anerkennen.

In der anschließenden **Diskussion** wurde insbesondere die Frage der Verantwortung der handelnden Führungskräfte reflektiert. Viele Stimmen berichten, dass sie sich den empfohlenen Strategien anschließen, gleichzeitig aber an Grenzen stoßen wenn es darum geht, wie das obere Management das Thema Gesundheit betrachtet. Die Möglichkeiten stehen und fallen letztendlich damit, wie gut die Gesundheitsthematik strukturell im Unternehmen eingebettet ist und wie nachhaltig bereits getroffene Maßnahmen hinsichtlich ihrer Wirkung evaluiert werden.

Auch die Vorbildwirkung von Führungskräften, etwa was das Konsumieren des eigenen Urlaubs oder den Zeitpunkt des Mail-Versands betrifft (Stichwort sonntagabends abgeschickt – Montag früh soll es erledigt sein), wurde betont.

Insgesamt wurde festgehalten, dass das Thema Gesundheit in der Arbeitswelt, respektive die Verankerung in der konkreten Unternehmenspolitik noch immer in den Kinderschuhen steckt und eine der aktuellen Herausforderungen bleiben wird, wo es noch viel zu lernen gibt.

Literatur:

Steinhardt, Kornelia; Datler Wilfried: Organisation und Psychodynamik, Psychoanalytische Überlegungen zur Wahrnehmung von Leitungsaufgaben, in: Lange, R.; Fasching, H. (Hg.): sozial managen, Grundlagen und Positionen des Sozialmanagements zwischen Bewahren und radikalem Verändern, Haupt Verlag, Bern u.a. 2005, S. 213-231.

Haubl, Rolf: Resilienzfaktoren einer salutogenen Organisationskultur, in: Haubl, R.; Hausinger, B.; Voß, G. (Hg.): Riskante Arbeitswelten, Zu den Auswirkungen moderner Beschäftigungsverhältnisse auf die psychische Gesundheit und die Arbeitsqualität, Campus Frankfurt/New York 2013, S. 183-199.

Kratzer, Nick; Dunkel, Wolfgang: Arbeit und Gesundheit im Konflikt, in: Kratzer, N.; Dunkel, W.; Becker, K.; Hinrichs, S. (Hg.): Arbeit und Gesundheit im Konflikt, Analysen und Ansätze für ein partizipatives Gesundheitsmanagement, Edition Sigma, Berlin 2011, 13- 34.

Menzies, Isabel: Die Angstabwehr-Funktion sozialer Systeme – ein Fallbericht, in: Gruppendynamik, 5, 1974, 183-216.

Pangert, Barbara; Dunkel, Wolfgang; Menz, Wolfgang: Gesundheit als Führungsaufgabe in ergebnisorientiert gesteuerten Arbeitssystemen, in: Kratzer, N.; Dunkel, W.; Becker, K.; Hinrichs, S. (Hg.): Arbeit und Gesundheit im Konflikt, Analysen und Ansätze für ein partizipatives Gesundheitsmanagement, Edition Sigma, Berlin 2011, 215-235.

Peters, Klaus: Indirekte Steuerung und interessierte Selbstgefährdung. Eine 180-Grad-Wende bei der betrieblichen Gesundheitsförderung, in: ebenda, S. 105-122.