

Betriebliche Gesundheitsförderung durch Partizipation

Eine qualitative Studie zu den individuellen Voraussetzungen für
eine Beteiligung an Gesundheitszirkeln

Dissertation
zur Erlangung der Würde des Doktors der Philosophie der
Universität Hamburg

vorgelegt von

Irene Preußner
aus Bochum

Februar 2003

Erstgutachten: Prof. Dr. Eva Bamberg

Zweitgutachten: Prof. Dr. Ivars Udris

Tag der letzten Prüfung: 21. 01. 2004

Für meine Eltern

Danksagung

Diese Arbeit verdanke ich vielen Menschen, die mich in meinem Forschungsprozess unterstützten. Zunächst möchte ich der Hans-Böckler-Stiftung danken, die durch die finanzielle und ideelle Unterstützung die vorliegende Arbeit überhaupt erst ermöglichte. Eine unschätzbare Hilfe war mir der intensive Kontakt zu anderen Stipendiatinnen. Ihre Diskussions- und Kritikbereitschaft boten mir eine wertvolle Auseinandersetzung, die ich vor allem mit Dr. Annette Henninger, Dr. Susanne Heynen und Andrea Sieber teilte.

Mein Dank gilt auch Prof. Dr. Eva Bamberg für ihre geduldige Begleitung. Sie machte es mir möglich, meine eigenen Ideen zu entwickeln und sie schließlich auch umzusetzen. Ich danke auch Prof. Dr. Ivars Udris für das Interesse an meiner Arbeit und für seine wertschätzende Begutachtung.

Außerdem danke ich meinen Freund/innen und meiner Familie, insbesondere meiner Mutter die mir mit ihrer Zuversicht stets zur Seite stand. Ich möchte auch Lorna Ritchie, Dr. Gitte Händel sowie Dr. Kirsten Eichler für die intensive Unterstützung in der Abschlussphase danken. Meinem Mann Matthias Moritz bin ich für seine liebevolle und fürsorgliche Art sehr verbunden. Er stand mir über all die Jahre hinweg stets zur Seite.

Ich danke den beteiligten Unternehmen für die Unterstützung an meiner Untersuchung. Mein besonderer Dank gilt den Interviewpartner/innen, die mir mit Offenheit ihre Erfahrungen und Erlebnisse mitteilten. Erst durch ihre Erzählungen kann diese Arbeit ihren Beitrag zur Forschung und Weiterentwicklung der Partizipation in der betrieblichen Gesundheitsförderung leisten.

INHALTSVERZEICHNIS

0 Zusammenfassung	4
1 Einführung	7
2 Stand und Entwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung	10
2.1 Partizipation in der betrieblichen Gesundheitsförderung.....	10
2.1.1 Leitlinien der betrieblichen Gesundheitsförderung.....	10
2.1.2 Praxis gesundheitsbezogener Interventionen	13
2.2 Entwicklung und Erprobung von Gesundheitszirkeln	15
2.2.1 Gesundheitszirkel nach dem Düsseldorfer Modell.....	16
2.2.2 Gesundheitszirkel nach dem Berliner Modell.....	17
2.2.3 Wesentliche Weiterentwicklungen der Zirkelmodelle.....	19
2.3 Überprüfung der Wirksamkeit von Gesundheitszirkeln	21
2.3.1 Merkmale und Schwierigkeiten bei der Evaluierung von Gesundheitszirkeln	21
2.3.2 Ausgewählte Ergebnisse aus Evaluationsstudien zu Gesundheitszirkeln	24
3 Forschungsstand zu den individuellen Voraussetzungen betrieblicher Partizipation	30
3.1 Zu den Begriffen Partizipation und partizipative Kleingruppenarbeit.....	30
3.2 Partizipation aus organisationaler Perspektive.....	33
3.2.1 Allgemeine Rahmenbedingungen für die Umsetzung von Partizipation ...	34
3.2.2 Spezifische Rahmenbedingungen bei der Einführung von Gesundheitszirkeln	37
3.2.2.1 Information und Kommunikation.....	37
3.2.2.2 Unterstützung durch das Management.....	38
3.2.2.3 Glaubwürdigkeit der Projektinitiative.....	38
3.3 Partizipation aus individueller Perspektive	39
3.3.1 Ansätze zur Erklärung partizipativer Handlungen	40
3.3.1.1 Partizipation beruht auf ein menschliches Grundbedürfnis	41
3.3.1.2 Partizipation ist Ausdruck individueller Handlungsfähigkeit	42
3.3.1.3 Partizipation entsteht durch einen Lern- und Entwicklungsprozess....	44
3.3.1.4 Partizipation im Zusammenhang mit persönlichen Eigenschaften	46
3.3.2 Wirkung und Folgen von Partizipation auf die Beschäftigten.....	48
3.3.3 Widerstand bei partizipativen Veränderungsprozessen.....	53
4 Motivationsmodell zur Erklärung gesundheitsförderliches Handelns im Betrieb	55
4.1 Motivationales Handeln.....	55

4.1.1	Das Handlungsphasenmodell der Motivation.....	55
4.1.2	Kontroll- und Kompetenzerwartungen beim motivationalen Handeln	60
4.2	Gesundheitsbezogenes Handeln	65
4.2.1	Erklärungsansätze zum Gesundheitsverhalten.....	65
4.2.2	Stressbewältigungsprozess und Gesundheitsverhalten am Arbeitsplatz..	68
4.3	Entwicklung eines Rahmenmodells zur Erklärung der Beteiligung an Gesundheitszirkeln.....	73
5	Untersuchungsdesign.....	75
5.1	Fragestellung	75
5.2	Erhebungs- und Auswertungsverfahren.....	77
5.2.1	Erhebung der Interviews	77
5.2.2	Auswertung der Interviews.....	79
5.3	Auswahl und Beschreibung des Samplings	85
5.3.1	Selektives Sampling.....	85
5.3.2	Beschreibung der Unternehmen und Gesundheitszirkel.....	87
5.3.3	Prüfung der Vergleichbarkeit der Kontrastgruppen.....	89
6	Wahrgenommene Einflussnahme der Beteiligten und Nichtbeteiligten im Vergleich	94
6.1	Wahrgenommene Einflussnahme am Arbeitsplatz	94
6.1.1	Wahrgenommene Einflussnahme der Beteiligten.....	95
6.1.2	Wahrgenommene Einflussnahme der Nichtbeteiligten	99
6.2	Wahrgenommene Einflussnahme auf die eigene Gesundheit.....	102
6.2.1	Gesundheitsbezogene Einflussnahme der Beteiligten.....	103
6.2.2	Gesundheitsbezogene Einflussnahme der Nichtbeteiligten.....	105
6.3	Fazit: Prägnante Unterschiede und auffällige Gemeinsamkeiten	107
7	Motivation und Erwartungen der Beteiligten und Nichtbeteiligten im Vergleich	110
7.1	Informationen zum Gesundheitszirkel: "... der Sprung ins kalte Wasser"	110
7.2	Begründungen für eine (Nicht)Beteiligung	113
7.2.1	Motivation der Beteiligten und deren Erwartungen	114
7.2.2	Motivation der Nichtbeteiligten und deren Erwartungen.....	120
7.2.3	Fazit: Deutliche Unterschiede in den Begründungen trotz ähnlicher Erwartungen.....	126
8	Bewertung der Zirkelerfahrung durch die Beteiligten und Nichtbeteiligten im Vergleich	130
8.1	Bewertung der Zirkelarbeit durch die Beteiligten.....	131
8.1.1	Mitarbeit und Unterstützung des Managements	132

8.1.2 Rolle der Zirkelmoderation	133
8.1.3 Zusammenarbeit im Zirkel	134
8.2 Bewertung der eigenen Beteiligung	135
8.3 Bewertung der Zirkelergebnisse.....	138
8.3.1 Bewertung der Zirkelergebnisse aus Sicht der Beteiligten.....	139
8.3.2 Bewertung der Zirkelergebnisse aus Sicht der Nichtbeteiligten	142
8.3.3 Fazit: Unterschiede in der Innen- und Außensicht	145
9 Zukunftsprognosen der Beteiligten und Nichtbeteiligten im Vergleich	148
9.1 Antizipierte Veränderungsmöglichkeiten	148
9.1.1 Veränderungsmöglichkeiten aus Sicht der Beteiligten.....	149
9.1.2 Veränderungsmöglichkeiten aus Sicht der Nichtbeteiligten	151
9.2 Zukünftige Beteiligungsbereitschaft	153
9.2.1 Beteiligungsbereitschaft der Zirkelmitglieder	153
9.2.2 Beteiligungsbereitschaft der Nichtbeteiligten	155
9.3 Fazit: Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit.....	157
10 Typisierung subjektiver Handlungsweisen	159
10.1 Prototypen individueller Partizipationsmuster.....	159
10.2 Fazit: Vorschläge für eine differenzielle Teilnehmungspraxis	168
11 Zusammenfassende Diskussion und Schlussfolgerung.....	171
12 Literatur	180
12 Anhang	197

0 Zusammenfassung

Mit dem Ziel, die Menschen zu befähigen, selbst auf die ihre Gesundheit beeinträchtigenden Bedingungen Einfluss zu nehmen, sollen Beschäftigte an Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung beteiligt werden. Dieser partizipationsorientierte Ansatz bedarf einer individuellen Entscheidung zur aktiven Mitarbeit und einer Bereitschaft zum gesundheitsförderlichen Handeln. Ausgangspunkt der vorliegenden Arbeit ist der Umstand, dass Beteiligung in der betrieblichen Gesundheitsförderung in der Praxis eher eine Ausnahmeerscheinung ist. Außerdem ist bislang kaum untersucht aus welchen Gründen Beschäftigte an Gesundheitszirkeln teilnehmen oder dies ablehnen. Während aus der Partizipationsforschung Untersuchungen zu den organisationalen Voraussetzungen für Beteiligung vorliegen, sind die individuellen Voraussetzungen der Partizipation nur wenig erforscht. Insbesondere der individuelle Entscheidungsprozess für oder gegen eine Beteiligung im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung ist bislang kaum erörtert worden. Genau hier setzt die vorliegende Arbeit an und untersucht den dieser Entscheidung zugrundeliegenden motivationalen Prozess.

Zur Erklärung der individuellen Voraussetzungen von betrieblicher Beteiligung wird zunächst auf Erkenntnisse der Partizipationsforschung zurückgegriffen und deren Theorieansätze systematisiert. Darüber hinaus wird ein motivationspsychologisches Rahmenmodell des individuellen Entscheidungsprozesses entwickelt, das sowohl betriebliches als auch gesundheitsförderliches Handeln berücksichtigt. Mit diesem Rahmenmodell wird der Versuch unternommen, die Voraussetzung von Beteiligung an Gesundheitszirkeln theoretisch zu bestimmen. Das Handlungsphasenmodell von Heckhausen (1989) und das HAPA-Modell (Schwarzer, 1999) dienen genauso als Grundlage wie bisherige Erkenntnisse aus der Partizipationsforschung. Mit einem qualitativen Erhebungs- und Auswertungsverfahren sollen die fördernden und hemmenden Bedingungen für eine Beteiligung analysiert werden. Dabei stehen die subjektiven Handlungsweisen und Handlungsbegründungen im Mittelpunkt.

Ziel der empirischen Studie ist es, anhand eines theoriebildenden Verfahrens, den individuellen Entscheidungsprozess sichtbar zu machen und zu analysieren. Grundlage dieser Analyse sind leitfadengestützte Interviews mit Beschäftigten aus drei Industriebetrieben, die sich entweder an einem Zirkel beteiligten oder eine Beteiligung ablehnten. Die Verwendung von Kontrastgruppen (Beteiligte und Nichtbeteiligte) gewährleistet eine möglichst hohe Varianz an Ausprägungsmerkmalen und trägt somit zur Aussagekraft der Ergebnisse bei. Die Auswertung erfolgte in zwei Phasen: Zunächst fand eine themenbezogene Typenbildung verschiedener Aspekte des individuellen Entscheidungsprozesses der Beteiligten und Nichtbeteiligten statt. Im zweiten Schritt erfolgte eine auf dem Einzelfall basierende Typologie, die zu verallgemeinerbaren Partizipationsmustern führte.

Zur Untersuchung der individuellen Beteiligungsbedingungen sind insgesamt 25 Beschäftigte (davon 9 Frauen) aus drei Unternehmen anhand eines vorstrukturierten Leitfadens interviewt worden. Zwölf der Befragten hatten sich an einem Zirkel beteiligt, 13 hatten sich gegen eine Beteiligung entschieden. Die Befragung fand mindestens ein halbes Jahr nach Beendigung des Gesundheitszirkels statt. Es wurden ExpertInneninterviews erhoben. Diese wurden mittels der ihr zugrundeliegenden Auswertungsheuristik analysiert und entsprechend typologisiert (Meuser & Nagel, 1994; Kelle & Kluge, 1999). Vier Themenschwerpunkte konnten identifiziert

werden, anhand dessen eine Dimensionalisierung des Interviewmaterials stattfand: (1) Wahrgenommene Einflussnahme am Arbeitsplatz und auf die eigene Gesundheit; (2) Entscheidungsprozess: Information, Motivation und Erwartungen; (3) Bewertung der Zirkelarbeit und der Zirkelergebnisse sowie (4) Zukunftsprognose (antizipierte Veränderungsmöglichkeiten und zukünftige Beteiligungsbereitschaft).

Der Vergleich der Kontrastgruppen brachte Unterschiede zwischen den Beteiligten und Nichtbeteiligten hervor. Insgesamt lässt sich sagen, dass die wahrgenommene Einflussnahme auf die Gesundheit vor allem bei den bereits erkrankten Beschäftigten eine entscheidende Rolle zu spielen scheint. Unter den Beteiligten befanden sich solche, die glaubten ihre Gesundheitsprobleme aktiv bewältigen zu können, während die gesundheitlich beeinträchtigten Nichtbeteiligten fatalistische Kontrollerwartungen zeigten. Insgesamt scheinen die Beteiligten eher Personen zu sein, die glauben aktiv ihre Arbeitsumgebung beeinflussen zu können, während unter den Nichtbeteiligten auch solche zu finden sind, die dies entweder nicht glauben oder ihre Einflussmöglichkeiten nicht nutzen wollen.

Der Vergleich der Motivation zwischen den Beteiligten und Nichtbeteiligten zeigt eine hohe Varianz an Begründungen für bzw. gegen eine Beteiligung, auf die später noch eingegangen wird. So basiert die Entscheidung der Zirkelmitglieder für eine Beteiligung im Wesentlichen auf drei Motivationstypen: Stressbewältigung, Mitsprachewunsch und Gesundheitsbewusstsein. Die bislang Inaktiven entscheiden sich ebenfalls aus verschiedenen Gründen gegen eine Zirkelmitarbeit. Folgende Muster wurden erkannt: (1) es sind bereits Einflussmöglichkeiten vorhanden, (2) betriebliches Engagement wird bereits anderweitig eingesetzt, (3) auf Mitsprache wird verzichtet, da Beschwerdefreiheit vorliegt und (4) mangelnde Kontroll- und Kompetenzerwartung. Interessant ist, dass bis auf diejenigen, die ihre Belastungen durch die Zirkelarbeit bewältigen wollten, bei allen anderen Gruppen (egal ob Beteiligte oder Nichtbeteiligte) eher geringe bis pessimistische Erwartungen an die Zirkelergebnisse vorlagen. Im Vergleich der Bewertungen der Zirkelarbeit zeigen sich Unterschiede, die sich aus der Innen- und Außensicht der Beschäftigten begründen lassen. Die Beteiligten maßen den Zirkel am persönlichen Nutzen oder an dessen Ergebnissen. Die Nichtbeteiligten nahmen von den Ergebnissen eher wenig wahr und beurteilten den Zirkel aus der Funktion heraus, die er zu haben schien, z.B. „*Meckerecke für Einflusslose*“. Der Vergleich der Zukunftsprognosen zeigt, dass sich durch die Zirkelerfahrung der Kreis der Aktiven und Passiven verschieben könnte. Während die von dem Ergebnis Enttäuschten auf keinen Fall erneut partizipieren würden, könnten sich bislang Inaktive vorstellen, sich zukünftig an einem Zirkel zu beteiligen, wenn sie mehr Unterstützung erfahren würden.

Im Anschluss an die themenbezogene Typenbildung wurde eine auf den Einzelfall bezogene Typologisierung über alle Themenbereiche hinweg vorgenommen. Ziel war, die individuellen Zusammenhänge über alle Themenbereiche deutlich zu machen, in denen unterschiedliche subjektive Handlungsweisen erkennbar sind. Es konnten sechs verschiedene sogenannte Partizipationsmuster gefunden werden. Aufgrund dieser individuellen Partizipationsmuster scheint eine differenzierte Vorgehensweise für die Beschäftigtenpartizipation innerhalb betrieblicher Gesundheitsförderung naheliegend. Eine solche Differenzierung ermöglicht den Beschäftigten mit ihren individuellen Voraussetzungen, die „passende“ Form der Beteiligung zu finden. Für die Praxis kann geschlussfolgert werden, dass allein mit einem Gesundheitszirkel nicht alle Teile der Belegschaft erreicht werden können, so dass auch andere Angebote zur Partizipation in der Gesundheitsförderung genutzt werden sollten. Eine gezielte, auf die unterschiedlichen Bedürfnisse bzw. Erfahrungen der

Beschäftigten abgestimmte Ansprache und Unterstützung könnte wiederum die Beteiligungsquote für einen Gesundheitszirkel erhöhen.

1 Einführung

Die betriebliche Gesundheitsförderung soll Möglichkeiten zur Förderung und zum Erhalt der Gesundheit am Arbeitsplatz schaffen, um die Arbeitsbedingungen nachhaltig zu verbessern. Belastungen werden dabei reduziert und Ressourcen aufgebaut, vor allem im vernachlässigten Bereich der psychosozialen Umwelt. Das schließt insbesondere auch die Befähigung der Menschen ein, selbst auf die ihre Gesundheit beeinträchtigenden Bedingungen Einfluss zu nehmen. Der Ansatz der betrieblichen Gesundheitsförderung legt demzufolge eine partizipationsorientierte Umsetzung nahe. Maßnahmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung sind in den Unternehmen jedoch keine Selbstläufer - es bedarf der bewussten Entscheidung aller Akteure. Dabei wird sowohl seitens der Betriebe, als auch von den Beschäftigten selbst, die Bereitschaft zu gesundheitsförderlichem Handeln vorausgesetzt.

Das Interesse der Beschäftigten an "offiziellen" Gesundheitsförderungsmaßnahmen wird jedoch von ihrer Einschätzung des persönlichen Nutzens bestimmt sein. Sie haben unter Umständen schon ihre eigenen subjektiv entlastenden Handlungsweisen entwickelt, um betrieblichen Belastungen entgegen zu wirken. Eine Rückenschule wird im Ergebnis möglicherweise greifbarer gesehen als etwa ein Gesundheitszirkel mit ungewissem Ausgang. Belegschaften, die mit ihren Problemen am Arbeitsplatz gewöhnlich nicht ernst genommen werden, müssen erst von der Glaubwürdigkeit solcher Maßnahmen überzeugt sein. Gerade das Erleben vermeidbarer Belastungen, die im Rahmen von Gesundheitszirkeln thematisiert werden sollen, führen bei den Mitarbeiter/innen oft zu Ärger und Frustrationen. Die ständige Wiederholung solcher Erfahrungen sowie erfolglose Lösungsversuche führen zu Gefühlen von Hilflosigkeit, Resignation und Aggression. Eine geringe Motivation zur aktiven Mitarbeit können die Folge sein.

So verwundert es kaum, dass aus gesundheitsförderlichen Programmen mit Mitarbeiterbeteiligung, etwa den Gesundheitszirkeln, von einer skeptischen und ablehnenden Belegschaft berichtet wird, die an Beteiligung kaum interessiert zu sein scheint (Westermayer & Bähr, 1994b). Die Ursachen für diese eher ablehnende Haltung sind bislang kaum erforscht. Genauso wenig ist bekannt, aus welchen Gründen Beschäftigte an den Gesundheitszirkeln partizipieren. Da die individuellen Voraussetzungen von betrieblicher Partizipation nur wenig erforscht sind, liegen dazu bislang kaum Erkenntnisse vor (Wilpert, 1998). Insbesondere die individuellen Entscheidungsprozesse für oder gegen eine Beteiligung im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung sind wenig erörtert worden. Genau hier setzt die vorliegende Arbeit an und untersucht den der Entscheidung zugrundeliegenden motivationalen Prozess.

Zur Erklärung der individuellen Voraussetzungen von betrieblicher Beteiligung wird zunächst auf Erkenntnisse der Partizipationsforschung zurückgegriffen und deren Theorieansätze systematisiert. Darüber hinaus wird ein motivationspsychologisches Rahmenmodell des individuellen Entscheidungsprozesses entwickelt, das sowohl betriebliches als auch gesundheitsbezogenes Handeln berücksichtigt. Dieses Rahmenmodell, welches theoretische Aspekte aus der Partizipations- und Motivationsforschung integriert, dient zur Erklärung von Beteiligung innerhalb der betrieblichen Gesundheitsförderung. Mit einem qualitativen Erhebungs- und Auswertungsverfahren sollen die fördernden und hemmenden Bedingungen für eine

Beteiligung analysiert werden. Dabei stehen die subjektiven Handlungsweisen und Handlungsbegründungen im Mittelpunkt.

Ziel der empirischen Analyse ist es, anhand eines theoriebildenden Verfahrens zu einer Typologie der Einflussfaktoren des individuellen Entscheidungsprozesses zu gelangen. Grundlage dieser Analyse sind leitfadengestützte Interviews mit Beschäftigten aus drei Industriebetrieben, die sich entweder an einem Zirkel beteiligten oder eine Beteiligung ablehnten. Die Verwendung von Kontrastgruppen (Beteiligte und Nichtbeteiligte) gewährleistet eine möglichst hohe Varianz an Ausprägungsmerkmalen und trägt somit zur Aussagekraft der Ergebnisse bei. Die Auswertung erfolgte in zwei Phasen: Zunächst fand eine themenbezogene Typologie verschiedener Aspekte des individuellen Entscheidungsprozesses der Beteiligten und Nichtbeteiligten statt. Im zweiten Schritt erfolgte eine auf dem Einzelfall basierende Typenbildung, die zu verallgemeinerbaren Partizipationsmustern führte. Mit den vorliegenden Ergebnissen konnten differenzierte Erkenntnisse über das Zustandekommen individueller partizipativer Handlungen gewonnen werden. Diese könnten nicht zuletzt zu neuen Impulsen für die praktische Umsetzung der Beschäftigtenpartizipation innerhalb der Gesundheitsförderung führen.

In der vorliegenden Arbeit wird Partizipation als integraler Bestandteil der Prozesse zur betrieblichen Gesundheitsförderung verstanden und vorgestellt (Kap. 2). Anhand der Leitlinien der Gesundheitsförderung wird deutlich, dass ihr Ansatz ein partizipatorischer ist und sich damit von den bisherigen Praktiken des betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutzes absetzt (Kap. 2.1.1). Die in mehr als zehn Jahren gesammelten betrieblichen Erfahrungen mit gesundheitsbezogenen Interventionen und deren Beschäftigtenbeteiligung zeigen allerdings eine eher nüchterne Bilanz (Kap. 2.1.2).

Gesundheitszirkel, eine Form der partizipativen Kleingruppenarbeit, haben als Instrument der gesundheitsbezogenen Beteiligung Beachtung gefunden (Kap. 2.2). Allerdings zeigen Untersuchungen zu den betrieblichen Folgen von Zirkelarbeit ein eher unbefriedigendes Resultat (Kap. 2.3). Die ohnehin schwer zu messende Wirksamkeit von Zirkelarbeit lässt erkennen, dass die Auswirkungen meist gering und nicht uneingeschränkt positiver Natur sind.

In Kapitel 3 wird der Forschungsstand zu den individuellen Voraussetzungen der betrieblichen Partizipation aufgearbeitet. Um der interaktionistischen Perspektive von Partizipation Rechnung zu tragen, werden zunächst die organisationalen Rahmenbedingungen bei der Umsetzung von Partizipation im Allgemeinen und bei der Einführung von Gesundheitszirkeln im Besonderen betrachtet (Kap. 3.2). In Kapitel 3.3 werden die vorhandenen Erklärungsansätze zu den individuellen Voraussetzungen aus der Partizipationsforschung vorgestellt und systematisiert. Des Weiteren werden die Auswirkungen von Beteiligung diskutiert, da sie vor dem Hintergrund der individuellen Bewertung zugleich den Ausgangspunkt (Motivation) weiterer Partizipationshandlungen bilden (Kap. 3.3.2). Beteiligung wird nicht selten im Rahmen von betrieblichen Veränderungsprozessen realisiert, deshalb wird am Schluss dieses Kapitels auf das Phänomen des Widerstands in partizipativen Veränderungsprozessen eingegangen.

In Kapitel 4 werden die motivationspsychologischen Rahmenbedingungen des individuellen Entscheidungsprozesses anhand des Handlungsphasenmodells nach Heckhausen (1989) für betriebliches Handeln (Kap. 4.1.1) und anhand des HAPA-Modells von Schwarzer (1999) für gesundheitsförderliches Handeln (Kap. 4.2.1) vorgestellt. Zur Erklärung der Beteiligung an einem Gesundheitszirkel wird,

basierend auf den beiden genannten motivationspsychologischen Theoriemodellen, ein eigenes Rahmenmodell entwickelt, in dem auch die Annahmen aus der Partizipationsforschung zu den individuellen Voraussetzungen integriert werden (Kap. 4.3). In dieses Modell fließen sowohl die personalen Einflussgrößen, wie etwa die Kontroll- und Kompetenzerwartungen (Kap. 4.1.2), als auch Erkenntnisse aus der arbeitspsychologischen Stressforschung mit ein (Kap. 4.2.2).

In Kapitel 5 wird der methodische Rahmen der Studie ausführlich behandelt. Zunächst wird die Fragestellung vor dem Hintergrund der genannten theoretischen Annahmen zusammenfassend vorgestellt (Kap. 5.1). Grundlage für die Erhebung ist das ExpertInneninterview nach Meuser & Nagel (1994). Dies und eine detaillierte Explikation der durchgeführten Typologie werden in Kapitel 5.2 ausführlich erläutert. Gerade in qualitativen Studien spielt die Auswahl der Stichprobe eine bedeutende Rolle. Deren Hintergründe werden in Kapitel 5.3 dargestellt.

Die Ergebnisse der Interviews sind thematisch untergliedert und in den Kapiteln 6 bis 9 nachzulesen. Alle Kapitel sind ähnlich aufgebaut: Die vorgefundenen individuellen Muster innerhalb der beiden Kontrastgruppen werden jeweils für jeden Themenabschnitt getrennt vorgestellt und danach miteinander verglichen. Jeder Themenbereich wird geschlossen dargestellt und seine Ergebnisse in den jeweiligen Kapiteln separat interpretiert.

Zunächst werden zum Verständnis der Entscheidung für oder gegen eine Zirkelbeteiligung die wahrgenommenen Einflussmöglichkeiten am Arbeitsplatz und auf die eigene Gesundheit exploriert (Kap. 6). Der Entscheidungsprozess – so wie er sich für die Beschäftigten darstellt – wird in Kapitel 7 in drei Aspekten behandelt: Information, Motivation und Erwartungen. Beide Gruppen sind darüber hinaus zu ihren Einschätzungen der Zirkelergebnisse befragt worden (Kap. 8.2). Die Beteiligten berichten zusätzlich von den Erfahrungen, die sie innerhalb der Zirkelgruppen gemacht haben (Kap. 8.1). Vor dem Hintergrund der Zirkelerfahrung sind insbesondere die Einschätzungen aller Interviewpartner/innen zu betrieblichen Veränderungsmöglichkeiten und ihrer zukünftigen Beteiligungsbereitschaft von Interesse (Kap. 9). Hier zeigen sich Konsequenzen der Zirkelerfahrung, die auch eine veränderte Partizipationsbereitschaft mit sich bringen.

Neben dieser themenbezogenen Analyse, die bereits wertvolle Hinweise zu den individuellen Voraussetzungen von Beteiligung hervorbringt, wird in einem zweiten Schritt eine einzelfallbezogene Auswertung vorgenommen (Kap. 10). Dessen Ergebnisse bringen sechs Prototypen von subjektiven Partizipationsmustern hervor, die eine weitere Differenzierung der Erklärungen zum Partizipationsgeschehen ermöglicht. Basierend auf diesen Erkenntnissen werden Vorschläge für eine differenzierte Vorgehensweise bei der Einbeziehung der Beschäftigten innerhalb der betrieblichen Gesundheitsförderung erarbeitet. In Kapitel 11 werden die Ergebnisse abschließend vor dem Hintergrund der Ziele der betrieblichen Gesundheitsförderung diskutiert.

2 Stand und Entwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung

Die Leitlinien der betrieblichen Gesundheitsförderung setzen ein neues und anderes Verständnis im Umgang mit Gesundheit am Arbeitsplatz voraus als das bisher im Arbeits- und Gesundheitsschutz praktizierte (Kap. 2.1). Darüber hinaus wird ein partizipatives Vorgehen in Form sogenannter Gesundheitszirkel nahegelegt. Im Folgenden werden die Entwicklung und Erprobung der Gesundheitszirkel sowie deren Weiterentwicklung (Kap. 2.2) vorgestellt. Einige ausgewählte Evaluationsstudien zu den Wirkungen von Zirkelarbeit werden vor dem Hintergrund der methodischen Schwierigkeiten erläutert (Kap. 2.3).

2.1 Partizipation in der betrieblichen Gesundheitsförderung

2.1.1 Leitlinien der betrieblichen Gesundheitsförderung

Gesundheit soll mehr als nur die Abwesenheit von Krankheit sein, doch was heißt dies für den betrieblichen Arbeitsalltag? Eine gute Definition gibt die WHO in dem Konzept *Gesundheit für alle bis zum Jahre 2000* des Regionalbüros Europa von 1986. Mit Hilfe dieser Initiative sollte die gesundheitliche Situation aller Menschen positiv verändert werden. Der Schlüssel einer solchen Entwicklung wurde von der WHO in der Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung und in der Stärkung der Handlungskompetenz der Betroffenen gesehen. Auf der Basis der bis dahin bereits gesammelten wissenschaftlichen Erkenntnisse über die Bedingung von Gesundheit wurde die Ottawa-Charta formuliert. Die WHO verweist darin ausdrücklich auf den Bereich der Arbeitswelt und der Arbeitsbedingungen, „die eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit“ sein sollten. Die Charta wurde seit Anfang der 90er Jahre für Aktivitäten der betrieblichen Gesundheitsförderung zum Leitmotto:

"Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozeß, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen." Die Betroffenen sollen in die Lage versetzt werden, ihr "größtmögliches Gesundheitspotenzial" zu verwirklichen, indem die sozialen Kompetenzen und die lebenspraktischen Fertigkeiten stärker ausgebildet werden. Dazu müssen die Menschen "auf die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, auch Einfluß nehmen können". (aus der Ottawa-Charta der WHO 1986, S.1).

In diesem Auszug wird bereits deutlich, dass der Mensch als Subjekt im Vordergrund steht, indem Handlungskompetenzen (Freiräume, Kompetenzen und Fertigkeiten) aufgebaut werden. Beschäftigte sollen befähigt werden, selbst einen Beitrag zur Sicherung ihrer Gesundheit leisten zu können. Dafür muss ein Umfeld geschaffen werden, in dem es den Beschäftigten gelingt, Einfluss zu nehmen und ihre Umgebung zu gestalten.

Damit geht ein Gesundheitsverständnis einher, das über das rein körperliche Wohlbefinden hinaus geht und psychische sowie soziale Dimensionen einbezieht. Der Gesundheitsbegriff, der dabei zugrunde gelegt wird, entspricht der ganzheitlichen

Auffassung der WHO Charta. Gesundheit, so heißt es dort, sei „*ein Zustand völligen körperlichen, psychischen und geistigen Wohlbefindens*“. Im Sinne einer *Salutogenese* (Antonovsky, 1979) wird damit auch versucht, einen positiven Gesundheitsbegriff einzuführen, in dem Gesundheit mehr als nur die Abwesenheit von Krankheit ist. In der weiterführenden Debatte der Gesundheitsförderung wurde die Gesundheitsdefinition der WHO jedoch als zu statisch kritisiert (z.B. Greiner, 1998). Gleichwohl erscheint die Erreichung dieses Idealzustandes unrealistisch, da ihn nur sehr wenige Menschen erreichen können.

Gesundheitswissenschaftler/innen im Bereich der Gesundheitsförderung gehen heute davon aus, dass Gesundheit einem dynamischen Prozess unterliegt. Gesundheit kann immer wieder vom Menschen selbst aktiv hergestellt werden. Dazu sind Fähigkeiten notwendig, die dazu beitragen, gesund zu bleiben. Solche Fähigkeiten sind beispielsweise die Kompetenz zur Problemlösung und Gefühlsregulierung (Badura, 1993) oder die Fähigkeit, Ungleichgewichte zu regulieren bzw. zu bewältigen (z.B. Hurrelmann, 1991; Udris, Rimann & Thalmann, 1994). Ein handlungstheoretischer Ansatz beschreibt Gesundheit als eine Fähigkeit, langfristige Ziele zu setzen, sich an Veränderungen anzupassen sowie körperliche Prozesse und Handlungen zu integrieren (Ducki & Greiner, 1992). Gesundheit ist demnach nicht nur ein variabler Zustand, sondern auch eine relativ stabile Fähigkeit (Becker, 1986; Greiner, 1998).

Neben diesem Verständnis von Gesundheit bieten auch zahlreiche vorhandene Erkenntnisse über den Zusammenhang von Arbeit und Gesundheit die wissenschaftliche Basis für die Praxis der betrieblichen Gesundheitsförderung. So liefert seit den 70er Jahren das Programm „Humanisierung der Arbeitswelt“ und später „Arbeit und Technik“ viele empirische Belege dafür, dass Arbeit krank machen aber auch gesund erhalten kann (z. B. Greif u.a., 1991). Rosenbrock (1993) schätzt die Ansatzpunkte für eine Gesundheitsförderung auf betrieblicher Ebene von Beginn an als günstig ein, da umfassende arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse zu krankheitsvermeidenden Bedingungen vorhanden sind. Als epidemiologisch gesicherte Gesundheitsrisiken sieht der Autor beispielsweise aufgabenbezogene psychische Belastungen, inkonsistente oder mangelnde geistige Anforderungsstrukturen, mangelnde Transparenz betrieblicher Abläufe, Zeitdruckerleben, Gratifikationskrisen, die Spannung zwischen hohen Anforderungen und geringen Gestaltungsmöglichkeiten, den geringen sozialen Rückhalt und die mangelnden Einflussmöglichkeiten am Arbeitsplatz.

Bislang standen die bekannten und zahlreichen Risiken der Arbeitswelt im Fokus betrieblicher Gesundheitsprogramme. In der betrieblichen Gesundheitsförderung sollen nun auch Möglichkeiten zum Wohlbefinden bzw. der Persönlichkeitsentwicklung geschaffen werden (Bamberg, 1994). Die salutogenen Faktoren der Arbeit, auch Ressourcen genannt, sind Voraussetzung für eine gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung und damit Quelle für das Wohlbefinden am Arbeitsplatz. Beispielsweise gelten soziale Unterstützung sowie ausreichender Handlungsspielraum als gesicherte Ressourcen am Arbeitsplatz (Greif u.a., 1991). Neben der positiven Wirkung auf die Gesundheit stellen sie eine wesentliche Voraussetzung für einen positiven Umgang mit Belastungen dar. Auch anspruchsvolle Aufgaben bzw. hohe Arbeitsanforderungen wirken sich bei ausreichendem Handlungsspielraum positiv auf die Gesundheit aus (Karasek, 1979). Demzufolge sind es Aufgaben, die weder über- noch unterfordern, die eine gesundheitsförderliche Wirkung vorweisen können (Ducki, 1994).

Die betrieblichen Ansätze von Gesundheitsförderung liegen demnach nicht nur im Belastungsabbau, sondern vor allem im Erhalt und Aufbau von Ressourcen. Erst durch einen umfassenden und langfristigen Ansatz der organisationalen Veränderungen, in denen sich die Menschen und Strukturen weiterentwickeln, wird man dieser Zielstellung gerecht (vgl. Pelikan, Demmer & Hurrelmann, 1993). Demzufolge ist es notwendig, betriebliche Gesundheitsförderung genau zu definieren und damit eine Abgrenzung zu bisherigen Präventionsansätzen oder anderen gesundheitsbezogenen Maßnahmen vorzunehmen. Bamberg, Ducki & Metz haben in ihrer Definition von gesundheitsbezogener Intervention den Versuch unternommen, Leitlinien für die Durchführung von betrieblicher Gesundheitsförderung aufzustellen:

- *„Einbeziehung der psychosozialen Aspekte der Gesundheit,*
- *Identifizierung und Gestaltung der Merkmale der Arbeit, die das Wohlbefinden und die Handlungsfähigkeit der Beschäftigten erhöhen,*
- *Einbeziehung verhaltens- und verhältnisbezogener Angebote,*
- *breite Adressatengruppe,*
- *Langfristigkeit des Konzeptes,*
- *direkte und indirekte Mitbestimmung im gesamten Prozeß der Gesundheitsförderung.“ (1998, S. 21)*

In ihrer Aufstellung wird deutlich, dass es sich um umfassende und langfristig angelegte betriebliche Prozesse handelt, die auch die Beteiligung der Betroffenen als ein wesentliches Element sehen. In Programmen zur betrieblichen Gesundheitsförderung nimmt die Partizipation der Beschäftigten, gerade im Vergleich zur bisherigen Vorgehensweise im Arbeits- und Gesundheitsschutz, einen entsprechend hohen Stellenwert ein. Das Individuum soll nicht mehr nur Objekt von Expertenwissen und –handlungen sein, sondern selbst Subjekt seiner eigenen Gesundheitsförderung werden. Dadurch geraten die Betroffenen selbst in eine aktiv gestaltende Rolle.

Der Ansatz gesundheitsbezogener Interventionen geht über den reinen Präventionsgedanken hinaus (vgl. v. Troschke, 1993). Während präventive Maßnahmen eine Risikoreduktion zum Ziel haben, geht es in gesundheitsbezogenen Interventionen ausdrücklich darum, Gesundheitsressourcen zur Verfügung zu stellen bzw. die Beschäftigten in die Lage zu versetzen, solche aufzubauen. Damit braucht die Umsetzung gesundheitsförderlicher Maßnahmen die Einbeziehung der Betroffenen, die bereits bei der Gestaltung wirksam werden sollte. Gerade neben dem betrieblichen Expertenwissen aus der Arbeitswissenschaft gilt das Alltagswissen der Beschäftigten als wichtige Ergänzung im Gesundheitsschutz (Grossmann, 1989; Brizziarelli, 1989). Die Beschäftigten sollen sich mit ihrem Erfahrungswissen für den eigenen Gesundheitsschutz einsetzen können. Anders ausgedrückt verwirklicht Partizipation den Anspruch des Ressourcenaufbaus, da dadurch Spielräume eröffnet und Kompetenzen ausgebildet werden können, die notwendig für den Erhalt bzw. die Erweiterung des Gesundheitspotenzials sind. Betriebliche Gesundheitsförderung ist damit zwingend partizipationsorientiert und in diesem Sinne nur *mit* den Beschäftigten und nicht bloß *für* sie umzusetzen.

Neben diesem politisch-wissenschaftlichen Anspruch sprechen auch ganz pragmatische Gründe dafür, dass Beschäftigtenbeteiligung wichtiger Bestandteil der betrieblichen Gesundheitsförderung sein sollte. So stellt die Beteiligung der Beschäftigten eine der wesentlichen Voraussetzung für die Wirksamkeit von gesundheitsbezo-

genen Interventionen dar. Denn nur mit der Akzeptanz und Unterstützung der Beschäftigten können gesundheitsförderliche Maßnahmen erfolgreich sein (Lenhardt, 1994b).

2.1.2 Praxis gesundheitsbezogener Interventionen

Seit Beginn der 90er Jahre ergänzten die Ansätze der betrieblichen Gesundheitsförderung vor allem in den Großunternehmen den herkömmlichen Arbeits- und Gesundheitsschutz. Zum Teil waren Initiativen aus der betrieblichen Sozialberatung heraus und später auch vermehrt durch die Aktivitäten der Krankenkassen entstanden. Der traditionelle Arbeitsschutz hatte bis dahin zwar zur Verringerung von Arbeitsunfällen und zur Prävention vor Berufskrankheiten beigetragen, dennoch reichten seine Möglichkeiten nicht aus, um gesundheitliche Risiken, gerade im psychosozialen Bereich, erfolgreich zu beheben. Genau hier sollte die betriebliche Gesundheitsförderung ansetzen und über die herkömmliche Prävention hinausgehen (Hauß & Laußer, 1988; Kleiber, 1992).

Diese Entwicklung wurde im Wesentlichen durch die Gesundheitsreform von 1989 (§20, SGB V) gefördert. Es war vorgesehen, dass die Krankenkassen einen Beitrag zur Verhütung arbeitsbedingter Erkrankungen leisten sollten. Damit konnten sich die Krankenkassen erstmalig auch auf betrieblicher Ebene zur Gesunderhaltung ihrer Versicherten aktiv beteiligen.

In der Folge prägten die betrieblichen Initiativen der großen Krankenkassen (BKK, AOK, IKK) und deren Beratungsinstitutionen die Praxis der gesundheitsbezogenen Maßnahmen und Interventionen. Der Gesetzgeber sorgte 1996 für eine weitere Zäsur in der Entwicklung der betrieblichen Gesundheitsförderung und schränkte die zuvor eröffneten Handlungsmöglichkeiten der Krankenkassen wieder ein. Gleichzeitig wurden die Berufsgenossenschaften als ein weiterer außerbetrieblicher Träger der Gesundheitsförderung aufgenommen (§14, SGB VII). Hinzu kam, dass im gleichen Jahr das aus der Richtlinie der Europäischen Union abgeleitete reformierte deutsche Arbeitsschutzgesetz ratifiziert wurde. Die Unternehmen wurden darin deutlich mehr als bisher für die gesundheitsbezogene Gestaltung der Arbeitsplätze in die Pflicht genommen.

Schon Ende der 80er Jahre hatte der BKK Bundesverband ein Handbuch zur Durchführung von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung herausgegeben und damit Standards für die Durchführung von Projekten gesetzt.

Da für die Kassen das präventive Handeln im betrieblichen Umfeld noch neu war, setzten die Kassen zunächst auf die ihnen vertraute Verhaltensprävention. So wurden beispielsweise personenbezogene Maßnahmen zur Ergonomie, Ernährung oder Bewegung angeboten. Da sich die erhofften Effekte nicht einstellten, wurde in der Weiterentwicklung der Interventionspraxis deutlich mehr auf strukturelle Programme, die auch den Arbeitsplatz mit einbezogen, gesetzt. Letztlich fokussierten sich die Maßnahmen der Verhaltensprävention auf Angebote an Risikogruppen, die jedoch die Beschäftigten bei Planung und Umsetzung weiterhin nicht einbezogen.

Als erfolgreicher erwiesen sich Projekte, bei denen eine breite Interessengemeinschaft von Krankenkassen und betrieblichen Sozialpartnern vorhanden war und die auch die Beschäftigten mit einbezogen (Brandenburg u.a., 1996). Die BKK stellte Ende der 90er Jahre sogar fest, dass der Erfolg ihrer Projekte im Wesentlichen durch die Beteiligung der Belegschaften erreicht wurde (Schröder, 1999).

Nicht selten blieben die betrieblichen Bedingungen unverändert, da ausschließlich personenbezogene Maßnahmen stattfanden, die sich an dem persönlichen Risikoverhalten orientierten. In betrieblichen Befragungen und zahlreichen Praxisberichten wurde ein Bild bestätigt, in dem personenbezogenen Maßnahmen für spezifische Risikogruppen strukturellen Veränderungen mit der Gesamtbelegschaft der Vorzug gegeben wurde (Lenhardt, 1994a; Bös & Gröben, 1994; Elkeles, Lenhardt & Rosenbrock, 1994; Friczewski, 1994b; Schwager & Udris, 1995; Hartmann & Traue, 1996). In einer Evaluationsstudie zur Gesundheitsförderung in Kleinbetrieben zeigte sich, dass Unternehmer den Nutzen von verhaltenspräventiven Maßnahmen, wie z.B. Seminare zur Arbeitssicherheit höher bewerteten als den, der sich durch strukturelle Veränderungen einstellen könnte (Riemann & Wagner, 1995). Die Vorteile von verhältnispräventiven Maßnahmen am Arbeitsplatz erscheinen demzufolge nicht so offensichtlich zu sein. Dies kann daran liegen, dass die Vorstellung, Gesundheit sei ein Ergebnis persönlichen Verhaltens bzw. eine Frage von Schicksal, weiter verbreitet ist als die Tatsache, dass Arbeit krank machen bzw. gesund erhalten kann.

Befragungsergebnisse zu der Beteiligungsumsetzung gesundheitsbezogener Interventionen fallen ähnlich ernüchternd aus. Insgesamt liegt die Beteiligungspraxis für Beschäftigte in Projekten zur betrieblichen Gesundheitsförderung schätzungsweise bei ca. 10% (Lenhardt, 1994b). Eine Untersuchung in der Region Berlin/Brandenburg bestätigt, dass die Betroffenen nur selten in die Planung oder Durchführung von gesundheitsförderlichen Maßnahmen einbezogen werden (Preußner, 1997). In dieser Expertenbefragung wurden nur in jedem zehnten Betrieb, in dem Projekte implementiert waren, Beteiligungsgruppen (Gesundheitszirkel, Projektgruppen o. ä.) eingeführt. Umfragen in anderen deutschsprachigen Ländern wie der Schweiz (Schwager & Udris, 1995) oder in Österreich (Busch, Huber & Themessl, 1998) zeigten ebenfalls kaum Ansätze zur Beschäftigtenbeteiligung innerhalb betrieblicher Gesundheitsförderung. Dort wurden in keinem der Betriebe Zirkelarbeit oder ähnliche Beteiligungsformen gefunden.

Nach mehr als 10-jähriger Erfahrung mit betrieblicher Gesundheitsförderung fallen die Resümees eher ernüchternd aus (Lenhardt, 1997; Priester, 1998). In der Bandbreite fehlen nach wie vor beteiligungsorientierte Ansätze betrieblicher Gesundheitsförderung im Sinne der WHO-Charta von Ottawa. Gerade Aspekte des Ressourcenaufbaus, wie etwa konsistente Anforderungen, Handlungs- und Entscheidungsspielräume sowie die Stärkung sozialer Unterstützungsstrukturen bleiben die Ausnahme. Lediglich in vereinzelt Projekten oder in Absichtserklärungen lässt sich ein Trend erkennen, der betriebliche Gesundheitsförderung anhand eines mehrdimensionalen Maßnahmenkatalogs unter Beteiligung der Beschäftigten begreift.

Dem mehrdimensionalen Handlungsansatz („combined approach“; Wickström, 1992, S. 46) konnten anhand von 90 internationalen Interventionsstudien in Bezug auf Rückenschmerzprävention deutliche Erfolge nachgewiesen werden (Osterholz, 1993). Damit ist auch eine eindeutige Trennung zwischen bedingungsbezogener und personenbezogener Maßnahmen kaum mehr möglich, die bis dahin die Diskussion um die Effektivität beider Ansatzpunkte prägte. Wegweisend ist das integrierte Vorgehen in der betrieblichen Gesundheitsförderung. Bamberg & Metz (1998) kommen ebenfalls zu dem Schluss, dass bedingungsbezogene Maßnahmen erst durch die Entwicklung personaler Ressourcen die gewünschte Wirkung zeigen können. Dies belegen Erkenntnisse betrieblicher Erfahrungen, z.B. die von Karasek (1992) durchgeführte Analyse zur betrieblichen Stressprävention. Demnach zeigen

solche Programme die größte Wirkung, die unterschiedliche Interventionsebenen einbeziehen und zudem partizipativ ausgerichtet sind.

Gerade betriebliche Herangehensweisen, die den Einzelnen in seiner Verantwortung für sich selbst unterstützen und ihm ermöglichen, Kompetenzen auszubauen, um die eigene Gesundheit zu erhalten bzw. wieder aufzubauen, müssen demzufolge verstärkt werden. Neben den individuellen Fähigkeiten zur Stressbewältigung, sollen auch strukturelle Möglichkeiten am Arbeitsplatz geschaffen werden, um entsprechend handlungsfähig zu sein. Einen Ansatz dazu bieten die betrieblichen Gesundheitszirkel, die den Beschäftigten ermöglichen, die Belastungen an ihren Arbeitsplätzen zu thematisieren und Überlegungen für deren Verbesserung bzw. Bewältigung zu diskutieren. Darüber hinaus werden Lernmöglichkeiten geboten, die für einen persönlichen Ressourcenaufbau genutzt werden können. Im nächsten Kapitel werden die Entwicklung und Erprobung von Gesundheitszirkeln detailliert beschrieben.

2.2 Entwicklung und Erprobung von Gesundheitszirkeln

Als partizipative Kleingruppenarbeit stehen Gesundheitszirkel in der Tradition der Qualitätszirkel, die zu Beginn der 80er Jahre entwickelt und reichhaltig erprobt wurden (vgl. Antoni, 1990; Bungard, 1992). Durch die erkennbaren wirtschaftlichen Erfolge in der Qualitätssicherung waren die Betriebe schnell bereit Qualitätszirkel einzuführen, die heute zumindest in Großbetrieben längst etabliert sind. Schwieriger war es allerdings, partizipative Arbeitsformen im Arbeits- und Gesundheitsschutz umzusetzen. Ansätze gab es bereits im Zuge der Weiterentwicklung des Qualitätsmanagements, indem mit Sicherheitszirkeln neue Formen in der Arbeitssicherheit erprobt wurden, auch wenn sie aufgrund mangelnder Ausbreitung nur eine untergeordnete Rolle darstellten (Zink & Ritter, 1989a). Im gleichen Zeitraum wuchsen die betrieblichen Herausforderungen mit den daraus resultierenden Problemen der Belastungsverschiebung. Vor allem im Dienstleistungssektor oder durch die Zunahme der neuen Technologien wuchsen neben den traditionellen körperlichen auch die psychosozialen Belastungen. Hinzu kam eine Belastungsverdichtung als Nebeneffekt der fortschreitenden Rationalisierung, was zusätzlich für Gesundheitsprobleme sorgte (Kopp, 1994).

Mitte der 80er Jahre wurden erste, mit Bundesmitteln finanzierte, Forschungsaktivitäten begonnen, die Gesundheitszirkel als beteiligungsorientierte Präventionsinstrumente im betrieblichen Kontext erprobten. Im Herbst 1984 startete an der Universität Düsseldorf ein Projekt, das anhand von betriebsepidemiologischen Daten Maßnahmen der gesundheitsgerechten Arbeitsgestaltung entwickelte (von Ferber, Slesina, Renner & Schröder, 1987). Dafür wurde ein Umsetzungsverfahren entworfen, das die betroffenen Beschäftigten, in diesem Falle Kranfahrer und Instandhalter eines Stahlwerks, mit ihrem Erfahrungswissen einbezog. Die Aufarbeitung des Belastungsumfeldes der Beteiligten wurde zu Beginn in Projektgruppen geleistet, die sich ab 1986 in ‚Gesundheitszirkel‘ umbenannten, da der Charakter einer reinen Projektgruppe verlassen wurde. Ein weiteres Projekt fand bei VW Wolfsburg in Kooperation mit der TU Berlin statt, welches den Gedanken des Gesundheitszirkels aufgegriffen hatte (Jüttemann & Marshall, 1986). Hierbei sollten weniger die physischen Belastungen, sondern vielmehr die Entstehung und der persönliche Umgang mit Stressphänomenen im Vordergrund stehen. Zielgruppe waren Meister, die sich in den Zirkeln mit den stressauslösenden Faktoren auseinandersetzen

sollten, da sie starken psychosozialen Belastungen und einem erhöhtem Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen ausgesetzt waren (Friczewski u.a., 1987).

Beide Zirkelmodelle sind seitdem reichhaltig erprobt und weiterentwickelt worden. Das erste hat sich als „Düsseldorfer Modell“ und das letztere als „Berliner Modell“ etabliert. Beide Modellentwicklungen und ihre ersten Erprobungen werden im Folgenden genauer beleuchtet. Auch deren Weiterentwicklung und die betriebliche Praxis gesundheitsbezogener Beteiligung werden ausführlicher behandelt. Am Schluss werden Evaluationsstudien dargestellt, die Aussagen über die Wirkungsweisen der Zirkelarbeit geben.

2.2.1 Gesundheitszirkel nach dem Düsseldorfer Modell

Der Ausgangspunkt der Vorgehensweise im Düsseldorfer Modell war der Versuch, den erweiterten Präventionsauftrag aus dem Arbeitssicherheitsgesetz geeignet umzusetzen. Grundlage hierfür bot der Hinweis in §3 des Arbeitssicherheitsgesetzes, wonach „Betriebsärzte die Ursachen von arbeitsbedingten Erkrankungen zu untersuchen (...) und dem Arbeitgeber Maßnahmen zur Verhütung solcher Erkrankungen“ vorzuschlagen haben. Als Verfahren sollten neben einer beschreibenden betrieblichen Epidemiologie, der sogenannte Gesundheitsbericht, auch ein Gremium installiert werden, welches aufgedeckte arbeitsbedingte Gesundheitsgefährdungen bearbeitet, der Gesundheitszirkel.

Der Gesundheitsbericht, eine Krankenstandsanalyse eines Betriebes, enthält abteilungsbezogene bzw. berufsgruppenbezogene Krankheitshäufigkeiten und -arten, die Hinweise für Belastungsschwerpunkte liefern können. Er hat vor allem die Funktion, auf das Thema Belastung und Krankheit aufmerksam zu machen und somit zur stärkeren Beschäftigung mit gesundheitsbezogenen Problembereichen beizutragen. Slesina (1994) betont jedoch, dass die Arbeit mit Gesundheitszirkeln auch ohne einen Gesundheitsbericht auskommen könnte. Die Gesundheitszirkel sollten eine Ergänzung zum Arbeitsschutz darstellen und einen Beitrag zum Umgang mit chronisch-degenerativen Erkrankungen leisten, für das der Arbeitsschutz bislang keine geeigneten Instrumente und Verfahren bereithielt (Slesina, 1990). Die Beschäftigten sollten die Möglichkeit bekommen, sich aktiv in den Arbeitsschutz einzubringen und mit ihrem Erfahrungswissen zur Ursachenklärung arbeitsbedingter Erkrankungen beitragen.

Erprobt wurde das Konzept erstmalig zwischen 1984 und 1989 mit den Thyssen Edelstahlwerken, in denen 16 Gesundheitszirkel in 6 verschiedenen Arbeitsbereichen gebildet worden waren. Über einen Zeitraum von 8-10 Monaten wurde eine fach- und hierarchieübergreifende Gruppe zusammengesetzt, die alle 3-4 Wochen für eine Stunde tagte. Die drei bis fünf für den Zirkel ausgewählten Beschäftigten wurden von ihren Kolleginnen und Kollegen auf Abteilungsversammlungen gewählt. Dies sollte die breite Akzeptanz der involvierten Personen sichern. Neben den Beschäftigten ergänzten der jeweilige Meister, der Betriebsleiter, der zuständige Betriebsrat, der Betriebsarzt bzw. -ärztin sowie die Sicherheitsfachkraft die Zirkelgruppe. Die Hinzunahme der direkten Vorgesetzten und der Betriebsleitung sollten die Umsetzungschancen der in den Zirkel zu erarbeitenden Gestaltungsvorschläge erhöhen. Die Experten saßen in einer Doppelrolle im Zirkel: Zum einen sollten sie aus dem Erfahrungswissen der Beschäftigten lernen, zum anderen sollten sie durch ihr Fachwissen eine qualitätssichernde Rolle einnehmen. Der Betriebsrat sollte im Zirkel Gelegenheit bekommen seine Arbeitsschutzfunktion wahrzunehmen, war aber auch involviert, um

ihn in seiner Rolle als Interessenvertretung der Gesamtbelegschaft einzubeziehen. Moderiert wurde der Zirkel von einem externen Experten, der durch seine neutrale Position für eine sachbezogene und konstruktive Arbeit sorgen sollte. Unterstützend dazu wurden Regeln der Zusammenarbeit formuliert, die z.B. festhielten: „Jeder ist Experte, und zwar jeder auf seinem Gebiet“ oder „Meinungen sollen nicht der Person angelastet werden“. Damit sollte sichergestellt werden, dass in dem unüblichen Gesprächskontext Konsensfähigkeit und – vor allem für die Beschäftigten – Sanktionsfreiheit herrscht.

Die Verfahrensweise des Düsseldorfer Modells lässt sich schematisch in fünf Arbeitsphasen einteilen. Im ersten Schritt werden die aus der Sicht der Arbeitnehmer/innen am stärksten beeinträchtigenden und verbesserungswürdigen Arbeitsaspekte erörtert. Ausschlaggebend sind dabei solche Belastungen, die von den meisten als besonders beanspruchend eingeschätzt werden. Parallel dazu werden alle Beschäftigten schriftlich befragt, welche Arbeitsbedingungen am deutlichsten gesundheitliche Beschwerden auslösen. In der dritten Phase werden diese Ergebnisse in einer Sitzung nur mit den Beschäftigten, dem Betriebsarzt und dem Moderator ausgewertet. Im vierten Schritt werden zusammen mit den restlichen Zirkelmitgliedern Verbesserungsmöglichkeiten erarbeitet und Gestaltungsvorschläge erarbeitet. Schließlich werden diese Vorschläge den zuständigen betrieblichen Instanzen zugeleitet und im Rahmen des Möglichen umgesetzt.

Die Ergebnisse im Stahlwerk basierten auf einer umfassenden Problemanalyse, in dem pro Zirkel etwa 100 belastende Arbeitsaspekte diskutiert wurden. Die beanstandeten Belastungen bezogen sich meistens auf die Rahmenbedingungen ihrer Arbeitsaufgaben und selten auf die Arbeitsaufgabe selbst. Zur Sprache kamen körperliche und psychosoziale Belastungen, Umgebungseinflüsse und Sicherheitsrisiken. Pro Zirkel wurden 20-60 Veränderungsvorschläge eingebracht, die die Belastungen aller genannten Bereiche verringern sollten. Die Realisierungsquote der Vorschläge betrug nach Abschluss aller Zirkel 50%. Mit den Zirkelbeteiligten wurde 6 Monate bis 1,5 Jahre nach dem Zirkelabschluss Auswertungsgespräche geführt. Alle ehemaligen Zirkelmitglieder befürworteten die Zirkelarbeit und plädierten für eine Weiterführung der Zirkel. Die Beschäftigten begrüßten, dass die Zirkelarbeit die Alltagsprobleme zum Gegenstand machten, die sonst eher unbeachtet blieben. Der dadurch entstandene Handlungsdruck hatte zu einer Verbesserung ihrer Arbeitsbedingungen geführt. Aus Sicht der Experten hatte der Zirkel dazu beigetragen, das Spektrum an erkannten Belastungen und Beeinträchtigungen zu erweitern. Die Vorgesetzten schätzten die direkte Kommunikation mit ihren Mitarbeitern zur Aufdeckung von Schwachstellen und Verbesserungen der Arbeitssituation. Der Erfolg der Arbeit, so Slesina (1990), hing wesentlich von dieser geschaffenen „Gruppenkultur“ ab, die in den bestehenden Arbeitsschutzeinrichtungen so nicht existierte.

2.2.2 Gesundheitszirkel nach dem Berliner Modell

Die ersten Zirkel nach dem Berliner Modell wurden zwischen den Jahren 1987 und 1989 in zwei Werken von VW Wolfsburg zwar zeitgleich, aber unabhängig vom Düsseldorfer Modell erprobt. Ausgangspunkt waren hohe Quoten von Herz-, Kreislauf-Erkrankungen bei Industriemeistern, die auf psychosoziale Belastungen zurückgeführt wurden. Durch die Zirkelarbeit sollten sie als Experten in eigener Sache individuelle und betriebsbezogene Bewältigungsressourcen erarbeiten. Der eigentlichen Gesundheitszirkelarbeit ging ein 2 ½-tägiges Einführungsseminar

voraus, in dem die Betroffenen auf die Zirkelarbeit vorbereitet wurden und erste Erfahrungen mit individuellen Bewältigungsmöglichkeiten machten. Die Zirkelarbeit mit jeweils 15 Industriemeistern war in zwei Phasen eingeteilt: (1) zunächst sollten die Meister anhand ihrer eigenen Erfahrungen eine qualitative Belastungsanalyse vornehmen, um (2) durch erste Lösungsansätze positive Erfahrungen mit neuen Bewältigungsmöglichkeiten zu machen. Ein Zuwachs an individuellen Bewältigungsressourcen wurde sowohl durch die flankierend eingesetzten Entspannungsverfahren als auch durch die im Zirkel erweiterte Handlungskompetenz erwartet. Betriebsbezogene Ressourcen sollten durch die arbeitsplatzbezogenen Verbesserungsvorschläge, die sich häufig auf Fragen der Kommunikation sowie Arbeitsorganisation bezogen, realisiert werden. Die erarbeiteten Problemlösungen wurden einem sogenannten Kontaktausschuss vorgestellt, der sich aus Vertretern der Personalabteilung, Werksarzt, Betriebsrat und Fachvorgesetzten zusammensetzte. Das wissenschaftliche Team moderierte die Zirkelarbeit und war auch im Kontaktausschuss vertreten.

Eine mehrdimensionale Vorher-Nachher-Erfolgsmessung ergab, dass sich bei den Meistern sowohl die persönliche Stressbewältigungskompetenz als auch das körperliche Befinden signifikant verbessert hatten. Im Bereich der strukturellen Veränderungen konnte jedoch nur wenig Erfolg verbucht werden (Friczewski u.a., 1990). Der von den Zirkelteilnehmern erarbeitete Problemkatalog fand nur in einigen wenigen Punkten Berücksichtigung und konnte so nur partiell Verbesserungen der Rahmenbedingungen bewirken. Allerdings hatten die Meister mehr Veränderungsbereitschaft von Seiten der Geschäftsleitung erwartet, so dass es gerade in diesem Bereich zu Enttäuschungen kam (Brandenburg, 1991). Den Grund hierfür sieht Friczewski (1994a) in der unzureichenden Einbindung des Kontaktausschusses, der sich eher als passives Begleitgremium verstand, anstatt eine aktive Unterstützungsfunktion für die Zirkel einzunehmen.

Aufgrund der Erfahrung, dass wegen fehlender Einbindung betrieblicher Entscheidungsträger kaum strukturelle Veränderungen erreicht werden konnten, fand eine Modifikation des Vorgehens statt (Friczewski, 1994b). Seither wird unter dem „Berliner Modell“ ein mehrstufiges Konzept verstanden, in dem durch unterschiedliche Seminare und Workshops alle Hierarchieebenen des Unternehmens einbezogen und miteinander ins Gespräch gebracht werden. Durch dieses Vorgehen sollen in erster Linie Kommunikationsstörungen im Betrieb aufgebrochen und neue Kommunikationsformen „wieder“ entdeckt werden. In der sogenannten Basisphase werden Einführungsveranstaltungen durchgeführt, die über die bevorstehende Zirkelarbeit informieren. Des Weiteren finden für Führungskräfte unterschiedlicher Hierarchieebenen Basisseminare zur Vorbereitung und Einbeziehung in die Zirkelarbeit statt. Zentrales Element dieser Phase ist ein homogener Mitarbeiter-Zirkel, der sich aus 10-15 Beschäftigten zusammensetzt und für 1 ½ Stunden einmal wöchentlich 10 Wochen lang tagt. Ziel ist die Erarbeitung eines qualifizierten Problemkatalogs. Im Berliner Ansatz werden gerade die kommunikativen Ressourcen herausgearbeitet. Der Autor betont mehrfach, dass es in der Basisphase auch darum geht, Resignation und eine passive Erwartungshaltung aufzubrechen, um eine neue Gesprächskultur zu fördern.

Erst in der zweiten Phase, der Umsetzungsphase, geht es darum, möglichst schnell gesundheitsgerechte Gestaltungsvorschläge in die betriebliche Alltagspraxis umzusetzen. Dies kann aufgrund der gründlichen Vorbereitungen in der Basisphase schnell erfolgen. Dazu kommen gemischte Zirkel oder Projektteams zusammen, die über die Umsetzung auf Grundlage der erarbeiteten Vorschläge aus den Basis-Zir-

keln entscheiden. In diesen Projektteams sind 3-4 Mitglieder aus den Mitarbeiterzirkeln vertreten, die ihre Verbesserungsvorschläge dort vorbringen können. Weitere Teilnehmer/innen in der Umsetzungsphase sind Fachvorgesetzte, Abteilungsleiter/in sowie Vertreter/innen des Betriebsrats u.U. auch die Mitarbeiter/innen der Personalabteilung und des betriebsärztlichen Dienstes. Die Umsetzungsmaßnahmen sollten dem Vorgehen zufolge von den Beschäftigten als ihre eigenen Ideen erkennbar und damit auch annehmbar sein. Friczewski (1994b) berichtet, dass zwar oft ergonomische Problemlösungen im Vordergrund stehen, diese aber nicht dazu führen sollten, die kommunikative Seite zu vernachlässigen. Langfristiges Ziel sei ein gewisser Mobilisierungseffekt, so dass Beschäftigte zunehmend aus eigenem Interesse heraus gesundheitsgerechte Verhaltensweisen entwickeln.

2.2.3 Wesentliche Weiterentwicklungen der Zirkelmodelle

Aufgrund betrieblicher Erfahrungen mit den oben skizzierten Ursprungsmodellen sind deren Vor- aber auch Nachteile herausgearbeitet worden. Während der Berliner Ansatz darauf abzielte, den Umgang mit Stressphänomenen zu unterstützen, ging es im Düsseldorfer Ansatz um die epidemiologisch begründete gesundheitsgerechte Arbeitsgestaltung. Trotz verschiedener Herangehensweisen zeigt sich bei der Ergebnissicherung, dass beide Modelle auf die Beeinflussung struktureller Bedingungen zur Gesundheitssicherung der Beschäftigten zielen. Ob es darum geht, einen „qualifizierten Problemlöse-katalog“ (Berliner Modell) auszuarbeiten oder eine Liste von Verbesserungsvorschlägen zu erarbeiten, inhaltlich sind diese letztlich identisch. Dennoch zeigte sich in der Durchführung, dass beide Zirkelmodelle Schwächen aufweisen, die sich einschränkend auf die Effektivität der Zirkelarbeit auswirkten.

Der Berliner Ansatz ermöglicht durch die homogene Zirkelzusammensetzung - besetzt mit nur einer Hierarchieebene - eine weitgehend angst- und konfliktfreie Partizipation der Beschäftigten. Auf der anderen Seite ergaben sich gerade durch die mangelnde Einbeziehung des Managements Probleme bei der Umsetzung struktureller Verbesserungsvorschläge. Der Düsseldorfer Ansatz hingegen zeigte von Beginn an Stärken in der Umsetzung von Verbesserungsvorschlägen. Kritisiert wurde dabei allerdings, dass zu wenig psychosoziale Aspekte, insbesondere das Vorgesetztenverhalten, zum Gegenstand von Zirkeldiskussionen gemacht worden sind. Die Trennung des belastungs- und gestaltungsorientierten Düsseldorfer Modell von dem ressourcen- und befähigungsorientierten Berliner Modell wurde in der praktischen Anwendung der letzten Jahren immer mehr aufgehoben, um die Vorteile beider Ansätze besser nutzen zu können. Slesina (1996) stellte bei einer Umfrage fest, dass sich die kombinierten Modelle beider Zirkelansätze herauskristallisiert haben. Vermutlich werden auch betriebliche Rahmenbedingungen die Durchführung von Gesundheitszirkeln bestimmen, die sie mit anderen Zirkelkonzepten vergleichbar machen (Johannes, 1993).

Ein wesentlicher Aspekt in der Verbesserung der Zirkelarbeit lag darin, die Umsetzungswahrscheinlichkeit der Gestaltungsvorschläge zu erhöhen. Eine Voraussetzung dafür ist die rechtzeitige Einbeziehung der Vorgesetzten und relevanten Entscheidungsträger bzw. Experten. Harms (1997) beschreibt in ihrem Erfahrungsbericht, dass die Durchführung der Zirkelarbeit nach dem Berliner Modell selbst gut gelungen sei, die Fehler eher vor und nach dem Zirkel entstanden sind. Die Information und Einbeziehung aller Hierarchieebenen stellt eine wesentliche Voraussetzung dar, um in der Umsetzungsphase effektiv sein zu können. Die

stärkere Einbeziehung des Managements wurde beim Berliner Modell, wie in den Projekten der AOK Niedersachsen, zu einer wichtigen Ergänzung, beispielsweise durch zusätzliche Gesundheitszirkel mit mittleren und unteren Vorgesetzten. Die Führungskräfte konnten dort ihre eigenen Belastungssituation reflektieren und entwickelten dadurch eine höhere Akzeptanz gegenüber den Veränderungsvorschlägen aus den Mitarbeiterzirkeln (Friczewski, Flathmann & Görres, 1994).

Die Berücksichtigung der Situation der Betroffenen erscheint vor diesem Hintergrund bei der Durchführung von Zirkelarbeit eine zentrale Aufgabe zu sein. Nach dem Berliner Modell werden den Beschäftigten weitreichende „eigene“ Diskussionsmöglichkeiten geboten, um Sprachbarrieren entgegenzuwirken. Angst vor Sanktionen sowie der Missbilligung durch Vorgesetzte können dadurch effektiver vorgebeugt werden. In gemischten Zirkeln – nach dem Düsseldorfer Modell – berichteten Projektmitarbeiter, dass es oft zu problematischen Auseinandersetzungen zwischen den Parteien kam, die auch zu persönlichen Angriffen führten. Aufgrund dieser Probleme wurden die Zirkel nach dem Düsseldorfer Modell um die Möglichkeit erweitert, Sitzungen ausschließlich mit Beschäftigtengruppen durchzuführen. Sochert (1998) betont, dass dieses Verfahren, unbedingt beibehalten werden sollte, um der Sensibilität des Themas, insbesondere bezogen auf die psychosozialen Belastungsaspekte, gerecht zu werden.

Eine zentrale Weiterentwicklung aus der Erfahrung mit den Zirkelprototypen ist die stärkere Einbeziehung betriebspolitischer Entscheidungsträger. Zur Umsetzung dieser Idee hat sich in der Praxis die Gründung einer Steuerungsgruppe, dem sogenannten „Arbeitskreis Gesundheit“ durchgesetzt, in dem eine langfristige Strategie der Gesundheitsprojekte formuliert wird. In diesem Arbeitskreis sind die betrieblichen Sozialpartner sowie die Arbeits- und Gesundheitsschutzexperten vertreten, die über den Zirkelinsatz entscheiden und deren Durchführung sowie die Umsetzung der Gestaltungsvorschläge überwachen. Durch die Einbettung der Zirkelarbeit in ein zu steuerndes Gesamtkonzept werden gleichfalls Qualitätskriterien der betrieblichen Gesundheitsförderung berührt, wie sie in Kapitel 2.1 diskutiert worden sind.

Da Zirkelarbeit eine verbesserte innerbetriebliche Kommunikation und eine positive Stimulierung des Betriebsklimas hervorrufen kann (vgl. Kap. 2.3.2), wurde angeregt, Gesundheitszirkel in bereits bestehende strategische Veränderungsprozesse einzubeziehen bzw. diese zu strategisch eingebetteten Prozessen zu erklären. Beispielsweise führten Ducki, Jenewein & Knoblich (1998) Gesundheitszirkel als Verbindungsstück zwischen Gesundheitsförderung und Organisationsentwicklung durch. Der hierarchieübergreifende Zirkel hatte sowohl qualifizierende als auch problemlösende Bestandteile. Das Management wurde über zwei separat stattfindende Dialogveranstaltungen mit den Zirkelbeschäftigten in die laufende Zirkelarbeit integriert. Dadurch fand eine angemessene Einbeziehung der Entscheidungsträger in den Veränderungsprozess statt, die nicht zuletzt die Umsetzungschancen für die Zirkelvorschläge erhöhte. Die Autoren/innen kommen zu dem Schluss, dass gerade durch das schnelle Involvierem vieler Beteiligter, die intensive Abstimmung mit dem Arbeitskreis Gesundheit und die konsequente Umsetzungskontrolle ein Gesundheitszirkel zu einer gelungenen Organisationsentwicklung beitragen kann.

In der weiteren Anwendung wurden Gesundheitszirkel nicht nur innerhalb großer Industriebetriebe und im Dienstleistungsgewerbe, sondern auch im Öffentlichen Dienst, z.B. in Krankenhäusern erprobt und evaluiert (z.B. Müller, Münch & Badura, 1997). Bislang einzigartig ist die Erprobung der Zirkelarbeit für die Gesundheitsförderung an Telearbeitsplätzen angewendet worden (Konradt & Wilm, 1999). Die Be-

sonderheit der Telearbeit liegt vor allem am häuslichen Arbeitsort, der eine räumliche und organisatorische Vermischung von Erwerbs-, Haus- und Familienarbeit mit sich bringt. Aufgrund dieser spezifischen und andersartigen Bedingungen wurde die Zirkelarbeit den äußeren Rahmenbedingungen von Telearbeitsplätzen angepasst. Beispielsweise wurden die Belastungsschwerpunkte, die Haus- und Familienarbeit mitsichbringen, in den Themenkatalog des Gesundheitszirkels mit einbezogen. Aus organisatorischen Gründen wurde der Gesundheitszirkel betriebsübergreifend durchgeführt und dauerte im Durchschnitt 4-5 Stunden pro Treffen. Nach Angaben der Autoren wurde der Zirkel von den Telearbeiter/innen gut angenommen.

Obgleich die betrieblichen Gesundheitszirkel ein erprobtes und akzeptiertes Instrument zur partizipativen Gesundheitsförderung zu sein scheinen, ist es immer noch erstaunlich, wie selten die Durchführung derselben stattfindet (vgl. Kap 2.1.2). Auch deren Wirksamkeit zur Durchsetzung der Ziele der Gesundheitsförderung wird aufgrund zahlreicher Erfahrungsberichte als sehr positiv eingeschätzt (z.B. Westermayer & Bähr, 1994b). Dennoch erscheint es problematisch Zirkelarbeit zu implementieren, deren Gründe in Kapitel 3.2.2 noch genauer zu erläutern sein werden.

Im nächsten Kapitel werden ausgewählte Ergebnisse aus Evaluationsstudien zur Zirkelarbeit vorgestellt, die die Struktur, den Prozess und die Ergebnisse der Zirkelarbeit exemplarisch überprüft haben. Vorab werden typische Probleme von Evaluationen diskutiert, die einen Nachweis von Auswirkungen der Zirkelarbeit erschweren könnten.

2.3 Überprüfung der Wirksamkeit von Gesundheitszirkeln

2.3.1 Merkmale und Schwierigkeiten bei der Evaluierung von Gesundheitszirkeln

Für die Durchführung von Evaluationsstudien hat sich die Unterscheidung von Struktur-, Prozess- und Ergebnisaspekten als sinnvoll herauskristallisiert, wenngleich diese bei der Evaluation von Gesundheitszirkeln nicht vollständig zum Tragen kommen (Nolting, 1997; Müller & Münch, 1999; Slesina, 2001). Auch wirtschaftliche Überprüfungen zur Wirksamkeit von Gesundheitszirkeln werden mitunter angestellt, um den monetären Nutzen der Zirkelarbeit und deren Auswirkungen zu messen. Trotz der verbreiteten Annahme, dass Gesundheitszirkel wie auch andere Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung einen positiven Effekt auf die betriebswirtschaftliche Situation eines Unternehmens haben, ist es nach wie vor umstritten, diesen anhand betriebswirtschaftlicher Kennzahlen belegen zu können (vgl. Nolting, 1997; Krüger, Müller & Stegemann, 1998; Thiehoff, 1998). Im Rahmen der vorliegenden Arbeit sind solche Erfolgsmessungen jedoch kaum relevant, weshalb auf eine Darstellung betriebswirtschaftlicher Kosten-Nutzen-Analysen weitestgehend verzichtet wird¹.

¹ Am Rande sei ein Beispiel erwähnt, welches von den Pinneberger Verkehrsbetrieben vorgelegt wurde: In ihrer Kosten-Nutzen-Bilanz der Gesundheitsförderungsmaßnahmen kumuliert sich der monetäre Erfolg bezogen auf die Jahre 1989 bis 1993 auf ca. 3,5 Mio. Euro (vgl. Schlünkes, 1999).

Die Wirksamkeitsüberprüfung von betrieblichen Programmen oder Maßnahmen dient dem Zweck, den Aufwand einer Intervention gegenüber dem Nutzen zu rechtfertigen. Es kann jedoch auch ggf. zu alternativen Vorgehensweisen kommen, wenn die gewünschten Ergebnisse nicht eingetroffen sind. Eine Evaluationsstudie setzt demzufolge immer ein vorher festgesetztes und konkretes Ziel einer Intervention voraus, an dem das spätere Ergebnis gemessen werden soll (Bortz & Döring, 1995). Idealerweise findet bereits vor Beginn einer Intervention nicht nur die Festlegung der Ziele, sondern auch die Auswahl der Methoden und Instrumente für die Überprüfung der Zielerreichung statt. Für die betriebliche Gesundheitsförderung würde dies bedeuten, dass sich die inner- und außerbetrieblichen Akteure bereits im Vorfeld (z.B. im Arbeitskreis Gesundheit) auf gemeinsame Evaluationskriterien und deren Erhebungsmethoden verständigen. Nicht zuletzt, um im Vorfeld einer Intervention eine Datenlage als Vergleichsgröße schaffen zu können.

In der Strukturevaluation werden personelle, materielle und organisatorische Merkmale der Maßnahmedurchführung auf ihre Angemessenheit bzgl. ihrer Zielerreichung hin überprüft. Dabei stehen Fragen im Mittelpunkt, die die Auswahl und Anzahl der Beteiligten betreffen können, das Moderationskonzept oder die Verfügbarkeit von räumlichen, zeitlichen und finanziellen Ressourcen bewerten. In der Prozessevaluation geht es darum, den Ablauf, die Vorgehens- und Arbeitsweise einer Maßnahme zu überprüfen. Es stellen sich beispielsweise folgende Fragen: Wie wurde die Zusammenarbeit im Zirkel erlebt? Wie zeigte sich das Kommunikations- und Interaktionsverhalten der Zirkelmitglieder? Wie wurde die Moderation hinsichtlich der Zielorientierung bzw. Konfliktbewältigung wahrgenommen? Daten hierfür werden beispielsweise über die Zirkelprotokolle, Gruppendiskussionen, Projekttagbücher oder sonstige Dokumentationen gesammelt.

Die Ergebnisevaluation stellt m.E. wohl das schwierigste Element von Wirksamkeitsstudien dar, also die Frage, was hat sich tatsächlich durch die Intervention verändert. Die Schwierigkeit liegt u.a. darin, multifaktorielle Veränderungen im betrieblichen Umfeld auf eine Maßnahme zurückführen zu können. Westermayer & Liebing (1992) unterscheiden drei Aspekte in der Ergebnisevaluation von Gesundheitszirkeln: Effektivität einer Maßnahme (Unterschied zwischen Ausgangspunkt und Endzustand); Effizienz einer Maßnahme (Eignung der Maßnahme bzgl. der vorher festgesetzten Ziele) und Akzeptanz einer Maßnahme (eingetretene Veränderungen in Bezug gesetzt zu den von den Beteiligten gesetzten Ziele). Slesina (2001) konkretisiert die Merkmale, die es bei der Ergebnisbewertung zu überprüfen gilt. Es wird hinterfragt, ob die Durchführung eines Gesundheitszirkels zu einer Belastungsverringerung bzw. Ressourcenverbesserung führte und ob diese Veränderungen zu einer Verbesserung der Gesundheit beitragen konnten. Für die Überprüfung der Effizienz zieht er eine Kosten-Wirksamkeits-Betrachtung heran. Müller & Münch (1999) unterteilen die Ergebniskategorie ihrerseits in strukturelle und prozessuale Veränderungen. Unter strukturellen Merkmalen verstehen sie beispielsweise einen veränderten Personaleinsatz oder die Qualifikation der Beschäftigten; prozessuale Merkmale beziehen sich z.B. auf veränderte Arbeitsabläufe oder soziale Unterstützung.

Nolting (1997) sieht in der Ergebnisüberprüfung den wichtigsten Teil der Evaluation von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung und kritisiert gleichzeitig deren mangelhafte Durchführung. Die dauerhafte Akzeptanz von gesundheitsförderlichen Programmen in Unternehmen lässt sich seiner Ansicht nach nur über den verwertbaren Nachweis von deren Wirksamkeit erreichen. Aufgrund verschiedenartiger methodischer und forschungspraktischer Schwierigkeiten berichtet er von

Problemen, die sich in der Praxis häufig bemerkbar machen. So wird von ihm konstatiert, dass oft eine unklare Ziel-Massnahmen-Relation besteht, die zu einem Einsatz ungeeigneter Effektmaße führt. Andererseits werden Wirkungen spezifischer Maßnahmen anhand globaler Effektgrößen gemessen. Es könnte beispielsweise in Frage gestellt werden, ob gesunde Ernährung der Beschäftigten, die durch die Einführung einer Salatbar in der Kantine erzielt werden soll, tatsächlich in der Lage ist, den Krankenstand positiv zu beeinflussen.

Michaelis, Nübling, Hoffmann, Stöbel, Hofman & Matschke (1999) sehen bei ihrer Überprüfung von Evaluationskriterien für Programme der Gesundheitsförderung im Bereich der Muskel-Skelett-Erkrankungen eher eine Überbetonung von Ergebnisevaluationen und einen Mangel an Struktur- und Prozessbetrachtungen. Gerade im Letzteren sehen die Autoren einen wertvollen Beitrag zur Analyse fördernder und hemmender Faktoren erfolgreicher Interventionen. Darüber hinaus kritisieren sie die mangelnde Offenlegung der Messkriterien für die Evaluation, die insbesondere bei den Kosten-Nutzen-Überlegungen zum Tragen kommen.

Als typische methodische Probleme von Evaluationen sehen Wottowa & Thierau (1990) die fehlende Kontrollgruppe, nicht vorhandene Vortestwerte sowie eine mangelnde Methodenvarianz. Diese Schwachpunkte finden sich leider auch bei einigen Evaluationsstudien von Gesundheitszirkeln. Hinzu kommen Probleme, die bereits bei der Evaluation von anderen Kleingruppenkonzepten die Wirksamkeitsüberprüfungen erschweren, wie etwa Selektionseffekte der Stichprobe, die aufgrund der freiwilligen Teilnahme an Zirkeln immer gegeben sind (Antoni, 1990). Auch monokausale Wirkzusammenhänge zwischen der Kleingruppenarbeit und individuellen oder betrieblichen Veränderungen können nicht vorausgesetzt werden, da mit den Kleingruppen meist ein ganzes Konzept eingeführt wird. Häufig finden sich auch mehrere Einflussfaktoren, die parallel zur Intervention wirken und die eher ein komplexes Wechselwirkungsgeflecht vermuten lassen (vgl. Antoni & Bungard, 1988; Antoni, 1990).

Eine oft verwendete Effektgröße in der Gesundheitsförderung ist der betriebliche Krankenstand. Grundsätzlich ist die Verwendung solcher multifaktoriell beeinflussten Kenngrößen für eine valide Erfolgsmessung von Gesundheitszirkeln schwierig. Nicht selten werden Gesundheitsförderungsmaßnahmen parallel zu anderen Rationalisierungsprogrammen eingesetzt, die vermutlich ebenfalls einen Einfluss auf die Senkung von Fehlzeiten haben können. Deshalb empfiehlt es sich, auf verschiedene Datenquellen, sowohl aus subjektiver als auch auf objektiver Sicht bei der Ergebnisbewertung zurückzugreifen (z.B. Wellendorf, Westermayer & Riese, 2001). Standardisierten Messinstrumenten ist aufgrund der besseren Vergleichbarkeit mit anderen Studien der Vorrang zu geben.

Letztendlich ist zu bedenken, dass die Evaluation einzelner Gesundheitszirkel keine Generalisierbarkeit erlaubt. Gerade wegen der spezifischen und komplexen Wechselwirkungsprozesse lassen sich die Ergebnisse aus einem Betrieb kaum auf andere übertragen. Zudem werden häufig unterschiedliche und nicht standardisierte Methoden verwendet, die eine Vergleichbarkeit der Studien zusätzlich erschweren. Dennoch sollen im nächsten Kapitel einige Ergebnisse aus Evaluationsstudien von Gesundheitszirkeln vorgestellt werden, um die Möglichkeiten und Grenzen der Zirkelarbeit besser verdeutlichen zu können. Bislang liegen allerdings nur wenige Evaluationen vor, die eher einen exemplarischen Charakter aufweisen.

2.3.2 Ausgewählte Ergebnisse aus Evaluationsstudien zu Gesundheitszirkeln

In der Literatur werden aus den erfahrungsgelernten Projektberichten über Gesundheitszirkel fast ausschließlich Positivbeispiele genannt. Es wird berichtet, dass bis auf wenige Umsetzungshemmnisse Zirkelarbeit von den betrieblichen Akteuren im Grunde als wertvolles Instrument zur Beteiligung und zur gesundheitsbezogenen betrieblichen Gestaltung akzeptiert wird. Diejenigen, die sich an Gesundheitszirkeln beteiligen, tun dies oft mit einem großen Engagement und stehen der Zirkelarbeit grundsätzlich positiv gegenüber. Die berichteten Auswirkungen der Zirkelarbeit scheinen durchweg positiver Natur zu sein (vgl. im Überblick Westermayer & Bähr, 1994b; Brandenburg u.a. 1996; Schröer, 1999). Die am häufigsten genannten Ergebnisse finden sich beispielhaft in der folgenden Auflistung wieder:

- ◆ Belastungsreduzierung vor allem im Bereich der körperlichen Belastungen durch ergonomische Verbesserungen,
- ◆ Verbesserung der Ablauforganisation durch arbeitsorganisatorische Maßnahmen,
- ◆ Verringerung von Arbeitsunfällen durch verbesserte Maßnahmen im Arbeitsschutz,
- ◆ erhöhte Sensibilität im Arbeits- und Gesundheitsschutz sowohl bei Vorgesetzten als auch bei Mitarbeiter/innen,
- ◆ Rückgang der Fehlzeiten und gesundheitlicher Beschwerden,
- ◆ Erhöhung der Arbeitszufriedenheit und der Motivation der Mitarbeiter/innen,
- ◆ Verbesserung der fach- und hierarchieübergreifenden Kommunikation und Kooperation,
- ◆ gesundheits- und belastungsbezogene Qualifizierung und Mobilisierung der Beschäftigten,
- ◆ Aufarbeitung von Informationsdefiziten bezogen auf den Arbeitsplatz oder gesundheitlicher Belange,
- ◆ Verbesserung des Betriebsklimas.

Die Bewertung der Zirkelergebnisse geht allerdings oft aus retrospektiv erhobenen Daten hervor, ohne dass eine systematische Überprüfung erfolgte. Häufig sind es persönliche Schilderungen von Projektmitarbeitern oder Meinungen betrieblicher Experten, die mehr den Charakter einer Wirkungsvermutung haben und zudem von durchgeführten Evaluationen nur zum Teil bestätigt werden können (z.B. Harms, 1997; Gerpott & Schreiber, 1997). Umfassende Evaluationsstudien wurden von Sochert (1998) und von Slesina (2001) durchgeführt, deren Ergebnisevaluation im Wesentlichen auf retrospektive Vorher-Nachher-Befragungen basieren und damit nur unzureichend den oben diskutierten Qualitätskriterien von Evaluationen entsprechen. Im Folgenden sollen die Ergebnisse aus drei Evaluationsstudien exemplarisch vorgestellt werden.

Harms (1997) evaluierte die Gesundheitszirkelaktivitäten bei Beiersdorf. Dort wurde 1993 mit einem Pilotzirkel begonnen und seitdem wurden 10 weitere Zirkel durchgeführt. Die vorliegenden Evaluationswerte beziehen sich nur auf fünf der zuletzt durchgeführten Gesundheitszirkel. Die Zirkel waren homogen mit gewerblichen Mitarbeitern (abteilungsspezifisch) bzw. Sekretärinnen (arbeitsplatzspezifisch) besetzt. Es wurde ein Pre-Post-Design durchgeführt. Zirkelmitglieder und deren

Abteilungskolleg/innen sind schriftlich insgesamt zweimal befragt worden. Das Ergebnis aus dem Pre-Post-Vergleich bezieht sich allerdings nur auf fünf Fragebögen von Beschäftigten. Mit den Zirkelmoderatoren und den Abteilungsleitern wurden vor und nach dem Zirkel Interviews geführt. Weitere Datenquellen waren die Fotoprotokolle der Zirkelsitzungen, Prozessberichte der Moderatoren sowie Beobachtungen der Zirkelorganisatoren. Die Evaluation wurde nach Struktur-, Prozess- und Ergebnisaspekten unterschieden. Für die Struktur- und Prozessevaluation liegen Ergebnisse aus 26 von 33 Fragebögen vor. Für die Ergebnisevaluation wurden weitestgehend Projektdokumente herangezogen.

Eine weitere Wirksamkeitsanalyse im Pre-Post-Design mit Kontrollgruppe wurde von Gerpott und Schreiber (1997) in zwei Abteilungen eines Automobilunternehmens durchgeführt. Die Vorher-Messung erfolgte vier Wochen vor Beginn des Zirkels, die Nachher-Messung acht bis zwölf Wochen nach Beendigung der letzten Zirkelsitzung (nach dem Düsseldorfer Modell). Alle Messungen wurden mit Beschäftigten der beiden Zirkel-Abteilungen sowie aus einer weiteren Abteilung ohne Zirkelarbeit durchgeführt. Es lässt sich kritisch anmerken, dass allein die Hinzunahme einer Abteilung ohne Zirkelarbeit kein echtes Kontrollgruppendesign entsteht, da in dieser Abteilung andere Einflussfaktoren wirken, z.B. der Führungsstil, die eine direkte Vergleichbarkeit erschweren. Lediglich Faktoren, die auf das gesamte Unternehmen wirken, wie Rationalisierungsmaßnahmen, könnten mit einer solchen Vergleichsabteilung kontrolliert werden.

In dieser Studie wurden acht Belastungsmerkmale erhoben (z.B. stehende Körperhaltung, Umgebungseinflüsse, geringe Autonomie) und eine Skala in der psychische und physische Beschwerden zusammengefasst waren, verwendet. Während und nach der Zirkelarbeit wurden weitere fünf Zufriedenheitsvariablen (z.B. Arbeitszufriedenheit, Berücksichtigung von Mitarbeiterinteressen im Gesundheitszirkel, Zufriedenheit mit der Zirkel-Ergebnisumsetzung) erfasst. Darüber hinaus wurden mit den Zirkelmitarbeitern Intensivinterviews geführt.

Die dritte Gesundheitszirkel-evaluation, deren Ergebnisse vorgestellt werden, fand in einem Krankenhaus statt. Dort wurde anhand zweier Zirkel jeweils in einer Dialyse- und Kardiologie-Station eine Evaluation durchgeführt. Beide Zirkel waren interdisziplinär (Pflegedienst und Ärztlicher Dienst) und hierarchieübergreifend (Pflegedienstbereichsleitung) besetzt. Sie dauerten ca. ein Jahr lang über 19 Sitzungen an, und hatten am Schluss einen ganztägigen Abschlussworkshop. Der Dialyse-Zirkel war abteilungsbezogen, der Zirkel in der Kardiologie war aufgrund des Klinikkonzeptes klinikübergreifend besetzt. Während für den Kardiologie-Zirkel die Pflegekräfte von der Leitung vorgeschlagen wurden, musste in dem anderen eine Wahl stattfinden, weil sich mehr Personen gemeldet hatten als benötigt wurden. Beim Ärztlichen Dienst war nach Angaben der Autoren die Teilnahme „nicht immer ganz freiwillig“.

In dieser von Müller u.a. (1997) durchgeführten Evaluation wurden die Struktur-, Prozess- und Ergebnisaspekte berücksichtigt. Erhebungsmethoden waren ein selbstentwickelter Fragebogen, Gruppendiskussionen mit Zirkelteilnehmenden und Nichtteilnehmenden sowie Zirkelprotokolle und ein Projekttagbuch. In den Gruppendiskussionen wurden die Ergebnisse aus der Befragung präsentiert, um die Hintergründe der Befragungsergebnisse detaillierter aufschlüsseln zu können. Trotz

der vorhandenen Methodenvarianz muss bedacht werden, dass die Ergebnisevaluation ausschließlich aus retrospektiv erhobenen Daten besteht².

Zu den Struktur- und Prozesselementen:

In der von Harms (1997) durchgeführten Studie wurde zunächst kritisch bemerkt, dass die Nachfrage zur Mitarbeit am Zirkel bei den Beschäftigten eher verhalten gewesen ist. In einigen Abteilungen konnten Zirkel aufgrund mangelnder Teilnahme nicht starten. Trotz durchgeführter Informationsveranstaltung sieht die Autorin in der schlechten Vorbereitung der Mitarbeiter/innen und einer unzureichenden Qualität der Information die Gründe für die geringe Akzeptanz.

Von den Zirkelmitgliedern (aus fünf Zirkeln; N=26) bei Beiersdorf wurde die homogene Zusammensetzung der Zirkel anfänglich begrüßt. Sie hätten zu einem späteren Zeitpunkt aber gerne mit Experten diskutiert. Der zeitliche Rahmen von zunächst 90 Minuten musste nach einigen Sitzungen verlängert werden, um den Beteiligten genug Zeit zur Verfügung zu stellen, sich in die Thematik einzuarbeiten. Ein Drittel der befragten Zirkelteilnehmenden gaben an, zu Beginn Schwierigkeiten mit der Diskussion gehabt zu haben, am Schluss waren es nur noch 8%. Als Begründung wurde die ungewohnte Situation sowie Zweifel an der Vertrauenswürdigkeit der Kolleg/innen genannt. Von den Befragten gaben 92% schließlich an, dass sie frei ihre Meinung äußern konnten und 86% hätten sogar Spaß an der Zirkelarbeit gehabt. Nach der Zufriedenheit mit der Zirkelarbeit direkt nach Abschluss der Arbeit gefragt, gaben 96% an, dass sie sehr bzw. größtenteils zufrieden sind; ebenfalls 96% würden sich wieder an einem Zirkel beteiligen.

Müller u.a. (1997) berichten, dass die Kontinuität beider Zirkel nur von wenigen Zirkelmitgliedern gewährleistet werden konnte, am größten waren die Ausfälle im Ärztlichen Dienst. Die Dauer der Sitzungen von 1 ½ Stunden wurden mitunter als zu kurz wahrgenommen, als intensiv und produktiv hingegen wurde die abschließende Blocksitzung bewertet. Die neutrale Moderation und die gemeinsam verabredeten „Spielregeln“ wurden von den meisten als konstruktiv und zielgerichtet empfunden. Einige Personen aus der Kardiologie hatten Probleme sich innerhalb der sog. „Blitzlichter“ zu äußern (kurze Äußerung über persönliches Befinden), die am Beginn und Ende jeder Sitzung stattfanden.

Die Themenauswahl wurde in den beiden Zirkeln als wichtig bewertet, allerdings stimmten mehr als die Hälfte des Kardiologie-Zirkels der Aussage „Im Gesundheitszirkel wurden alle für mich wichtigen Themen behandelt“ nicht zu. Die Autoren vermuten, dass die Teilnehmenden nicht ausreichend vorbereitet waren, um den Zirkel für ihre Anliegen zu nutzen. Von beiden Zirkeln wurde die Kommunikation als sehr bzw. eher bis teilweise positiv bewertet. Im Kardiologie-Zirkel wurde die Kommunikation innerhalb der eigenen Berufsgruppe eher schlecht bewertet, während die interdisziplinäre Zusammensetzung positiver beurteilt worden ist als in dem Dialyse-Zirkel.

Zu den Zirkelergebnissen:

Harms (1997) bezieht in ihrer Ergebnisbewertung Protokolle und sonstige Erfahrungsberichte der Projektbeteiligten ein. Der Erhebungszeitpunkt ist allerdings sehr

² Der genaue Zeitpunkt der Durchführung der Evaluation ist aus der Veröffentlichung leider nicht ersichtlich. In einem späteren Artikel von Müller & Münch (1999) wurde jedoch kritisch angemerkt, dass der Zeitpunkt für die Erhebung der Ergebnisse eine entscheidende Größe für die Evaluation darstellte.

ungenau. Angegeben wurde Dezember 1995, d.h. zwei Jahre nach Start des Pilotzirkels, unbekannt ist allerdings wieviel Zeit zwischen Beendigung aller Zirkel und der hier erfolgten Bestandsaufnahme liegt. Insgesamt wurden in den zehn Zirkeln jeweils zehn Themen erarbeitet, unter denen ca. 44% psychosoziale, 20% Umgebungs- und physische sowie 8% körperliche Belastungen repräsentieren. Von den daraus erarbeiteten 153 Verbesserungsvorschlägen konnten 62 umgesetzt werden, 17 befanden sich noch in der Bearbeitung, 37 waren offen und weitere 37 konnten nicht umgesetzt werden. Der hohe Anteil der psychosozialen Belastungen brachte es mit sich, dass die Umsetzung dieser Verbesserungsvorschläge entweder nur mit den jeweiligen Vorgesetzten oder zusammen mit den Kolleg/innen erfolgen konnte. Der Umsetzungsgrad konnte in diesen Fällen von der Projektleitung allerdings nicht identifiziert werden, da es sich zum Teil um „Absichtserklärungen“ der Betroffenen handelte, er aber von der Projektleitung mit 27% angegeben wurde. Im Bereich der physischen Belastungen/Umgebungsbelastungen konnten 54% der Vorschläge umgesetzt werden. Einige sind aufgrund hoher Investitionen (z.B. Klimaanlage im Produktionsbereich) verworfen worden.

Wie bereits erwähnt, konnte das Pre-Post-Design aufgrund mangelnder Teilnahme nur in einer Abteilung mit fünf Beschäftigten durchgeführt werden; die Nachher-Befragung fand dort ein Jahr nach Beendigung des Zirkels statt. Die Verbesserungsvorschläge dieser Abteilung bezogen sich hauptsächlich auf den physischen Belastungsbereich bzw. auf Umgebungsbelastungen: Von 14 Verbesserungsvorschlägen zur Umgebungsbelastung wurden neun umgesetzt, weitere vier noch bearbeitet bzw. diskutiert, nur einer wurde verworfen. Interessanterweise äußerte sich nur einer der fünf Zirkelmitglieder größtenteils zufrieden mit den Verbesserungen der Arbeitsbedingungen, obwohl nach Angabe der Projektleitung fast alle Vorschläge umgesetzt werden konnten. Entschieden positiver äußerten sich die Zirkelmitglieder jedoch zu den Verbesserungen in den Bereichen Informationsfluss und Zusammenarbeit, obgleich diese nicht Thema der Zirkelsitzungen gewesen sind. Die Autorin vermutet in diesem Ergebnis einen Hawthorne-Effekt. Insgesamt muß das Ergebnis mit Vorsicht betrachtet werden, da es sich um eine eher kleine Stichprobe handelt. Von den befragten Nichtteilnehmer/innen (N=18) aus dieser Abteilung gaben ein halbes Jahr nach dem Zirkel 56% an, sie würden sich bei einem erneuten Gesundheitszirkel beteiligen, 33 % lehnten dies ab, 11% enthielten sich. Von den Beschäftigten ohne Zirkelerfahrung wurde die Veränderungswirkung der Zirkelarbeit wesentlich negativer gesehen als von ihren fünf Kollegen, die am Zirkel teilnahmen.

Gerpott & Schreiber (1997) führten ihre Ergebnisbewertung in zwei Zirkeln durch, deren Auswirkungen nicht nur positive Effekte zeigten. In Bezug auf die Belastung konnte nur in der Gesundheitszirkel-Abteilung 2 eine signifikante Verringerung bei drei Kriterien („gebeugte Körperhaltung“, „körperliche Beanspruchung“, „Beanspruchung durch Verantwortung“) gefunden werden. Die Kontrollgruppe zeigte keine Zu- oder Abnahme der durchschnittlichen Belastungsmerkmale, was gegen andere Einflussfaktoren spricht, die diese Ergebnisse hervorgebracht haben könnten. Allerdings wurden in beiden Zirkelabteilungen bei einigen Kriterien eine Belastungszunahme festgestellt. So zeigte sich in der Gesundheitszirkel-Abteilung 1 in zwei Kriterien („körperliche Beanspruchung“ und „Spannungen mit Arbeitsgruppenkollegen“) eine signifikante Häufigkeitszunahme. In der Gesundheitszirkel-Abteilung 2 wurde eine schwach signifikante Zunahme der Belastung durch „unzulängliche Arbeitsmittel“ festgestellt. Dieser negative Trend hat sich auch bei den Zufriedenheitswerten gezeigt. Es wurden keine nachweisbaren

Effekte der Gesundheitszirkel auf die Arbeitszufriedenheit erzielt. Hingegen hat sich in beiden Gesundheitszirkel-Abteilungen eine signifikante Verschlechterung in den Variablen „Berücksichtigung von Mitarbeiterinteressen im Gesundheitszirkel“ sowie „Zufriedenheit mit Gesundheitszirkel-Ergebnisumsetzung“ ergeben.

Nach Gerpott & Schreiber (1997) geht der negative Effekt auf eine verzögerte Umsetzung der Ergebnisse zurück. Die Autoren berichten weiter, dass in der Gesundheitszirkel-Abteilung 1 im Gegensatz zur Abteilung 2 weitaus weniger Verbesserungsvorschläge umgesetzt worden sind, so dass sich der inhaltliche Wirkungsunterschied auf eine unterschiedliche Umsetzungsquote in beiden Abteilungen erklären lässt. In den Intensivinterviews mit den Gesundheitszirkel-Mitgliedern bestätigte sich dieses Bild, so dass die Autoren schlussfolgern, dass eine zügige Umsetzung von Vorschlägen schon während der Zirkelaufzeit als geboten scheint. In diesem Fall scheiterte es daran, dass der Betriebsleiter nicht rechtzeitig eingebunden gewesen ist und sich im Nachhinein kaum zuständig für die Umsetzung der Zirkelergebnisse fühlte. Des Weiteren waren die gleichbleibenden bzw. verschlechterten Zufriedenheitswerte gerade in der Abteilung 2 überraschend, da dort immerhin mehr als die Hälfte der Vorschläge implementiert worden waren. Gerpott & Schreiber führen dieses Ergebnis auf eine unzureichende Wahrnehmung der Veränderungen zurück, die in einer mangelnden Erfolgskommunikation zu liegen scheint.

Die mangelhafte Umsetzung der Vorschläge wird auch in anderen Projekten als Problem angesehen. Gründe hierfür werden in der unzureichenden Einbindung der Entscheidungsträger oder auch in dem großen Veränderungspotenzial einzelner Vorschläge vermutet (Müller, 1994). Mangelnde Kommunikation der Zirkelerfolge, die gerade bei denjenigen, die nicht am Zirkel teilnehmen, zu einer anhaltenden Skepsis beitragen, führen nach Meinung von Friczewski (1994a) zu einer Negativwahrnehmung der Zirkelergebnisse und schmälern nicht zuletzt dadurch die Erfolge der Zirkelarbeit.

Die Ergebnisse der beiden Zirkelgruppen aus dem Krankenhaus werden ebenfalls unterschiedlich beurteilt. Während der Dialyse-Zirkel mehrheitlich angibt, die Belastungen seien durch Verbesserungen in der Arbeitsorganisation und in der Zusammenarbeit im Team als auch mit dem Vorgesetzten gesunken, wurde dies nur für die ersten beiden Belastungsarten von den Zirkelmitgliedern aus der Kardiologie bestätigt. Belastungen durch den direkten Vorgesetzten sowie aus dem Arbeitsumfeld wurden aus dem Kardiologie-Zirkel mehrheitlich als unverändert beurteilt. Letzteres wird im Übrigen von den anderen Zirkelmitgliedern ähnlich gesehen. Veränderungen im Arbeitsumfeld hätten auch hier investive bauliche Veränderungen bedeutet. Die Gründe der Nichtumsetzung wurden allerdings von den Autoren nicht benannt.

In den abschließenden Gruppendiskussionen wurde von vielen Zirkelmitgliedern aus beiden Abteilungen berichtet, dass sich durch die Zirkelerfahrung die Atmosphäre in den Teams verbessert hätte. Es sei mehr Vertrauen, Offenheit und Toleranz entstanden, die dazu führte, dass der gegenseitige Umgang miteinander gelassener geworden sei. Kritik und Enttäuschung wurde aus der Dialyse-Station berichtet, da eine angemessene institutionelle und personelle Unterstützung fehlte, um weitere zentrale Probleme zu lösen. Zirkelmitglieder aus der Kardiologie zeigten sich frustriert darüber, dass sie aus ihrer Umwelt ein Desinteresse gegenüber der Zirkelarbeit wahrnahmen. Dennoch wurde dort die Arbeit des Zirkels nach Abschluss des Projekts fortgesetzt. Auch hier wurde von der Projektleitung eine unzureichende Wahrnehmung der Zirkelerfolge durch die Nichtbeteiligten konstatiert. Diesmal lag es aber

daran, dass die Ergebnisse nicht alle auf einmal umgesetzt worden sind, sondern schon im Arbeitsprozess der Zirkel Änderungen zum Tragen kamen.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Wirksamkeit von Zirkelarbeit durchaus unterschiedlich sein kann, was auf weitere betriebliche Einflussfaktoren schließen lässt. Allerdings zeigt sich hier auch, dass aufgrund unterschiedlicher Messmethoden die Ergebnisse kaum miteinander vergleichbar sind. Allerdings weisen die Evaluationsstudien im Gegensatz zu der allgemeinen Auffassung vieler Projektberichte darauf hin, dass Beschäftigte nach der Zirkelarbeit nur sehr eingeschränkt eine Belastungsreduzierung wahrnehmen. Stattdessen wird berichtet, dass die Belastungen unverändert geblieben sein oder gar zugenommen hätten. Eine Stärkung der Zufriedenheit und der Einschätzung, dass die Interessen der Beschäftigten nach der Zirkelarbeit stärker berücksichtigt werden, kann ebenfalls nicht uneingeschränkt vorausgesetzt werden. Abschließend sei ebenso kritisch angemerkt, dass die Überprüfung eines Ressourcenaufbaus, z.B. eine Erweiterung des Handlungsspielraums, in keiner der genannten Studien erfolgte. Damit blieb eins der wesentlichen Ziele der betrieblichen Gesundheitsförderung unberücksichtigt.

Insgesamt sollte im gesamten Kapitel gezeigt werden, wie Partizipation innerhalb der betrieblichen Gesundheitsförderung mit Hilfe von Zirkeln realisiert worden ist und welche Auswirkungen diese auf die Arbeit und das Wohlbefinden der Beschäftigten haben können. Kern der vorliegenden Untersuchung ist es, die individuellen Entscheidungsprozesse zu analysieren, die sich im Rahmen einer aktiven Mitarbeit an Gesundheitszirkeln vollziehen. Zunächst sollen im Folgenden Kapitel die Erkenntnisse aus der Partizipationsforschung aufgearbeitet werden, die die individuellen Voraussetzungen zur Beteiligung zu erklären versuchen.

3 Forschungsstand zu den individuellen Voraussetzungen betrieblicher Partizipation

Innerhalb der Partizipationsforschung liegen eine Reihe von Untersuchungen vor, die die organisationalen Bedingungen bei der Einführung von partizipativen Veränderungsprozessen betrachten. Untersuchungsgegenstand ist dort zumeist die empirische Begleitung der Einführung von partizipativen Kleingruppen, z.B. den Qualitätszirkeln. Partizipation wird dabei nicht selten isoliert betrachtet, beispielsweise im Zusammenhang mit den gewünschten Veränderungen bezüglich der Qualität der Produkte oder der Prozesse. Ein weiterer Forschungsschwerpunkt liegt in der Messung der Wirkungen partizipativer Arbeitsformen (kollektiv oder individuell) auf Merkmale der Arbeit (z.B. Qualität) oder auf Folgen für die Individuen bzw. Gruppen (Zufriedenheit, Leistung). Studien, die systematisch und gezielt die individuellen Voraussetzungen betrieblicher Partizipation untersuchen, liegen jedoch kaum vor (vgl. Wilpert, 1998).

Die Identifizierung individueller Voraussetzungen betrieblicher Partizipation stützt sich zumeist auf Untersuchungen, die entweder die Einführung von partizipativen Arbeitsformen begleiten oder deren Wirkungen messen möchte. Sie basieren zumeist auf Schlussfolgerungen, die aus den vorliegenden Untersuchungsergebnissen gezogen werden konnten. Oftmals sind es Annahmen, die zugrunde gelegt werden, um die individuellen Voraussetzungen von partizipativen Handlungen zu erklären. Nicht selten basieren Erklärungsansätze auf korrelative Beziehungen zu Persönlichkeitsmerkmalen. Trotz aller Einschränkungen, die die vorliegenden Untersuchungsergebnisse mit sich bringen, werden hier deren Erklärungsansätze vorgestellt und systematisiert (vgl. Kap. 3.3.1).

Zunächst wird erläutert welches Verständnis von Partizipation dieser Arbeit zugrunde gelegt wird. Da es sich bei Gesundheitszirkeln um eine Form der partizipativen Kleingruppenarbeit handelt, werden auch deren Merkmale hier beschrieben (Kap. 3.1). Ausgehend von Betrachtungen der organisationalen Rahmenbedingungen werden im anschließenden Kapitel 3.2 allgemeine und spezifische Voraussetzungen bei der Einführung von partizipativen Kleingruppen bzw. Gesundheitszirkeln diskutiert und deren Implikation auf individuelle Handlungsweisen aufgezeigt. In Kapitel 3.3 zur individuellen Perspektive werden neben den theoretischen Annahmen und Erklärungsansätzen auch die Wirkungen und Folgen von Partizipation auf die Beschäftigten diskutiert. Am Schluss dieses Kapitels soll ein häufig beobachtetes Phänomen betrachtet werden: Es handelt sich hierbei um den Widerstand der Belegschaften bei partizipativen Veränderungsprozessen.

3.1 Zu den Begriffen Partizipation und partizipative Kleingruppenarbeit

Der Begriff *Partizipation* ist bereits auf sprachlichem Niveau missverständlich und Bedarf der genaueren Erläuterung. Partizipation kann im Sinne einer Teilnahme aber auch als Teilhabe übersetzt werden. Leider wird in der betrieblichen Gesundheits-

förderung Partizipation als Synonym für zwei völlig unterschiedliche Handlungsweisen benutzt: (1) Die Teilnahme an Gesundheitskursen, bei denen es darum geht, dass Beschäftigte vorher festgelegte Präventionsangebote wahrnehmen, um Anregungen für das eigene Gesundheitsverhalten zu bekommen. Zum Anderen wird darunter auch die (2) Teilnahme an Gesundheitszirkeln verstanden, in denen den Beschäftigten Möglichkeiten eröffnet werden, aufgrund eigener Erfahrungen und Interessen Einfluss auf den Prozess der Gesundheitsförderung zu nehmen – hierfür wäre der Begriff Teilhabe passender.

Für die vorliegende Arbeit wird *Partizipation* an betrieblicher Gesundheitsförderung im letzteren Sinne verstanden – als die Einflussnahme bzw. Beteiligung am gesundheitsbezogenen Gestaltungsprozess.

Betriebliche Partizipation ist inzwischen zu einem wichtigen Forschungsgegenstand der Arbeitspsychologie geworden, und die Begriffsklärung kann bereits auf eine lange Tradition zurückblicken (vgl. Wall & Lischeron, 1977). Aus einer Reihe zahlreicher Definitionen soll hier die von Wilpert (1993, 1998) hervorgehoben werden, da sie versucht, partizipatives Handeln möglichst umfassend zu beschreiben. Der Autor schlägt vor: „*Partizipation* sei die *Gesamtheit der Formen*, d.h. *direkte* (unmittelbar persönliche) oder *indirekte* (mittelbar über Vertreter oder Institutionen), und *Intensitäten*, d.h. von *geringfügigen* bis *umfassenden*, mit denen *Individuen, Gruppen, Kollektive* durch *selbstbestimmte Wahl möglicher Handlungen* ihre *Interessen* sichern“ (Hervorhebungen vom Verfasser) (1993, S. 359).⁴ Unter Gruppenphänomenen werden hier Beteiligungsformen verstanden, die durch formale Prozesse oder Regelungen einen strukturellen Anteil an betrieblichen Entscheidungsprozessen haben, z.B. partizipative Kleingruppenarbeit oder (teil)autonome Gruppenarbeit (TAG). Demgegenüber betonen *individuelle* Partizipationsformen den informellen Spielraum zwischen Vorgesetzten und Untergebenen. Darin schaffen sich letztere anhand von Durchsetzungsstrategien Freiräume oder der Vorgesetzte ermöglicht ihnen durch Delegieren von Verantwortung Zugang zu Entscheidungen. Dies wird auch als kooperativer oder partizipativer Führungsstil bezeichnet.

Auch die Intensität der Beteiligung ist ein wichtiges Kriterium für Partizipation. Umstritten ist dabei, ob die bloße Informiertheit bereits eine Art der Partizipation ist oder ob erst bei aktiver Einflussnahme von Partizipation gesprochen werden kann. Kißler (1980) nennt die Teilhabe an Informationen eine Form der „mentalen“ Partizipation und meint damit das (passive) Involviertsein am innerbetrieblichen Informations- und Kommunikationsprozess. Andere Auffassungen gehen davon aus, dass erst durch die Möglichkeiten der Einflussnahme Partizipation stattfindet und nicht durch das Informieren vor oder nach einer Entscheidung. So nennt Pateman (1970) die bloße Teilhabe an Informationen „Pseudo-Partizipation“. Die Vorstellung von Wall & Lischeron (1977) trifft m.E. am deutlichsten, in welchem Verhältnis Informationen und Einflussnahme stehen. Die Autoren erläutern, dass Partizipation die „*Beeinflussung des Entscheidungsprozesses mittels Interaktionsprozessen zwischen Arbeit-*

⁴ Es sei hier erwähnt, dass die indirekte Partizipation, die z.B. durch die Wahl der betrieblichen Interessenvertretung zustande kommt, ebenso wie die durch Kollektive (z.B. durch Gewerkschaften) für die vorliegende Arbeit keinerlei Bedeutung hat und deshalb nicht näher erörtert wird.

nehmern und Managern auf der Basis von Informationsaustausch“ ist (1980, S. 74). In der vorliegenden Arbeit werden Informationen zwar als wichtige Voraussetzungen für Partizipation gesehen, im Gegensatz zu Kißler u.a. (2000) wird jedoch allein die Informiertheit nicht als partizipatives Handeln betrachtet. Partizipation liegt dem Verständnis dieser Arbeit einer *interaktiven* Komponente zugrunde.

Der Grad an effektiver Einflussnahme ist ein besonders wichtiges Merkmal der Partizipation. Hier wird von einem Einfluss- und Machtkontinuum ausgegangen, an dessen Endpunkten entweder der Vorgesetzte oder die Mitarbeiter/innen allein die Entscheidungsgewalt inne haben. Ein Beispiel eines solchen Kontinuums wurde von Dachler & Wilpert (1978) in folgende Kategorien differenziert: keine Mitsprachemöglichkeiten, Informationsrechte, Vorschlagsrechte, Mitbestimmungsrechte, Vetorechte und völlige Autonomie. In der Praxis dürfte aus meiner Sicht eine klare Abgrenzung nach diesen Kategorien schwierig sein. Es wurde bereits darauf eingegangen, dass allein Informationsrechte als Merkmal von Partizipation durchaus umstritten sind. Hilfreicher erscheint mir deshalb, Partizipation als die Möglichkeit zur Ausübung von Kontrolle zu betrachten, denn erst das Vorhandensein individueller Kontrollspielräume ermöglicht partizipatives Handeln.

Grote (1997) verweist in ihrer Arbeit auf den Unterschied zwischen Kontrolle und Autonomie und grenzt diese voneinander ab. Sie beschreibt Kontrolle *„als das Ausmaß der Möglichkeiten (...), Zustände und Prozesse entsprechend einem gewünschten/geforderten Ziel zu beeinflussen.“* (1997, S. 8). Autonomie hingegen wird als die *„Bestimmung von Zielen und Regeln für die Zielerreichung“* (S. 8) verstanden, die frei von externer Kontrolle im Sinne einer Selbstbestimmtheit ist. In Anlehnung an ihre Sichtweise, soll in der vorliegenden Arbeit Partizipation mit dem Ausüben von Kontrolle, d.h. der Beeinflussung einer Situation unter Berücksichtigung der eigenen Interessen und Bedürfnisse, gleichgesetzt werden.

Der Unterschied zwischen Autonomie und Partizipation wird u.a. im Vergleich zwischen Formen der (teil)autonomen Gruppenarbeit und der partizipativen Kleingruppenarbeit diskutiert. Letzteres wird einschränkend als „angelagerte“ Partizipation bezeichnet, weil sie nicht in die Unternehmensorganisation integriert ist und damit Entscheidungsrestriktionen innerhalb der eigentlichen Tätigkeit unberücksichtigt lässt.

Tabelle 3.1: Differenzierung der Merkmale Partizipation und Autonomie

Begriff	Partizipation		Autonomie
	Teilnahme	Teilhabe	
Merkmale	keine Einflussnahme; lediglich Informationsrechte	Temporäre Möglichkeit zur Einflussnahme durch Vorschläge oder Mitbestimmung; an die Organisation angelagert	Weitgehende Selbstbestimmung verankert in der Unternehmensstruktur
Beispiele	Gesundheitskurs; Informationsveranstaltungen	Gesundheitszirkel; Problemlösegruppe	(Teil)Autonome Arbeitsgruppe

Als *partizipative Kleingruppen* werden Gruppen bezeichnet, die mit weniger als zwanzig Personen – meist der unteren Hierarchieebenen - konstituiert werden, um eine gemeinsame Aufgabenstellung zu bearbeiten (Alioth & Ulich, 1983). Diese Pro-

blemlösegruppen haben zum Ziel, die ihnen übertragene Aufgabe in einem temporär festgelegtem Rahmen zu bearbeiten. Betriebliche Zirkel wie auch Vorschlags- und Projektgruppen zählen zu den wichtigsten partizipativen Kleingruppenkonzepten. Im Gegensatz dazu werden den Mitgliedern in (teil)autonomen Gruppen langfristig Spielräume zur Bestimmung von Zielen und deren Wege zur Zielerreichung eingeräumt, die zur Erfüllung ihrer Tätigkeiten benötigt werden (vgl. Ulich, 1994).

Konzeptionell bieten in die Unternehmensorganisation integrierte (teil)autonome Gruppen einen wesentlich größeren Handlungsspielraum als die parallel zur meist tayloristisch (stark arbeitsteilig) aufgebauten Organisation arbeitenden Kleingruppen. Die Planungs- und Kontrolltätigkeiten sowie die soziale Interaktion sind in der Gruppenarbeit wesentlich stärker ausgeprägt als dies in den Kleingruppenkonzepten vorgesehen ist. Es soll nur am Rande erwähnt werden, dass bei der Betrachtung der praktizierten Gruppenarbeit eine starke Varianz in dem Ausmaß der Selbstbestimmung vorzufinden ist, so dass nicht jede Form der Gruppenarbeit mit einer Zunahme an Autonomie einhergeht (vgl. Fröhlich & Prekuhl, 1996; Bungard & Jöns, 1997; Frieling & Freiboth, 1997).

Partizipative Kleingruppen betreffen oft nur Teile der Belegschaft und berühren selten die gesamte Hierarchie. Hier kommt ein Stellvertreterprinzip zum Tragen, in dem einige wenige Beschäftigte ihre Meinungen und Ideen einbringen können. Der Vorteil liegt nach Antoni (1990) darin, dass die Realisierung der Zirkelarbeit günstigere Voraussetzungen hat, da sie weniger stark in bestehende Macht- und Einflussbereiche eingreift als beispielsweise die TAGs. Je stärker die Gruppenkonzepte in die bestehende Arbeitsorganisation eingreifen, diese gar ersetzen sollen, desto schwieriger wird deren Implementation. Der Autor geht weiter davon aus, dass sich Konsequenzen für die Qualifikations- und Führungsstruktur durch die Einführung von Zirkeln kaum ergeben, sondern lediglich ein zusätzlicher Koordinierungsaufwand benötigt wird (vgl. Kap. 3.2.1). Diese Ansicht kann allerdings unter dem Blickwinkel der personalen Voraussetzung von partizipativen Handlungen nicht uneingeschränkt geteilt werden (vgl. dazu Kap. 3.3).

3.2 Partizipation aus organisationaler Perspektive

Aufgrund der nicht vollständig erforschten und sogar widersprüchlichen Partizipationswirkungen (vgl. Kap. 3.3.2) kann vermutet werden, dass Partizipation nur unter bestimmten Bedingungen die gewünschten positiven Effekte zeigt. Strauss (1998) sieht beispielsweise die Gründe für die schwierige Umsetzung von Partizipation darin, dass eine systematische Herangehensweise immer noch fehlte. Der Autor vermutet, dass Partizipation nur dann funktioniert, wenn sie angemessen eingeführt und umgesetzt wird. Jedoch scheinen gerade diese relevanten Einflussfaktoren noch nicht hinreichend erforscht.

Heller (1998) spricht der betrieblichen Vertrauenskultur beim Gelingen von Partizipationsprozessen eine größere Rolle zu als dies bislang angenommen wurde. Damit ist vor allem gemeint, inwieweit Beschäftigte Vertrauen in eine Organisation bzw. ein betriebliches Programm aufbauen können, an dem sie sich beteiligen sollen. Außerdem stellt Heller zur Diskussion, dass die betrieblichen Situationen, in denen partizipativ gearbeitet werden soll, sorgfältiger ausgesucht werden müssten. Nicht jedes Thema, nicht jeder Veränderung- bzw. Entscheidungsprozess eignet sich für eine breite Einbeziehung der Belegschaften (vgl. auch Vroom & Jago, 1988). Empirische Befunde sprechen für einen Einfluss struktureller Parameter auf die

Partizipation. Wilpert (1998) geht sogar davon aus, dass das Ausmaß an Partizipation hauptsächlich ein Resultat der Gestaltung sozialer und politischer Rahmenbedingungen ist. In einer wohl einzigartigen international vergleichenden Studie zur Partizipation⁵ zeigte sich, dass Merkmale wie die formalen Mitbestimmungsregeln, Tarifverträge, Betriebsvereinbarungen sowie der Organisationsgrad einer Belegschaft einen weitaus höheren Vorhersagewert für Partizipation aufweisen als beispielsweise technologische Faktoren, der Unternehmenserfolg, die Größe eines Unternehmens oder der Automationsgrad (IDE, 1981). Diese Ergebnisse konnten in einer mehr als zehn Jahre später stattfindenden Wiederholungsuntersuchung im Wesentlichen bestätigt werden (IDE, 1993).

Im Rahmen von Projekten zur Implementation von Kleingruppenkonzepten liegen bereits Erkenntnisse vor, wie sich betriebliche Faktoren förderlich oder hinderlich auf die Beschäftigtenbeteiligung auswirken können. Vor diesem Hintergrund werden die wesentlichen Forschungsergebnisse zu den organisationalen Voraussetzungen bei der Einführung von Partizipation diskutiert (Kap. 3.2.1). Bislang wenig systematisch erforscht sind die spezifischen Implementationsbedingungen von Gesundheitszirkeln. Als Ansatzpunkte zum Verständnis der betrieblichen Rahmenbedingungen bei der Einführung von Gesundheitszirkeln wird in Kap. 3.2.2 eine Analyse anhand vorliegender Projektbeschreibungen und Erfahrungsberichten vorgenommen. Es handelt sich dabei zwar nicht nur um empirisch gesicherte Ergebnisse, dennoch lassen sich erste Aussagen über mögliche organisationale Voraussetzungen für eine Beteiligung am Gesundheitszirkel daraus ableiten.

3.2.1 Allgemeine Rahmenbedingungen für die Umsetzung von Partizipation

Zur Erläuterung der Einführungsbedingungen von Gesundheitszirkeln soll hier zunächst auf Studien zu ähnlichen Kleingruppenkonzepten, vor allem Qualitätszirkeln, Lernstätten und Sicherheitszirkeln eingegangen werden (z.B. Dunkel, 1987; Antoni, 1988; Ackermann, 1989; Ritter, 1996). Die empirischen Ergebnisse liefern zum Großteil übereinstimmende Erkenntnisse aus unterschiedlichen Einführungsprojekten unter wissenschaftlicher Begleitung. Viele Untersuchungen beschäftigen sich vorrangig mit Faktoren, die für die erfolgreiche Umsetzung der Kleingruppenkonzepte von entscheidender Bedeutung sind. Diese Faktoren sollen hier im Hinblick auf deren potenzielle Anreize für die Entscheidung der Beschäftigten für die Beteiligung betrachtet werden.

Als mögliche Einflussfaktoren auf die Partizipation werden u.a. organisationskulturelle Überlegungen angestellt. So geht Deppe (1992) davon aus, dass die Kleingruppenorganisation strukturell in das bestehende Unternehmen passen muss, um arbeitsfähig zu sein. Von einer wechselseitigen Abhängigkeit wird dabei ausgegangen. Indem die Kleingruppe die Unterstützung der Unternehmensorganisation braucht, nutzt das Unternehmen den Qualitätszirkel, der die Verfolgung der Organisationsziele vorantreiben soll. Qualitätszirkel können nur dann effektiv arbeiten,

⁵ Wilpert & Rayley (1983) interpretieren die Ergebnisse aus der internationalen Studie „Industrial Democracy in Europe“ (IDE) für die deutsche Mitbestimmung. Auf deren Publikation wird später ausführlicher eingegangen.

wenn deren Integration in die bestehende Unternehmenskultur gelingt, damit sie nicht als Fremdkörper wahrgenommen werden (Bungard & Wiendieck, 1986).

Ein weiteres kulturelles Phänomen kommt besonders dort zum Tragen, wo in einer tayloristischen Arbeitsorganisation, in der bislang hierarchisches Denken und ein autoritärer Führungsstil vorherrschten, partizipative Arbeitsformen eingeführt werden. Kißler u.a. (2000) stellen die Effektivität einer Parallelorganisation von Partizipationsgruppen und Linienverantwortung für eine erfolgreiche Beschäftigtenbeteiligung grundsätzlich in Frage. Sie argumentieren, dass das Beteiligungshandeln, bei dem es um eine gleichberechtigte Auseinandersetzung geht, im Gegensatz zum Arbeitshandeln steht, das vornehmlich hierarchisch funktioniert. Für die Beschäftigten kommt es dadurch zu einer „Spaltung“ ihrer Verhaltensweisen, da ihr Wissen und ihre im Beteiligungsprozess erworbenen Kompetenzen in der Arbeitsorganisation nicht gefordert und oft nicht einmal gewünscht sind (vgl. auch Greifenstein, Jansen & Kißler, 1993).

Die Rolle des mittleren Managements beim Gelingen bzw. Scheitern von partizipativer Kleingruppenarbeit wird von vielen Autoren als zentral bezeichnet (z.B. Zink, 1986; Antoni, 1990; Bungard & Antoni, 1993; Ritter, 1996). Je nachdem wie sich die Führungskräfte zu Zirkelkonzepten stellen, können sie entweder zu Promotoren werden, die die Mitwirkung ihrer Mitarbeiter unterstützen und fördern, oder sie werden zu Gegnern, deren Widerstand die Zirkelarbeit zum Scheitern bringen kann. Die Ursachen für eine eher ablehnende Haltung von Vorgesetzten sehen Zink & Schick (1987) in der Angst vor Kompetenzverlust und der Befürchtung, dass eigene Fehler aufgedeckt und entdeckte Missstände als eigene Versäumnisse interpretiert werden könnten. Zink (1986) sieht als eine der wesentlichen Voraussetzung für die Einführung von Kleingruppen das Vorhandensein eines partizipativen Führungsstils und eine positive Einstellung der Führungskräfte zur Beschäftigtenbeteiligung. Antoni (1990) geht davon aus, dass sich vorliegende Erfahrungen mit partizipativen Kleingruppen positiv auf weitere Implementationsversuche auswirken könnten. Vermutlich wirken sich die vorhandene Kleingruppenorganisation und das Wissen um deren Umsetzung sowie das bereits aufgebaute Vertrauen in die Fähigkeit und Bereitschaft der Beschäftigten zur Beteiligung begünstigend aus.

In ihrer Fallstudie analysierten Zink & Ritter (1989b) in 28 Betrieben anhand von Expertenbefragungen die Erfahrungen mit Problemlösegruppen zu arbeitswissenschaftlichen Themen. Die Autoren kommen darin zu dem Schluss, dass es häufig die im Umfeld einer Problemlösegruppe entstehenden Hindernisse wie der mangelnde Rückhalt von Fachabteilungen oder unzureichende Koordination der Kleingruppenarbeit sind, die eine Umsetzung der partizipativen Arbeitsformen erschweren. Zink (1992) stellt in seiner repräsentativen Erhebung zu Kleingruppenaktivitäten in der Bundesrepublik fest, dass in über der Hälfte der Unternehmen keine oder selten eine Zusammenarbeit zwischen Kleingruppen und Fachabteilungen existiert. Dies wird damit begründet, dass fachliche Experten ihre Spezialistenrolle bedroht sehen und die Kleingruppen als Konkurrenz zu ihrer Arbeit wahrnehmen. Dieses Phänomen ist gerade in Beteiligungsvorhaben des Arbeits- und Gesundheitsschutzes vorzufinden. Ritter (1992) spricht sich deshalb für eine zielgruppenspezifische Sensibilisierung aller Beteiligter aus.

Als weiteres Problemfeld bei der Umsetzung von partizipativer Kleingruppenarbeit werden die unzureichenden Ausführungsbedingungen genannt, wie fehlende Zeit, Probleme bei der Freistellung der Beschäftigten, unzureichende Qualifikation der Moderatoren, schlechte Koordinierung der Kleingruppenaktivitäten sowie sonstige Umsetzungsschwierigkeiten (vgl. Ritter & Zink, 1986; Antoni, 1990; Ritter, 1996).

Ursachen für diese Mängel könnten darin liegen, dass es wenig Erfahrung mit diesen Formen der Beteiligung gibt; dies wird vermutlich auch durch ein nachlassendes Interesse des Top-Managements verstärkt.

Gerade im Hinblick auf die Motivation der Beschäftigten, wird eine umfassende und rechtzeitige Vorbereitung durch Information und Qualifizierung der Mitarbeiter/innen als eine wichtige organisationale Voraussetzung diskutiert. Fehlende Information wird als eine häufig vorzufindende Barriere im Beteiligungsprozess angesehen. Anhand einer Beschäftigtenbefragung im Öffentlichen Dienst konnten Kißler u.a. (2000) zeigen, dass das größte Bedürfnis im Rahmen eines partizipativen Modernisierungsprozessen der Wunsch nach Information ist. Dies lässt vermuten, dass in diesem Bereich die größten Defizite bestehen. Auf die Bedeutung der Qualifizierung für Partizipation wird in Kapitel 3.3.1 noch näher eingegangen.

Zink & Ritter (1989b) kommen aufgrund ihrer Forschungsergebnisse zu dem Schluss, dass der Erfolg von partizipativen Kleingruppen durch eine aufgeschlossene und unbürokratische Unterstützung der Führungskräfte, die Einbeziehung des Betriebsrates (der solche Initiativen im besten Fall mit unterstützt) und eine umfassende Information an die Belegschaft gekennzeichnet ist. Als empirisch bestätigt sehen sie an, dass eine breite Akzeptanz der Kleingruppen bei allen Beteiligten an erster Stelle bei den Voraussetzungen für eine erfolgreiche Umsetzung von Problemlösegruppen zu arbeitswissenschaftlichen Themen steht. Bezogen auf Arbeitsschutzmaßnahmen konkretisieren Bullinger, Kern & Schindhelm folgende Rahmenbedingungen als zentral für die Integration der Beschäftigten in die Sicherheits- und Gesundheitsarbeit:

- *„Konsens im Unternehmen,*
- *Transparenz des Vorgehens bei der Mitarbeiterbeteiligung,*
- *Rechtzeitige und ausreichende Information der Mitarbeiter,*
- *Förderung der Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen,*
- *Bereitschaft zur Überprüfung und Verwirklichung von Mitarbeitervorschlägen.“*
(1996, S. 52)

Der Faktor „Konsens im Unternehmen“ deutet bereits an, dass es sich beim Thema Gesundheitsschutz um eine sensible Angelegenheit handelt, die im betriebspolitischen Geschehen konsensual verhandelt werden muss. Dies ist ein Aspekt, der bei den spezifischen Rahmenbedingungen der Einführung von Gesundheitszirkel noch deutlicher wird (vgl. Kap. 3.2.2).

Insgesamt liefern die hier diskutierten organisationalen Voraussetzungen von Beteiligungsprozessen erste Hinweise dafür, inwieweit sie die individuelle Entscheidung für eine Beteiligung begünstigend oder hemmend beeinflussen können. Beschäftigte, die organisationale Voraussetzungen vorfinden, wie sie beispielsweise hier von Bullinger u.a. (1996) aufgelistet worden sind, werden vermutlich eher bereit sein, an Kleingruppen zu partizipieren. Andererseits dürften sich wahrgenommene Barrieren, wie die ablehnende Haltung der Vorgesetzten oder eine unklare und ungenaue Zielstellung der Maßnahme, eher demotivierend auf eine Beteiligung auswirken. Im nächsten Kapitel werden ergänzend zu diesen *allgemeinen* Betrachtungen die *spezifischen* Rahmenbedingungen bei der Einführung von Gesundheitszirkeln als Einflussgrößen für die gesundheitsbezogene Beteiligung erörtert.

3.2.2 Spezifische Rahmenbedingungen bei der Einführung von Gesundheitszirkeln

Ergänzend zu den bereits dargestellten Ausführungen der Voraussetzungen von Implementationsbedingungen der Partizipation werden Erkenntnisse aus den Beteiligungsprozessen innerhalb der betrieblichen Gesundheitsförderung diskutiert. Hinweise zu den betrieblichen Rahmenbedingungen bei der Einführung von Gesundheitszirkeln können aus den Erfahrungsberichten geschlossen werden (z.B. Westermayer & Bähr, 1994b). Systematische Erhebungen zu den betrieblichen Implementationsbedingungen von Gesundheitszirkeln liegen jedoch bislang nicht vor. Im Folgenden sollen die vorhandenen Erfahrungsberichte zur Einführung von Gesundheitszirkeln vor allem im Hinblick auf deren motivationalen Voraussetzungen für eine Zirkelmitarbeit erörtert werden. Die Betrachtung der betrieblichen Rahmenbedingungen wird hilfreich für die Frage sein, welche situativen Anreize die Beteiligungsmotivation erhöhen könnte. Aus der vorhandenen Literatur konnten drei kritische Schwerpunkte für eine Beschäftigtenbeteiligung identifiziert werden, die das bereits Erwähnte bestätigen, aber auch neue Aspekte beleuchten.

3.2.2.1 Information und Kommunikation

Die Bedeutung der Information als zentrale Voraussetzung für Beteiligung wurde bereits in Kapitel 3.2.1 diskutiert. Gerpott & Schreiber (1996) sehen dies auch in ihrer kritischen Auseinandersetzung mit den Erfahrungen der Gesundheitszirkelimplementierung bestätigt. Die Kommunikation des Zirkelvorhabens betrachten die Autoren als elementar für sein Gelingen. Das Angebot zur Mitarbeit in einem Zirkel kann zunächst Unsicherheit auslösen, die nicht zuletzt damit verbunden ist, dass man es hier mit offenen Lösungen und neuen Konzepten zu tun hat (Friczewski & Görres, 1994). Eine fehlende Systematisierung der Projektinitiative durch mangelnde Information und Kommunikation bereits am Anfang der Projekte führt dazu, die Unsicherheiten eher zu vergrößern anstatt ihnen sinnvoll zu begegnen. Häufig werden Projektinitiativen nur einmalig, beispielsweise über das Schwarze Brett oder in einer Abteilungsbesprechung angekündigt. Harms (1997) kritisiert ein solches Vorgehen, da es wenig Überzeugungskraft besitzt. Sie empfiehlt vielmehr im Rahmen von Informationsveranstaltungen eine deutliche Auseinandersetzung aller Beteiligten anzuregen, in der auch der Zirkelgedanke beispielhaft erläutert werden könnte. Gerade diese Form der Auseinandersetzung und damit auch die Voraussetzung dessen, was durch einen Zirkel bewirkt werden könnte, kann die Entscheidung für eine aktive Mitarbeit positiv beeinflussen.

Wenn nur wenig Beteiligungserfahrung vorliegt, sollte die Vorbereitung auf die Zirkelarbeit durch ergänzende Qualifizierungsmaßnahmen intensiviert werden (Bähr, 1994; Gerpott & Schreiber, 1997). So zeigte sich in Zirkeln, die zur Bearbeitung von psychosozialen Themen eingerichtet wurden, dass erhebliche Probleme bestehen, diese auch verbalisieren zu können. VW Wolfsburg hat mit dem Gesundheitszirkel nach dem Berliner Modell die Erfahrung gemacht, dass die theoretischen Grundlagen der Stressorientierung außerordentlich abstrakt und für die betrieblichen Praktiker nur schwer zu verstehen sind (Brandenburg, 1994). Für viele Betroffene dürfte es kaum nachvollziehbar sein, inwieweit ein Gesundheitszirkel zur Stressreduzierung beitragen kann. So stellt Friczewski (1994a) fest, dass erst im Laufe der Zirkelarbeit den Beteiligten Absichten und Ziele der Gesundheitszirkel verständlicher wurden.

Schröder & Sochert (1994) stellen in ihrer Analyse zu den beteiligungsorientierten Gesundheitsmaßnahmen fest, dass vorhandene Kommunikationsstörungen zwischen Beschäftigten, Vorgesetzten und Experten Lösungen für einen angemessenen Umgang mit gesundheitlichen Problemen am Arbeitsplatz verhindern können. Die Autoren sehen gerade in einer Dialogbereitschaft aller Akteure eine wesentliche Voraussetzung zum Gelingen der Zirkelarbeit. Werden allerdings unüberwindbare Konflikte antizipiert, die sich im Rahmen der Zirkelarbeit abzeichnen, führen diese bei den Beschäftigten eher dazu, sich einer Mitarbeit zu verschließen, anstatt sich einem Zirkel anzuvertrauen. Viele Beschäftigte werden sich vermutlich ohnehin individuelle Strategien überlegt haben, wie sie mit ihrer Krankheit/Gesundheit umgehen können, ohne diese mit jemandem aushandeln zu müssen. Friczewski (1994a) spricht hierbei von einer „Sprachlosigkeit“ aller Beteiligten, die aufgrund von „kommunikationsfeindlichen“ Organisationsstrukturen entstanden ist. Eine fehlende oder schlechte Kommunikationsstruktur könnte auch den individuellen Umgang mit Konflikten erschweren, der aber gerade Voraussetzung für den Beteiligungsprozess ist (vgl. Kap. 3.3.1).

3.2.2.2 Unterstützung durch das Management

Die Einführung eines Gesundheitsprojekts sowie die Durchführung von Gesundheitszirkeln wird meist von den betrieblichen Sozialpartnern ausgehandelt und im Top-Management entschieden. Nicht immer wird diese Initiative allerdings vom gesamten Management getragen. Projekterfahrungen zeigen, dass mittlere Führungskräfte zum Teil schon im Vorfeld verhindern, dass in ihrer Abteilung ein Zirkel zustande kommt. Denkbar wäre demzufolge, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von einer aktiven Beteiligung absehen, wenn ihr direkter Vorgesetzter sich vom Gesundheitszirkel distanziert oder ihn gar „boykottiert“. Folge solcher Einstellungen können Angst vor Repressionen oder Sanktionen sein, die die Entscheidung eher gegen eine aktive Beteiligung ausfallen lassen.

Die Ursachen für die ablehnende Haltung des mittleren Managements wurden bereits angedeutet. Hier werden vor allem die mangelnde Einbeziehung und fehlende Information der Führungskräfte durch das Top-Management genannt. Die dadurch entstehende Unwissenheit und Skepsis wird vermutlich an die Mitarbeiter/innen weitergegeben (Friczewski u.a., 1994). Weiter wird ausgeführt, dass Manager mit einem autoritären Führungsstil oder solche, die Angst haben, eigene Fehler könnten durch die Zirkelarbeit aufgedeckt werden, eher eine ablehnende Haltung zeigen. Gerade von Seiten der Führungskräfte, nicht zuletzt aus der Rolle ihrer Vorbildfunktion heraus, wird eine Dialog- und Kooperationsbereitschaft notwendig sein, um die Zirkel in den Abteilungen implementieren zu können. Die Auseinandersetzung und Offenheit der direkten Vorgesetzten könnte demzufolge aus der Sicht der Beschäftigten eine wichtige Voraussetzung für deren Entscheidung zur aktiven Mitarbeit sein. Gerade die Sensibilität des Themas macht eine aktive Unterstützung der Führungskräfte erforderlich, um nicht zuletzt Ängsten und Sanktionsbefürchtungen der Beschäftigten entgegenzuwirken.

3.2.2.3 Glaubwürdigkeit der Projektinitiative

Initiativen für eine betriebliche Gesundheitsförderung können auf Belegschaften treffen, die es nicht gewohnt sind, dass nach ihrer Meinung oder ihrem Wohlergehen gefragt wird. Mangelnde Erfahrung mit partizipativen Arbeitsformen und die dafür fehlenden sozialen Kompetenzen dürften bei vielen Beschäftigten eine Hemmschwelle aufgebaut haben. Gerade ältere Mitarbeiter/innen haben möglicherweise

über Jahre die Erfahrung gemacht, dass ihre Meinung nicht nachgefragt wird und könnten auf die plötzliche Aufforderung, sie frei in einem Gesundheitszirkel zu äußern, irritiert reagieren (vgl. Slesina, 1990; von Ferber & von Ferber, 1991). Auch Mitarbeiter/innen, die bereits gescheiterte Versuche von Einflussnahme hinter sich haben, können der Zirkelarbeit kritisch gegenüber stehen. Mangelnde Zuversicht, Kritik äußern zu dürfen, bestimmen die Risiken und Bedenken gegenüber Gesundheitszirkeln (z.B. Peine, 1994). Vor diesem Hintergrund können sich gesundheitsförderliche Projekte nur schwer das Vertrauen der Beschäftigten sichern, da sie zunächst unglaublich erscheinen bzw. nicht in ihrer Wirksamkeit überzeugen.

Einen Einfluss auf die Glaubwürdigkeit der Gesundheitszirkelarbeit dürfte insbesondere der Umgang mit dem sensiblen Thema Gesundheit/Krankheit am Arbeitsplatz haben. Zum Teil steht in der betrieblichen Auseinandersetzung zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmervertretungen auch die Gesundheit der Beschäftigten in der politischen Kontroverse. Bähr (1994) betont zwar, dass gesundheitspolitische Auseinandersetzungen Bestandteil der betrieblichen Gesundheitsförderung sein sollen; werden sie allerdings zum Gegenstand von Konflikten zwischen Arbeitgeber- und Arbeitnehmerinteressen, wirkt sich dies eher negativ auf die Akzeptanz der Beschäftigten aus. Das heißt, dort wo eine kooperative Auseinandersetzung mit dem Gesundheitsthema nicht gelingt, bleiben Gesundheitszirkel für die Beschäftigten vermutlich unattraktiv.

Als besonders kritisch betrachten Marstedt & Mergner (1995) solche Gesundheitszirkel, die nur auf eine kurzfristige Krankenstandssenkung zielen, da sie zu einem personalpolitischen Instrument ohne Aussicht auf eine reale Einflussnahme der Beschäftigten verkümmern würden. Gesundheitszirkel bekämen damit den Charakter einer symbolischen Beteiligung. Die Autoren gehen weiter davon aus, dass eine solche Haltung das Engagement der Beschäftigten erheblich schmälert und diese sich kaum mit ihrem Erfahrungswissen einbringen. Demzufolge stellt ein vertrauensvolles Klima im Umgang mit der Beschäftigtengesundheit eine wichtige Voraussetzung für die Glaubwürdigkeit jeder Initiative. Je deutlicher eine Gesundheitsförderungsinitiative in die Gesamtstrategie eines Unternehmens eingebettet ist, desto glaubwürdiger dürfte ihre Umsetzung sein.

Die Glaubwürdigkeit der Projektinitiative wird wohl im Wesentlichen dadurch erzeugt, dass sich die Entscheidungsträger und –gremien selbst mit der notwendigen Offenheit auf ein solches Vorhaben einlassen. Dazu zählt von Seiten der Unternehmen die Veränderungsbereitschaft und ein fester Wille zur Umsetzung der Verbesserungsvorschläge aus der Zirkelarbeit. Gesundheitszirkel, die als kurzfristige Intervention ohne sichtbare Ausrichtung auf eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen eingesetzt sind, werden vermutlich nicht auf Zustimmung der Beschäftigten treffen. Wird ein für die Belegschaften erkennbarer Nutzen von der Projektleitung nicht glaubwürdig aufgezeigt, verbleiben Mitarbeiter/innen eher bei ihrer skeptischen Haltung (Bähr, 1994). Eine frühzeitige und transparente Ankündigung der Zirkelarbeit kann nicht zuletzt durch den dadurch entstandenen Öffentlichkeitsdruck die Glaubwürdigkeit des Vorhabens erhöhen.

3.3 Partizipation aus individueller Perspektive

Wie bereits erwähnt, lassen sich aus der bisherigen Forschung nur wenige Untersuchungen finden, die über individuelle Voraussetzungen von Partizipation

aussagekräftige Befunde liefern können. In diesem Kapitel werden vorliegende Annahmen und Schlussfolgerungen zu den personalen Einflussfaktoren von Partizipation diskutiert, die zum einen den individuellen Anteil am interaktiven Partizipationsprozess ausmachen, zum anderen aber auch interindividuelle Differenzen zu erklären vermögen. Zunächst werden dazu vorhandene theoretische Ansätze und Überlegungen systematisiert, die partizipatives Handeln zu erklären versuchen (Kap. 3.3.1). Des Weiteren werden Untersuchungsergebnisse zu den Wirkungen von Partizipation vor dem Hintergrund motivationaler Auswirkungen auf weitere Beteiligungsaktivitäten diskutiert (Kap. 3.3.2).

Da Partizipation oft im Rahmen betrieblicher Veränderungsprozesse zum Einsatz kommt, sollen zum Schluss dieses Kapitels Überlegungen berücksichtigt werden, die das Phänomen betrachten, dass Beschäftigte Beteiligungsangebote im Rahmen von betrieblichen Veränderungsprozessen eher mit einer skeptischen und ablehnenden Haltung begegnen (Kap. 3.3.3).

3.3.1 Ansätze zur Erklärung partizipativer Handlungen

Eine Reihe von Untersuchungen zur Partizipation versuchen zu erklären, warum Partizipation einen positiven Effekt auf die Beteiligten hat, etwa durch höhere Arbeitszufriedenheit oder eine erhöhte Arbeitsmotivation. Effekte auf die Arbeit werden beispielsweise in einer höheren Leistung oder mehr Qualität gesehen (z.B. Antoni, 1990). Die Erklärungsmodelle zu den Wirkungsanalysen von Partizipation werden unter anderem zur gesellschaftspolitischen Begründung für eine zunehmende Selbstbestimmung am Arbeitsplatz herangezogen, in der vorausgesetzt wird, dass Partizipation per se positiv ist. Häufig wird daraus abgeleitet, dass Partizipation am Arbeitsplatz von jedem gewollt und erwünscht wird. Allerdings haben sich bislang nur wenige mit der Frage beschäftigt, was eigentlich die individuellen Voraussetzungen von Partizipation sind (Wilpert, 1998).

Im Rahmen von Wirkungsanalysen werden häufig die Rahmenbedingungen, unter denen partizipativen Prozesse zustande gekommen sind, mit reflektiert. Oft werden die Voraussetzungen und Rahmenbedingungen von Partizipation erst dann reflektiert, wenn nicht die erwarteten Ergebnisse folgen. Die hier diskutierten Erkenntnisse zu den Voraussetzungen von Partizipation entstanden eben meist aus solchen wissenschaftlichen Begleituntersuchungen zu den Auswirkungen der Einführung von partizipativen Kleingruppen oder Gruppenarbeit. Aufgrund fehlender fundierter Untersuchungen zu den individuellen Voraussetzungen von Partizipation bezieht sich der heutige Kenntnisstand u.a. auf Plausibilitätsannahmen und Vermutungsbehauptungen.

Viele Untersuchungen zur Partizipation fanden zudem im Rahmen von Veränderungsprozessen statt, in denen Partizipation als Mittel zur Erreichung anderer Ziele, z.B. der Qualitätssicherung oder der Arbeitssicherheit, eingesetzt wurde. Da es sich bei der vorliegenden Studie ebenfalls um einen Einführungsprozess einer partizipativen Kleingruppe handelt, sind die bisherigen Erkenntnisse durchaus übertragbar. Allerdings dürften die jeweiligen thematischen Veränderungsprozesse (Qualität, Gesundheit oder Innovation) ebenfalls einen Einfluss auf das Partizipationsverhalten der Beschäftigten haben, die in der vorliegenden Arbeit jedoch nicht näher beschrieben werden kann.

Vor diesem Hintergrund soll versucht werden, den Stand der theoretischen Diskussion zur Erklärung individueller Voraussetzungen von Partizipation wiederzugeben. Nach der Sichtung der Literatur sind die vorliegenden

Erklärungsansätze in vier Teilaspekte untergliedert worden, die die individuellen Voraussetzungen von Partizipation auf unterschiedliche Weise zu erklären versuchen. So gibt es einen Ansatz, der Partizipation als natürliche Folge eines menschlichen Selbstbestimmungsbedürfnisses sieht. Eine weitere theoretische Auffassung verweist darauf, dass erst die erforderlichen Fähigkeiten zur Ausübung partizipativer Handlungen ein solches Selbstbestimmungsbedürfnis realisieren können. Eine weitere Sichtweise fokussiert sich eher auf die Erfahrungen mit der Ausübung bestimmter Fähigkeiten, die als Voraussetzung für Partizipation notwendig sind. Hier wird Partizipation als Lern- und Entwicklungsprozess betrachtet. Während diese Erklärungsversuche vorrangig auf normative Einflussfaktoren eingehen, wird im letzten Erklärungsansatz Partizipation aus der Sicht interindividueller Unterschiede erläutert. Hier stehen persönliche Merkmale als Bestimmungsgröße für Partizipation im Vordergrund.

Auf motivations- und kontrolltheoretische Überlegungen zur Erklärung partizipativer Handlungen wird in Kapitel 4.1.2 gesondert eingegangen.

3.3.1.1 Partizipation beruht auf ein menschliches Grundbedürfnis

Partizipation könnte für die Erfüllung eines fundamentalen Bedürfnisses, welches die Entwicklung der Persönlichkeit fördert, stehen (Wilpert, 1993; 1998). Angenommen wird ein anthropologisches Postulat, welches zugleich als gesellschaftspolitisches Argument für die Notwendigkeit von Einflussmöglichkeiten am Arbeitsplatz herangezogen wird. Dem partizipativen Handeln wird *„eine allgemeine motivationale Disposition zu selbstbestimmten (selbst gewählten) und kompetenten (wirksamen) Handeln“* (Wilpert, 1993, S. 361) als Ursache zugrunde gelegt. Das Bedürfnis nach selbstbestimmtem Handeln oder Kontrolle über die eigenen Handlungen kann den Wunsch nach Information über die eigene Arbeitsumgebung sowie das Verlangen nach Einflussnahme auf die Arbeitsgestaltung erklären. Gestützt wird diese Annahme von White (1959), demzufolge Menschen ein allgemeines Bedürfnis nach kompetenter, also wirksamer, Umweltauseinandersetzung haben, das mit einem positiv besetzten Gefühl begleitet ist. Damit korrespondieren auch die Vorstellungen von Deci (1975; 1981), dass der Mensch nach kompetenter, selbstbestimmter Auseinandersetzung mit der Umwelt strebt. Maslow (1954) postuliert ein Motiv nach Selbstverwirklichung, das auf ein persönliches Wachstum in Richtung aktiver, unabhängiger, selbstkontrollierender Auseinandersetzung mit der Umwelt drängt und damit zur Voraussetzung für jede intrinsische Motivation wird (Deci & Ryan, 1985). Mitwirkung bei der Gestaltung der eigenen Lebens- und Arbeitswelt ist der Mechanismus, um diesen grundlegenden Entwicklungsprozess umzusetzen.

Das Selbstbestimmungsmotiv begründet sich auf den sogenannten „locus of causality“ (Heider, 1958), demzufolge der Mensch sich selbst als Ausgangspunkt kausaler Wirkungen erfahren will. In Abgrenzung zum „locus of control“ (Rotter, 1966), in dem es darum geht, ob ein Ergebnis als Folge des eigenen Handelns wahrgenommen wird, geht es beim „locus of causality“ um das Erleben des Ursprungs einer Handlung. Auch neuere Auffassungen, die auf der Handlungsregulationstheorie basieren, wie etwa die von Oesterreich (1981) zum Kontrollstreben, gehen in diese Richtung. Der Autor geht davon aus, dass dem menschlichen Handeln ein Bedürfnis zugrunde liegt, für den Erhalt und Ausweitung der Kontrolle und Kontrollkompetenz zu sorgen. Es wird *„um des zukünftigen Handelns willen gehandelt“*, um so günstigere Voraussetzungen für weiteres Handeln zu schaffen. Das Kontrollstreben ist *„kein Bedürfnis (...), das erschöpft werden kann, also durch Sättigung (höchstens z.B. durch Müdigkeit) zum Stillstand kommt“* (Oesterreich, 1981, S. 224). Das

Ausmaß des Kontrollstrebens ist nach Ansicht des Autors abhängig von den vergangenen, aktuellen aber auch zukünftigen Handlungsmöglichkeiten.

Aus motivationstheoretischer Sicht ist allerdings davon auszugehen, dass das Vorhandensein eines Bedürfnisses allein nicht ausreichen wird, um Verhalten erklären zu können. Motive sind als latente Verhaltensbereitschaften definiert, die interindividuellen Ausprägungen unterliegen. Sie zeigen erst dann Wirkung, wenn sie von den vorliegenden Anreizen in der Umwelt bzw. den Motivierungspotenzialen angeregt werden. Motive lassen sich zudem schwer operationalisieren und enden nicht selten in Tautologien: ein Mensch arbeitet gerne autonom, weil er ein Selbstbestimmungsmotiv hat (Nerdinger, 1995). Ebenso können für die Erklärung von Partizipation das Neugiermotiv, das Machtmotiv oder auch das Leistungsmotiv zugrunde gelegt werden. Letzteres wird mitunter so operationalisiert, dass es einem Selbstbestimmungsmotiv inhaltlich sehr nahe kommt: *„Wünschen Sie sich die Möglichkeit, bei der Bearbeitung von Aufgaben selbständig und unabhängig zu denken und zu handeln?“* (Kleinbeck, 1996, S. 32). Demzufolge kann zwar davon ausgegangen werden, dass ein menschliches Potenzial zur Selbstbestimmung und damit zur Partizipation vorhanden ist, erklärt aber nicht, warum sich tatsächlich jemand beteiligt. Offensichtlich kommt der Wunsch nach partizipativem Handeln nur dann zur Wirkung, wenn eine Reihe weiterer Faktoren erfüllt sein müssen.

3.3.1.2 Partizipation ist Ausdruck individueller Handlungsfähigkeit

Als eine wesentliche Voraussetzung zur Umsetzung des Bedürfnisses nach Selbstbestimmung werden die dafür notwendigen Kompetenzen gesehen, die ebenfalls zur Erklärung partizipativer Handlungen herangezogen werden (Baitsch, 1989). Demzufolge können sich nur entsprechend kompetente und qualifizierte Personen an Mitwirkungsprozessen wirkungsvoll beteiligen. Wilpert (1998) führt dazu weiter aus, dass Kompetenz nicht nur eine Voraussetzung, sondern auch Folge effektiver Partizipation ist (vgl. Kap. 3.3.1.3). Gleichzeitig scheint es schwierig, die Kompetenzen genauer zu definieren und empirisch zu überprüfen, die für partizipative Handlungen erforderlich sein sollen.

Locke und Schweiger (1979) gehen beispielsweise davon aus, dass vor allem diejenigen zur Partizipation zu mobilisieren sind, die eine hohe Problemlösekompetenz vorweisen können. Darüber hinaus werden generell hohe Qualifikationen in fachlichen, sozialen und methodischen Kompetenzen sowie in der „eigenständigen Gestaltungskompetenz“ als günstig für Beteiligungshandeln angesehen (Zink & Ritter, 1989b). Gerade der letztgenannte Aspekt wird auch von anderen Autoren vor dem Hintergrund der betriebspolitischen Vorgänge häufiger betont. Bei der Beteiligung an betrieblichen Meinungsbildungs- und Entscheidungsprozessen wird es erforderlich sein, Probleme zu identifizieren, Ziele zu setzen, Interessen zu artikulieren und Verhandlungen führen zu können (z.B. Fricke, 1975). Um diese Kompetenzen umsetzen zu können, kommt es nach Kißler (1980) gerade auf die kommunikativen Fähigkeiten einer Person an. Der Autor weist aber auch darauf hin, dass die Arbeitsumgebung für die Kommunikation und die Informationsaufnahme verantwortlich sein könnte, damit sich Kompetenzen zum Beteiligungshandeln ausprägen können. An Arbeitsplätzen beispielsweise, die durch Isolation, Lärm oder taktgebundene Tätigkeiten geprägt sind, wie sie vor allem in der Produktion vorkommen, ist es schwierig, die geforderten kommunikativen Kompetenzen auszubilden.

Es wird des Weiteren davon ausgegangen, dass es wichtig ist, Unannehmlichkeiten in Kauf nehmen zu können, z.B. beim Umgang mit Widersprüchen. Wilpert (1998) betont, dass es darauf ankommt, ein Gleichgewicht herzustellen, in dem man auf der einen Seite versucht, mit Unsicherheiten und Konflikten umzugehen und auf der anderen Seite Vertrauen in die Partner bzw. in die Situationen entwickeln. Er geht davon aus, dass diejenigen umso effektiver in partizipativen Handlungen sein werden, die solche Fähigkeiten vorweisen können. So sieht er die Zunahme an Konflikten nicht als eine negative Wirkung von Partizipation, sondern als eine wichtige und notwendige Begleiterscheinung. Der positive Zusammenhang zwischen der Anzahl an Konflikten und dem Grad an Partizipation wurde in empirischen Untersuchungen bestätigt (z.B. Kirsch, Esser & Gabele 1979; IDE, 1981). Sicherlich ist die bloße Anzahl an Konflikten noch kein Beleg für effektive Problemlösungen, jedoch wird eine verstärkte Berücksichtigung von Interessen und Bedürfnissen vieler, nicht ohne konfliktreiche Aushandlungsprozesse vonstatten gehen können.

Vermutlich werden es nicht einzelne Kompetenzen sein, die zur Ausübung partizipativer Handlungen vorausgesetzt werden können. So dass es eher die Kombination von Fähigkeiten ist, die eine günstige Voraussetzung zur Mitwirkung darstellt (Wilpert, 1998). Welche Kompetenzen günstig auf die Partizipation wirken können, könnte situativ unterschiedlich sein. Heller (1991) geht davon aus, dass die besten Voraussetzungen dann gegeben sind, wenn sich die spezifischen strukturellen Anforderungen durch die Beteiligungssituation mit den individuellen Fähigkeiten decken. Umgekehrt kann Partizipation nicht zustande kommen, wenn dadurch eine Überforderung der handelnden Person entsteht. Es wird vermutet, dass partizipative Handlungen nicht vollzogen werden können, wenn es dadurch zu Belastungserleben kommt (z.B. Lohrum, 1996).

Der handlungstheoretischen Sichtweise folgend, werden eher diejenigen ein höheres Handlungspotenzial vorweisen können (und damit geneigt sein, neue Handlungsbereiche zu erschließen), die „vollständige Tätigkeiten“ ausüben, d.h. Arbeitstätigkeiten mit genügend Regulationserfordernissen und –chancen (Volpert, 1987). Es sind demzufolge in der Tätigkeit liegende Potenziale, die bestimmen, ob und in welcher Form eine Person Kompetenzen für Partizipation ausbilden kann. Je höher die Handlungs- und Entscheidungsspielräume einer Arbeitsaufgabe sind, desto komplexer ist die erforderliche Handlungsregulation, desto mehr Fähigkeiten und Fertigkeiten können bei der Erledigung der Arbeitsaufgabe zum Einsatz gebracht werden. Ducki (1994) konnte zeigen, dass Arbeitsplätze, an denen die Menschen gefordert werden, die Entwicklung von persönlicher Handlungsfähigkeit positiv beeinflussen. Personen mit komplexen Aufgaben sahen sich eher in der Lage, langfristige Ziele zu setzen und sich neuen Herausforderungen zu stellen als diejenigen, die eher monotone Arbeit verrichten. Die Handlungsregulationstheorie weist auch auf den umgekehrten Fall hin, in dem starke Restriktionen in den Handlungsmöglichkeiten menschliche Handlungsfähigkeiten verkümmern lassen. Baitsch (1985) nimmt an, dass sich Menschen innerhalb ihrer Arbeitsaufgabe Kompetenzen aneignen, die Voraussetzung für Partizipationshandlungen sein können.

Die These, dass diejenigen mit großem Entscheidungs- bzw. Handlungsspielraum eher die erforderlichen Kompetenzen ausgebildet haben als diejenigen mit niedrigem Spielraum, könnte durch folgende Befunde gestützt werden: Fricke u.a. (1981) stellten in ihrem Forschungsprojekt fest, dass diejenigen mit dem größten Handlungsspielraum sich eher als ihre Kolleg/innen mit restriktiven Aufgaben an dem Verbesserungsprozess der Arbeitsbedingungen beteiligten. In der IDE Studie wurden

unterschiedliche Hierarchiegruppen in Bezug auf ihre Beteiligungsaktivitäten miteinander verglichen und es zeigte sich, dass das Management die stärkste Beteiligung und höchsten Partizipationswünsche hatte (Wilpert & Rayley, 1983). Die Autoren sprechen von einem „Hierarchieeffekt“, demzufolge diejenigen, die in der Hierarchie eher oben sind, auch den größten Einflussbereich haben und eher in der Lage sind, ihn weiter auszubauen. Kißler, Graf & Wiechmann (2000) stellten bei einer Längsschnittbetrachtung im Öffentlichen Dienst fest, dass im fortgeschrittenem Stadium eines Beteiligungsprozesses nur noch Führungskräfte in den entscheidenden Projektgruppen beteiligt waren, Beschäftigte unterer Hierarchieebenen wurden hingegen nur kurzfristig einbezogen. Demzufolge scheinen eher die *Beteiligungsmöglichkeiten* als die *Beteiligungsfähigkeiten* eine Partizipation zu begünstigen.

Es konnten Hinweise aufgezeigt werden, die dafür sprechen, dass persönliche Kompetenzen eine Voraussetzung für partizipative Handlungen sind. Welche Art von Kompetenzen dazu führen, dass sich Beschäftigte an Partizipationsmöglichkeiten beteiligen, konnte jedoch nicht eindeutig geklärt werden. Ob allein das Vorhandensein kommunikativer und konfliktlösender Kompetenzen ausreicht, um beispielsweise an partizipativen Kleingruppen mitzuarbeiten, muss offen bleiben. Vermutungen scheinen angebracht, dass der Zugang zu Partizipationsmöglichkeiten ebenfalls eine Voraussetzung sein könnte, was als *Hierarchieeffekt* beschrieben wurde.

3.3.1.3 Partizipation entsteht durch einen Lern- und Entwicklungsprozess

Ausgehend von der Annahme, dass Lernprozesse am konkreten Verhalten festzumachen sind, unterstützt Kißler (1980) die These, dass sich partizipatorische Handlungskompetenz vor allem durch Erfahrungslernen ausbildet. Seiner Auffassung nach findet erst durch eine funktionale Aneignung von Partizipationskompetenz, wie sie im betrieblichem Alltag möglich ist, Partizipationslernen statt. Demzufolge kann Partizipation nur durch das Ausüben partizipativer Handlungen gelernt werden. Nicht vorhandene Partizipationsmöglichkeiten lassen demzufolge auch die dafür notwendigen Kompetenzen verkümmern. Umgekehrt konnte auch gezeigt werden, dass die Handlungsfähigkeit durch die Schaffung von Handlungsspielraum, bei entsprechendem Qualifikationsaufbau, wieder gefördert werden kann (Ulich & Baitsch, 1987).

In der IDE-Studie konnte gezeigt werden, dass Personen mit stärkerer tatsächlicher Beteiligung einen ausgeprägteren Wunsch nach weiterer Beteiligung und zudem eine positivere Einschätzung über die Folgen der direkten Beteiligung haben (IDE, 1981; Wilpert & Rayley, 1983). Schultz (1992) konnte dies in seiner Untersuchung zu Qualitätszirkeln bestätigen und begründet diesen Effekt mit einem Lernprozess, in dem Beteiligungserfahrungen zu weiterer Beteiligung motivieren. So schlussfolgert er, dass Beschäftigte, die erst einmal mit dem Aufbau und der Funktionsweise ihrer Organisation und den Durchsetzungsmöglichkeiten von Verbesserungen ihres Arbeitsumfeldes vertraut sind, zunehmend eigene Ideen und Strategien zur Weiterentwicklung ihrer direkten Einflussnahme entwickeln.

Wehner & Rauch (1994) gehen davon aus, dass ein erhöhtes Maß an Partizipation progressive Arbeitszufriedenheit (Bruggemann, 1974) auslöst, welche den Wunsch

nach noch mehr Mitsprache mit sich bringt. Progressive Arbeitszufriedenheit⁶ entsteht durch einen positiven Soll-Ist-Vergleich, der zu einem steigenden Anspruchsniveau führt. Die gestiegenen Ansprüche wiederum führen zu einer Zielerweiterung, die nach weiterer Erfüllung persönlicher Bedürfnisse und Interessen streben lässt. Dies würde auch den widersprüchlich erscheinenden Befund von Antoni (1990) erklären, der bei einer Gruppe von Zirkelmitgliedern eine tendenziell negative Korrelation zwischen den wahrgenommenen Einflussmöglichkeiten im Qualitätszirkel und der Arbeitszufriedenheit hervorgebracht hat.

Antoni (1990) zieht aus seiner Analyse verschiedener Fallstudien den Schluss, dass in einem betrieblichen Umfeld, in dem bereits gewisse Mitsprachemöglichkeiten wahrgenommen werden, die Wahrscheinlichkeit für positive Effekte am größten ist. Der Autor vermutet, dass Qualitätszirkel dort für die Beschäftigten einerseits erfolgversprechend erscheinen und andererseits noch einen zusätzlichen Nutzen darstellen. Diese Annahme deckt sich mit der Vermutung von Wilpert & Rayley (1963), die davon ausgehen, dass erst die Beteiligungsmöglichkeit den Willen zur Partizipation schafft. Allerdings gibt Antoni zu bedenken, dass wenn aus Sicht der Mitarbeiter/innen bereits umfassende Mitsprachemöglichkeiten bestehen, der zusätzliche Nutzen einer Zirkelbeteiligung eher gering sein dürfte, so dass die Beteiligungsbereitschaft entsprechend geringer ausfallen könnte.

Das Phänomen des ansteigenden Beteiligungswunsches versuchen Wilpert & Rayley (1983) auch mit der Macht-Abstands-Theorie von Mulder (1977) zu erklären, die allerdings kaum empirische Evidenz aufweist. Ausgehend von der Annahme, dass für jeden Menschen Machtausübung mit Lustgewinn verbunden ist, vermutet Mulder, dass Menschen immer dazu neigen die Machtdistanz zwischen sich selbst und den Nächsthöheren zu verringern. Umgekehrt versuchen die Nächsthöheren den Machtabstand zu dem weniger Mächtigen aufrechtzuerhalten. Plausibler erscheint hingegen die Annahme, dass erst durch die Erfahrung mit Einflussnahme das Erleben der Selbstwirksamkeit ansteigen lässt und das Gefühl, kompetent handeln zu können, zunimmt. Insgesamt spricht einiges dafür, dass der Ausbau an Handlungsfähigkeit durch Partizipationserfahrungen erweiterte Partizipationswünsche erzeugt. Wilpert & Rayley (1983) nennen diesen Prozess die Partizipations-Anspruchs-Spirale und machen eine höhere Kompetenzeinschätzung bzw. ein steigendes Selbstwertgefühl für diese Dynamik verantwortlich. Die Autoren vermuten, dass es sich bei diesem Prozess um einen Selbstläufer handelt: *„So gesehen, birgt die Partizipationserfahrung als Methode des Lernens und der Kompetenzaaneignung in sich selbst die Hoffnung auf weitere Ausweitung der Partizipation.“* (1983, S. 109). Der Partizipation wird ein pädagogischer Charakter zugeschrieben, indem die erfolgreiche Auseinandersetzung mit sozialen Handlungsfeldern bei der Beteiligung durch das Entwickeln persönlicher Handlungskompetenzen gelernt wird. Ducki (1998) sieht in der Partizipation ebenfalls eine Möglichkeit, die Entwicklung der Handlungsfähigkeit positiv zu beeinflussen.

Die hier diskutierten Annahmen und Befunde lassen den Schluss zu, dass Partizipation gelernt werden kann. Erfahrungen mit Partizipation scheinen den Wunsch und die Ausübung, weiterer partizipativer Handlungen zu begünstigen. Dies

⁶ Nach einer früheren Bezeichnung von Bruggemann wurde dieses Phänomen progressive Arbeits(un)zufriedenheit genannt. Dieser Begriff passt etwas besser, da hier der Wunsch nach Veränderungen deutlicher wird.

kann erklärt werden durch einen Zuwachs an Kompetenz- und Kontrollerwartungen. Vermutlich lassen sich auch die bislang Partizipationsunerfahrenen, durch entsprechende Qualifikation auf die Beteiligung an betriebliche Entscheidungsprozesse vorbereiten. Wenn allerdings davon ausgegangen werden kann, dass erfolgreiche Partizipation eine höhere zukünftige Erfolgserwartung erzeugt und dadurch der Anspruch an Beteiligung steigt (Antoni, 1990; Schultz, 1992), stellt sich die Frage, was passiert, wenn Partizipation als Misserfolg erlebt wird. Fraglich wäre dann, ob eine missglückte Partizipationserfahrung, die unter Umständen mit einer Einschränkung der Selbstwirksamkeitserwartung und negativen Kontrollerwartungen einhergeht, ebenfalls den Partizipationswunsch anheben würde oder ihn vielmehr verringern lässt. Auf diesen Aspekt wird noch im Kapitel 3.3.2 eingegangen werden.

3.3.1.4 Partizipation im Zusammenhang mit persönlichen Eigenschaften

Bei der Frage nach den interindividuellen Unterschieden partizipativer Handlungen rücken auch soziodemographische Merkmale der Person in den Mittelpunkt der Betrachtung. Im Folgenden wird erneut aus der bereits erwähnten IDE-Studie berichtet, in der einige dieser Merkmale erhoben und deren Zusammenhänge zur Partizipation überprüft worden sind. So wurden Alter, Geschlecht, Schulbildung, Betriebsratszugehörigkeit und Gewerkschaftsmitgliedschaft als Prädiktoren für den Umfang von Beteiligungsaktivitäten und dem Wunsch nach Beteiligung bei Arbeitnehmer/innen der unteren Hierarchieebenen erhoben.

Es hat sich bereits mehrfach gezeigt, dass Frauen quantitativ weniger stark in Beteiligungsgruppen bzw. -prozessen vertreten oder zurückhaltender bei der direkten Vertretung ihrer Interessen sind (z.B. Fricke u.a 1981; Wilpert & Rayley, 1983; Greifenstein u.a., 1993). Auch im Öffentlichen Dienst, wo Frauen oft die Mehrheit der Beschäftigten bilden, fanden Kißler u.a. (2000) „frauenfreie“ Beteiligungsgruppen vor. Sie vermuten, dass die Gründe für eine Nichtbeteiligung bei Männern und Frauen unterschiedliche sind. So haben Frauen im Öffentlichen Dienst beispielsweise einen sehr viel größeren Anteil an Teilzeitbeschäftigung und allein dadurch einen schlechteren Zugang zu Informationen, als die Vollzeitbeschäftigten. Letztendlich, so die Autoren, ist es aber nicht auszuschließen, dass die in der Arbeitsorganisation strukturelle Benachteiligung von Frauen sich auch im Beteiligungsprozess fortsetzt. Zu klären wäre, ob die geringe Beteiligung von Frauen aufgrund größerer Widerstände im Betrieb verursacht wird oder ob die marginalen Beteiligungswünsche vor dem Hintergrund geringerer Chancen zu erklären sind.

Höhere Schulbildung hat ebenfalls einen Einfluss auf den Beteiligungswunsch, was bereits in früheren Untersuchungen bestätigt wurde (z.B. Mohr, 1977). Ein interessantes Ergebnis dazu brachte bereits die IDE Studie (1976) hervor; während die Schulbildung keinen Einfluss auf die tatsächliche Beteiligung hatte, war der Wunsch nach Beteiligung bei Personen mit höherer Schulbildung stärker ausgeprägt. Dieser Zusammenhang wird damit erklärt, dass diejenigen mit höherer Schulbildung eine stärker ausgeprägte Überzeugung haben, selber Entscheidungen treffen bzw. einen Beitrag dazu leisten wollen (Wilpert & Rayley, 1983). Umgekehrt ist bei Personen mit geringerer Schulbildung der Wunsch nach indirekter Beteiligung, d.h. nach Einflussnahme durch den Betriebsrat, stärker ausgeprägt und geht mit geringerer tatsächlicher Teilnahme an Entscheidungen einher. Die Autoren vermuten, dass es sich um Arbeitnehmer/innen handelt, die sich als weniger kompetent in der individuellen Vertretung ihrer Interessen einschätzen. Aus einer neueren Untersuchung im Rahmen einer partizipativen Verwaltungsreform konnte Osthorst (1999) belegen, dass von dem Beteiligungsprozess vor allem qualifizierte Beschäftigte

profitieren. Dort meldeten sich vor allem qualifizierte Angestellte für eine Multiplikatoren-Ausbildung, um den Prozess der Modernisierung zu unterstützen. Ob hier allerdings das Merkmal Qualifikation oder vielmehr das Vorhandensein entsprechender Kompetenz oder eher Entscheidungsspielräume ausschlaggebend für deren Beteiligungsaktivität sind, konnte nicht überprüft werden.

Wilpert & Rayley (1983) verweisen auf ein interessantes Ergebnis aus der IDE-Studie, welches sie als ein Anzeichen von persönlichen Präferenzen nach direkter bzw. indirekter Beteiligung interpretieren. Unter den Befragten, die weder gewerkschaftlich organisiert waren noch ein Betriebsratsmandat inne hatten, zeigen sich Unterschiede, die sich entweder auf eine individualistische oder auf eine kollektivistische Grundhaltung gegenüber Interessenvertretung zurückführen lassen. Es kristallisierte sich eine Gruppe von Personen heraus, die sich gerne selbst vertreten wollen und dies auch verstärkt tun, und dem Betriebsrat weniger Einflussnahme gewähren. Demgegenüber stehen Personen, die sich eher wenig selbst beteiligen, dafür aber im Vergleich zur ersten Gruppe dem Betriebsrat mehr Entscheidungsbefugnis einräumen. Die letztgenannte Gruppe wäre für eine direkte Beteiligung wohl kaum zu mobilisieren. Die Gruppe derer, die gegenwärtig eine Betriebsrats Tätigkeit ausüben oder früher eine solche ausgeübt haben, zeigt insgesamt eine sehr hohe Beteiligungsaktivität. Das kann damit zusammenhängen, dass diese Personen durch das (ehemalige) Mandat leichteren Zugang zu Entscheidungsprozessen finden oder anhand der Erfahrung bereits Kenntnisse und Kompetenzen vorweisen können. Keinen Einfluss hat die Mitgliedschaft in der Gewerkschaft und nur einen geringfügigen hat das Alter (Jüngere beteiligen sich etwas mehr) auf die tatsächlich ausgeübte Partizipation (IDE, 1976).

Insgesamt muss kritisch angemerkt werden, dass es sich vornehmlich um Korrelationsbeziehungen zwischen Personenmerkmalen und Beteiligungsvariablen handelt, deren Kausalität nicht geklärt ist. So lassen sich nur Vermutungen darüber anstellen, welcher Wirkungszusammenhang hier bestehen könnte. Außerdem lassen soziodemographische Daten ohnehin wenig Aussagen über die Verursachung von Partizipationshandlungen zu. Mengerling (1992) konnte zudem in seiner Untersuchung zur differenziellen Betrachtung politischer Partizipation zeigen, dass sich soziodemographische Daten zum Teil als redundant gegenüber den gemessenen Variablen zur Kontrollüberzeugung oder dem Selbstkonzept herauskristallisieren und Letztere einen weitaus höheren Erklärungswert aufzeigen konnten (vgl. Kap. 4.1.2).

Anhand der vorgestellten Erklärungsansätze sollte deutlich werden, dass Partizipation im Kontext verschiedenartiger Determinanten stehen kann, die zudem nicht eindeutig empirisch überprüft sind. Kritische Überprüfungen der vorgestellten Erklärungsansätze stehen zum Großteil noch aus. Zu vermuten ist eher, dass die diskutierten Annahmen und Zusammenhänge zwar einen Beitrag zur Erklärung von Partizipation leisten können, sie aber nicht hinreichend erklären. Differenzielle Unterschiede dürften im Zusammenhang mit partizipativen Handlungen zwar vermutet werden. Ein nachvollziehbares Erklärungsmodell zu den Voraussetzungen von Partizipation scheint es aus den Ansätzen der Partizipationsforschung jedoch nicht zu geben.

Im nächsten Kapitel soll nun darauf eingegangen werden, wie sich eine erfolgte Partizipation auf Beschäftigte auswirkt und welche motivationale Folgen sich daraus ergeben können. Es sollen sowohl positive wie auch negative Wirkungen berücksichtigt werden.

3.3.2 Wirkung und Folgen von Partizipation auf die Beschäftigten

In diesem Kapitel sollen die wesentlichen Forschungsergebnisse zu den Auswirkungen von Partizipation unter der Berücksichtigung motivationaler Gesichtspunkte diskutiert werden. Wie noch in Kapitel 4.1.1 ausführlicher erläutert wird, bildet die Evaluation einer Handlung gleichzeitig die Grundlage für die Motivation erneuter Handlungen. Demzufolge können vor allem die psychologischen Wirkungen von Partizipation auf das Individuum als motivationale Voraussetzung erneuter Beteiligungshandlungen betrachtet werden. Bei denjenigen, die bereits Partizipationserfahrungen haben, wird die Einschätzung über die wahrgenommenen Auswirkungen einen Effekt auf ihre zukünftige Beteiligungsbereitschaft haben.

Partizipationswirkungen werden im Allgemeinen auf ihre individuellen, sozialen und ökonomischen Auswirkungen hin untersucht. In der vorliegenden Arbeit werden hauptsächlich die individuellen und sozialen Auswirkungen von Partizipation betrachtet, auf wirtschaftliche Kenngrößen wie die Produktivität oder Qualität der Arbeit wird weitgehend verzichtet. Die empirischen Befunde sind dabei nicht immer eindeutig. So berichten beispielsweise Umfragen und Fallstudien über Zirkelarbeit, bei denen vor allem nach subjektiven Einschätzungen und Erfahrungen von betrieblichen Experten (Personalverantwortliche, Projektleiter oder Zirkelmoderatoren) gefragt wurde, fast durchweg positive Effekte der Partizipation. Einschränkend werden häufig Probleme bei der Durchführung der Zirkelarbeit genannt (z.B. Frazer & Dale, 1984; Heeg, 1985; Zink, Ackermann & Ritter, 1986; Antoni, 1990). Neben solchen, zumeist erfahrungsgeleiteten Aussagen, kommen quasi-experimentelle Pre-Post-Studien hingegen zu widersprüchlichen Befunden (z.B. Schultz, 1992; Antoni, 1997), auf die später noch genauer eingegangen wird.

Die Überprüfung der Partizipationseffekte war des Öfteren bereits Gegenstand von Metaanalysen, auf die hier näher eingegangen werden soll (Locke & Schweiger, 1979; Miller & Monge, 1986; Wagner u.a. 1997). Einer der am häufigsten untersuchten Zusammenhänge ist der zwischen Partizipation und Arbeitszufriedenheit. Die Hauptwirkung von Partizipation auf die Arbeitszufriedenheit wird durch Ergebnisse der Metaanalysen belegt und liegt zum Teil höher als die auf die ebenso häufig untersuchte Produktivität. Allerdings weisen die Untersuchungen durchaus methodische Mängel auf, die die Ergebnisse in Frage stellen können. Beispielsweise wird der Grad an vorhandener Partizipation anhand eines durch Delegation gekennzeichneten Führungsstils gemessen. Fraglich ist in diesem Fall, ob nicht eher der Zusammenhang zwischen der Arbeitszufriedenheit und des Führungsstils gemessen worden ist. Möglicherweise sind die Einflussgrößen Freundlichkeit oder Sympathie des Vorgesetzten relevanter als die tatsächliche Partizipation (z.B. Wall & Lischeron, 1977). Des Weiteren wird von Wall & Lischeron vermutet, dass der positive Zusammenhang zwischen Partizipation und Arbeitszufriedenheit darauf zurückgeführt werden kann, dass Führungskräfte ihren zufriedenen Mitarbeiter/innen mehr Entscheidungsspielräume zugestehen als sie sie den Unzufriedenen einräumen würden. Wilpert (1998) nimmt an, dass es sich bei dem Wirkzusammenhang zwischen Partizipation und Zufriedenheit um einen Halo-Effekt handeln könnte: Zufriedene Beschäftigte äußern sich positiver zu ihren Beteiligungsmöglichkeiten. Der Autor führt die nicht eindeutige Forschungslage darauf zurück, dass man es hier mit einer Reihe von Moderatorvariablen zu tun hätte, die den Partizipationseffekt auf Arbeitszufriedenheit beeinflussen könnten. Als mögliche Einflussgrößen nennt er das Bedürfnis nach Unabhängigkeit, Führungsstil sowie die Passung von Aufgabe und Fähigkeiten.

Antoni (1999) kritisiert ebenfalls, dass bei der Überprüfung der Partizipationseffekte zu wenig auf die vermittelnden Faktoren der Beteiligung eingegangen wird. Grundsätzlich wird davon ausgegangen, dass potenziell positive Auswirkungen der Partizipation auf vermittelnde kognitive und motivationale (affektive) Faktoren zurückgeführt werden können. Als kognitive Variablen werden beispielsweise ein verbesserter Informationsfluss, die bessere Ausnutzung von Wissen und Erfahrung der Beschäftigten oder ein stärkeres Problem- und Arbeitsverständnis genannt. Als motivationale Faktoren gelten eine höhere Akzeptanz gegenüber Veränderung, verstärktes Vertrauen oder eine größer wahrgenommene Kontrolle der Mitarbeiter/innen. Die kognitiven Faktoren sollen nach Antoni (1999) vor allem für ökonomische Effekte, die motivationalen für soziale Partizipationswirkungen verantwortlich sein.

Wagner u.a. (1997) haben in ihrer Metaanalyse versucht, die hinter den Befunden liegenden Erklärungsmodelle zu prüfen. Sie gehen auf die Annahme von Scully, Kirkpatrick & Locke (1995) ein, die besagt, dass die größeren Effekte der Partizipation durch kognitive Erklärungsmodelle wie z.B. durch verbesserte Informationsverarbeitung oder Entscheidungsfindung zu erwarten sind. Dafür wurden 69 Studien zur Zufriedenheit nach den Erklärungsmodellen in kognitiv und affektiv klassifiziert. Außerdem wurden sie in solche unterschieden, die nur auf subjektive Daten zurückgreifen und solche, die einen Mehrebenenansatz hatten. Zwar zeigen die Ergebnisse schwache Belege dafür, dass die Wirkungszusammenhänge eher auf kognitive Prozesse zurückzuführen sind, die höchsten Korrelationsbeziehungen wurden allerdings bei solchen Untersuchungen vorgefunden, deren Variablen vollständig subjektiv erhoben worden sind und deren Aussagekraft aufgrund der bereits beschriebenen methodischen Probleme eingeschränkt ist.

Als weitere Folge der Partizipation kann mit Ulich (1978a) vermutet werden, dass durch die Möglichkeiten der individuellen Selbstregulation die Entwicklung kognitiven und sozialen Lernens gefördert wird. Dass mit erhöhter Partizipation ein Zuwachs an Kompetenz einhergeht, konnte Baitsch (1985) in einer Längsschnittstudie nachweisen. Der Autor untersuchte begleitend zu einem partizipativen Prozess der Arbeitsgestaltung die Veränderung bzw. Entwicklung der Kompetenzen der beteiligten Arbeiter. Es wurde die These zugrunde gelegt, dass Kompetenzen sich durch ihre Aktualisierung und Anwendung entwickeln, die wenn sie nicht eingesetzt werden, ebenso verkümmern können. Die Ergebnisse aus den Fallstudien konnten bei den acht vor Beginn der Studie ausgewählten Personen, die über drei Jahre beobachtet und befragt worden sind, eine Kompetenzerweiterung aufzeigen. Die Arbeiter konnten ihre fachlichen Kompetenzen nicht nur durch Neuerwerb, sondern auch durch Wiedererlernen erweitern. Zu ähnlichen Schlussfolgerungen kommt Ritter (1996), der durch die Beteiligung im Rahmen des Arbeits- und Gesundheitsschutzes eine Stärkung bzw. einen Aufbau der Eigenverantwortlichkeit, des Gefährdungsbewusstseins sowie des sicherheitsgerechten Handelns als empirisch bestätigt sieht.

In einem Pre-Post-Design mit Kontrollgruppe⁷ untersuchte Schultz (1992) die Auswirkungen der VW-Zirkelarbeit auf die Wahrnehmung der Arbeitssituation und

⁷ Auf die Problematik einer Kontrollgruppe in der betrieblichen Praxis wurde bereits in Kap. 2.3.2 hingewiesen.

auf die Möglichkeiten, Einfluss zu nehmen. Während Ersteres⁸ durch die Mitarbeit an den Qualitätszirkeln kaum verändert werden konnte, d.h. dass sich an den Arbeitsbedingungen vermutlich keine Verbesserung eingestellt hatte, zeigte sich ein deutlicher Effekt bei der Einschätzung der wahrgenommenen Einflussmöglichkeiten. Gegenüber der Kontrollgruppe gaben die Zirkelmitglieder signifikant häufiger an, Einfluss auf den Arbeitsablauf, die Arbeitsbedingungen, die Umgebungsbedingungen sowie auf Fragen der Arbeitssicherheit nehmen zu können. Der Autor schließt daraus, dass die subjektive Kontrollenerwartungen durch die Beteiligungserfahrung positiv beeinflusst werden konnte. Diesen Effekt konnte Baitsch ebenfalls beobachten: *„Aus einer anfänglichen Resignation und dem Rückzug individueller Interessen entwickelte sich bei einigen eine skeptische Zuversicht in die Veränderbarkeit der Arbeitssituation und in die Möglichkeiten, darauf kollektiv Einfluß zu nehmen.“* (Baitsch, 1985, S. 178).

In einem weiteren quasi-experimentellen Pre-Post-Design von Antoni (1997) fanden sich widersprüchliche Ergebnisse bezüglich der Auswirkungen von Gruppenarbeit. Der Autor begleitete über vier Jahre die Einführung von Gruppenarbeit in einem Industrieunternehmen und untersuchte dabei die ökonomischen und sozialen Auswirkungen der teilautonomen Gruppenarbeit. Anhand des objektiven Tätigkeitsbewertungssystems (Hacker, Iwanowa & Richter, 1983) konnte die Gruppenarbeit als Potenzial persönlichkeitsförderlicher Arbeit identifiziert werden. Während sich die ökonomischen Kenngrößen im Laufe des Einführungsprozesses stetig verbesserten, verschlechterte sich die subjektive Bewertung der Gruppen zu den späteren Messzeitpunkten im Vergleich zur ersten Messung. Nur in der ersten Erhebung, die anhand der Subjektiven Arbeitsanalyse (Udris & Alioth, 1980) erfolgte, zeigte sich eine signifikante Erhöhung gegenüber der verrichtungsorientierten Produktion. Das Zustandekommen dieses Ergebnisses führt der Autor auf weitere Einflussfaktoren zurück. So könnte die negative Bewertung der Gruppenarbeit auf parallel durchgeführte Entlassungen zurückgehen. Denkbar wäre aber auch, dass eine ungenügende individuelle Vorbereitung auf die neuen Arbeitsformen zu einer erhöhten Belastung geführt haben könnte. Antoni schlussfolgert daraus, dass Gruppenarbeit zwar das Potenzial für menschengerechte Arbeitsformen hat, aber kein Garant dafür ist.

Weber (1999) untersuchte Effekte industrieller Gruppenarbeit unterschiedlicher Autonomiegrade auf die Kooperationsbereitschaft der Gruppenmitglieder. Dabei klassifizierte er anhand eines adaptierten Beobachtungsinterviews VERA-KHR (Leitner u.a., 1993) 17 Gruppen aus zwei Industriebetrieben in Bezug auf deren kollektive Regulationserfordernisse. Empirisch fanden sich vier Grade unterschiedlicher Autonomie, wobei drei Formen restriktive Gruppenarbeit darstellten und der höchste gefundene Grad der (teil)autonomen Gruppenarbeit entspricht. Dieser bedingungsbezogenen Analyse wird als abhängige Variable die subjektiv erhobenen kooperativen Handlungsbereitschaften (sowie Vergegenständlichungen) von insgesamt 122 Gruppenmitgliedern gegenüber gestellt. Dabei stützte der Autor sich auf einen eigens für Gruppenmitglieder entwickelten Fragebogen (Oswald & Weber, 1995), in dem die gemeinsame Aufgabenorientierung mit 5 Skalen (z.B. Verantwortungsdiffusion, kollektive Wirksamkeit), die kooperative Orientierung mit zwei Skalen

⁸ Gemessen wurde der Anregungsgehalt der Arbeitssituation mit dem Job Characteristic Survey von Hackman & Oldman (1976)

(z.B. Hierarchiedenken) und sonstige kooperationsrelevante Einstellungen mit drei Skalen (z.B. Commitment, Kostenbewusstsein) gemessen worden sind.

Die empirischen Ergebnisse aus der Studie von Weber (1999) legen den Schluss nahe, dass ein hohes Maß an Autonomie mit stärkerer kooperativer Handlungsbereitschaft einhergeht. Die stärksten signifikanten Zusammenhänge zeigten sich zwischen dem Grad der Autonomie und der Wahrnehmung der Gruppensitzungen sowie des Kostenbewusstseins. Es zeigte sich ferner, dass Gruppenmitglieder mit hohem Grad an Autonomie signifikant deutlicher als die Personen geringerer Autonomiegrade die individuelle Wirksamkeit als Bestandteil der Gruppenleistungen wahrnehmen. Ähnlich verhält es sich mit der Skala „Soziale Anerkennung der Leistung für die Gruppe“, in der das Ausmaß der Wertschätzung individueller Leistungen durch die Gruppe zum Ausdruck kommt. Deutliche Zusammenhänge bestehen auch zwischen dem Ausmaß der Regulationserfordernisse und der kooperativen Orientierung gegenüber Konkurrenzorientierung der Gruppenmitglieder. Je restriktiver die Gruppenaufgaben, desto eher unterliegen die Gruppenmitglieder hierarchischem Denken sowie leistungsbezogenem Idiozentrismus, d.h. dass sie wenig kooperative Handlungsbereitschaften besitzen. Diese Ergebnisse sind vor allem vor dem Hintergrund bemerkenswert, da hier „objektive“ und „subjektive“ Erhebungsmethoden verwendet worden sind.

Untersucht wurde ebenso der Einfluss von Partizipation auf die betrieblichen Kommunikations- und Entscheidungsstrukturen, welches allerdings eher widersprüchliche Ergebnisse zutage brachte. So sehen Schubert & Zink (1990) beispielsweise als empirisch belegt, dass die Entscheidungsqualität durch Partizipation verbessert wird. Dieser Effekt könnte durch den zusätzlichen Nutzen bzw. das Aktivieren von Erfahrungswissen, einen höheren Informationsstand und eine höhere Akzeptanz der Entscheidung erklärbar sein (z.B. Schweiger & Leana, 1986). Andererseits wird angenommen, dass es bei einem erhöhtem Partizipationsgrad zu Entscheidungsverzögerung kommt. Zudem können ausgehandelte Kompromisse die Güte der Entscheidungen negativ beeinflussen (Brose & Corsten, 1983). Kontrovers wird diskutiert, ob die Zunahme der Konflikthäufigkeit eine positive oder negative Wirkung von Partizipation ist. Dass Konflikte zunehmen, sieht Wilpert (1998) als eine natürliche Folge der Einbeziehung weiterer Interessen und Bedürfnislagen. Es komme vielmehr darauf an, wie sich die Qualität der Konfliktbewältigung entwickelt. Andere Autoren sehen in der Zunahme von Konflikten eher eine Verschlechterung der betrieblichen Entscheidungsfindung (z.B. Kirsch u.a., 1979). Merkmale der Kommunikations- und Entscheidungsstruktur werden häufig als Drittvariablen im Zusammenhang von Partizipation und deren Auswirkungen auf die Leistung gebracht. Allerdings sind die Effekte auf die Leistung weitaus widersprüchlicher und werden ebenso kontrovers diskutiert (vgl. Wilpert, 1998).

Unter motivationalen Gesichtspunkten werden solche Wirkungsweisen von Interesse sein, die nicht nur positiv erlebt werden. So wurde bereits in Kapitel 3.3.1.3 diskutiert, dass erfolgte Partizipation die Motivation für weitere Einflussnahme verstärken könnte. Im Gegensatz dazu lassen nicht vorhandene Partizipationsmöglichkeiten eher negative Folgen vermuten, die sich auch auf eine zukünftige Beteiligungsmotivation ungünstig auswirken können. Schmidt (1996) konnte in einer Studie zeigen, dass die Bereitschaft von Vorgesetzten ihren Mitarbeiter/innen Mitbestimmungs- und Beteiligungsmöglichkeiten einzuräumen eng mit dem Abwesenheits- und Fluktuationsverhalten der Beschäftigten korreliert. Personen mit geringen Fehlzeiten und Fluktuationsraten schilderten ihren Vorgesetzten als jemanden, der

für Änderungsvorschläge zugänglich ist, gemeinsam mit den Mitarbeiter/innen Aufgaben und Arbeitsgebiete festlegt und wichtige Entscheidungen nicht allein, sondern nach vorheriger Rücksprache mit ihnen fällt. Wilpert (1998) vermutet, dass beispielsweise Burnout-Phänomene auf mangelnde Einflussnahme, vermittelt durch Apathie und Reaktanz, zurückgeführt werden könnten. Als empirisch belegt gilt, dass mangelnde Kontroll- und Handlungsspielräume einen negativen Effekt auf das Erleben und Verhalten von Beschäftigten, insbesondere für die Bewältigung von stressreichen Situationen haben (vgl. auch Kap. 4.2.2).

Bislang kaum erforscht sind die Folgen missglückter Partizipation. In einer Fallstudie zur Gruppenarbeit von Wehner und Endres (1997) könnten dazu erste Hinweise vorliegen. Innerhalb dieser Studie zeigte sich, dass in einer Abteilung zwar Gruppenarbeit eingeführt wurde, sich die Arbeitsbedingungen jedoch nicht wesentlich zu der vergleichenden Kontrollabteilung ohne Gruppenarbeit veränderten. Obgleich die Zufriedenheitswerte von progressiver und stabilisierter Arbeitszufriedenheit in der Abteilung mit eingeführter Gruppenarbeit höher waren als in der Kontrollgruppe, zeigten Beschäftigte aus der Abteilung mit eingeführter Gruppenarbeit weniger Veränderungsbeitschaft als ihre Kolleg/innen aus der Kontrollabteilung ohne Gruppenarbeit. Die Autoren schließen daraus, dass die Erfahrung von eingeführter Gruppenarbeit ohne nachhaltige Verbesserung in der Arbeitstätigkeit möglicherweise Frustration und Resignation auslöst. Denkbar wäre aber auch, dass die Beschäftigten aufgrund des zurückliegenden Veränderungsprozesses „müde“ oder „satt“ geworden sind bzw. sich zunächst in der neuen Situation einrichten wollen.

In einer Studie zu partizipativen Innovationsprozessen im Öffentlichen Dienst stießen Kißler u.a. (2000) auf ein zunächst widersprüchliches Ergebnis. Nach praktizierter Beteiligung wurde bei den betroffenen Beschäftigten sowohl ein Anstieg als auch ein Rückgang der Beteiligungsbereitschaft festgestellt. Sie verweisen auf eine Beschäftigtenbefragung, die in den Jahren 1993 und 1995 in der Stadtverwaltung Hagen durchgeführt wurde (vgl. Bogumil, Kißler, Greifenstein & Wiechmann, 1996). Innerhalb der angegebenen zwei Jahre ist der Anteil der partizipationsbereiten Beschäftigten am Modernisierungsprozess von 45% auf 54% gestiegen, im gleichen Zeitraum ist der Anteil der „Partizipationsverweigerer“ von 9% auf 22% ebenfalls gestiegen. Gründe für die Verweigerung an der Beteiligung werden von den Beschäftigten zum Großteil darin gesehen, dass keine realen Einflussmöglichkeiten bestehen (56%), des Weiteren wird die Überlastung durch Beruf und Freizeit (42%) genannt und immerhin 9% geben an, negative Erfahrungen mit Partizipation gemacht zu haben. Knapp 25% sehen entweder keine Notwendigkeit sich zu beteiligen oder lehnen das öffentliche Modernisierungsprogramm komplett ab.

Die vorliegenden Untersuchungsergebnisse legen den Schluss nahe, dass Partizipation sowohl positive wie auch negative Effekte hervorrufen kann; missglückte Partizipation kann zudem eine Beteiligungsverweigerung verursachen. Die Gründe hierfür können in unterschiedlichen betrieblichen Bedingungen der Beteiligung liegen, wie sie in Kapitel 3.2 bereits diskutiert worden sind. Denkbar wäre aber auch, dass individuelle Interessen und Erwartungen an Partizipation zu den zum Teil widersprüchlichen Ergebnissen führen. Methodische Mängel bei der Erfassung von Partizipationsauswirkungen können ebenfalls nicht ausgeschlossen werden, wie sie bereits im Kapitel 2.3 erörtert wurden.

3.3.3 Widerstand bei partizipativen Veränderungsprozessen

Obgleich Projekte zur betrieblichen Gesundheitsförderung die Verbesserung von Arbeitsbedingungen anstreben und damit dem Wohl der Beschäftigten dienen sollen, treffen sie häufig auf Skepsis und Zurückhaltung unter den Belegschaften. Den Beschäftigten, die so reagieren, wird häufig mangelndes Interesse an einer Verbesserung ihrer Arbeitsbedingungen sowie fehlende Veränderungsbereitschaft unterstellt. In der Organisationsentwicklung wird dieses Abwehrverhalten als *Widerstand* bezeichnet, dessen Auftreten in betrieblichen Veränderungsprozessen oft unvermeidlich ist (Becker & Langosch, 1995). Hinter diesem Widerstand verbergen sich nach Ansicht von Doppler & Lauterburg (1995) Bedenken, Befürchtungen oder gar Ängste, die durch die zu erwartenden Veränderungen ausgelöst werden. Widerstand stellt demzufolge einen Indikator für nicht bedachte Barrieren dar, die mehr Aufmerksamkeit durch die Projektinitiatoren erfordern.

Bereits Mitte der siebziger Jahre, in den Projekten zur Humanisierung der Arbeit (HdA), sind Wissenschaftler/innen auf diesen Umstand gestoßen. Beispielsweise fanden Fricke u.a. (1981) bei dem Versuch, unter Beteiligung der Belegschaften die Arbeitsbedingungen zu verbessern, resignative Beschäftigte vor, die kaum zur Mitarbeit zu bewegen waren. Die Autoren interpretierten dieses Verhalten als „Misserfolgsorientierung“, die durch die Erfahrung zustande kommt, seit Jahrzehnten bei der Gestaltung von Arbeitsbedingungen und Arbeitsprozessen nicht berücksichtigt gewesen zu sein. Durch mangelnde positive Erfahrungen mit Einflussnahme und durch fehlendes Wissen über Alternativen entsteht nach Baitsch (1989) die oftmals vorzufindende resignative Haltung. Die ausbleibenden Erfolgserlebnisse führen dazu, dass Beschäftigte sich selbst eine kompetente Beteiligung nicht zuschreiben, welches zu einer „vordergründigen Inaktivität“ führt.

Im Rahmen betrieblicher Umgestaltungsmaßnahmen zur Einführung von Gruppenarbeit wird ebenfalls Ablehnung und verhaltenes Abwarten wahrgenommen. Grote (1997) betont, dass eine Reorganisation für die Beschäftigten erst einmal Konfliktsituationen entstehen lassen, die gelöst werden müssten. Eine Einführung von Gruppenarbeit ist beispielsweise durch die neu erworbene Kontrolle dann problematisch, wenn sie Unsicherheit hervorruft. Wiendieck (1994) gibt zu Bedenken, dass höhere Handlungsspielräume zwar ein mehr an Entwicklungsmöglichkeiten biete, aber gleichzeitig die Planbarkeit und Vorhersagbarkeit von Ereignissen reduziere. Eine Handlungsspielraumerweiterung führe zwar zu mehr Kontrollmöglichkeiten, aber zugleich auch zu Kontrollverlust (durch die Erschließung neuer Handlungsbereiche). Möglicherweise ist es gerade die Angst vor Kontrollverlust, die Beschäftigte bei anstehenden Veränderungen verunsichern. Die psychologische Reaktion auf den Verlust oder die Bedrohung des bestehenden Handlungsspielraums kann auch mit der Theorie der Reaktanz von Brehm (1966) erklärt werden. Möglicherweise werden formelle Beteiligungsmöglichkeiten auch deshalb abgelehnt, da sie bestehende informelle Arrangements mit den direkten Vorgesetzten gefährden könnten.

Grote (1997) geht davon aus, dass die Gründe für Widerstände weniger in einer pauschalen Ablehnung größerer Autonomie läge, sondern an „*ungenügender Vorbereitung auf die Veränderungen, z.B. fehlende fachliche und soziale Qualifizierung, halbherzige Vergrößerung der Entscheidungsspielräume im Sinne einer Nichtpassung von Verantwortung und Kompetenz oder auch mangelnde Rahmenbedingungen, z.B. drohender Arbeitsplatzverlust*“ (S. 324). Demzufolge gilt es, die Kosten einer zunehmenden Kontrolle und die zu erwartenden Konflikte in eine sorgfältige

Vorbereitung mit einzubeziehen. Ulich (1994) nimmt an, dass mit einer Qualifizierung, die insbesondere die Auseinandersetzung mit zukünftigen Anforderungen berücksichtigt, die Veränderungsbereitschaft der Betroffenen merklich beeinflusst werden könne.

Lewin (1982) hat die Wirkung von Partizipation auf die Reduktion von Widerstand gegen Veränderungen untersucht. Durch offene Diskussionen über die Gründe für den Widerstand konnte auf individuelle Bedürfnisse und Wünsche eingegangen werden, so dass die Bereitschaft zur Veränderung erhöht wurde. Aus meiner Sicht fanden darüber hinaus vermutlich Prozesse der sozialen Unterstützung statt, die hilfreich für die Betroffenen gewesen sind, sich einer neuen Situation zu öffnen.

Darüber hinaus gibt Grote (1997) zu bedenken, dass Beschäftigte ein Recht darauf haben, zu entscheiden, in welchem Umfang Autonomie persönlich in Anspruch genommen werden soll. Erst durch das selbst gewählte Maß an Einflussmöglichkeiten kann Widerstand vermieden werden, der nach Ansicht der Autorin vor allem durch eine „verordnete“ Autonomie ausgelöst wird. Letztendlich kann m.E. nicht völlig ausgeschlossen werden, dass Beschäftigte, aufgrund ihrer eingeschränkten Möglichkeiten sich Gehör zu verschaffen, gerade in der Verweigerung von Beteiligungsangeboten ihre Meinung und Haltung gegenüber dem Management ausdrücken wollen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der bisherige Kenntnisstand zu den Voraussetzungen der Partizipation nicht ausreicht, um eindeutig klären zu können, welches die personalen Determinanten partizipativer Handlungen sind. Theoretische Erklärungsansätze weisen auf eine Vielzahl von möglichen Voraussetzungsbedingungen hin, die allerdings erst unzureichend empirisch überprüft wurden. Bisherige Erkenntnisse weisen darauf hin, dass persönliche Kompetenzen und Erfahrungen mit Partizipation günstige Voraussetzungen für eine Beteiligung an partizipativen Kleingruppen darstellen. Vermutlich werden sie vermittelt durch entsprechende Kompetenz- und Kontrollerwartungen. Wirksamkeitsstudien zeigen, dass die Auswirkungen von Partizipation auf Beschäftigte eher gering und nicht nur positiver Natur sind. Letzteres könnte zu einer Einschränkung der Beteiligungsbereitschaft führen. Das Zustandekommen des geschilderten Widerstands innerhalb partizipativer Veränderungsprozesse lässt bislang unbeachtete weitere individuelle Voraussetzungen vermuten.

Partizipationsangebote treffen möglicherweise auf Belegschaften, deren Interessen und Befürfnisse bisher nicht eindeutig erforscht werden konnten. Es stellt sich die Frage, welche motivationalen Voraussetzungen zur Beteiligung führen und wie Partizipation vor dem Hintergrund der persönlichen Erwartungen und Interessen erlebt und bewertet werden. Dies zu ergründen soll Ziel der vorliegenden Arbeit sein. Dazu müssen die individuellen Entscheidungsprozesse innerhalb von betrieblicher Beteiligung stärker als bisher berücksichtigt werden. Als Grundlage hierfür soll das im nächsten Kapitel vorgestellte Handlungsphasenmodell von Heckhausen (1989) dienen. Dieses Modell wird vor dem Hintergrund betrieblichen und gesundheitsbezogenen Handelns vorgestellt und diskutiert. Darauf aufbauend wird ein eigenes Modell zur Erklärung der Beteiligung an Gesundheitszirkeln entwickelt.

4 Motivationsmodell zur Erklärung gesundheitsförderliches Handelns im Betrieb

Im vorherigen Kapitel sind die Erklärungsansätze zu den individuellen Voraussetzungen aus der Partizipationsforschung aufgearbeitet worden. Es hat sich gezeigt, dass die sich daraus erschließenden Faktoren, die partizipative Handlungen beeinflussen können, nicht ausreichen, um diese vollständig zu erklären. Deswegen werden ausgehend vom individuellen Entscheidungsprozess motivationale Erklärungsansätze hinzugezogen. Die Beteiligung am Gesundheitszirkel wird verstanden als betriebliches *und* als gesundheitsförderliches Handeln, deren Zustandekommen aus motivationaler Sicht betrachtet werden kann. Demzufolge sollen in diesem Kapitel die motivationalen Voraussetzungen für eine Gesundheitszirkelbeteiligung genauer beleuchtet werden.

Ausgehend von der Betrachtung intentionalen Handelns soll das Handlungsphasenmodell nach Heckhausen (1989) vorgestellt werden (Kap. 4.1.1). Anhand dieses Modells können die Phasen des Entscheidungsprozesses skizziert und deren Determinanten definiert werden, die zu einer Beteiligung bzw. zu deren Ablehnung führen (Kap. 4.1.2). Zur Erklärung der Beteiligung an Gesundheitszirkeln werden auch gesundheitsbezogene Motivations- und Volitionsstrukturen zugrundegelegt werden. Dazu sollen die wichtigsten Erklärungsmodelle zum Gesundheitsverhalten diskutiert werden (Kap. 4.2.1). Arbeitspsychologische Ansätze zur Stressbewältigungsforschung sollen im Kontext betrieblichen Handelns ebenfalls Berücksichtigung finden (Kap. 4.2.2). Zum Schluss wird ein Motivationsmodell erarbeitet, welches die bisherigen theoretischen Ansätze – auch aus der Partizipationsforschung – integriert und als Grundlage zur Erklärung einer Beteiligung an Gesundheitszirkeln dient (Kap. 4.3).

4.1 Motivationales Handeln

Im Mittelpunkt der folgenden Ausführungen soll der Ablauf einer Handlung anhand des Rubikonmodells bzw. Handlungsphasenmodells nach Heckhausen (1989) betrachtet werden. Nerdinger (1995) hat das motivationale Rahmenmodell auf betriebliches Handeln übertragen und in einer Einführung zur Motivation und Handeln in Organisationen anschaulich beschrieben. Die Bedeutung des motivationalen Phasenmodells und deren Moderatoren werden zum betrieblichen Handeln in Bezug gesetzt und diskutiert.

4.1.1 Das Handlungsphasenmodell der Motivation

Im Handlungsphasenmodell (Heckhausen, 1989) wird motiviertes Handeln als die Abfolge verschiedener Handlungsphasen dargestellt, die sich immer wieder auf sich selbst beziehen. Durch klare Trennlinien wird der gesamte Handlungsprozess in einzelne Phasen untergliedert, die jeweils eigene Funktionscharakteristika aufweisen (siehe Abbildung 1). Die erste Trennlinie liegt bei der Intentionenbildung und unterscheidet den motivationalen Prozess der prädeziSIONalen Phase vom volitionalen der postdeziSIONalen Phase. Sie wird auch als „Rubikon“ bezeichnet und stellt die eigentliche Entscheidungsfindung dar. Weitere Trennlinien liegen vor der Aufnahme einer Handlung, der Handlungsinitiierung und nach der Zielerreichung

bzw. dem Abschluss einer Handlung, der Intensionsdesaktivierung. Dieser idealtypische Ablauf soll nicht zur Annahme verleiten, dass alle Handlungen diese Phasen der Reihe nach durchlaufen müssen. Während zwar immer nur ein Entscheidungsproblem in der prädeziSIONalen Phase und ein oder maximal zwei Handlungen möglich sind, können in der präaktionalen Phase viele Intentionen vor sich hin „schlummern“, gar miteinander konkurrieren und darauf warten, dass eine davon ihre Handlungsinitiierung erfährt.

Die Phasen werden ständig aufs Neue durchschritten. So hängen zukünftige Entscheidungen immer mit Erfahrungen aus vorangegangenen Entscheidungen und Bewertungen der Handlungen bzw. deren Ergebnissen zusammen. Analog zur kognitiven Handlungsregulation (Volpert, 1983; Hacker, 1986), in der die ausgeführte Handlung immer wieder aufgrund einer Rückmeldung bewertet wird und sich die handelnde Person neu zu dieser Handlung entschließt (TOTE bzw. VVR), geschieht hinsichtlich des motivationalen Prozesses eine ähnliche Selbstregulation. Dieses zirkulär aufgebaute Verlaufsmodell bewertet jede ausgeführte Handlung dahingehend, ob sie noch der Ausgangsmotivation entspricht und beeinflusst zugleich zukünftige Entscheidungen.

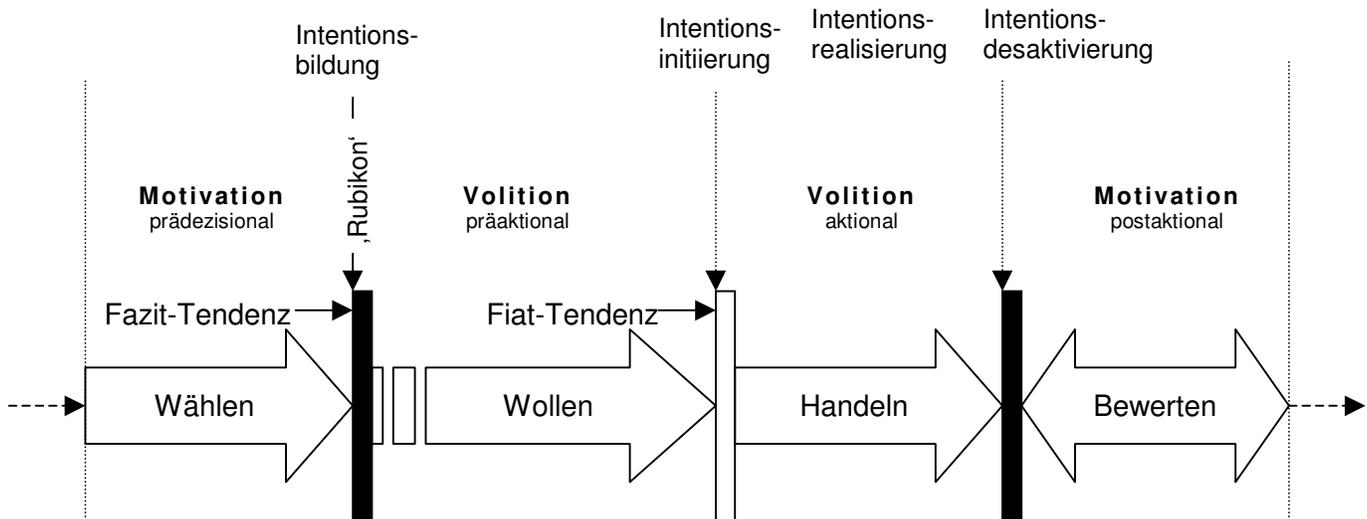


Abbildung 1: Das Handlungsphasenmodell (aus Heckhausen, 1989, S. 212)

Der Kern des Rubikonmodells bildet nach Heckhausen (1989) die Unterscheidung zwischen den motivationalen (Wünschen) und volitionalen (Wollen) Bewusstseinslagen. Wünsche oder auch Befürchtungen regen zur Überprüfung der Realisierung des Gewünschten oder des Vermeidens des Befürchteten an. Es geht um die Realisierbarkeit von möglichen Handlungszielen, die vor allem durch die Erwartungs-x-Wert-Theorien erklärt werden sollen. Während die motivationale Bewusstseinslage *realitätsorientiert* ist, wird die volitionale Bewusstseinslage als *realisierungsorientiert* bezeichnet (Nerdinger, 1995). Empirische Belege für die Plausibilität der Unterscheidung von motivationaler und volitionaler Phase finden sich u.a. bei Gollwitzer & Heckhausen (1987) und werden auch für die Erklärung des Gesundheitsverhaltens wesentlich sein (vgl. Kap. 4.2.1). Im Folgenden sollen die vier Handlungsphasen anhand des betrieblichen Handelns modellhaft skizziert werden.

Die *Intentionsbildung* in der prädeziSIONalen Phase ist geprägt vom *Wählen* einer bevorzugten Handlungsalternative, die durch das Abwägen von Gründen und Gegen Gründen erzielt wird. Heckhausen (1989) nimmt an, dass die sogenannte Fazit-Tendenz dafür sorgt, dass diese Überlegungen nach erschöpfender Abwägung der Alternativen, die mit bestimmten Anreizwerten versehen sind, zu Ende gebracht werden. Je vollständiger die Gründe und Gegen Gründe miteinander abgewogen worden sind, desto näher ist man am Entschluss dran (Gollwitzer, Heckhausen & Ratajczak, 1987). Das Abwägen soll aufgrund des zu erwartenden Nutzens stattfinden, wonach sich nur die Intention durchsetzt, deren Nutzen maximal eingeschätzt wird (Neuberger, 1985). Diese Vorstellung wurde in den Erwartungs-x-Wert-Theorien weiter ausgeführt. Demzufolge trifft ein Mensch eine Entscheidung aufgrund eines subjektiven Wertes (persönliche Bedeutung) und der Erwartung, dass eine Handlung mit einer bestimmten Wahrscheinlichkeit zum Ziel führt. Das Konzept der Nutzenmaximierung geht von einem objektivierbaren zweckrationalen Nutzen aus, während der Wert eine subjektive Größe darstellt, die besser erklärt, warum sich Menschen in gleichen Situationen unterschiedlich verhalten. Als Ergebnis der prädeziSIONalen Phase entsteht eine *motivationale Tendenz* (Energiereservoir), ein bestimmtes Ziel anzustreben. Bereits hier findet eine Wechselwirkung von Motiv und Anreiz, von Person- und Umweltvariablen statt. Werden die dabei ablaufenden Prozesse bewusst, dann erlebt man sie gewöhnlich als Wahl- oder Entscheidungsprozesse.

Allerdings braucht nicht jede Handlung eine Intentionsbildung. Gerade im Arbeitsalltag unterliegen Handlungen, die bei der wiederholten Ausführung keine erneute Intention brauchen, der Gewohnheit oder werden automatisiert vollzogen. Vielmehr werden in dem Modell eher Handlungen beschrieben, die von der Gewohnheit abweichen, d.h. eine bewusste Entscheidung brauchen. Beispielsweise könnte sich jemand entschließen, mehr Einfluss an seinem Arbeitsplatz zu nehmen. Dieses Ziel könnte in vielerlei Hinsicht verwirklicht werden, z.B. indem jemand auf eine günstige Gelegenheit wartet, da des Öfteren Beteiligungsgruppen eingeführt werden. Oder jemand versucht, über den eigenen Vorgesetzten Einfluss auf die eigenen Arbeitsbedingungen zu nehmen. Bei diesen Überlegungen, so wird angenommen, werden nun die Erwartungen, die mit einer solchen Zielintention verbunden sind, und der subjektive Wert des gewünschten Ziels miteinander abgewogen. Die Erwartungseinschätzung wird nicht zuletzt vor dem Hintergrund der bereits gemachten Erfahrungen mit Einflussnahme erfolgen. Nach French, Rogers & Cobb (1974) verwirklichen sich partizipative Handlungen erst dann, wenn eine Passung der individuellen Erwartungen an Mitwirkungsmöglichkeiten mit den situativen Anreizen entsteht. Die individuellen Erwartungen an Mitwirkungsmöglichkeiten werden von Schubert & Zink (1990) als das Maß genommen, welches den optimalen Partizipationsgrad festschreibt. So kann, gemessen an den Erwartungen, ein Zuviel an Mitwirkungsmöglichkeiten eine Überforderung darstellen und Stress verursachen.

Nach der arbeitspsychologischen Auffassung ist die motivationale Tendenz nicht nur individuell, sondern auch von der Tätigkeit und deren strukturellen Bedingungen beeinflusst. Nach dem Modell von Hackman & Oldman (1976) wird die Ausprägung des Motivationspotenzials einer Tätigkeit durch fünf Merkmale bestimmt: Die Anforderungsvielfalt, die Ganzheitlichkeit der Aufgabe, die Bedeutsamkeit der Aufgabe, die Autonomie und Rückmeldung der Ergebnisse. Entsprechend ihrem entwickelten Job Diagnostic Survey lassen sich Arbeitstätigkeiten in ihrem Motivationspotenzial voneinander unterscheiden, was Auswirkungen auf die erlebte Arbeitsmotivation und Arbeitszufriedenheit hat. Empirisch hat sich gezeigt, dass bei Personen mit einem

hohen Selbstverwirklichungsbedürfnis diese Merkmale hohe intrinsische Motivation, Leistungen und Arbeitszufriedenheit sowie geringe Abwesenheit und Fluktuation bewirken. Intrinsische Motivation entsteht nach Ansicht der Autoren vor allem durch (1) das Wissen über die eigenen Arbeitsergebnisse, (2) die erlebte Verantwortung für die Arbeitsergebnisse und (3) die Bedeutsamkeit der eigenen Arbeitstätigkeit. Entsprechend ihrem Modell gehen die Autoren davon aus, dass im Wesentlichen die Autonomie und die Rückmeldung der Ergebnisse für die Entwicklung intrinsischer Motivation verantwortlich sind. Hacker (1998) hingegen weist allein der Autonomie den Stellenwert zu, zur Entwicklung intrinsischer Motivation beizutragen, während die Rückmeldung der Ergebnisse aus seiner Sicht keine nennenswerte Einflussgröße für die Entstehung intrinsischer Motivation darstellt.

Gemäß dem Handlungsphasenmodell geht es nach der gefällten Entscheidung für eine Handlungsalternative um die Vorbereitung der Realisierung. Mit Hilfe von Handlungssteuerung und Ausführungskontrollen soll die zuvor gebildete Intention in der nun folgenden *präaktionalen Volitionsphase* verwirklicht werden. Diese Phase erfordert eine gewisse Handlungsplanung, mit deren Hilfe eine günstige Gelegenheit abgewartet bzw. geschaffen werden muss oder Schwierigkeiten, die die Zielerreichung stören könnten, entgegengesteuert wird. Gollwitzer (1991) beschreibt diesen Vorgang als den Übergang von der noch vage gehaltenen Absicht (Zielintention) zu dem konkreten Vorsatz (Ausführungsintention), in dem Details der Handlungsiniiierung festgelegt werden. In dieser Phase bestimmt die Willensanstrengung (Volition), wann eine Handlung in Angriff genommen, mit welcher Ausdauer und Intensität ein Ziel angesteuert und wie Hindernisse bei der Zielerreichung überwunden werden. Heckhausen (1989) betont, dass konkurrierende Zielintentionen vorhanden sind, von der sich diejenige zur Handlungsiniiierung durchsetzt, bei der die Zielintention am stärksten ist bzw. die günstigsten Voraussetzungen zur Realisierung erfüllt. Der Autor bezeichnet diesen Vorgang als die Fiat-Tendenz, die beispielsweise durch Determinanten wie Dringlichkeit, Anzahl verpasster Gelegenheiten sowie missglückter Realisierungsversuche geprägt sein kann. Empirische Überprüfungen zur Modellvorstellung der Fiat-Tendenz liegen mir allerdings nicht vor.

Nerdinger (1995) betont die Bedeutung der Zielsetzung für die Handlungssteuerung und unterscheidet zwischen den in dieser Phase individuell gefassten und den fremdgesetzten (von der Organisation oder den Vorgesetzten) Zielen. Er betont, dass in der Arbeitswelt vor allem das Zusammenspiel zwischen selbst- und fremdgesetzten Zielen eine Rolle für die Willensanstrengung spielen wird. Dieser Zusammenhang wird vor allem in der Forschung zur Arbeitsmotivation diskutiert (z.B. Locke & Latham, 1990). Dort wird von einem positiven Zusammenhang zwischen herausfordernden, präzise formulierten Zielen und hoher Leistung ausgegangen. Fremdgesetzte Ziele werden besser akzeptiert, wenn deren Ergebnisse mit eigenen Zielen, die mit persönlichen Motiven verbunden sind, übereinstimmen (Kleinbeck, 1996). Nach Hacker (1998) ist dies eher bei höherwertigen Aufgaben der Fall. Jemand mit anspruchsvollen Tätigkeiten kann leichter die dort gesetzten Ziele mit seinen Motiven verbinden als Personen, die eher restriktive Aufgaben verrichten. Hacker spricht hier von einem „Zielmotiv“.

Entsprechend dem Handlungsphasenmodell werden Handlungen dann eingeleitet, wenn sich eine günstige Gelegenheit zur Realisierung der Zielintention bietet. Die *Handlungsiniiierung* hängt positiv ab von der Volitionsstärke und negativ von den bereits misslungenen Realisierungsversuchen. Die damit eingeleitete aktionale Volitionsphase ist geprägt von der Handlungsausführung, die gegenüber unerle-

digten Zielintentionen durchgesetzt werden muss und für die Umsetzung der getroffenen Entscheidung sorgt. Für die Realisierung von Zielintentionen im betrieblichen Alltag, insbesondere zur Erklärung interindividueller Unterschiede, wird es nicht unwesentlich darauf ankommen, wieviel Entscheidungs- und Handlungsspielraum jemandem zur Verfügung steht (Nerdinger, 1995). So ist es beispielsweise für die Umsetzung relevant, ob sich jemand, der mehr Einflussnahme anstrebt, in einer hierarchisch hohen oder niedrigen Position befindet. Die Frage also, ob und wieviel Freiraum die eigene Tätigkeit für persönliche Gestaltungszwecke überhaupt zulassen kann, steht dabei im Vordergrund. Menschen mit monotonen und taktgebundenen Tätigkeiten stehen objektiv weniger Möglichkeiten zur Verfügung, als Mitgliedern einer (teil-)autonomen Arbeitsgruppe.

Gemäß dem Handlungsphasenmodell werden auf der Ebene der *Handlungsausführung* die bereits erwähnten Selbstregulationsprozesse, die in Form von Feedbackschleifen das Handeln motivational regulieren, wirksam. Nerdinger (1995) nennt drei Prozesse, die für selbstregulatorische Aktivitäten in dieser Phase verantwortlich sind: Selbstbeobachtung, Selbstbewertung und Selbstreaktion. Diese Prozesse werden umso umfangreicher ausgeprägt sein, je komplexer die Tätigkeiten sind, je größer der Handlungsspielraum ist und je langfristiger die Zielsetzung einer Handlung ist. Der Handelnde beobachtet sein Handeln und bewertet es vor dem Hintergrund adäquater Zielerreichung sowie persönlicher Standards. Selbstreaktionen sind dabei selbstverabreichte Belohnungen bzw. Bestrafungen, denen nach Nerdinger eine entscheidende motivationale Funktion für die Selbstregulation zukommt. Es finden ständig Überprüfungen statt, ob Anreiz und Erwartung sich seit der Absichtserklärung geändert haben.

Eine weitere wichtige Funktion in diesem Kontrollprozess ist nach Heckhausen (1989) die Anstrengungsregulation der Handlungsausführung. Beispielsweise kann eine „Übermotivation“ durch zu große Anstrengung die Effizienz einer Handlung erheblich vermindern. In einem Experiment konnten Heckhausen und Strang (1988) zeigen, dass sich handlungsorientierte Personen in einer Leistungssituation besser vor Überanstrengungen schützen konnten als die sogenannten Lageorientierten⁹ und so ihre Effizienz aufrecht erhielten.

Die letzte Phase in dem Modell, die *Bewertung einer Handlung*, nennt Heckhausen (1989) die „janusköpfige“ Phase der Motivation, da sowohl ein Blick zurück als auch einer nach vorn stattfindet. Eine abgeschlossene Handlungssequenz wird aufgrund der erzielten Handlungsergebnisse bewertet, gleichzeitig werden daraus Schlussfolgerungen für zukünftige Handlungen gezogen. Bei der Bewertung findet nach Ansicht von Nerdinger (1995) eine Aufwands-Ertragsabwägung statt: Hat sich der investierte Aufwand im Vergleich zum Ergebnis gelohnt? Für die Erfolgs- oder Misserfolgswertung der Handlungen ist ebenso entscheidend, ob das Ergebnis als Produkt eigener Anstrengungen interpretiert wird. Tendenzen der Kausalattribution

⁹ Die Unterscheidung in Handlungs- und Lageorientierung geht auf Kuhls (1987) entwickelter Theorie der Handlungskontrolle zurück. Sie befaßt sich mit der Art und Weise, wie Ziele in Handlungen umgesetzt werden, z.B. auch mit der Frage nach dem „richtigen“ Zeitpunkt für die Umsetzung einer getroffenen Entscheidung. Als handlungsorientiert werden Menschen bezeichnet, die in der Lage sind, ihre Entscheidungen auch gegenüber widrigen Umständen in angemessenes Handeln umzusetzen. Lageorientierte Menschen dagegen haben Schwierigkeiten, Entscheidungen zu realisieren, da sie in Gedanken stark mit ihrer bisherigen oder zukünftigen Lage beschäftigt sind.

können ein Handlungsergebnis als Folge eigener oder fremder Einflüsse betrachten und somit die Bewertung entsprechend anders ausfallen lassen (vgl. nächstes Kapitel). Einerseits beeinflussten die Kausalattribution (internale oder externale Kontrolle) und andererseits die Zweckmäßigkeit von Zwischenzielen zur Erreichung übergeordneter Ziele (Instrumentalisierung) die Bewertung des Ergebnisses. Denn oft ist mit dem Abschluss einer Handlung nur ein Zwischenziel erreicht, welches Teil eines übergeordneten Ziels ist, das weiterhin verfolgt werden soll.

Nerdinger (1995) verweist auf die Bedeutung der mit der Bewertung einhergehenden Gefühle, die er „selbstbewertende Emotionen“ (z.B. Stolz oder Scham) nennt. Emotionen werden besonders bei Bewertungen im Anschluss an Leistungshandeln festgestellt, die umso stärker ausgeprägt sind, je konkreter und herausfordernder das Ergebnis einer Leistung definiert worden ist (Weiner, 1984). Möglicherweise wird die Ausprägung der Gefühle auch einen Einfluss auf die vorausliegende motivationale Tendenz zukünftiger Handlungen haben.

Der Blick voraus wird nach Heckhausen (1989) in zweierlei Hinsicht getätigt: Zum einen wird eine Überprüfung der Ziele unternommen, Erwartungen können sich geändert haben und somit zukünftige Handlungen beeinflussen. Zum anderen wird beurteilt, welche Lehren aus den gemachten Erfahrungen für weitere Bemühungen zu ziehen sind. Sollte der Aufwand zu groß für das Ergebnis gewesen sein, so wird man sich beim nächsten Mal möglicherweise anders verhalten. Ein wahrgenommener Erfolg oder Zufriedenheit mit dem Handlungsergebnis kann die Motivation für weitere Handlungen positiv beeinflussen. Eine erlebte Enttäuschung aufgrund nicht erreichter Ziele kann zu Resignation führen, die weitere Handlungen eher ausschließen würden.

Anhand des Handlungsphasenmodells sollte gezeigt werden, dass es sich bei dem Entscheidungsprozess um komplexe Abläufe handelt, die sowohl durch individuelle als auch durch strukturelle Bedingungen geprägt sind. Deutlich geworden ist ebenfalls, dass die Erfahrungen mit in der Vergangenheit liegenden Handlungen und Handlungsergebnissen Auswirkungen auf zukünftiges Handeln hat. Der individuelle Beteiligungsprozess kann m.E. in seiner Komplexität anhand dieses Rahmenmodells theoretisch gefasst werden. Darüber hinaus ist anzunehmen, dass die betrieblichen Bedingungen einen erheblichen Einfluss auf die hier geschilderten Handlungsphasen haben. Die bereits angedeuteten Einflussgrößen der Kompetenz- und Kontrollerwartungen innerhalb dieses Modells sollen nun im nächsten Kapitel detailliert erläutert werden.

4.1.2 Kontroll- und Kompetenzerwartungen beim motivationalen Handeln

Kontroll- und Kompetenzerwartungen können als wesentliche Einflussfaktoren motivationaler Handlungen betrachtet werden (vgl. vorheriges Kapitel). Ihre individuelle Ausprägung kann dazu beitragen, ob und wie eine Handlung ausgeübt werden soll. So könnte beispielsweise partizipatives Handeln durch das Vorhandensein hoher Kompetenzerwartung sowie einer intrinsischen Kontrollerwartung begünstigt werden. In diesem Kapitel sollen die beiden Konstrukte detailliert vorgestellt und ihre empirischen Zusammenhänge zum betrieblichen Engagement bzw. zur Partizipation diskutiert werden. Die Zusammenhänge zum gesundheitsbezogenen Handeln werden im nächsten Kapitel separat erläutert.

Die *Kontrollerwartungen* (Schwarzer & Jerusalem, 1988), auch Kontrollüberzeugungen genannt (Krampen, 1987), gehen auf das Konstrukt des „Locus of Control“ von Rotter (1966) zurück. In der arbeitspsychologischen Forschung fanden die Konzepte der Kontrollüberzeugungen ebenfalls ihre Anwendung und wurden als Kontrollbewusstsein (Hohner, 1987) bzw. Kontrollvorstellungen (Hoff, 1988) weiterentwickelt. Alle Theorieansätze beschäftigen sich damit, wie handelnde Personen die Verursachungsgrößen für Handlungsergebnisse erleben. Die Kontrollerwartungen können mehr oder minder als generalisierte Einschätzungen über Handlungs-Ergebnis-Erwartungen bezeichnet werden. So können Erfolge oder Misserfolge prinzipiell auf interne, d.h. durch eigenes Verhalten verursachte oder externe, nämlich durch äußere Einflüsse bewirkte Faktoren zurückgeführt werden.

Eine wesentliche und häufig angewendete Sichtweise liegt in der Unterscheidung von bereichsspezifischer und allgemeingültiger (globaler) Kontrollüberzeugung. Bereichsspezifische Kontrollüberzeugungen sind auf bestimmte Lebensbereiche, z.B. Arbeit oder Gesundheit begrenzt, während globale Überzeugungen die gesamte Lebensbewältigung umfassen. Die meisten globalen Definitionsansätze lassen sich auf Rotter (1966) zurückführen, der zunächst zwei Attributionsstile des „Locus of Control“ unterscheidet:

- Externale Kontrollüberzeugungen liegen vor, wenn eine Person Verstärkungen und Ereignisse, die eigenen Handlungen folgen, nicht als kontingent zum eigenen Handeln und zu eigenen Charakteristika wahrnimmt, sondern sie als Ergebnis von Glück, Pech, Zufall, Schicksal, als von anderen (mächtigen) Personen kontrolliert oder als unvorhersehbar (aufgrund der hohen Komplexität der Umwelt) wahrnimmt.

- Internale Kontrollüberzeugungen liegen vor, wenn eine Person Verstärkungen und Ereignisse in der personenspezifischen Umwelt, die eigenen Handlungen folgen, als kontingent zum eigenen Verhalten oder zu eigenen Charakteristika wahrnimmt. (zitiert nach Krampen, 1987, S. 111)

Das Gegensatzpaar wird verkürzt auch dahingehend interpretiert, dass sich Menschen grundsätzlich darin unterscheiden, dass sie sich und ihr Leben eher als selbstbestimmt oder als fremdbestimmt verstehen. Levenson (1974) kritisiert die Reduzierung von Rotter auf nur zwei Attributionstendenzen und differenziert die externale Kontrollüberzeugungen in zwei weitere voneinander zu trennende Vorstellungsmuster. Demzufolge wird das Leben durch äußere Einflüsse bestimmt, die durch mächtige Personen bestimmt werden. Diese Kontrollüberzeugung geht mit dem Gefühl der Machtlosigkeit und Abhängigkeit einher. Darüber hinaus gibt es die fatalistische Überzeugung, die auf der Erwartung basiert, dass das Leben durch Glück, Pech, Zufall oder Schicksal bestimmt wird.

Die Forschungsarbeiten von Hohner (1987) und Hoff (1988) erweitern das Konzept um eine zusätzliche Form der Kontrollvorstellung, um die der „interaktionistischen“ Sichtweise. Demnach sehen sich Menschen nicht nur allein als Objekt ihrer Umwelt oder ausschließlich als Subjekt, sondern nehmen Handlungsergebnisse als Folge einer Wechselwirkung zwischen dem gleichzeitigen Einfluss vom Individuum und von Umwelteinflüssen wahr. Sie fanden in einer Studie mit Arbeitnehmer/innen Belege dafür, dass auch die interaktionistische Form existiert.

Hacker (1998) weist auf den Entstehungsprozess von generalisierter Kontrollerwartung hin und vermutet, dass diese erst im Zusammenhang mit den erlebten realen Kontrollmöglichkeiten entsteht. So geht er davon aus, dass erst das Wahrnehmen von Freiheitsgraden zu einer bestimmten Kontrollerwartung führt, so

dass Rückbezüge auf die ausgeübten Tätigkeiten bestehen. So könnten im Laufe von Lebens- und Arbeitserfahrungen Diskrepanzen zwischen dem entstehen, was eine Person an Einflussmöglichkeiten zu besitzen glaubt, und dem ihr zur Verfügung stehenden objektiven Handlungsspielraum (vgl. Hacker & Matern, 1980). Dass sich diese Tendenzen mehr oder weniger stark bei jedem Menschen im Laufe von Lern- und Lebenserfahrung entwickeln, konnten Hoff, Lemper & Lappe (1991) in ihrem Längsschnittsdesign an Beschäftigten zeigen.

Darüber hinaus betont Frese (1978), dass neben den auf den Einzelnen bezogenen Kontrollvorstellungen eine weitere, die „kollektive“ Kontrolle, existiere. Darin geht es um die Vorstellung, dass in einer Gruppe oder Gemeinschaft, Einfluss auf bestimmte Ereignisse genommen werden kann. Voraussetzung für das Ausüben kollektiver Kontrolle ist seiner Meinung nach ein „Mindestmaß“ an subjektiver Kontrollerwartung. Erst dadurch entsteht so etwas wie ein „Bewusstsein der kollektiven Stärke“. Empirische Überprüfungen dieser Annahme ließen sich nicht ermitteln.

Krampen (1987) misst der internalen Kontrollüberzeugung einen höheren Wert für die Lebensbewältigung bei als der externalen. Er bezieht sich dabei auf empirische Befunde, demzufolge internal orientierte Personen psychisch stabiler und eher zur Selbstaktualisierung fähig, in ihrem Urteilsverhalten unabhängiger, weniger aggressiv und dogmatisch sind sowie schneller und besser lernen. Dafür sind sie altruistischer als externale Personen. Allerdings zeigen Befunde von Borges u.a. (1980), dass hohe Internalität ebenso wie hohe Externalität mit äußerst unrealistischen Erwartungen korrelieren. Aufgrund der uneindeutigen Forschungsergebnisse schlägt Hohner (1987) vor, dass die Einschätzung der Güte von Kontrollüberzeugungen zielführender sei, wenn sie sich an der Realitätsangemessenheit der Erwartungseinschätzungen orientierte. Unterschiedliche Situationen könnten einer Varianz von inneren und äußeren Einflüssen ausgesetzt sein, so dass die Einschätzungen von Situation zu Situation entsprechend unterschiedlich ausfallen können. Gleichwohl scheint aber auch „illusionäre Kontrolle“, also der Glaube, Kontrolle ausüben zu können, obwohl sie objektiv nicht vorhanden ist, sowie der Verzicht an Kontrolle in bestimmten Situationen durchaus einen positiven Einfluss auf das Bewältigungsverhalten in bestimmten Situationen haben (vgl. im Überblick Osnabrügge, Stahlberg & Frey, 1985).

Die *Kompetenzerwartung*, auch Selbstwirksamkeitserwartung (Bandura, 1986) genannt, bezeichnet den Glauben an die eigenen Fähigkeiten, Situationen meistern zu können. Es handelt sich um ein aufgabenspezifisches Selbstvertrauen im Umgang mit den wahrgenommenen Anforderungen. Es geht hierbei ausdrücklich um die subjektiv erlebte Verfügbarkeit von Bewältigungsoptionen, ohne dass eine notwendige Übereinstimmung mit den objektiven Handlungsressourcen vorhanden sein muss. In neueren Veröffentlichungen wird die erlebte Selbstwirksamkeit deshalb auch als eine Form des Optimismus gesehen (Bandura, 1997; Schwarzer, 1999).

Es wird vermutet, dass eine niedrige Kompetenzerwartung, die u.U. mit einer Unterschätzung der eigenen Fähigkeiten einhergehen kann, eher mit Einschränkungen in der Entscheidungsfindung und Handlungsausführung verbunden ist (Schwarzer, 1992). Ähnliche Zusammenhänge lassen sich bei der erlernten Hilflosigkeit finden, die entsteht, wenn Menschen die Folgen ihrer Handlungen als nicht kontingent erleben (Seligman, 1983). Schwarzer (1992) vermutet, dass eine leichte Überschätzung der Kompetenzerwartung durchaus hilfreich für die Lebensbewältigung sein könnte. Werden diese jedoch zu stark, könnte dies zu unrealistischen Situationseinschätzungen führen. Dies wiederum könnte Fehlentscheidungen und Fehlhandlungen auslösen.

Die Kompetenz- bzw. Selbstwirksamkeitserwartung einer Person stellt im Handlungsphasenmodell eine wichtige Variable dar. Sie ist sowohl Determinante des Handelns als auch Moderator in der Wirkung der Zielsetzung auf das Handeln. Nach Nerdinger (1995) hat sie einen erheblichen Einfluss auf alle motivationalen und volitionalen Phasen des oben beschriebenen Rubikon-Modells: *„Selbstwirksamkeit beeinflusst die Wahl in Entscheidungssituationen, die Aspirationen in Leistungssituationen, die mobilisierte Energie in einer Leistungsaufgabe, die Ausdauer angesichts von Schwierigkeiten und Rückschlägen, den erlebten Streß beim Versuch, mit Anforderungen aus der Umwelt zurecht zu kommen und die Anfälligkeit der Depression als Folge des Scheiterns in Leistungsaufgaben“* (S. 116).

Bereits bei der Auswahl von Situationen werden sich Personen mit hoher bzw. niedriger Kompetenzerwartung unterscheiden. Wenn eine Person glaubt, einer Situation nicht gewachsen zu sein, wird sie diese eher vermeiden. Hingegen glauben Menschen mit einer hohen Kompetenzerwartung, dass sie über angemessene Handlungsressourcen verfügen und einer kritischen Situation eher aktiv oder gar herausfordernd gegenüber stehen können. Darüber hinaus kann die Kompetenzerwartung das Ausmaß der Anstrengung und die Ausdauer, mit der Handlungsanforderungen begegnet wird, bestimmen. Ein erfolgreicher Handlungsausgang kann die erlebte Kompetenzerwartung stärken, wobei es darauf ankommt, ob das Zustandekommen des Erfolgs als Folge eigener Fähigkeiten bzw. Anstrengungen interpretiert wird.

Des Weiteren wird vermutet, dass enge Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß der erlebten Selbstwirksamkeit und der Art und Weise, wie jemand Handlungsergebnisse eigenen Fähigkeiten oder äußeren Umständen zuschreibt, bestehen. Schwarzer & Jerusalem (1988) vermuten, dass Personen mit hoher Selbstwirksamkeitserwartung dazu tendieren, Erfolg eigenen Fähigkeiten zuzuschreiben. Misserfolg hingegen nicht auf Unfähigkeit, sondern auf eine Reihe anderer Faktoren zurückzuführen. Personen mit niedriger Selbstwirksamkeit attribuieren ihren Misserfolg auf fehlende Begabung, ihren Erfolg aber sehen sie als Folge anderer Faktoren (z.B. Aufgabenleichtigkeit, Anstrengung). Die Autoren gehen des Weiteren davon aus, dass niedrige Selbstwirksamkeit mit selbstabwertenden Kognitionen einhergehen.

Anzunehmen ist, dass Kontroll- und Kompetenzerwartungen ebenfalls einen Einfluss auf partizipative Handlungsweisen haben. Wiendieck (1994) beispielsweise vermutet, dass unterschiedliche Reaktionen von Mitarbeiter/innen bei einer Handlungsspielraumerweiterung auf unterschiedliche motivationale und kontrolltheoretische Einflussgrößen zurück geführt werden können. Demzufolge reagieren diejenigen mit Ängsten und einer absichernden Vermeidungshaltung, *„deren Handlungsmotivation eher durch die Vermeidung von Mißerfolg als die Suche nach Erfolg bestimmt war, deren Gestaltungswillen durch eine lageorientierte Beharrungstendenz behindert wurde und die überdies zu einem externalen Attributionsstil neigen (...). Sie würden lieber nichts als etwas Falsches tun, für das man dann noch obendrein die Verantwortung übernehmen muß.“* (Wiendieck, 1994, S. 200)

Überzeugende Überprüfungen zu den Zusammenhängen zwischen Kontroll- und Kompetenzerwartungen sowie betrieblichem Engagement bzw. Partizipation stehen sicherlich noch aus. Zwar konnte Hohner (1982) in einer Fragebogenstudie mit 329 Arbeitern zeigen, dass internale Kontrollüberzeugungen eher mit einem betriebspolitischen Engagement (z.B. Gewerkschaftszugehörigkeit, Teilnahme an gewerkschaftlichen Veranstaltungen oder politische Informiertheit) einhergehen. Allerdings zeigt sich in der Arbeit von Mengering (1992), dass Formen unkonventionellen

politischen Beteiligungsverhaltens sowohl mit internalen als auch externalen Kontrollvorstellungen einhergehen. Unterschiede in der politischen Aktivität ließen sich in seiner Arbeit am deutlichsten durch das „Selbstkonzept eigener politischer Fähigkeiten“ vorhersagen. Die Items dieser Skala beziehen sich auf die Selbstwahrnehmung eigener politischer Fähigkeiten und deren Situations-Handlungs-Erwartungen (Beispielitem: „*Die Teilnahme an Diskussionen über politische Themen fällt mir leicht.*“ Krampen, 1986, S.132). Sie sind eher mit dem Konzept der Selbstwirksamkeit und weniger mit dem der Kontrollerwartung vergleichbar.

Schwarzer & Schmitz (1999) überprüften in einer Längsschnittuntersuchung den Einfluss der Selbstwirksamkeit auf das berufliche Handeln von Lehrer/innen. Das Besondere an dieser Untersuchung ist, dass neben Skalen zur allgemeinen und berufsbezogenen Selbstwirksamkeit auch *kollektive* Selbstwirksamkeitsmaße berücksichtigt worden sind. Letztere werden gemessen, indem auf der individuellen Ebene nach der Bewältigungskompetenz der Bezugsgruppe (Lehrerkollegium) gefragt wird. Das Konstrukt soll die Einschätzung der überindividuellen Handlungskompetenz einer Gruppe ausdrücken. Die Autoren nehmen an, dass Lehrer/innen, die Vertrauen in die Fähigkeiten und Kapazitäten des Kollegiums haben, eher und besser Herausforderungen meistern können als Personen, die weniger kollektive Selbstwirksamkeit erleben. Es wurden ca. 300 Lehrer/innen an 10 Schulen in verschiedenen Bundesländern befragt, die sich an einem Schulreformprojekt beteiligten. Der Studie zufolge gelingt es selbstwirksamen Lehrer/innen eher erfolgreich zu unterrichten, Schülerleistungen zu erhöhen, sich hohe pädagogische Ziele zu setzen und diese auch zu verfolgen und zudem auch in ihrer Freizeit sich zu engagieren, als dies ihre wenig selbstwirksamen Kolleg/innen können, die zudem auch mehr berufliche Belastungen wahrnehmen. Die erlebte kollektive Selbstwirksamkeit scheint darüber hinaus ein guter Prädiktor für die Entwicklung des beruflichen Ausbrennens (Burn-out) zu sein. Die Entstehung von Burn-out konnte in dieser Längsschnittstudie über Jahre hinweg durch die Selbstwirksamkeitserwartung vorhergesagt werden. Bei der Verteilung von Differenzen über die Schulen hinweg zeigten sich jedoch deutliche schulspezifische Ausprägungen, die den Einfluss von objektiven Bedingungen vermuten lassen. Wenn von einem Zusammenhang zwischen dem objektiven Handlungsspielraum und der subjektiven Kompetenzeinschätzung ausgegangen werden kann, so könnte in diesem Befund ein Hinweis auf die von Wilpert (1998) geäußerte Vermutung liegen, dass mangelnde Einflussmöglichkeiten Burn-out begünstigen (vgl. Kap. 3.3.2).

Es soll hier aufgezeigt werden, dass die individuelle Einschätzung der Selbstwirksamkeits- und Kontrollerwartung einen Einfluss auf motivationales (berufliches) Handeln haben kann. Hohe interne Kontrollerwartungen und hohe Selbstwirksamkeitseinschätzung scheinen eher mit aktiven Handlungsmustern zu korrelieren. Im Gegensatz dazu scheinen externale/fatalistische Erwartungen und geringe Selbstwirksamkeit mit eher geringen Handlungskompetenzen zusammenzuhängen. Zu vermuten ist deshalb, dass auch partizipative Handlungen eher mit internalen Kontrollerwartungen zusammenhängen, was allerdings empirisch nicht eindeutig belegt ist. Erste Hinweise darauf, dass es sich bei der Ausprägung der individuellen Kontrollerwartungen um Sozialisationsprozesse handelt, die auch von objektiven Handlungsbedingungen abhängen, wurden diskutiert. Untersuchungen darüber, ob Partizipation mit hoher Selbstwirksamkeit korreliert, konnten nicht erschlossen werden. Anzunehmen ist jedoch, dass Selbstwirksamkeit eine Voraussetzung bilden kann, die mit dem Vorhandensein von objektiven Handlungsspielräumen interagiert (vgl. auch Kap. 3.3.1.2). Dies zeigt erneut, wie wichtig die Betrachtung der

Wechselbeziehung von subjektiven und objektiven Voraussetzungen von Partizipation ist.

Da die Beteiligung an einem Gesundheitszirkel nicht nur als partizipatives sondern auch als gesundheitsbezogenes Handeln betrachtet werden kann, sollen im Folgenden Kapitel die Determinanten des Gesundheitsverhaltens erläutert werden.

4.2 Gesundheitsbezogenes Handeln

In diesem Kapitel werden die theoretischen Überlegungen vorgestellt, die erklären, warum jemand etwas für seine Gesundheit tut. Dazu hat es bereits viele Modellvorstellungen gegeben, von denen vor allem die sozial-kognitive Theorie zum gesundheitsbezogenen Handeln von Schwarzer (1992) skizziert wird. Des Weiteren wird auf den Stressbewältigungsprozess und dessen Zusammenhang mit gesundheitsbezogenem Handeln näher eingegangen.

4.2.1 Erklärungsansätze zum Gesundheitsverhalten

Generell wird davon ausgegangen, dass es sich beim Gesundheitshandeln um eine aktive Auseinandersetzung der Person mit der Umwelt handelt. Dabei spielen bisherige Erfahrungen mit gesundheitlichen Problemen ebenso eine Rolle, wie das Aktivieren von gesundheitsbezogenen Kognitionen und situative Einflussgrößen. Nach Schwarzer (1992) ist das Gesundheitsverhalten dasjenige Verhalten, welches Auswirkungen auf die *körperliche* Gesundheit hat. Unterschieden werden Verhaltensweisen, die die Gesundheit fördern bzw. erhalten und solche die die Gesundheit schädigen – auch Risikoverhaltensweisen genannt. Als gesundheitsförderliche Verhaltensweisen werden beispielsweise gute Ernährung oder Sport betrachtet, gesundheitsschädliches Verhalten wird vor allem auf der Ebene des Rauchens oder des Alkoholgenusses erforscht.

Angelehnt an die bekanntesten Modelle zur Beschreibung und Erklärung von Gesundheitsverhalten wie das Health-Belief-Modell (Rosenstock, 1966), die Theory of Reasoned Action (Ajzen & Fishbein, 1980) und deren Weiterführung, die Theory of Planned Behavior (Ajzen, 1985, 1988) entwickelte Schwarzer (1989, 1992) in einem ersten Schritt das sozial-kognitive Handlungsmodell zum gesundheitsbezogenen Handeln, welches später durch das „Berliner Prozessmodell gesundheitlichen Handelns“ oder auch Health Action Process Approach (HAPA) genannt, abgelöst wurde (Schwarzer, 1999). Die Ansätze des Health-Belief-Modells und der Theory of Planned Behavior wurden in der Forschergruppe um Schwarzer weiterentwickelt und zu einer umfassenden Theorie eingebettet. Im Folgenden wird detailliert auf das HAPA Modell eingegangen, welches bereits empirisch erprobt und bestätigt worden ist (Renner & von Lengerke, 1996; Satow & Schwarzer, 1997; Schwarzer & Renner, 2000). Schwarzer (1992) und Fuchs (1994) räumen zwar ein, dass empirische Ergebnisse der ersten Modellvorstellungen einen gewissen Erklärungswert für gesundheitsbezogene Verhaltensweisen haben, kommen aber zu dem Schluss, dass alle Modelle Lücken aufweisen, um das Gesundheitsverhalten befriedigend erklären zu können. Schwarzer erweitert die bisherigen Vorstellungen durch die Annahme, dass die Intention allein das Verhalten nicht erklären kann. Vielmehr vermutet er zusätzliche Einflussfaktoren, die die Realisierung von gesundheitsbezogenen Handlungen deutlicher vorhersagen könnten. Solche Einflussgrößen wurden zwar in den bisherigen Modellen vor allem dann erwähnt,

wenn die empirischen Ergebnisse nicht die gewünschten Effekte aufzeigten, blieben aber in den anfänglichen Theoriemodellen zu wenig berücksichtigt. Schwarzer (1992) betonte daraufhin neben dem motivationalen auch den *volitionalen* Prozess, der für die tatsächliche Umsetzung und Aufrechterhaltung von gesundheitsbezogenem Handeln verantwortlich sein soll, und verbindet damit die wesentlichen Befunde bisheriger Forschungsergebnisse.

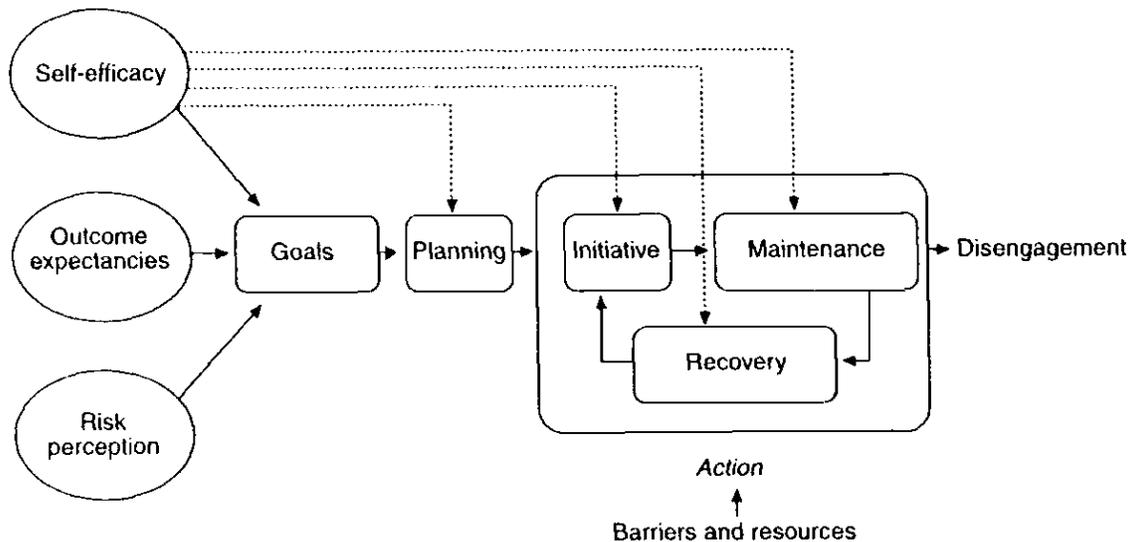


Abbildung 2: Das HAPA-Modell (aus: Schwarzer, 1999, S. 118)

Gemäß dem HAPA-Modell wird laut Schwarzer (1999) die Bildung der Intention bzw. Zielstellung (Goals) zum gesundheitsbezogenen Handeln durch eine Reihe von Erwartungseinschätzungen beeinflusst. Eine bedeutende Rolle spielt dabei die Einschätzung der subjektiven Gesundheitsbedrohung, der sogenannten Risikowahrnehmung (Risk perception), d.h. inwieweit sich jemand in seiner Gesundheit durch ein bestimmtes Verhalten bzw. Unterlassens von Verhaltensweisen bedroht sieht. In Abgrenzung zu einer früheren Auffassung, kann mit dem HAPA-Modell davon ausgegangen werden, dass Menschen auch dann nach gesundheitsgerechten Zielen streben, wenn sie keine gesundheitlichen Risiken wahrnehmen. Demzufolge lässt sich gesundheitsbezogenes Handeln nicht nur aus einer für die Person als bedrohlich eingeschätzten Situation heraus erklären, sondern auch durch den Wunsch nach einem gesundheitsgerechten Leben. Mit dieser Annahme kann davon ausgegangen werden, dass nicht mehr nur Gesundheitsprävention, sondern auch Gesundheitsförderung Triebfeder des Handelns sein kann.

Einen Hinweis für diese Überlegungen könnten bereits die Forschungsergebnisse von Fuchs (1994) erbracht haben. Der Autor geht von einem bereichsspezifischen Änderungsdruck aus, der die Handlungsintention nicht ausschließlich auf die Wahrnehmung und Bewältigung von Bedrohung reduziert. Das Konstrukt des bereichsspezifischen Änderungsdrucks beinhaltet in Form von Risikokognitionen zwar auch eine Komponente der Bedrohlichkeit, ist aber durch das Empfinden einer Ist-Soll-Diskrepanz spezifischer Aspekte der eigenen Lebenslage (z.B. soziale, emotionale oder körperliche Aspekte) ergänzt worden. Demnach können bedrohliche, unangenehme Situationen, aber auch Lebenslagen mit denen man unzu-

frieden ist, zu einem gesundheitsförderlichen Handeln führen. Bei einer empirischen Überprüfung stützte sich der Autor auf das Modell des geplanten Verhaltens (Theory of Planned Behavior) und addierte den Änderungsdruck als eine zusätzliche Determinante der Handlungsintention. Anhand umfangreicher Felddaten zum Essverhalten konnte er zeigen, dass der Änderungsdruck einen zusätzlichen Vorhersagewert für die Erklärung der Intentionsvarianz leistete.

Weitere Determinanten für die Intentionsbildung liegen den Annahmen des HAPA-Modells zufolge zum einem in der Ergebniserwartung (Outcome expectation), die auch als Handlungswirksamkeit bezeichnet wird. Sie spiegelt wieder, welches Ergebnis durch bestimmte Handlungen, z.B. das Rauchen aufzugeben, erwartet werden kann. Schließlich nennt Schwarzer die Kompetenzerwartung (Self-efficacy), die der Selbstwirksamkeit nach Bandura (1997) entspricht, die nicht nur einen Einfluss auf die Zielstellung gesundheitsbezogenen Handelns haben soll, sondern die auf den gesamten Prozess der Handlungssequenzen moderierend einwirkt. Demzufolge wirkt sich der Glaube daran, kompetent eine Handlung ausführen zu können, positiv auf die Intentionsbildung und auf die Handlungsrealisierung aus (vgl. auch vorheriges Kapitel).

Die Volition des Gesundheitsverhaltens wird entsprechend den Vorstellungen des Handlungsphasenmodells (Heckhausen, 1989) in kognitive, handlungsbezogene und situative Ebenen voneinander unterschieden (vgl. Kap. 4.1.1). Volition wird von Schwarzer (1992) nicht einfach gleichgesetzt mit Willensstärke, sondern ist Sammelbegriff für alle handlungsbezogenen Kognitionen vor, während und nach einer Handlung, die die Ausdauer und Anstrengung bestimmen. Die beabsichtigte Handlung wird dann im Detail geplant, wenn ein Vorsatz dafür besteht. Der Kompetenzerwartung wird auch in der Planungsphase (Planning) und der darauffolgenden aktionalen Phase (Action) eine wesentliche Rolle beigemessen. Danach wird eine Handlung nur dann initiiert bzw. unterlassen, wenn man es sich zutraut, diese auch umzusetzen und dabei bleiben zu können, z.B. eine bestimmte Diät einzuhalten. Während der aktionalen Phase findet ständig eine Handlungsausführungskontrolle statt, in der es darum geht, die Intention und die Handlung vor Störfaktoren zu schützen. Dabei werden Metakognitionen gebildet, die den Handelnden dazu bringen, den „Roten Faden“ nicht zu verlieren. Es werden dazu auch „Durchhalteparolen“ aktualisiert, um eine mögliche Handlungsaufgabe (Disengagement) zu verhindern. Auch in dieser Phase wird der Wirkung der Kompetenzeinschätzung ein hoher prädiktiver Wert für die Ausübung von Gesundheitsverhalten beigemessen, der sich bereits empirisch bestätigte (Schwarzer, 1999).

Schon in seinen früheren Arbeiten betonte Schwarzer (1992) als weitere Einflussgrößen auf die Handlungsplanung und –ausführung objektive Faktoren (Barriers and resources). Neben den subjektiven Fertigkeiten zur Ausübung einer Handlung¹⁰, sind es auch die situativen Gegebenheiten und das Vorhandensein von Ressourcen, insbesondere die soziale Unterstützung, die eine Handlung begünstigen können. Je günstiger diese Bedingungen ausfallen, desto leichter wird die Handlungsplanung

¹⁰ Ein generelles Hindernis bei der Ausübung gesundheitsbezogenen Handelns liegt beispielsweise in der Tatsache, dass der Effekt oder Gewinn der Handlung oft erst in weiter Zukunft liegt, und kurzfristigen Zielen gegenüber langfristigen der Vorzug gegeben wird. Die Fähigkeit zum Belohnungsaufschub begünstigt ein Gesundheitsverhalten, dass erst nach längerer Zeit die gewünschten Effekte zeigt (Schwarzer 1992; Fuchs u.a. 1989).

und -realisierung. Soziale Netzwerke können einen positiven wie negativen Einfluss haben und darüber hinaus kann die Handlung entweder gesundheitserhaltend oder gesundheitsschädigend sein. So könnte z.B. bei jemandem, der eine bestimmte Diät einhalten möchte und die ganze Familie dabei mit einbezieht, das soziale Netzwerk einen positiven Einfluss haben. Andererseits wird es jemandem schwer fallen auf Alkohol zu verzichten, wenn in der sozialen Umwelt Alkohol zum gemütlichen Beisammensein gehört. Empirische Befunde über die genauen Wirkungsweisen von sozialer Unterstützung auf das Gesundheitsverhalten stehen allerdings noch aus (Schwarzer & Leppin, 1997).

Bislang zu wenig berücksichtigt in dem Modell von Schwarzer sind die gesundheitsbezogenen Kontrollüberzeugungen, die ebenfalls einen Einfluss auf die Ausübung gesundheitsbezogener Handlungen haben sollen (Ferring & Phillip, 1989; Lohaus & Schmitt, 1989). Das Ausmaß, in dem eine Person glaubt, Einfluss auf ihre Gesundheit bzw. Krankheit nehmen zu können, wurde vor allem im medizinischen Bereich empirisch überprüft. Dort wird u.a. untersucht, in welchem Zusammenhang gesundheitsbezogene Kontrollüberzeugung zur Gesundheitsvorsorge bzw. zur Unterstützung des eigenen Genesungsprozesses (Patientencompliance) steht. Studien zeigen beispielsweise, dass internale Kontrollüberzeugungen positiv mit selbst initiierten Aktivitäten der Gesundheitsvorsorge korrelieren (z.B. Volle & Wiedebusch, 1988), während Personen mit sozialer Externalität eher geneigt sind, therapeutische Anweisungen zu befolgen und Arzttermine einzuhalten (Lohaus & Schmitt, 1989). Janssen (2001) stellte in einer bundesweiten Befragung mit 2500 Bürger/innen einen Zusammenhang zwischen einer niedrigen internalen gesundheitsbezogenen Kontrollerwartung und der sozialen Schicht fest. Seiner Meinung nach sollten Gesundheitsförderungsmaßnahmen bei dieser Bevölkerungsgruppe nicht nur der eigenen Verantwortung überlassen bleiben.

Insgesamt lässt sich sagen, dass Gesundheitsverhalten vor allem anhand verschiedener subjektiver Erwartungseinschätzungen erklärt wird, die zum Teil empirisch bestätigt worden sind. Viele der bisherigen Untersuchungen zu den Determinanten des gesundheitsbezogenen Handelns fanden allerdings außerhalb der Arbeitswelt statt. Offen ist demzufolge, ob und inwieweit die hier beschriebenen Wirkzusammenhänge des Gesundheitsverhaltens für die Vorhersage von gesundheitsbezogenen Handlungen am Arbeitsplatz, insbesondere unter Berücksichtigung der betrieblichen Rahmenbedingungen, Gültigkeit haben. Schwarzer (1999) vermutet aber gerade bei der Initiierung und Ausübung einer Handlung situative Barrieren und Ressourcen, die einen moderierenden Effekt haben können. Diese dürften am Arbeitsplatz eine größere Rolle spielen als in der Freizeit. Um die Möglichkeiten und Grenzen gesundheitsbezogener Handlungsweisen in Unternehmen besser diskutieren zu können, sollen im nächsten Kapitel weitere Erkenntnisse aus der arbeitspsychologischen Stressforschung berücksichtigt werden.

4.2.2 Stressbewältigungsprozess und Gesundheitsverhalten am Arbeitsplatz

Stresswahrnehmung und -bewältigung wird als ein kognitiv-transaktionaler Prozess verstanden (Lazarus & Launier, 1981), in dem äußere und innere Ereignisse von der Person wahrgenommen und anhand der Gegenüberstellung der Anforderungen aus der Umwelt und der Einschätzung von Ressourcen bewertet werden. Der subjektiv erlebte Stress ist in der Person-Umwelt-Transaktion das Ergebnis einer Machtba-

lance zwischen den situativen Anforderungen und den individuellen Ressourcen (Schwarzer, 1981). Dieser Sachverhalt wird in der folgenden Abbildung anschaulich dargestellt.

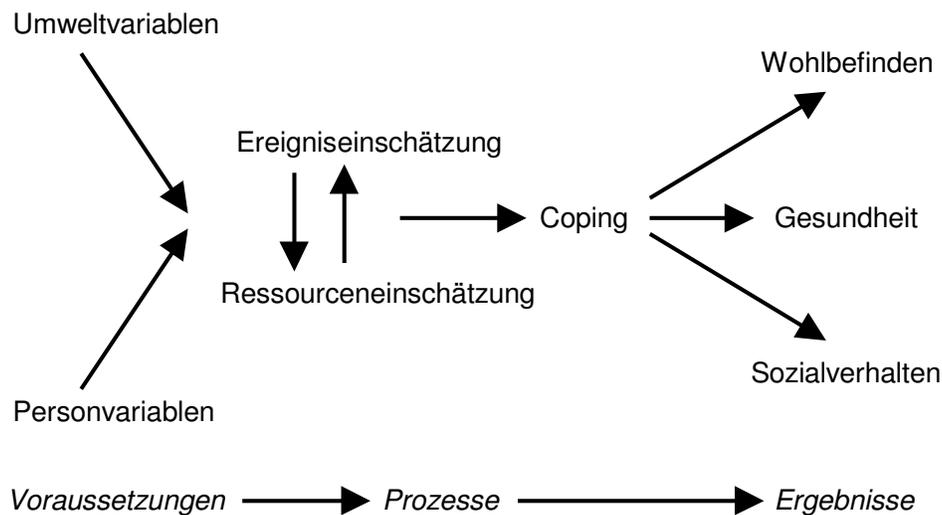


Abbildung 3: Stress und Coping aus transaktionaler Perspektive (aus: Schwarzer, 1992)

Nach Lazarus und Launier (1981) erfolgt beim Auftreten eines Ereignisses eine primäre Einschätzung (primary appraisal), die darüber entscheidet, ob ein Ereignis (a) irrelevant, (b) angenehm positiv oder (c) stressrelevant ist. Wird ein Ereignis als irrelevant beurteilt, so hat dies keine Auswirkungen auf das Wohlbefinden der Person. Ein Ereignis, das günstig bzw. positiv bewertet wird, erfordert von der Person keine Anpassungs- oder Bewältigungsbemühungen, sondern führt eher zu einem Gefühl der Sicherheit. Schätzt die Person ein Ereignis als stressrelevant ein, resultieren daraus drei weitere Möglichkeiten: Stellt die Situation (1) eine Schädigung bzw. Verlust, (2) eine Bedrohung oder (3) eine Herausforderung dar. Situationen, die als bedrohlich oder herausfordernd wahrgenommen werden, beziehen sich auf Ereignisse in der Zukunft, deren Ausgang ungewiss ist. Schwarzer (1992) sieht in der Einschätzung der Bedrohung eine Parallele wie sie auch für das Gesundheitsverhalten relevant ist. Schädigung bzw. Verlust beziehen sich auf ein Ereignis, das in der Vergangenheit liegt und zu ganz anderen Emotionen und Bewältigungsmustern führt.

Mit der Einschätzung der Situationsanforderungen sowie der vorhandenen Ressourcen beginnt bereits die Stressbewältigung, aus der die Bewältigungsmöglichkeiten (secondary appraisal) abgeleitet werden. Ressourcen und deren Wahrnehmung sind entscheidend für den weiteren Prozess. Hier weist Schwarzer (1992) erneut auf die Bedeutung der Selbstwirksamkeit hin. Ein Mangel an subjektiver Verfügbarkeit von Bewältigungshandlungen führt zu Gefühlen der Verwundbarkeit, die Ereignisse stressreicher erscheinen lassen. Die Einschätzung einer stressreichen Situation verläuft umso günstiger, je mehr Ressourcen zur Bewältigung wahrgenommen werden. Aus der Art und Weise der Stresseinschätzungen folgen unterschiedliche Bewältigungsformen. Es wird zwischen emotionsregulierender und problemregulierender Bewältigung unterschieden. Durch Bewältigung wird es jedoch nicht immer möglich sein, den Stress vollständig zu beheben. Unter Umständen werden auch Bewältigungsverhaltensweisen zum Tragen kommen, die zwar kurzfristig für eine Erleichterung sorgen, dafür langfristig erneute Probleme oder Belastungen schaffen.

Beispielsweise Alkohol zu sich zu nehmen, um Spannungsgefühle und Gereiztheit zu lindern.

Die Art und Weise, wie eine Person stressreiche Situationen bewältigt, wird nicht nur Auswirkungen auf die situative Ausgangsbedingung, sondern auch auf die Person haben. Bei nichtadaptiver Problemlösung fallen die Konsequenzen eher negativ aus und können langfristig zu seelischen und körperlichen Beeinträchtigungen oder zur Einschränkung des Sozialverhaltens führen. Schröder & Schwarzer (1997) differenzieren zwischen den folgenden Möglichkeiten als Folge von Stressbewältigungsprozessen: (1) Veränderung des Problemstatus, (2) Regulation der Emotionen, des Selbstwertes und der sozialen Beziehungen, (3) physische Gesundheit und (4) soziale Konsequenzen. Erfolgreiche Bewältigung kann auch anhand der Funktionsfähigkeit im Alltag oder an der Bereitschaft zum präventiven, gesundheitsförderlichen Verhalten gemessen werden.

In der arbeitspsychologischen Stressforschung werden weniger die personenbezogenen, sondern vielmehr die situativen bzw. objektiven (Stress)Bedingungen und die Auseinandersetzung mit diesen betrachtet. Typische Stressoren der Arbeitswelt können nach Mohr & Udris (1997) in verschiedene Bereiche auftreten: Stressoren in der Arbeitsaufgabe oder der zeitlichen Dimension, physikalische oder soziale sowie organisationale Stressoren. Der Umgang mit diesen Stressoren wird verschiedene Bewältigungsformen erforderlich machen, deren Wirkungen entsprechend unterschiedlich ausfallen. Beispielsweise kann Zeitdruck durch schnelles und hektisches Arbeiten kompensiert werden, was die Leistungsvoraussetzungen der Person überfordert und zu Erschöpfung führen kann. Organisatorische Probleme, verursacht durch Störungen im Arbeitsablauf und mangelnder Information, führen häufig zu zusätzlichem Handlungsaufwand, was zu Ärger über die vermeidbaren Belastungen führen kann. Empirische Ergebnisse haben mehrfach belegt, dass Stressoren in der Arbeitswelt zur Beeinträchtigung der Gesundheit einer Person und deren Handlungsfähigkeit führen können (z.B. Greif u.a., 1991).

Grundsätzlich erscheint demnach die Beteiligung an einem Gesundheitszirkel als eine mögliche Form der Stressbewältigung am Arbeitsplatz, da dort Belastungen thematisiert und Formen der Bewältigung gefunden werden können. Wird ein Zirkel als ein Forum betrachtet, in dem Lösungen für die eigenen Belastungen gefunden werden können, wäre eine Teilnahme daran naheliegend. Aufgrund der geschilderten Zusammenhänge führt Stress allerdings auch zu einer Beeinträchtigung der Handlungsfähigkeit, die wiederum eine Zirkelbeteiligung verhindern könnte. Vermutlich wird Partizipation am Gesundheitszirkel tatsächlich nur von denen in Anspruch genommen, die zu einer positiven Ressourceneinschätzung kommen. Ressourcen können sowohl in der Person selbst erlebt werden als auch am Arbeitsplatz. Als personale Ressource wird, wie bereits erwähnt, vor allem die Einschätzung der Selbstwirksamkeit gesehen.

Am Arbeitsplatz haben sich besonders zwei Merkmale als wichtige Ressourcen herausgestellt, die den Stressbewältigungsprozess günstig beeinflussen. Es sind der Handlungs- bzw. Entscheidungsspielraum (z.B. Frese, 1989) sowie die soziale Unterstützung (z.B. Udris, 1989). Handlungsspielraum und soziale Unterstützung können innerhalb des gesamten Stressbewältigungsprozesses unterschiedliche Effekte bewirken. Es gibt einen direkten positiven Effekt von ausreichendem Entscheidungsspielraum auf das Stresserleben (z.B. Hacker, 1986; Frankenhäuser, 1986). Während Entscheidungsspielraum Stress erst gar nicht entstehen lässt, kann sein Fehlen Stress erzeugen. Darüber hinaus führen Interaktionseffekte zwischen Stressoren und Kontrolle dazu, dass ein vorhandener Kontrollspielraum eine bessere

Bewältigung der Belastungen zulässt und deren Stressreaktionen vermindern kann (z.B. Karasek, 1979; Frese & Semmer, 1989; Semmer, 1990). Beschäftigte, die stark belastet sind und denen zudem wenig Handlungsspielräume zur Verfügung stehen, berichten den Untersuchungen von Karasek & Theorell (1990) zufolge über starke Erschöpfungsgefühle, depressive Zustände sowie Schlafstörungen und Nervosität. Sie haben einen dreimal höheren Konsum von Schlaf- und Beruhigungsmitteln als unbelastete Kolleg/innen und eine zweimal höhere Abwesenheitsrate. In einer Studie von Nijhuis & Smulders (1996) konnte hingegen gezeigt werden, dass mangelnde Kontrollmöglichkeit einen höheren Zusammenhang zu Fehlzeiten aufweist als zu den erlebten Gesundheitsbeschwerden.

Die Bedeutung von sozialer Unterstützung wurde bereits im Zusammenhang mit gesundheitsbezogenen Verhaltensweisen erläutert (vgl. Kap. 4.2.1). Die Mechanismen der sozialen Unterstützung im Stressbewältigungsprozess werden ähnlich denen des Kontrollspielraums vermutet. Möglichkeiten zu sozialem Austausch und zur Kommunikation haben einen direkten positiven Effekt auf das Wohlbefinden von Personen. Darüber hinaus können Kolleg/innen, Partner oder auch Vorgesetzte Stress abfedern (Schwarzer & Leppin, 1989). Sind aber die Möglichkeiten zur Stressbewältigung am Arbeitsplatz beschränkt, beispielsweise weil soziale Unterstützung an einem isolierten Arbeitsplatz nicht eingeholt werden kann, bleibt oft nur ein „Durchhalten“, was wiederum das Aufkommen von Risikoverhaltensweisen wahrscheinlicher werden lässt.

Frese & Semmer (1991) konnten nachweisen, dass fehlende soziale Unterstützung und niedriger Handlungsspielraum den Zusammenhang zwischen Arbeitsstressoren und psychosomatischer Beschwerden beeinflussen. Demzufolge kann davon ausgegangen werden, dass eine hohe Arbeitsbelastung bei gleichzeitig fehlenden Ressourcen mit ungünstigen Bewältigungshandlungen zusammenhängt. Eher ausgeschlossen werden dabei gesundheitserhaltende und gesundheitsförderliche Verhaltensweisen, z.B. eine Beteiligung am Gesundheitszirkel. Diese Annahme kann auch vor dem Hintergrund einer handlungstheoretisch begründeten Untersuchung unterstützt werden: Greiner & Ducki (1991) vermuten, dass aufgabenbezogene psychische Belastungen risikoreiche Verhaltensweisen geradezu erzwingen könnten. Aufgabenbezogene psychische Belastungen erfordern einen zusätzlichen Bewältigungsaufwand, welcher ein erhöhtes Risiko an psychosomatischen Beschwerden und Gefühlen der Gereiztheit zu leiden, mit sich bringt (Ducki, Leitner & Kopp, 1992).

Im Gegensatz dazu führen positive Arbeitsmerkmale zu günstigen Ausprägungen der Gesundheit, welche auch die Handlungsfähigkeit erhöhen. Nach Gardell (1978) und Karasek (1978) besteht ein Zusammenhang zwischen Komplexität der Arbeitsaufgabe und dem Ausmaß an Freizeitaktivitäten. Ducki & Greiner (1992) diskutieren, dass hohe Arbeitsanforderungen mit einer Entwicklung der Handlungsfähigkeit zusammenhängen könnten, die wiederum ein Bestandteil psychischer Gesundheit darstellt. Aus handlungstheoretischer Sicht ist die Handlungsfähigkeit einer Person u.a. mit der Fähigkeit zur Bildung langfristiger Ziele verbunden. Sie ist auch aus Sicht der Gesundheitspsychologie eine Voraussetzung für die Ausübung gesundheitsförderlicher Handlungen (vgl. vorheriges Kapitel). Demzufolge liegt der Schluss nahe, dass Beschäftigte, welche die Möglichkeit zur Entwicklung ihrer Handlungsfähigkeit besitzen, den Angeboten der Verhaltensprävention und Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz eher aufgeschlossen sind als hoch belastete Personen.

Die wenigen Untersuchungen zur Beteiligung von Beschäftigten an verhaltenspräventiven Maßnahmen im Betrieb liefern erste Hinweise zu den Determinanten gesundheitsbezogener Handlungen am Arbeitsplatz (vgl. Glasgow, McCaul & Fisher, 1993; Wanek, 1996). In einer kritischen Überprüfung von Studien zur Teilnahmebereitschaft an betrieblichen Gesundheitskursen kommen beispielsweise Glasgow u.a. (1993) zu dem Schluss, dass zu der am stärksten vertretenen Zielgruppe von Gesundheitskursen junge, gesunde, motivierte und weibliche Angestellte gehören. Allerdings geben solche soziodemographischen Merkmale wenig Aufschluss über die dahinter liegenden Wirkungszusammenhänge. Dass diese Personen möglicherweise eher nicht belastet sind, lässt sich demzufolge nur vermuten. Die Ergebnisse aus der Studie von Wanek (1996) geben eher Hinweise auf mögliche Zusammenhänge zwischen Arbeitsbelastungen und der Teilnahme an betrieblichen Gesundheitskursen. Der Autor befragte ca. 1000 Beschäftigte eines metallverarbeitenden Betriebes nach ihren gesundheitsförderlichen Aktivitäten innerhalb der Arbeitstätigkeit. Den Ergebnissen zufolge korrelieren die erlebten Umgebungsbelastungen und die Schichtarbeit negativ mit einer Teilnahme an einem Gesundheitskurs (Rückenschule, Ernährung und Stressbewältigung). Es nehmen eher diejenigen an einem Kurs teil, die sich bereits durch Krankheit und Beschwerden belastet fühlen, häufigere Krankheits- und Krankenhaustage sowie eine höhere Anzahl an Arztbesuchen vorweisen. Personen, die sich als gesund bezeichnen, weisen hingegen ein geringes Interesse an Gesundheitsmaßnahmen und eine geringe tatsächliche Kursteilnahme auf. Dieser Befund legt den Schluss nahe, dass unter denen, welche die Kursangebote annehmen, Personen sind, die ihrer Gesunderhaltung mehr Aufmerksamkeit schenken, und diese Sichtweise möglicherweise mit einer erhöhten Gesundheitsbedrohung zusammenhängt. Folglich scheinen die Untersuchungen zur Teilnahme an betrieblichen Gesundheitskursen ein Beleg dafür sein, dass subjektive Gesundheitsbedrohungen ein Prädiktor derselben darstellen könnten. Hingegen scheint eine hohe Arbeitsbelastung Gesundheitsverhaltensweisen eher zu behindern. Mit Sicherheit spielen dabei die wahrgenommenen und objektiven Ressourcen am Arbeitsplatz eine moderierende Rolle.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass bei der Klärung der Voraussetzungen für gesundheitsbezogenes Handeln am Arbeitsplatz sowohl personale als auch organisationale Bedingungen berücksichtigt werden müssen. Bisherige arbeitspsychologische Erkenntnisse weisen darauf hin, dass die erlebte Arbeitsbelastung gesundheitsförderliches Verhalten eher beeinträchtigt. Demgegenüber stehen Befunde der Gesundheitswissenschaften, die subjektive Gesundheitsbedrohung bzw. das Ausmaß eines wahrgenommenen Änderungsdrucks als entscheidend für die Vorhersage von gesundheitsförderlichem Verhalten erklären. Bislang ungeklärt ist jedoch, in welchem Zusammenhang die erlebte Arbeitsbelastung zur subjektiven Gesundheitsbedrohung steht. Eine hohe Arbeitsbelastung lässt zwar das Risiko zu erkranken ansteigen, aber ob damit gleichzeitig die subjektiv wahrgenommene Gesundheitsbedrohung steigt, wäre noch zu überprüfen. Möglicherweise sind diejenigen, die ihre Gesundheit bedroht sehen, auch diejenigen, welche sich unter Belastungen eher gesundheitsgerecht verhalten und damit vor potenziellen Erkrankungen besser schützen können als jene mit einer geringen Gesundheitsbedrohung. Vermutlich spielen auch hier Kompetenz- und Kontrollerwartungen eine moderierende Rolle, indem hohe Erwartungen die Handlungsfähigkeit der Beschäftigten eher begünstigen.

4.3 Entwicklung eines Rahmenmodells zur Erklärung der Beteiligung an Gesundheitszirkeln

In diesem Kapitel sollen die bislang diskutierten theoretischen Ansätze aus der Motivations- und Gesundheitspsychologie sowie der arbeitspsychologischen Stressforschung integriert werden. Bereits in Kapitel 3 wurde erläutert, welches die potenziellen Voraussetzungen und Einflussgrößen einer Beteiligung aus Sicht der Partizipationsforschung sein könnten. Vor dem Hintergrund der im vorherigen Kapitel diskutierten Erklärungsmodelle zum Gesundheitsverhalten am Arbeitsplatz konnten weitere potenzielle Voraussetzungen zur Zirkelbeteiligung in Betracht gezogen werden. Insgesamt ist deutlich geworden, dass die Beteiligung an einem Gesundheitszirkel als betriebliches *und* als gesundheitsförderliches Handeln verstanden werden muss. Die Motivation zur Beteiligung geht demzufolge auf unterschiedliche Handlungsbegründungen zurück, wie sie in der Abbildung 4 dargestellt werden.

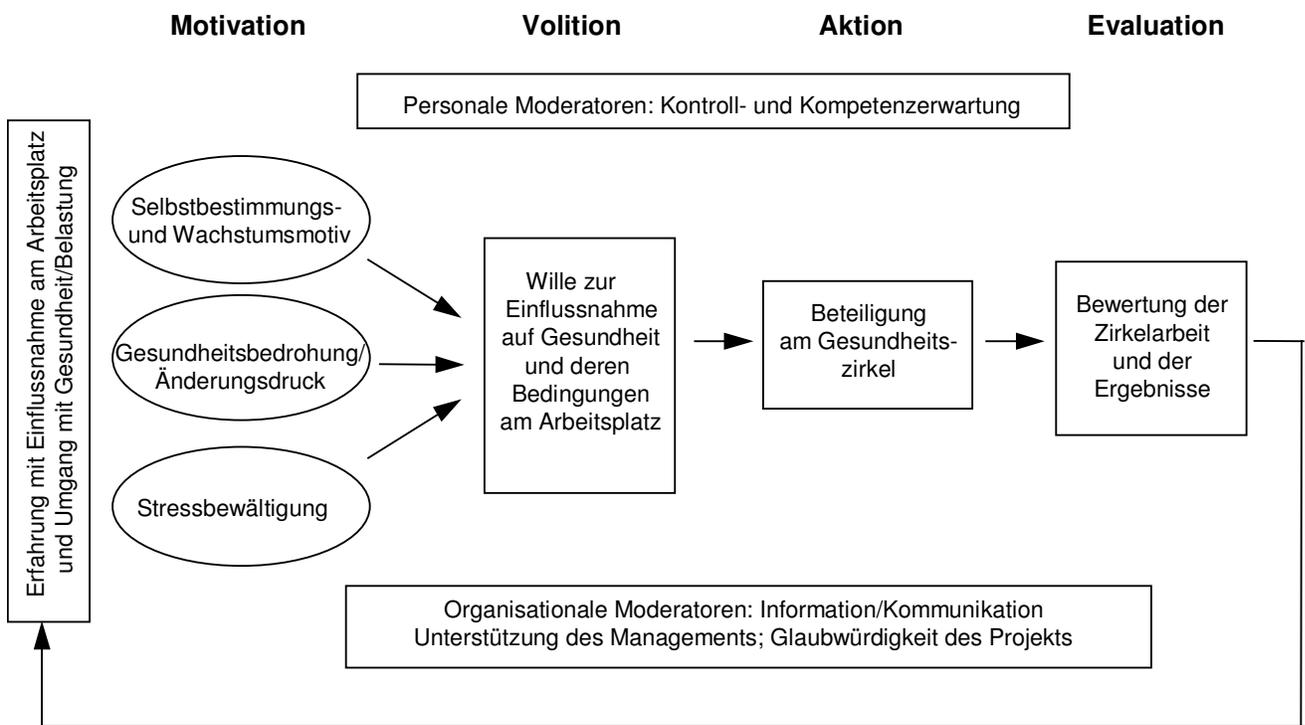


Abbildung 4: Modell zur Erklärung von Beteiligung an Gesundheitszirkeln

Sowohl im motivationspsychologischen Handlungsphasenmodell als auch im HAPA-Modell zur Erklärung von Gesundheitsverhalten wird der volitionale Prozess als maßgeblich für die Handlungsinitiierung beschrieben (vgl. Kap. 4). Die positive Einschätzung der Selbstwirksamkeit sowie eine internale Kontrollüberzeugung wirken dabei nicht nur auf die volitionale sondern auch auf die aktionale Phase. Beispielsweise werden sich vermutlich diejenigen beteiligen, die den Gesundheitszirkel als Chance für die Einflussnahme am Arbeitsplatz betrachten und glauben, dabei etwas für die eigene Gesundheit tun zu können. Auf diese Weise könnte der Zirkel auch als Möglichkeit zur Stressbewältigung angenommen werden (vgl. Kap. 4.2.2).

Ob sich jemand an einem Gesundheitszirkel beteiligt, ergibt sich demnach aus einem Wahl- und Entscheidungsprozess, der sich sowohl auf Handlungsbegründungen zur Partizipation als auch auf gesundheitsbezogenen Intentionen bezieht. Die Intention zur Zirkelbeteiligung kann demzufolge aus der Motivation der Gesundheitsprävention, Stressbewältigung, aber auch aufgrund von Selbstbestimmungs- und Wachstumsmotiven entstehen. Die Zielintention, also der Wunsch nach Einflussnahme, könnte auf verschiedenen Motivationslagen aufbauen. Eine Beteiligung am Gesundheitszirkel lässt sich demzufolge durch eine Vielzahl von motivierten Handlungen erklären. Wie in Abbildung 4 veranschaulicht, können sich in der Zirkelbeteiligung partizipativ, präventiv oder bewältigungsorientiert intendierte Handlungen ausdrücken.

Die Entscheidung für oder gegen eine Zirkelbeteiligung wird vor dem Hintergrund der Erfahrung mit Einflussnahme am Arbeitsplatz getroffen. Demzufolge wird sich vermutlich jemand eher zur Beteiligung ermutigt fühlen, der bereits an einer partizipativen Kleingruppe teilgenommen hat und/oder glaubt, die Fähigkeit zu besitzen, sich z.B. argumentativ in Diskussionen durchsetzen zu können. Partizipationsungeübte könnten eher Barrieren wahrnehmen, wenn sie sich beispielsweise eine Beteiligung nicht zutrauen oder unsicher sind, was von ihnen erwartet wird (vgl. Kap. 3.3). Ebenso können negative Erfahrungen im Umgang mit Beteiligung eher zu einer ablehnenden Haltung gegenüber einer Partizipation am Gesundheitszirkel führen.

Erfahrungen im betrieblichen Umgang mit gesundheitsbezogenen Fragestellungen können ebenfalls die Sichtweise und Erwartungen an eine mögliche Zirkelmitarbeit beeinflussen. Wurde beispielsweise bereits vor dem Zirkel von jemandem versucht, die eigenen Arbeitsbelastungen ohne Erfolg zu thematisieren, ist es fraglich, ob ein Zirkel als eine weitere Gelegenheit zur Bewältigung von Belastungen genutzt wird. Das bedeutet, dass diejenigen, die bereits gescheiterte Bewältigungsversuche hinter sich haben, möglicherweise einen erneuten Versuch nicht wagen werden und eher Abstand von einer Zirkelteilnahme nehmen. In diesem Sinne sind die subjektiven Bewertungen von Partizipationserfahrungen zugleich Ausgangspunkt erneuter Beteiligung und somit immer Teil motivationaler Handlungen.

In dem oben skizzierten Modell sind ebenfalls die organisationalen Rahmenbedingungen berücksichtigt, die von den Beschäftigten als Anreize für eine Beteiligung wahrgenommen werden können. Gerade für diejenigen, die nicht aus gesundheitlichen Gründen, sondern aus dem Wunsch nach Selbstbestimmung heraus an einem Zirkel partizipieren wollen, könnten die betrieblichen Rahmenbedingungen entscheidende Anreize bieten. Wie in Kapitel 3.2.2 dargestellt, können eine umfassende Information oder ein unterstützendes Management die motivationale Tendenz zum Handeln bekräftigen. Beschäftigte, die die eigenen Vorgesetzten einem Gesundheitszirkel gegenüber eher ablehnend erleben und wenig Informationen darüber erhalten, finden vielleicht nicht den Mut, um gegebenenfalls gegen den Willen des Vorgesetzten aktiv zu werden. Der offene Ausgang von Zirkelarbeit lässt sicherlich eine große Unsicherheit darüber entstehen, inwieweit jemand innerhalb eines Zirkels aktiv werden kann. Entsprechende Informationen oder kommunizierte Einstellungen aus dem Management werden vermutlich einen Einfluss auf den Entscheidungsprozess der Beschäftigten haben. Nicht zuletzt wird auch die Glaubwürdigkeit der Unternehmensleitung und damit das Vertrauen in eine Projektinitiative einen Einfluss darauf haben, ob sich jemand an einem Zirkel beteiligen wird.

5 Untersuchungsdesign

Auch in vorliegendem Forschungsvorhaben stellte sich die grundlegende Frage, welche Methoden für den zu untersuchenden Gegenstand angemessen sind und zur Anwendung kommen sollen. Ein qualitativer Ansatz liegt der Studie deshalb nahe, weil die Fragestellung bislang keine eindeutigen theoretischen Vorannahmen zulassen, die zu überprüfen gewesen wären. Darüber hinaus wird der Anspruch erhoben, mit der Verwendung eines qualitativen Erhebungs- und Auswertungsverfahrens die komplexen Zusammenhänge innerhalb des betrieblichen Beteiligungsprozesses adäquat beschreiben und analysieren zu können, sowie die Vielfalt individueller Muster innerhalb des Wahl- und Entscheidungsprozesses erkennen zu können. Dieser Untersuchung liegt demzufolge der Versuch inne, einen Beitrag zur Theorieentwicklung im Rahmen partizipationsorientierter Gesundheitsförderung leisten zu können.

In Anlehnung an Jüttemann (1985) wird in der vorliegenden Untersuchung *sinnverstehend* vorgegangen, d.h. die Komplexität der Fragestellung wird anhand individueller Bedeutungszuschreibungen in einem situativen Kontext erforscht. Vor diesem Hintergrund musste ein Verfahren gefunden werden, das den Befragten genügend Spielraum gibt, um die erlebten Erfahrungen aus ihrer ganz persönlichen Sichtweise zu schildern. Methodisch lag die Herausforderung in der Balance zwischen einer thematischen Vorstrukturierung und einer möglichst großen Offenheit für die Sichtweise des Subjekts, wie sie durch Verfahren der qualitativen Sozialforschung gewährleistet werden können.

Trotz einer umfassenden Aufarbeitung der Methoden und Verfahrensweisen qualitativer Sozialforschung (z.B. Flick, 1991; Kleining, 1995; Lamnek, 1995a und b), besteht nach wie vor die Gefahr der Beliebigkeit. Daraus ergibt sich eine Unklarheit darüber, wie eine nachvollziehbare Erhebung und Auswertung von Interviewmaterial zu erfolgen hat. Die Explizierung der eigenen Auswertungskriterien und Transparenz der Vorgehensweise hilft jedoch dieser Beliebigkeit entgegenzuwirken. Auch in dieser Untersuchung fanden darüber hinaus bereits vor der Durchführung und Auswertung der Interviews die ihr zugrundegelegten Verfahrensregeln ihre Berücksichtigung (Kleining, 1995). Eine klar definierte Erhebungsmethode sowie nachvollziehbare Auswertungskriterien tragen darüber hinaus zu einer stärkeren Objektivierung der Ergebnisse bei, die in Kapitel 5.2 ausführlicher behandelt werden. Zunächst wird in Kapitel 5.1 die Fragestellung der vorliegenden Untersuchung zusammenfassend erläutert. Die Auswahl des qualitativen Samplings und deren Beschreibung wird in Kapitel 5.3 vorgenommen.

5.1 Fragestellung

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, die individuellen Voraussetzungen einer Zirkelbeteiligung zu analysieren. Grundlage hierfür ist die Betrachtung des motivationalen Prozesses, der zu der Entscheidung für oder gegen eine Zirkelbeteiligung geführt hat. Für diesen Entscheidungsprozess werden die Mechanismen des in Kapitel 4.3 beschriebenen Rahmenmodells und deren Einflussgrößen zugrundegelegt. Anhand der dort zusammengefassten theoretischen Vorüberlegungen wird deutlich, dass die Voraussetzungen zur Erklärung einer Beteiligung an betrieblichen Gesundheitszirkeln vielfältiger Art sein können. Eine Entscheidung für eine

Zirkelbeteiligung lässt sich bislang nicht eindeutig auf ausgewählte Einflussfaktoren begrenzen. Es kann jedoch angenommen werden, dass ein Wahl- und Entscheidungsprozess stattfindet, der den Prinzipien des Handlungsphasenmodells nach Heckhausen (1989) folgt. In der vorliegenden Studie soll nun dieser individuelle motivationale Prozess erforscht werden, mit dem Ziel zu weiteren theoriebildenden Erkenntnissen zu gelangen.

Anhand von qualitativen Interviews sollen die individuellen Sichtweisen auf einen Gesundheitszirkel und die jeweiligen Handlungsbegründungen der Beschäftigten betrachtet werden. Mit einer offenen Herangehensweise, wie es für qualitative Verfahren üblich ist, soll versucht werden, bislang unentdeckte Einflussgrößen in dem Entscheidungsprozess bzw. unerforschte Zusammenhänge erfassen zu können. Basierend auf dem entwickelten Rahmenmodell zur Erklärung der Beteiligung an einem Gesundheitszirkel sind die Erfahrungen mit Einflussnahme am Arbeitsplatz und auf die Gesundheit als Ausgangspunkt für die Entscheidung von besonderer Bedeutung. Des Weiteren soll der Entscheidungsprozess als solcher, der zu einer oder gegen eine Beteiligung führt, in die Befragung ebenso mit einbezogen werden wie die subjektive Bewertung der Zirkelerfahrung. Ebenfalls von Interesse ist, wie die individuellen Zukunftsprognosen in Bezug auf betriebliche Veränderungen und die Beteiligungsbereitschaft ausfallen.

Die sich daraus ergebende Fragestellung lautet: *Wie wird der individuelle motivationale Prozess und deren Einflussgrößen, die zu einer Beteiligung bzw. deren Ablehnung führen, von den Beschäftigten geschildert?* Im Einzelnen ergeben sich aus dieser Fragestellung die folgenden inhaltlichen Schwerpunkte¹¹:

- Welche subjektiven Kontrollerwartungen in Bezug auf die Einflussnahme am Arbeitsplatz und auf ihre Gesundheit haben die Befragten? Welche Erfahrungen haben sie bislang an ihrem Arbeitsplatz im Umgang mit Belastungen und Partizipation gemacht?
- Wie haben die Beschäftigten die Einführung von Gesundheitszirkeln erlebt? Was waren ihre Vorstellungen über den Zirkel?
- Welche Erwartungen und Motive führten zur Entscheidung für oder gegen eine Zirkelbeteiligung?
- Was haben die Beteiligten zum Gesundheitszirkel beigetragen? Wie hätte der eigene Beitrag aussehen können? Wie wurde der Verlauf der Zirkelarbeit erlebt?
- Wie wurden die Auswirkungen der Gesundheitszirkel auf die persönliche Arbeitssituation bzw. den eigenen Gesundheitszustand wahrgenommen?
- Wie wurden die Möglichkeiten der betrieblichen Verbesserung nach dem Zirkel eingeschätzt? Welchen Einfluss hat die Zirkelerfahrung auf die zukünftige Beteiligungsbereitschaft?

Die hier formulierten Forschungsfragen wurden aus den bereits geschilderten theoretischen Überlegungen abgeleitet und stellen demzufolge das Vorverständnis der Untersuchung dar. Entsprechend den angenommenen Handlungsabläufen, wie sie im motivationalen Rahmenmodell (vgl. Kap. 4.3) beschrieben worden sind, findet in der Befragung eine subjektive Rekonstruktion des jeweiligen individuellen

¹¹ Der daraus abgeleitete Interviewleitfaden kann im Anhang eingesehen werden.

Entscheidungsprozesses statt. Gleichzeitig wurde ein offenes Erhebungsverfahren gewählt, um keine Vorwegnahmen zu verursachen und somit bislang unberücksichtigte Sachverhalte aus dem Interviewmaterial generieren zu können.

Um einseitige Sichtweisen auf den Beteiligungsprozess zu verhindern, sollen nicht nur Zirkelmitglieder, sondern auch nicht am Zirkel Beteiligte, befragt werden. Die Erfahrungen der Beteiligten und Nichtbeteiligten werden kontrastierend gegenübergestellt. Anhand des Kontrastgruppendesigns wird zunächst eine getrennte Analyse beider Gruppen ermöglicht, die in einen Vergleich der Sichtweisen von Beteiligten und Nichtbeteiligten mündet.

Wie mit allen retrospektiv erfassten Daten können auch in dieser Befragung Wahrnehmungsverzerrungen der Ereignisse, die vor dem Zirkel lagen, nicht ausgeschlossen werden. Ein solides Pre-Post-Design, beispielsweise zur Erfassung von Veränderungsmaßnahmen, wäre mit dieser Herangehensweise nicht möglich. Dies ist auch nicht Ziel der Untersuchung, da sie nicht den Anspruch erhebt, die Zirkel selbst zu evaluieren.

5.2 Erhebungs- und Auswertungsverfahren

Ein qualitatives Verfahren liegt dieser Studie deshalb nahe, weil das Forschungsinteresse darin besteht, komplexe Zusammenhänge und Mechanismen zu erheben und sichtbar zu machen. Im Vordergrund stehen die individuellen Sichtweisen der Subjekte. Gerade weil die Verwendung qualitativer Methoden keiner besonderen Begründung mehr bedarf, ist es empfehlenswert, die eigenen Qualitätsansprüche sehr hoch zu setzen. Aufgrund der geringeren Standardisierung und weniger Regeln zur Kontrolle bei qualitativen Verfahren gegenüber quantitativen Untersuchungen, ist eine Transparenz des eigenen Forschungsprozesses geboten. Demzufolge werden in diesem Kapitel die in dieser Studie verwendeten Methoden für die Erhebung (Kap. 5.2.1) und Auswertung (Kap. 5.2.2) ausführlich erläutert.

5.2.1 Erhebung der Interviews

Basierend auf die im vorherigen Kapitel erläuterte Fragestellung wurde der Interviewleitfaden erstellt. Die bereits geschilderten inhaltlichen Schwerpunkte des Entscheidungsprozesses wurden in chronologischer Reihenfolge angeführt (vgl. vollständiger Leitfaden im Anhang S. 203). Zu Beginn des Interviews wurde zunächst nach der Tätigkeit der Person gefragt. Am Schluss des Interviews wurden die persönlichen Einschätzungen zu den generellen Einflussmöglichkeiten am Arbeitsplatz und auf die Gesundheit erfragt. Zu jeder Frage wurden weitere Erzählanreize, Detailfragen und sonstige Stichpunkte notiert, die das Nachfragen erleichtern sollten. Sprachlich wurde der Text entsprechend der Zielgruppe formuliert und konnte je nach Bedarf in der jeweiligen Erhebungssituation umformuliert bzw. erläutert werden.

Nachdem die theoriegeleitete Konstruktion des Interviewleitfadens stattgefunden hatte, wurde die Brauchbarkeit des Instruments im Rahmen einer Voruntersuchung erprobt. Das Ziel dieser Voruntersuchung war die Zuverlässigkeit und Vollständigkeit der Fragen zu überprüfen sowie die eigene Interviewdurchführung zu reflektieren. Darüber hinaus konnten erste Hypothesen aufgrund der Antworten generiert werden, die in den weiteren Interviews berücksichtigt wurden. Für diese Voruntersuchung wurden drei Beschäftigte aus einem Krankenhaus, in dem ebenfalls

Gesundheitszirkel stattgefunden hatten, mit dem Leitfaden interviewt und das Gespräch wurde aufgenommen. Im Anschluss an das Interview konnten sich die Probanden über die Inhalte und Durchführung der Interviews äußern.

Aufgrund dieser Ergebnisse wurde der Interviewleitfaden leicht abgeändert. Die Veränderungen bezogen sich vor allem auf eine stärkere Präzisierung der Entscheidungssituation. Kritikpunkte lagen ferner darin, dass einige Fragen missverständlich waren und der Leitfaden an einigen Stellen nicht chronologisch gewesen ist. Letzteres sollte aber den Interviewten die Rekonstruktion der Ereignisse und ihrer Erlebnisse erleichtern. Die gesamte Hauptuntersuchung wurde mit dem veränderten Leitfaden durchgeführt. Die Ergebnisse aus diesen ersten drei Interviews sind nicht in die Auswertung eingeflossen.

Das offene leitfadenorientierte Interview wurde im Betrieb der jeweiligen Interviewten realisiert, wobei jeweils ein abgeschlossener Raum zur Verfügung stand. Der Ort gewährleistete die Wahrung der gewohnten Umgebung und schaffte damit eine vertrauensvolle und entspannte Atmosphäre. Gleichzeitig begünstigte er eine Fokussierung auf den organisationellen und institutionellen Kontext des Forschungsgegenstandes. Im Gegensatz zu biographischen Interviews wurden darüber hinausgehende Erfahrungen ausgespart¹², vor allem solche privater Art.

Vor Beginn der Interviews bekamen die Befragten eine kurze Erläuterung zum Inhalt und zur Bedeutung der Interviews. Die Unabhängigkeit zum jeweiligen Unternehmen und die Anonymität der Beschäftigten wurden ebenfalls zugesichert. Neben der thematischen und chronologischen Strukturierung des Gesprächs wurde ein empathischer, selbstkongruenter und möglichst nondirektiver Interviewstil verfolgt (z.B. Hoff, 1989). Die chronologische Aufbereitung der Ereignisse, wie sie im Leitfaden vorgegeben wurde, stellt dabei eine Hilfestellung für die Rekonstruktion der subjektiven Erlebnisse im Verlauf des Beteiligungsprozesses dar. In der Durchführung wurde aber darauf geachtet, dass es nicht zu der häufig beklagten „Leitfadenbürokratie“ (Hopf, 1978) kommt. Auch solche Äußerungen, die die Befragten von sich aus einbringen, haben ihre Beachtung gefunden.

Um die Schilderung subjektiven Erlebens grundsätzlich zu erleichtern, bekamen Erzählaufforderungen einen hohen Stellenwert (z.B. *Bitte schildern Sie, wie es war...* oder *Könnten Sie bitte genau beschreiben, wie Sie das oder jenes erlebt haben...*). Die Gespräche wurden so geführt, dass es der Alltagssprache der interviewten Personen entsprach. Gesprächshilfen wie Nachfragen und Paraphrasieren wurden angewendet, wenn die Antworten unverständlich bzw. widersprüchlich waren oder das Gespräch ins Stocken geriet. Auf eine direkte Konfrontation mit Widersprüchen der befragten Personen wurde gänzlich verzichtet. Insgesamt wurde im gesamten Interview eine möglichst hohe Befragtenzentriertheit verfolgt und sämtliche Interventionen, die über das Zuhören und Verstehen hinausgingen, vermieden. Tempo und Länge der Gespräche waren demzufolge vor allem durch den individuellen Sprachstil und der Ausdrucksfähigkeit der Beschäftigten bestimmt.

Am Schluss jedes Interviews wurde ein kurzer zweiseitiger Fragebogen mit der Bitte zum Ausfüllen überreicht. In diesem Fragebogen wurden einige soziodemographische Daten sowie Fragen zum Erleben von Arbeit und Gesundheit erfasst (siehe

¹² Wurden dennoch Bemerkungen gemacht, die nicht dem Forschungsgegenstand entsprachen, blieben diese unkommentiert stehen und nicht ausgewertet.

im Anhang S.206). Die Ergebnisse sollten einen ersten Einblick über die Zusammensetzung der beiden Kontrastgruppen erlauben und gleichzeitig analysieren können, inwieweit diese sich anhand der erfassten Merkmale voneinander unterscheiden oder ähnelten. Die Ergebnisse der Fragebögen werden separat in Kapitel 5.3.3 dargestellt.

Auf Wunsch wurde den Interviewpartner/innen eine Zusammenfassung des Interviews zugeschickt. Dies hatte zwei Gründe: Zum einen den Interviewpartner/innen ein Feedback zu geben, zum anderen bot dies die Möglichkeit der Korrektur ihrer Aussagen, falls sie sich aufgrund meiner Wiedergabe nicht verstanden fühlten. Insgesamt ein Drittel der Befragten erhielt die Zusammenfassung ihres Interviews, keiner von ihnen erhob Einspruch gegen meine Wiedergabe. Für die Auswertung wurden diese Schriftstücke jedoch nicht verwendet.

5.2.2 Auswertung der Interviews

Wie bereits erwähnt, wurde für die vorliegende Untersuchung ein qualitatives Auswertungsverfahren gewählt. Aus der Fülle der bestehenden Auswertungsstrategien wurde eine Methode gewählt, deren Annahmen und Verfahrensweisen dem *ExpertInneninterview* nach Meuser & Nagel (1991) zugrundeliegen. Diese Auswertungsheuristik beruht auf einem Verfahren, das regelgeleitet und transparent ist. Das Vorgehen erleichtert die Vergleichbarkeit der Texte und kann zugleich deren Kontrolle sicher stellen. Diesem Ansatz wurde aufgrund des klaren, systematischen und nachvollziehbaren Auswertungsverfahrens der Vorzug gegeben, welches sich in der Anwendung bewährte¹³. Es handelt sich bei dieser Auswertungsheuristik um eine Form der *Typologie*, die das Ziel verfolgt, die komplexe soziale Realität auf wenige überschaubare Gruppen bzw. Typen zu reduzieren. Ergänzend zu den Verfahrensvorschriften des ExpertInneninterviews wurden die Arbeiten von Kelle & Kluge (1999) sowie Gerhardt (1986, 1991) herangezogen, die weitere Hinweise zur Typenbildung liefern.

Das *ExpertInneninterview* von Meuser & Nagel (1991) beruht auf einem Expertenbegriff, der voraussetzt, dass diese Personen einen privilegierten Zugang zu Informationen über Personengruppen oder Entscheidungsprozesse haben und für den Entwurf, die Implementation und die Kontrolle einer Problemlösung Verantwortung tragen. Die Autoren geben dem Experten/ der Expertin jedoch auch einen relationalen Status, d.h. dass die Entscheidung, ob jemand als Experte angesehen wird, ist „in erster Linie abhängig ist, vom jeweiligen Forschungsinteresse“ (Meuser & Nagel, 1991, S. 443) und unterliegt damit der Entscheidung der Forscherin/ dem Forscher. Daran anknüpfend wurden die Interviewpartner/innen der vorliegenden Studie als Expert/innen ihrer *Alltagserfahrung* betrachtet. Beschäftigte als Alltagsexpert/innen verfügen zwar nicht per se über einen *privilegierten* Zugang zu Informationen und Entscheidungsprozessen, sie sind jedoch für die betriebliche Problemlösung *mit* verantwortlich. Von ihrer Entscheidung zu einer Zirkelbeteiligung hängt im großen Maße ab, ob Zirkel installiert werden können. Ihre Problem-

¹³ Darüber hinaus ermöglichte mir ein dreitägiges Seminar mit Ulrike Nagel, mit der Methode und forschungspraktischen Vorgehensweise des ExpertInneninterviews vertraut zu werden. Dabei wurden eigene Auswertungsversuche supervidiert und die Möglichkeiten und Grenzen des Vorgehens diskutiert.

lösestrategien können den Erfolg von betrieblicher Gesundheitsförderung maßgeblich mit beeinflussen.

Die Auswertungsheuristik des ExpertInneninterviews wird in fünf klar beschriebenen Phasen schrittweise vollzogen, die von mir weitestgehend angewendet wurden. Die Einhaltung dieser Schritte haben die Auswertung in einem hohem Maße systematisiert, ohne jedoch die Flexibilität, die bei jeder Typologie vorhanden ist, einbüßen zu müssen. Meuser & Nagel (1991) sehen erst durch die konsequente Einhaltung aller Schritte eine Vermeidung von „verdachtsgeleiteter Theoriekonstruktion“ gewährleistet, weshalb keine Auswertungsstufe übersprungen werden sollte. Es ist sogar geboten, um die Angemessenheit einer Verallgemeinerung und ihre Fundierung in den Daten zu kontrollieren, zu einer vorangegangenen Stufe zurückzugehen. In dieser Weise zeichnet sich diese Analyse durch Rekursivität aus, wie sie für ein qualitatives Vorgehen üblich ist (z.B. Kleinig, 1995).

Im Folgenden sollen die Stufen der empirisch begründeten Typenbildung, wie sie in der vorliegenden Untersuchung angewendet worden sind, genau beschrieben werden. Im Anhang (Seiten 209-223) werden die jeweiligen Auswertungsschritte anhand eines Beispiels exemplarisch vollzogen. Grundlage der Auswertung sind die auf Tonband protokollierten Interviews, die als wortgetreue Wiedergaben von mir transkribiert wurden. Pausen, Stimmlagen oder nonverbale bzw. parasprachliche Elemente wurden dabei allerdings nicht protokolliert¹⁴, da sie nicht Gegenstand der Auswertung sind.

1. Paraphrase. Zunächst wurden die Transkripte textgetreu und sequentiell wiedergegeben, d.h. die Originaldaten wurden absatzweise entlang des Interviewverlaufs zusammengefasst. Die Inhalte wurden komprimiert, um die Fülle des Materials zu reduzieren.

Die Paraphrase wird textnah, aber mit den Worten der Forscherin formuliert. Aussagekräftige Zitate aus dem Originaltext können in die Kernaussagen der Paraphrasen aufgenommen werden. Die Paraphrasen werden dabei gekennzeichnet, damit mühelos zum Originaltext zurückgekehrt werden kann. Ziel der Paraphrasierung ist vor allem den ersten Schritt der Materialverdichtung vorzunehmen, ohne jedoch den Inhalt zu verzerren, etwas hinzuzufügen oder Informationen zu reduzieren. „*Nicht die Redundanz ist das Problem des Paraphrasierens, sondern Reduktion von Komplexität.*“ (Meuser & Nagel, 1991, S. 457). Im Gegensatz zu anderen Vorgehensweisen, die sofort mit der Kodierung bzw. Indizierung des Textes beginnen, wird bei dieser Auswertung auf voreiliges Kategorisieren verzichtet. Die Paraphrase dient dabei als Hilfestellung, die Komplexität des Textes zu reduzieren, ohne vorschnell zu interpretativen Schlussfolgerungen zu geraten.

Die ersten Interviews begannen etwas beschwerlich, aber nach einigen Paraphrasen stellte sich ein Muster heraus, das bei den folgenden Texten mühelos angewendet werden konnte. Es wird von Meuser & Nagel empfohlen, die ersten Paraphrasen nach Beendigung aller gegebenenfalls zu revidieren, was auch für die ersten beiden Fälle meiner Untersuchung geschah.

¹⁴ Dementsprechend wurde auch bei der Wiedergabe der Zitate weitestgehend auf Wortwiederholungen und Füllwörter verzichtet.

2. Überschriften bilden. Erst im zweiten Schritt werden für die Paraphrasen Kodierungen vorgenommen, indem passende Überschriften gefunden werden, die die Kernaussage der jeweiligen Sequenz widerspiegeln. Eine Paraphrase kann dabei auch mehrere Überschriften bzw. inhaltliche Codes enthalten, falls das für die Fragestellung relevant ist. Paraphrasen, die mehrere Aussagen beinhalteten, wurden demzufolge mit mehreren Überschriften versehen. Gerade zu Beginn der Reduzierung des Materials musste darauf geachtet werden, dass keine Information verlorengeht, die erst zu einem späteren Zeitpunkt ihre Bedeutung zeigte. Dieser Schritt wird ebenfalls immer noch sehr textnah durchgeführt und verfolgt das gleiche Ziel wie die Paraphrase, nämlich die weitere Komprimierung des Textmaterials. Gleichzeitig wird durch das Zusammenfassen von Textpassagen, die das gleiche Thema betreffen, die Terminologie reduziert. Damit sollen redundante Informationen für die weitere Auswertung weggelassen werden, ohne jedoch Widersprüche oder Mehrdeutigkeiten in den Aussagen zu eliminieren. Bei der Vereinheitlichung der Paraphrasen muss eine begründete Wahl für die eine oder andere Überschrift, die sich aus dem Inhalt ergibt, getroffen werden. Bestehen zu diesem Zeitpunkt der Auswertung noch Unklarheiten, ob Inhalte verschiedener Paraphrasen zusammengehören, werden sie weiterhin getrennt behandelt.

Dieser Vorgang wird ausschließlich auf der Ebene jedes einzelnen Interviews vorgenommen. Praktisch wird eine Art Index für jedes Interview erstellt, der die schnelle Suche nach relevanten Textstellen erleichtert. Gleichzeitig werden bereits erste Fragenstellungen an den Text, erste Regelmäßigkeiten oder Unterschiede auffällig. Um solche vorläufigen Eindrücke nicht zu verlieren, werden sie als theoretische Kommentare oder Arbeitshypothesen festgehalten und mit den relevanten Textstellen verbunden. Sie werden als sogenannte *Memos* im Sinne von Glaser & Strauss (1967) festgehalten, die zu einem späteren Zeitpunkt entweder verfestigt oder wieder verworfen werden.

3. Thematischer Vergleich. Während die ersten beiden Schritte der Auswertung für jedes Interview jeweils gesondert durchgeführt werden, erfolgt der thematische Vergleich über alle Interviews hinweg. Im vorliegenden Fall geschah dies zunächst getrennt für jede Kontrastgruppe. Hierbei wird thematisch vorgegangen und nach vergleichenden Textpassagen aus verschiedenen Interviews gesucht, die später die Vergleichsdimensionen bzw. Kategorien bilden. Auf diese Weise werden Textpassagen verschiedener Interviews mit ähnlichen oder gleichen Themen zusammengefasst und die Überschriften vereinheitlicht. Gleichzeitig werden Unterschiede, Abweichungen und Widersprüche der Passagen festgehalten. Insgesamt wird dadurch eine weitere Reduktion des Materials über alle Interviews hinweg vorgenommen. Da in diesem Schritt viele Daten reduziert werden, muss eine Überprüfung u.a. durch den Originaltext erfolgen und die vorgenommene Zuordnung gegebenenfalls revidiert werden. Die Kategorien sollen zwar analytischer Natur sein, aber dennoch muss „*an einer textnahen Kategorienbildung festgehalten*“ (Meuser & Nagel, 1991, S.459) werden. Das Problem beim thematischen Vergleich ist die Fülle des Materials zu überblicken, um so zu aussagekräftigen Kategorien zu kommen.

In Abgrenzung zur Einzelfallanalyse wird im ExpertInneninterview themenbezogen vorgegangen, d.h. das gesamte Textmaterial wird fallübergreifend anhand sich herausbildender Kategorien miteinander verglichen und dimensionalisiert. In dieser Auswertungsphase steht der Gruppierungsprozess anhand von Kategorien über alle Fälle hinweg im Mittelpunkt. Wobei in der vorliegenden Analyse zunächst die Kontrastgruppen untereinander verglichen wurden und erst in einem zweiten Schritt Vergleiche beider Kontrastgruppen vorgenommen worden sind. Durch den Vergleich

auf die gesamte Stichprobe bezogen wurde sichergestellt, dass gleiche Kategorien und Subkategorien in der Gruppe der Beteiligten und Nichtbeteiligten gleich benannt worden sind.

Als Hilfsmittel wurden alle Paraphrasen mit ihren dazugehörigen Überschriften auf farbiges Papier ausgedruckt (für jedes Interview eine andere Farbe). Die einzelnen Paraphrasen mit ihren Kodierungen eines Interviews wurden sodann voneinander getrennt und thematisch gruppiert. An dieser Stelle kommt das theoretische Vorwissen wieder zum Tragen, da sich solche Kategorien herausbilden, die durch den Interviewleitfaden bereits vorstrukturiert gewesen sind. Zunächst für jede Kontrastgruppe getrennt, dann aber auch über die Kontrastgruppen hinausgehend, wurde nach Gemeinsamkeiten und Unterschieden geforscht. So wurden beispielsweise alle Textelemente, die Aussagen über die Entscheidungsbegründungen lieferten gruppiert und dimensionalisiert, ohne jedoch den Bezug zu den Individuen zu verlieren¹⁵.

4. Psychologische Konzeptualisierung. Mit zunehmender Abstraktion wird eine psychologische Konzeptualisierung vorgenommen. Die bisherige Kodierung durch die textnahen Begriffe und Überschriften wird in eine psychologische Terminologie überführt. Die Terminologie der einzelnen Interviewpartner/innen und die Textpassagen werden damit zugunsten einer Verwendung von allgemeingültigen Begriffen weitestgehend aufgegeben. Mit dieser Abstraktionsebene wird die empirische Generalisierung vollzogen. Der Anschluss an die wissenschaftliche Diskussion wird dadurch ermöglicht, bleibt jedoch auf das empirische Material beschränkt.

In diesem Schritt wurden die bereits textnahen Kategorien in Begriffe überführt, die sich zumeist auf das theoretische Vorwissen bezogen. Dabei hat sich die Strukturierung anhand der motivationalen Handlungsphasen, wie sie bereits für den Interviewleitfaden Verwendung fanden, als Kategorienschema bewährt. Eine erste Dimensionierung innerhalb der Kategorien wurde mit Bezügen auf das theoretische Vorwissen vorgenommen. In dieser Phase veränderten sich zum Teil die ersten Kategorienentwürfe, indem entweder mehrere Subkategorien zusammengefasst worden sind oder zuvor gemeinsam behandelte Themen wieder separiert wurden. So setzt sich beispielsweise die Kategorie Motivation und Erwartungen zusammen aus den Erzählungen, welche Beweggründe die Beschäftigten für ihre Entscheidung angaben und was sie von einem Zirkel erhofften. Aufgrund der immer wieder stattfindenden Vergleiche und Kontrastierungen blieben die Erwartungen mit den jeweiligen Motiven verknüpft, um die Zusammenhänge dieser beiden Subkategorien besser verdeutlichen zu können.

5. Theoretische Generalisierung. Erst im letzten Schritt der Analyse wird die theoretische Generalisierung vorgenommen, indem „*Sinnzusammenhänge zu Typologien und Theorien verknüpft [wurden] und zwar dort, wo bisher Addition und pragmatisches Nebeneinander geherrscht haben*“ (Meuser & Nagel, 1991, S. 464). Die Verknüpfung der vorläufigen Ergebnisse zu einer sinnhaften Typologie, die zur Weiterentwicklung der Theorie führen kann, stellt wohl den anspruchvollsten Teil der gesamten Auswertung dar. Forschungspraktisch besteht zwischen diesem Schritt

¹⁵ An dieser Stelle unterscheidet sich mein Vorgehen von der im ExpertInneninterview beschriebenen Herangehensweise: Aus soziologischer Sicht wird auf den Rückbezug zu den Personen verzichtet, da eher die Strukturen von Interesse sind. In dieser Arbeit sollen jedoch die individuellen Bezüge zwischen den Vergleichsdimensionen erhalten bleiben, da sie aus psychologischer Sicht von Bedeutung sind.

und dem vorherigen ein fließender Übergang, der sich durch ständige Rekursivität auszeichnet. Im Kern des letzten Schrittes liegt jedoch die Analyse der inhaltlichen Sinnzusammenhänge, die in einer Charakterisierung der gebildeten Typen mündet (Kelle & Kluge, 1999).

Im Ergebnis sollte ein empirisch begründeter Typ in sich ähnliche oder gleiche Merkmale bzw. Merkmalskombinationen aufweisen und somit möglichst homogen sein. In Abgrenzung zur gesamten Typologie innerhalb einer Vergleichsdimension sollte jedoch größtmögliche Heterogenität herrschen. Kelle & Kluge (1999) verweisen dabei auf das Prinzip der Typologie, in dem das relevante Datenmaterial auf wenige, aber sinnhafte Einheiten reduziert wird. Dies führte in der vorliegenden Analyse dazu, dass vorläufige Typen immer wieder revidiert oder verändert worden sind. Die Typenbildung wurde für jede der oben skizzierten Kategorien, zunächst für jede Kontrastgruppe getrennt, durchgeführt. Im Anschluss daran wurde die Typologie der Beteiligten und Nichtbeteiligten miteinander verglichen, um zu einer einheitlichen Charakterisierung der gefundenen Typen bzw. Gruppen zu gelangen. Damit soll gewährleistet werden, dass gleiche Phänomene die gleichen Begriffe erhalten, wie es insbesondere für die wahrgenommenen betrieblichen und gesundheitsbezogenen Einflussmöglichkeiten (vgl. Kap. 6) zum Tragen kommt.

Schließlich werden die empirischen Befunde dem Stand der bisherigen Forschung gegenüber gestellt. Dabei wird überprüft, ob die bisherigen theoretischen Konzeptionen dem Gegenstand noch angemessen sind. Neu gewonnene Erkenntnisse werden in den bisherigen Forschungsstand integriert und gegebenenfalls neue Theorieansätze entwickelt. In der vorliegenden Ergebnisdarstellung wird dies zunächst für jede Vergleichsdimension separat vorgenommen, welches sich in den jeweiligen Kapiteln unter der Überschrift „Vergleich der Kontrastgruppen“ wiederfindet. Aus diesem Vergleich ergeben sich bereits erste Hinweise für die Voraussetzung und Barrieren einer Zirkelbeteiligung.

Eine deutlich stärkere Generalisierung des Interviewmaterials ist durch das Zusammenführen der individuellen Bezüge über alle Vergleichsdimensionen hinweg möglich. Dieser zusätzliche Auswertungsschritt bot sich an, da die über die Kategorien hinausgehenden individuellen Bezüge interessante und deutlich stärkere generalisierende Muster zeigten, die in einer Einzelfallbetrachtung mehr Berücksichtigung finden (vgl. Kap.10). Nachdem der thematische Vergleich innerhalb der beiden Kontrastgruppen für die genannten Kategorien erfolgte, startete nun ein weiterer Analyseschritt anhand einer *fallvergleichenden Kontrastierung* (vgl. Gerhardt, 1991).

Die sich bereits über verschiedene Kategorien hinweg zeigenden individuellen Bezüge, wie sie auch in den Kapiteln „Vergleich der Kontrastgruppen“ diskutiert werden, wurden für diesen Auswertungsschritt weiter systematisiert. Dazu fand zunächst auf jeden Fall bezogen eine Kurzbeschreibung statt, die sich auf die bereits gefundenen Merkmale bezog. Durch erneutes Vergleichen aller Fälle (diesmal über die Kontrastgruppen hinweg) wurden diejenigen herausgestellt, die sich am stärksten voneinander unterschieden. Alle anderen Fälle wurden zu diesen Kontrastierungen in Beziehung gesetzt, so dass sich verschiedene Cluster von ähnlichen Merkmalskombinationen herausbildeten. Aufgrund der bereits detailliert erfassten Ergebnisse ergab sich diese Typologie vergleichsweise zügig. Derjenige Fall, der hinsichtlich möglichst vieler Merkmalsausprägungen diesen Typus deutlich repräsentieren kann, wird als *Prototyp* ausgewählt. Ein Prototyp stellt einen *idealen* Vertreter seines Typus dar, der dessen Charakteristika am besten „repräsentieren“ kann (Kelle & Kluge, 1999). Dieses Vorgehen, von Kuckartz (1988) auch als das

Bilden *idealtypischer Konstrukte* bezeichnet, gewährleistet eine prägnante Typologie, die das Typische aufzeigt und die individuellen Besonderheiten dagegen abgrenzt.

Schließlich konnten anhand dieser fallvergleichenden Kontrastierung insgesamt sechs verschiedenartige Prototypen komplexer Merkmalskombinationen herausgearbeitet werden, die in Kapitel 10 genauer beschrieben werden. Die gewünschte Komprimierung, insbesondere unter Verwendung von Prototypen hat damit immer auch einen Informationsverlust zur Folge, der jedoch durch das Herausarbeiten von prägnanten Grundmustern kompensiert wird (Kelle & Kluge, 1999). Die aus dem empirischen Material herauskristallisierte Zuspitzung durch idealtypische Konstrukte, hier als *Partizipationsmuster* bezeichnet, kann dadurch einen wertvollen Beitrag zur Theorieentwicklung leisten.

Eine empirisch begründete Typenbildung ist dann abgeschlossen, wenn 100% des Materials einbezogen worden ist, d.h. *alle* vorgefundenen Daten die Ergebnisse bestätigen (Kleining, 1995). Die vorliegende Auswertung basiert folglich auf einer Analyse des gesamten Interviewmaterials, wobei nur solche Informationen einbezogen worden sind, welche in Verbindung mit der Fragestellung stehen. Bemerkungen, die nicht zur Charakterisierung des Forschungsgegenstand führen, z.B. Bemerkungen zur Interviewsituation, können dabei weggelassen werden. Das Weglassen von Informationen ist aber nur dann erlaubt, wenn sie nicht im Widerspruch zum Ergebnis stehen. In der Umkehrung zur 100% Regel, verweist Kleining (1995) ebenso auf die sogenannte 0% Regel, die sicherstellt, dass keine Information der Analyse widersprechen darf, in dem weitere potenzielle Perspektiven unberücksichtigt bleiben. Für die vorliegende Auswertung kann davon ausgegangen werden, dass alle Daten analysiert worden sind und keine relevante Information diesem Ergebnis widerspricht.

Zur Absicherung der Validität wurden meine Analyseschritte innerhalb einer begleitenden Arbeitsgruppe mit Wissenschaftlerinnen reflektiert. Dies bezog sich sowohl auf methodische wie auch auf inhaltliche Fragestellungen. Besonders schwierige Fälle, die sich vor allem in der Gruppierung nach Ähnlichkeiten und Kontrastierung der Unterschiede sowie aus der sinnhaften Charakterisierung von Typen ergaben, konnten dabei ausnahmslos zur Diskussion gestellt werden. Das ständige Abwägen, wann ein Typ mit seiner Merkmalskombination tatsächlich vollständig charakterisiert und in Abgrenzung zu anderen Typen seiner Kategorie möglichst heterogen ist, musste stets mit Kreativität und einem sinnvollen Rückbezug auf die Theorie vollzogen werden. Gerade für solche Entscheidungen war es wichtig, die eigenen Analyseergebnisse immer wieder durch andere Perspektiven hinterfragen zu lassen.

¹⁶ Es handelt sich hierbei um einen üblichen Stichprobenumfang, deren manuelle Auswertung in angemessener Zeit von einer Person geleistet werden kann.

¹⁷ Kritisch sei hier angemerkt, dass eine von Beginn an offenere Herangehensweise im Sinne der *Grounded Theory* (Glaser & Strauss, 1967), die eine sukzessive Einbeziehung von Probanden während des gesamten Forschungsprozesses nach neu festgelegten Kriterien erlaubt, auch solche unvorhergesehene Personengruppe mit einbezogen hätte, um damit zu weiteren Erkenntnissen zu gelangen.

¹⁸ Sicherlich wäre es interessant auch solche Beschäftigte mit einzubeziehen, die sich für eine Beteiligung entschieden, aber unternehmensseitig „abgelehnt“ worden sind. Diese Fälle wurden im

5.3 Auswahl und Beschreibung des Samplings

5.3.1 Selektives Sampling

Wie für einen qualitativen Forschungsansatz üblich, wurde für die Untersuchung keine Zufallsstichprobe, sondern ein *selective sampling* (Schatzmann & Strauss, 1973) herangezogen. Da nicht die Repräsentativität, sondern typische Fälle im Vordergrund der Betrachtung standen, wurden für die vorliegende Fragestellung geeignete Einzelfälle ausgesucht. Diese kriteriengeleitete Suche beinhaltet, dass vor der Erhebung der Interviews relevante Merkmale (Kategorien), Merkmalsausprägungen (Subkategorien) und die Größe der Stichprobe für die Fallauswahl festgelegt werden. Für die vorliegende Fragestellung wurde demzufolge anhand theoretischer Vorüberlegungen und des Vorwissens über das Untersuchungsfeld ein sogenannter *qualitativer Stichprobenplan* aufgestellt (Kelle & Kluge, 1999). Demzufolge waren solche Beschäftigte von Interesse, die in einer Abteilung arbeiten, in der ein Gesundheitszirkel mindestens ein halbes Jahr vor der Befragung abgeschlossen gewesen war. Die Zeitdauer nach Abschluss des Zirkels war insbesondere für die Bewertung der Zirkelergebnisse relevant, die Interviews durften deshalb nicht zu früh stattfinden. Darüber hinaus musste eine reale Wahl stattgefunden haben, indem sich eine informierte Person aus freien Stücken entschieden hatte, sich an einem Gesundheitszirkel zu beteiligen oder fern zu bleiben.

Die Berücksichtigung nicht nur der Beteiligten, sondern auch der bislang Inaktiven sollte einen kontrastierenden Vergleich und damit eine differenzierte Betrachtung der individuellen Voraussetzungen, aber auch Barrieren zur Zirkelbeteiligung ermöglichen. Von großem Interesse war darüber hinaus, wie beide Gruppen die Zirkelarbeit im Nachhinein einschätzen und wie ihre Einstellungen zu zukünftigen Beteiligungsmöglichkeiten ausfallen würden.

Der Stichprobenplan sah ferner vor, dass eine möglichst große Varianz von soziodemographischen Merkmalen wie Geschlecht, Alter, Beruf und Schichtzugehörigkeit vorhanden ist. Dies ist nicht nur ein wichtiges Prinzip innerhalb von qualitativen Samplings (Kelle & Kluge, 1999), es stellt darüber hinaus sicher, dass der Einfluss von sozialstrukturellen Handlungsbedingungen berücksichtigt werden kann. Im vorliegenden Fall sollte darauf geachtet werden, dass sowohl Männer als auch Frauen verschiedener Altersgruppen und Berufe einbezogen wurden. Darüber hinaus wurde die Fallauswahl nicht nur auf den Bereich der gewerblichen Arbeitnehmer/innen beschränkt, sondern fand auch im Angestelltenbereich statt. Es versteht sich von selbst, dass die ausgewählten Personen nicht nur aus einem Betrieb stammen dürfen, um somit ebenfalls eine Varianz von organisationalen Rahmenbedingungen und Unternehmenskulturen zu gewährleisten.

Insgesamt konnten drei Betriebe in Berlin und Nürnberg gewonnen werden, die einer Befragung ihrer Beschäftigten über den Gesundheitszirkel zuließen. Die Kontaktaufnahme geschah in jedem Betrieb über die Projektverantwortlichen, welche in zwei Fällen Vertreter des betriebsärztlichen Dienstes, in einem weiteren Fall die Personalabteilung gewesen ist. Die Befragungen fanden insgesamt in sechs

Vorverständnis der Fragestellung jedoch nicht in Betracht gezogen und demzufolge auch nicht spontan ins Sampling aufgenommen, wie es z.B. bei einem *theoretical sampling* im Sinne der Grounded Theory (Glaser & Strauss, 1967) üblich wäre.

verschiedenen Abteilungen statt, wobei weitestgehend paritätisch Beteiligte und Nichtbeteiligte einer Abteilung befragt wurden. Aus pragmatischen Gründen wurde das Sampling auf 25 Personen begrenzt¹⁹, die im Frühjahr und Sommer 1998 interviewt wurden. Unter ihnen waren 13 ehemalige Zirkelmitglieder und zwölf, die sich gegen eine Beteiligung entschieden hatten. Das angestrebte Verhältnis zwischen Männern und Frauen konnte aufgrund der ausgewählten Betriebe, die vornehmlich männliche Arbeitnehmer beschäftigten, nicht erreicht werden. Schließlich wurden 18 Männer und sieben Frauen im Alter zwischen 25 und 51 Jahren befragt, die sich weitestgehend gleichmäßig auf beide Kontrastgruppen verteilten. Die meisten Befragten waren zwischen 30 und 45 Jahre alt. Da im Kapitel 5.3.3 auf weitere soziodemographischen Merkmale der Untersuchungsgruppe intensiv eingegangen wird, soll auf eine genauere Beschreibung an dieser Stelle verzichtet werden.

Die Auswahl der Interviewpartner/innen wurde zu einem Drittel durch die Projektverantwortlichen bzw. deren Vertreter (Personalabteilung, Abteilungsleiter oder Betriebsrat) vorgenommen. Zweidrittel der Befragten konnte ich jedoch vor Ort selbst ansprechen. Diese Auswahl hat sich größtenteils aus pragmatischen Gründen ergeben. Da ich beispielsweise in Nürnberg nicht vor Ort gewesen bin, wollte man mir entgegenkommen, indem die Beschäftigten für mich gefunden wurden, die sich u.U. über mehrere Schichten verteilten. Vermutlich wollten die Betriebsangehörigen damit auch sicherstellen, dass die Befragung den Produktionsablauf möglichst wenig stört. Die Auswahl der Interviewpartner/innen, die ich selbst vornahm verlief insgesamt zufriedenstellend. Nur ein ehemaliges Zirkelmitglied verweigerte mir ein Interview. Dieser Mitarbeiter erklärte mir, dass er kein Wort mehr über den Zirkel verlieren möchte, da er sehr verärgert über dessen Ergebnisse und über das Management sei. Auszuschließen ist demzufolge nicht, dass vor allem enttäuschte und verärgerte Zirkelmitglieder und solche, die den Zirkel abgebrochen hatten, mit meiner Befragung nicht erreicht werden konnten. Interessanterweise wurden mir keine Zirkelabbrecher vorgestellt – allerdings hatte ich auch nicht explizit danach gefragt. Die Sichtweisen dieser und möglicherweise anderer Beschäftigtengruppen, die in der vorliegenden Studie nicht einbezogen wurden, konnten demzufolge nicht zugänglich gemacht werden²⁰.

Vor jeder Interviewdurchführung wurden die Auswahlkriterien erneut benannt: Informierte Beschäftigte, die sich frei für oder gegen eine Beteiligung entschieden haben. Auffällig war, dass aus allen Betrieben eine Reihe von Personen weder vor und in einigen Fällen noch zum Zeitpunkt der Interviewbefragung wussten, dass ein Zirkel in ihrer Abteilung stattgefunden hatte. So teilte mir beispielsweise jemand mit, dass er am Zirkel gerne teilgenommen hätte, wenn er vorher davon informiert gewesen wäre. Insgesamt acht Personen quer aus allen Betrieben, die sich für ein Interview bereit erklärten, konnten nicht befragt werden, da sie aufgrund fehlender

¹⁹ Es handelt sich hierbei um einen üblichen Stichprobenumfang, dessen manuelle Auswertung in angemessener Zeit von einer Person geleistet werden kann.

²⁰ Kritisch sei hier angemerkt, dass eine von Beginn an offenere Herangehensweise im Sinne der *Grounded Theory* (Glaser & Strauss, 1967), die eine sukzessive Einbeziehung von Probanden während des gesamten Forschungsprozesses nach neu festgelegten Kriterien erlaubt, auch solche unvorhergesehenen Personengruppen mit einbezogen hätte, um damit zu weiteren Erkenntnissen zu gelangen.

Kenntnis keine bewusste Entscheidung gegen eine Beteiligung getroffen hatten. Von einem Facharbeiter bekam ich die Auskunft, dass er sich zwar zur Teilnahme am Zirkel bereit erklärte, aber nicht "angenommen" worden ist - auch er wurde nicht befragt²¹.

Um eine möglichst unverzerrte Stichprobe zu erhalten, musste sichergestellt werden, dass Träger/innen der theoretisch relevanten Merkmalskombinationen hinreichend vertreten sind (Kelle & Kluge, 1999). Das bedeutet, dass nicht nur diejenigen angesprochen werden durften, die den Gesundheitszirkeln besonders positiv gegenüberstanden. Deshalb wurde von mir ausdrücklich betont, dass für die Untersuchung *auch* solche Personen relevant sind, die den Zirkeln eher mit einer kritischen Meinung begegneten. Allerdings kann nicht völlig ausgeschlossen werden, dass es durch die Auswahl der Befragten, die von den Projektverantwortlichen vorgenommen wurde, zu einer Verzerrung der Untersuchungsstichprobe gekommen sein könnte. Denkbar wäre beispielsweise, dass eben solche Personen ausgewählt worden sind, die dem Projekt besonders positiv gegenüberstanden. Ferner bestand die Gefahr, dass informelle Kontakte genutzt wurden, die eine Auswahl aufgrund von Sympathie oder soziale Erwünschtheit erlaubt hatten. Aus einem Betrieb, in dem die Personalabteilung die Beschäftigten für ein Interview ausgewählt hatte, teilte man mir mit, dass es besonders schwer gewesen sei, ehemalige Zirkelmitglieder für ein Interview zu motivieren. Interessanterweise – so die Projektleitung – handelte es sich bei den Ablehnungen um Personen, die durchaus positiv zum Gesundheitszirkel standen, so dass eine einseitig verzerrte Auswahl nicht zwingend gegeben sein muss. Die Selektion, die durch die individuelle Entscheidung der potenziell Befragten zustande kommt, lässt sich allerdings in keiner empirischen Untersuchung vermeiden.

Die Gründe für die Ablehnung eines Interviews konnten im Einzelnen nicht erfasst werden. Denkbar ist jedoch, dass die für ein Interview vorauszusetzende kommunikative Kompetenz entweder nicht vorhanden oder sich selbst nicht zugetraut worden ist (z.B. Lamnek, 1995b). Darüber hinaus könnte für ausländische Beschäftigte die Sprachkompetenz ein Hinderungsgrund gewesen sein. Allerdings konnten für die Interviewstudie drei Personen gewonnen werden, deren Deutschkenntnisse zum Teil eher eingeschränkt waren. Demzufolge kann nicht abschließend geklärt werden, welche Selektionseffekte zu systematischen Verzerrungen in der vorliegenden Stichprobe geführt haben könnten.

5.3.2 Beschreibung der Unternehmen und Gesundheitszirkel

Alle Befragten stammen aus Großunternehmen von mindestens 1000 Beschäftigten aus der Industrie bzw. der Dienstleistungsbranche. Es handelt sich demzufolge um klassische Großbetriebe, in denen üblicherweise Gesundheitszirkel zum Einsatz kommen. Bevor es zur Durchführung der Interviews kam, fand jeweils ein kurzes Gespräch mit den Projektverantwortlichen statt, die anhand von einer Checkliste

²¹ Sicherlich wäre es interessant auch solche Beschäftigte mit einzubeziehen, die sich für eine Beteiligung entschieden, aber unternehmensseitig „abgelehnt“ worden sind. Diese Fälle wurden im Vorverständnis der Fragestellung jedoch nicht in Betracht gezogen und demzufolge auch nicht spontan ins Sampling aufgenommen, wie es z.B. bei einem *theoretical sampling* im Sinne der Grounded Theory (Glaser & Strauss, 1967) üblich wäre.

über das Projekt befragt wurden (siehe im Anhang S. 208). Auf diese Weise konnten Informationen über den Stand, Ablauf und das Ergebnis des Projektes gesammelt sowie erste Informationen über die Arbeitssituation und deren Belastungsschwerpunkte gewonnen werden. Die Bedingungen für die Auswahl der Abteilungen und der in Frage kommenden Interviewpersonen wurden in diesem Gespräch ebenfalls besprochen. Mindestens ein halbes Jahr musste die Beendigung des Zirkels zurückliegen und die Beschäftigten mussten schon vorher vom Zirkel erfahren haben, damit eine reale Entscheidung stattfinden konnte. Im Anschluss an dieses Gespräch fanden Betriebs- bzw. Abteilungsbesichtigungen statt. Dadurch konnte ich mir einen Eindruck über die Arbeitsplätze verschaffen.

In der folgenden Tabelle sind die wichtigsten Informationen zu den involvierten Unternehmen wiedergegeben. Darin werden die Zirkel in ihrer Unterschiedlichkeit charakterisiert.

Tabelle 5.1: Beschreibung der Unternehmen und Zirkel

	Anzahl der Befragten	Anzahl der Zirkel	Zeit nach Abschluss des Zirkels*	Zusammensetzung der Zirkel*	Einschätzung der Zirkelergebnisse*	Sonstige Anmerkungen zu betrieblichen Veränderungen*
Betrieb A	8	1	7 Monate	Beschäftigte und Meister sowie sporadisch der Abteilungsleiter	Ergebnisse sind noch nicht erkennbar	Viele Projekte werden parallel zur Gesundheitsförderung durchgeführt (z.B. TQM, Vorgesetztenfeedback)
Betrieb B	8	2	10 - 14 Monate	8-15 Beschäftigte der unteren Hierarchieebene	Mit Ergebnissen eher unzufrieden	Gesundheitsförderung wurde mit mehreren zeitgleich stattfindenden Zirkeln begonnen
Betrieb C	9	3	1 - 3 Jahre	Beschäftigte, Betriebsrat, Meister und Arbeitsschutzexperte	Mit Ergebnissen sehr zufrieden	Lange Tradition im Arbeitsschutz; Zirkel wurden hintereinander in versch. Abteilungen eingesetzt

* Angaben aus den Kurzinterviews mit den Projektverantwortlichen

Alle Gesundheitszirkel der vorliegenden Untersuchung wurden im Rahmen von Projekten zur betrieblichen Gesundheitsförderung durchgeführt und von einer Krankenkasse betreut. Eine jeweilige betriebliche Steuerungsgruppe, der sogenannte „Arbeitskreis Gesundheit“, koordinierte die Projektaktivitäten und entschied über Einführung und Umsetzung der Gesundheitszirkel. Alle Zirkel sollten in den ausgewählten Bereichen die Situation der Beschäftigten genauer analysieren und erste Lösungsansätze zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation erarbeiten. Die Zirkel wurden ausschließlich von externen Berater/innen konzipiert und moderiert. Die Voraussetzungsbedingungen für die Teilnahme am Zirkel waren in allen untersuchten Bereichen ähnlich: Die Teilnahme war freiwillig, die Arbeitszeit im

Zirkel wurde zwar vergütet, fand aber zum Teil in der Freizeit statt. In Schichtbetrieben wurde der Zirkel entweder vor oder nach einer Schicht durchgeführt. In Abteilungen mit Regelarbeitszeit fand der Zirkel meist nach der Mittagspause statt. Während die Durchführung der Gesundheitszirkel eher vergleichbar vorstatten gingen, unterschieden sich die Unternehmen laut Aussagen der Projektverantwortlichen in ihren sonstigen betriebspolitischen Aktivitäten (siehe Tabelle).

Bevor die Unternehmen Zirkel in den Abteilungen installierten, wurden sogenannte Gesundheitsberichte (Krankenstandsanalysen) erstellt bzw. Belegschaftsbefragungen durchgeführt. Die Ergebnisse dieser Analysephase bildeten die Grundlage für die Entscheidung, in welchen Abteilungen Gesundheitszirkel eingesetzt werden sollten. Die Gesundheitszirkel wurden vor allem dort installiert, wo entweder ein hoher Krankenstand oder hohe Belastungen identifiziert wurden. Der Zeitraum, in dem die Zirkel durchgeführt wurden, lag bei mindestens 6 und höchstens 9 Monaten. Der Turnus der Sitzungen lag zwischen 2 und 4 Wochen. In einigen Fällen wurde nur 1,5 bis 2, in anderen Fällen bis zu drei Stunden getagt. Manche Zirkel hatten zu Beginn 1-2 ganztägige Einführungsveranstaltungen für die Zirkelmitglieder.

Während in den Produktionsabteilungen eher Themen des Arbeitsschutzes, der ergonomischen Gestaltung oder Probleme durch Schichtarbeit diskutiert wurden, standen in den Dienstleistungsabteilungen eher Themen wie Führungsverhalten und Arbeitsorganisation im Mittelpunkt – so die Angaben der Projektverantwortlichen. Darüber hinaus äußerten sie sich unterschiedlich über ihre Zufriedenheit mit den Zirkelergebnissen, was zum Teil auf die Kürze der Zeit seit Abschluss der Zirkel zurückgeführt wurde.

5.3.3 Prüfung der Vergleichbarkeit der Kontrastgruppen

Um weitestgehend sicher zu stellen, dass es sich bei den Beteiligten und Nichtbeteiligten nicht um – gemessen an ausgewählten soziodemographischen Parametern – systematisch verschiedene Beschäftigtengruppen handelt, wurde ein Kurzfragebogen (siehe im Anhang S.206) einbezogen. Ein weiterer Beweggrund für die Hinzunahme des Fragebogens lag darin, dass die beiden Gruppen möglicherweise im Erleben ihrer Arbeit und Gesundheit Unterschiede aufweisen, die im Interview nicht systematisch erfasst werden konnten.

²² Wurden dennoch Bemerkungen gemacht, die nicht dem Forschungsgegenstand entsprachen, blieben diese unkommentiert stehen und nicht ausgewertet.

²³ Darüber hinaus ermöglichte mir ein dreitägiges Intensiv-Seminar mit Ulrike Nagel, mit der Methode und forschungspraktischen Vorgehensweise des ExpertInneninterviews vertraut zu werden. Dabei wurden eigene Auswertungsversuche supervidiert und die Möglichkeiten und Grenzen des Vorgehens diskutiert.

²⁴ Dementsprechend wurde auch bei der Wiedergabe der Zitate weitestgehend auf Wortwiederholungen und Füllwörter verzichtet.

²⁵ An dieser Stelle unterscheidet sich mein Vorgehen von der im ExpertInneninterview beschriebenen Herangehensweise: Aus soziologischer Sicht wurde auf den Rückbezug zu den Personen verzichtet, da eher die Strukturen von Interesse sind. In dieser Arbeit sollen jedoch die individuellen Bezüge zwischen den Vergleichsdimensionen erhalten bleiben, da sie aus psychologischer Sicht von Bedeutung sind.

Die Einschätzungen zu den erlebten Arbeitsbelastungen, den Ressourcen und der Gesundheitssituation wurden theoriegeleitet und anhand vorhandener geringfügig abgewandelter Items erhoben. Anhand einer verkürzten Fassung des Fragebogens Salutogenetische Subjektive Arbeitsanalyse (SALSA) von Rimann & Udris (1993) wurden verschiedene Maße der psychosozialen Belastungen und Ressourcen in der Arbeit erfasst. Die Skalen „Partizipationsmöglichkeit“, „Tätigkeitsspielraum“ und „Belastung durch äußere Tätigkeitsbedingungen“ fanden jedoch keine Anwendung. Da sie im Interview ausführlich behandelt werden, sollte hier eine Doppelung vermieden werden. Die Einschätzung der gesundheitlichen Situation der Beschäftigten wurde anhand der Merkmale gesundheitliche Bedrohung und Verwundbarkeit ermittelt, welche dem sozialkognitiven Modell von Schwarzer (1992) entsprechen. Sie wurden allerdings verallgemeinert und sind nicht, wie im Original, auf bestimmte Krankheiten bezogen. Die Items zur sozialen Unterstützung wurden von der Autorin selbst erstellt.

Die folgenden Angaben beruhen auf einer Auswertung von nur 23 abgegebenen Fragebögen, da je ein Mann aus jeder Untersuchungsgruppe den Fragebogen nicht ausgefüllt hatte. Somit beziehen sich die Ergebnisse auf Angaben von sieben Frauen und 16 Männern.

Nach dem Familienstand gefragt, gaben nur drei Personen an, dass sie zum Zeitpunkt der Interviews nicht in Partnerschaften lebten. Neun Befragte hatten keine Kinder, sieben gaben an, ein Kind zu haben und weitere sieben hatten zwei oder mehr Kinder. Die Schulausbildung variierte ein wenig: 15 Personen hatten einen Hauptschulabschluss oder ein Schulabgangszeugnis, neun einen Realschulabschluss, eine Person gab die Allgemeine Hochschulreife an. Bis auf zwei Personen hatten alle eine Berufsausbildung abgeschlossen bzw. ein Studium absolviert. Der Großteil der Stichprobe (19) war im Schichtdienst tätig, davon zehn Menschen im 3-Schicht-Betrieb (ebenfalls eine Frau). Die meisten Angestellten (sechs) waren ausschließlich tagsüber beschäftigt. Die durchschnittliche Betriebszugehörigkeit aller Personen lag bei 15 Jahren, die niedrigste betrug sieben, die höchste 26 Jahre. All diese Merkmale verteilten sich weitestgehend gleichmäßig auf beide Kontrastgruppen.

Die ausgeübten Tätigkeiten der Interviewpartner/innen zeigen eine große Bandbreite, verteilen sich aber gleichmäßig auf beide Gruppen.

Tabelle 5.2: Tätigkeiten der Interviewpartner/innen

	<i>Zirkelbeteiligte</i>	<i>Nichtbeteiligte</i>
Angelernte Tätigkeit	4	4
Facharbeiter in Produktion	4	3
Facharbeiter in Überwachung	2	2
Sacharbeiter in Verwaltung	3	3
Gesamt	13	12

N=25 Personen; Angaben aus dem Interview

Die angelernte Tätigkeit bestand darin, Maschinen eines metallverarbeitenden Betriebes zu bedienen. Eine Person, war ausschließlich in der Kontrolle beschäftigt. Alle befragten Frauen sowie ein Mann befanden sich in dieser Beschäftigtengruppe. Ihre Aufgabe bestand darin, die Maschinen in relativ kurzen Zeitabständen (einige Minuten) mit schweren Metallteil-Magazinen zu bestücken. Diese Maschinenführer/innen waren außerdem für den reibungslosen Ablauf der Maschinen verantwort-

lich. Störungen mussten beseitigt oder Hilfe herbeigerufen werden. Sechs der Angelernten hatten zuvor eine Berufsausbildung abgeschlossen, zwei hatten keinen Beruf gelernt.

Die Produktionsarbeiter waren ebenfalls in einem metallverarbeitenden Unternehmen beschäftigt. Sie hantierten mit großen Metallteilen, was schweres Heben und Tragen zur Folge hatte. Außerdem mussten sie verschiedene Maschinen bedienen, mit denen die Metallteile gefertigt wurden. Einige von ihnen waren in Gruppen organisiert und einer war als Vorarbeiter beschäftigt.

Diejenigen, die in der Überwachung oder im Büro tätig waren gehörten einem großen Dienstleistungsunternehmen an. Das Überwachungspersonal bestand aus Facharbeitern, die einen Aufbaukurs mit Zertifikat absolviert hatten, um diese Tätigkeit ausüben zu können. Die meiste Arbeitszeit verbrachten sie vor einem Bildschirm, der mit Hilfe von Dateninformationen der Überwachung einer Großanlage diente. Beim Auftreten von Störungen konnten sie entweder diese selbst beseitigen oder sie mussten ihren Vorgesetzten einschalten. Die Büroangestellten erledigten kaufmännische oder technische Sachtätigkeiten. Nach eigenen Angaben hatten sie zum Teil einen Expertenstatus oder eine Führungsposition inne.

Die folgende Gegenüberstellung der Kontrastgruppen anhand von ausgewählten Fragebogenitems dient dem Vergleich der Beteiligten und Nichtbeteiligten hinsichtlich ihrer wahrgenommenen Arbeitsbelastung, Ressourcen und der Einschätzung ihrer Gesundheit. Außerdem wurde nach den politischen bzw. ehrenamtlichen Aktivitäten sowie den Weiterbildungsmaßnahmen gefragt. Unter der Annahme, dass es sich bei den Zirkelbeteiligten um grundsätzlich (politisch) aktivere Personen handeln könnte, wäre es denkbar, dass sich die Zirkelbeteiligten von den Nichtbeteiligten dahingehend unterscheiden. Diese Gegenüberstellung erlaubt zwar eine erste Einsicht in die Untersuchungsgruppe, eine Generalisierung aufgrund der geringen Anzahl an Probanden und der Selektivität der Stichprobe ist jedoch nicht möglich.

Zunächst wurde anhand einer offenen Fragestellungen nach den Belastungsarten, unter denen die Befragten am meisten leiden, gefragt. Dazu hatten sie Gelegenheit bis zu drei Belastungsbereiche zu notieren. In der folgenden Tabelle sind diese Aussagen wiedergegeben.

Tabelle 5.3: Belastungsarten (offene Fragestellung)

	<i>Zirkelbeteiligte</i>	<i>Nichtbeteiligte</i>
Klima/Hitze	6	1
Lärm	2	3
Schadstoffe	0	2
schwere/einseitige körperliche Belastungen	2	1
Schichtdienst	0	3

Monotonie	1	1
Unruhe / zu viele parallele Aufgaben	1	3
schlechtes Arbeits- und Betriebsklima	3	1
hoher Verwaltungsaufwand	2	0
schlechtes Arbeitsmaterial	1	0
fehlende Informationen und Ziele	2	1
Inkompetenz	0	1
fehlendes Fachwissen	0	2
Isolation	1	0
zu viel Arbeit	2	3
Summe	23	22

N=23; Mehrfachnennungen möglich

Auffällig ist, dass sechs Beteiligte angaben, durch Hitze bzw. schlechtes Klima am stärksten belastet zu sein. Da dieses Ergebnis gehäuft bei den Angestellten auftrat, könnte es auch auf die zum Zeitpunkt der Befragung anhaltende Sommerhitze zurückgeführt werden. Interessant ist, dass keiner von den Zirkelbeteiligten Schichtarbeit als belastend wahrgenommen hat, obgleich in dieser Gruppe ebenso viele Schichtarbeiter enthalten sind wie in der Gruppe der Nichtbeteiligten. Ansonsten verteilen sich die erlebten Belastungsarten relativ gleichmäßig auf die Kontrastgruppen. Beschäftigte, die in den produktiven Bereichen arbeiten, leiden mehr unter den körperlichen Belastungen und die Angestellten eher unter den psychosozialen. Eher von höherqualifizierten Personen wurden Belastungen in den Bereichen Arbeitsorganisation und Führungsverhalten genannt.

In der Tabelle zeigen die beiden Kontrastgruppen bezüglich ihrer gesundheitsbezogenen Erwartungskognitionen (Verwundbarkeit und Bedrohung) einen nennenswerten Unterschied, der für die Annahmen des Modells von Schwarzer (1999) sprechen könnte. Demzufolge könnte eine Zirkelbeteiligung mit gesundheitsbezogenen Erwartungseinschätzungen einhergehen. Allerdings konnten keine signifikanten Effekte bei der Überprüfung der Mittelwertsunterschiede anhand eines T-Tests aufgezeigt werden.

Tabelle 5.4: Belastungs-, Ressourcen- und Gesundheitseinschätzungen

Fragen	Zirkelbeteiligte	Nichtbeteiligte
Arbeitsbelastungen	2,9	2,5
Ressourcen in der Arbeit	3,3	3,2
Gesundheitliche Verwundbarkeit	3,9	3,1
Gesundheitliche Bedrohung	3,1	2,6
Soziale Unterstützung (Arbeit)	3,5	3,5
Soziale Unterstützung (Privat)	3,9	3,9

N=23 Personen; Skalenmittelwerte

Die sozialpolitischen und bildungsorientierten Aktivitäten der Beschäftigten zeigten ebenfalls eine große Übereinstimmung zwischen den beiden Kontrastgruppen. Das Ergebnis zeigt darüber hinaus, dass es sich bei der gesamten Interviewgruppe keinesfalls um eine einseitige Auswahl von Personen handelt, die besonders aktiv in Bezug auf Bildung und Politik ist.

Tabelle 5.5: Politische und bildungsorientierte Aktivitäten

	Zirkelbeteiligte	Nichtbeteiligte
Anzahl der Fortbildungen in den letzten 2 Jahren:		
0- 2	6	5
3 und mehr	6	6
Übernahme von Funktionen:		
Ja	5	3
Nein	7	8

N=23 Personen, Anzahl in Einmalnennung

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich die hier erfassten Unterschiede in den psychologischen und soziodemographischen Merkmale relativ gleichmäßig auf beide Kontrastgruppen verteilen. Demzufolge kann davon ausgegangen werden, dass es sich zwar insgesamt um eine homogene Gesamtstichprobe handelt, wobei in den beiden Kontrastgruppen die gemessenen Merkmale eher heterogen verteilt sind. Anhand der Ergebnisse konnte gezeigt werden, dass sich die beiden Gruppen in allen Merkmalen nicht wesentlich voneinander unterscheiden. Unterschiede, die im Interview ermittelt wurden, gehen demnach nicht auf die durch den Fragebogen erfassten unterschiedlichen soziodemographischen Daten oder psychologischen Merkmale zurück. Somit stellt das *selectiv sampling* eine angemessene Auswahl von Personen dar, die für den Vergleich der Sichtweisen von Beteiligten und Nichtbeteiligten in Bezug auf ihre Entscheidung für oder gegen ein Zirkelengagement zugrunde gelegt werden. Die Ergebnisse aus diesem Vergleich und erste Hinweise zu den Voraussetzungen einer Beteiligung am Gesundheitszirkel werden in den nächsten Kapiteln genauer erläutert.

6 Wahrgenommene Einflussnahme der Beteiligten und Nichtbeteiligten im Vergleich

In diesem Kapitel werden die ersten Ergebnisse aus der qualitativen Auswertung der Interviews wiedergegeben. Hier und in den Kapiteln 7, 8 und 9 sind die empirisch entwickelten Typen erläutert, die auf einer themenbezogenen Analyse basieren. Die Auswertungsschritte der vorliegenden Typologie wurden im vorherigen Kapitel 5.2 ausführlich erläutert, so dass auf eine detaillierte Herleitung der gefundenen Kategorien an dieser Stelle weitestgehend verzichtet wird. Im Anhang (Seite 209ff) ist exemplarisch die Auswertung schrittweise vollzogen worden, um die Analyse der gefundenen Ergebnisse transparenter zu machen. Kern dieses Kapitels wird es sein, die gefundene Typologie in Bezug auf die wahrgenommenen Einflussmöglichkeiten am Arbeitsplatz und auf die Gesundheit der Beteiligten und Nichtbeteiligten wiederzugeben.

6.1 Wahrgenommene Einflussnahme am Arbeitsplatz

Aus der Literatur ist bekannt, dass für partizipatives Handeln die Erfahrung mit Einflussnahme am Arbeitsplatz eine mögliche Voraussetzung sein könnte. Als eine individuelle Voraussetzung wird etwa die bisherige Erfahrung mit Mitsprachemöglichkeiten angenommen (Kap. 3.3.1.3). Die dabei erprobten Kompetenzen und erfolgreichen Ergebnisse können verstärkend auf die Entscheidung wirken, weitere Partizipationsgelegenheiten wahrzunehmen. Bereits diskutiert wurden auch die Auswirkungen negativ erlebter oder erfolgloser Partizipation (Kap. 3.3.2), die eine erneute Beteiligung eher beeinträchtigen könnten.

Die Entscheidung zur aktiven Mitarbeit am Zirkel wird hier zunächst vor dem Hintergrund der wahrgenommenen betrieblichen Einflussmöglichkeiten betrachtet. Im Interview wurden von den Beschäftigten dazu verschiedene Angaben gemacht, die sich auf drei Dimensionen festhalten lassen: (1) Es bestehen Einflussmöglichkeiten durch die Tätigkeit selbst, was für einem großen subjektiven Tätigkeitsspielraum sprechen könnte; (2) Einflussnahme besteht über die Vorgesetzten, im Sinne eines partizipativen Führungsstil oder (3) Einfluss wird durch die Übernahme von nicht in der Tätigkeit liegenden Funktionen oder sozialen Rollen (z.B. Betriebsrat) wahrgenommen. Für die vorliegende Fragestellung ist von Interesse gewesen, ob die Beteiligten und Nichtbeteiligten Erfahrungen mit Einflussnahme hatten, in denen sie ihre Interessen und Bedürfnisse bereits vertreten konnten. Darüber hinaus beschrieben die Befragten ihre Einflussmöglichkeiten innerhalb ihrer Tätigkeiten, wie sie sie subjektiv erlebten. Für die Auswertung wurden alle Aussagen zu ihren Einfluss- und Mitsprachemöglichkeiten innerhalb und außerhalb ihrer Arbeitsaufgaben berücksichtigt. In die folgende Ergebnisdarstellung sind auch die dazu abgegebenen subjektiven Bewertungen der Beschäftigten einbezogen, wie zufrieden sie mit ihren Gestaltungsmöglichkeiten sind. Dazu musste in den meisten Fällen nicht gesondert aufgefordert werden, da die persönliche Bewertung in den Schilderungen oft mitenthalten war. Demzufolge zeigt sich die Kategorie „betriebliche Einflussmöglichkeiten“ mit zwei Subkategorien untergliedert: Zum einen, ob und in welcher Form Einflussnahme und Mitsprache wahrgenommen wird und zum anderen wie zufrieden die Betroffenen damit sind.

Die meisten Personen geben an, eher wenig Freiraum in ihrer Tätigkeit zu besitzen. Gerade diejenigen, die Maschinen bedienen, berichten, dass ihre Tätigkeit an Maschinentaktzeiten gebunden sei, welche wenig Spielraum für selbstbestimmte Aufgaben ließe. Diejenigen, die ihre Arbeit mit großen und zufriedenstellenden Entscheidungsspielräumen schildern, stammen eher aus dem Angestellten- als dem gewerblichen Bereich oder aus einer hierarchisch höheren Position (z.B. Meister). Es sei hier erwähnt, dass es sich bei den Angaben um den subjektiv erlebten Tätigkeitsspielraum handelt – eine Überprüfung des objektiv messbaren wurde jedoch nicht unternommen.

Die erlebten betrieblichen Einflussmöglichkeiten der Beteiligten und Nichtbeteiligten zeigen sich in der folgenden Gegenüberstellung:

Beteiligte	Nichtbeteiligte
Mitspracheversuche bleiben erfolglos	Mitsprache ist nicht vorhanden
Mitsprachemöglichkeiten bestehen	Verzicht auf Mitsprache
Einflussnahme durch Übernahme von Funktionen / Rollen	Einflussnahme durch Übernahme von Funktionen / Rollen
Tätigkeit gewährleistet Einflussnahme	Tätigkeit gewährleistet Einflussnahme

Im Folgenden werden, getrennt nach den beiden Kontrastgruppen, die Ergebnisse aus der Typenbildung für die Erfahrung mit betrieblicher Einflussnahme erläutert. Die Methode der Typologie erfolgte nach Meuser & Nagel (1991). Die gefundenen Typen werden aus sprachlichen Gründen auch als *Gruppen* bezeichnet. Innerhalb der Gruppen ist immer auch ein Rückbezug zu den Personen, die diese Aussagen gemacht haben, möglich. Wieviele sich jedoch hinter einer Gruppe verbergen, spielt - wie für die Typologie üblich - dabei keine Rolle (Kelle & Kluge, 1999). So kann ein Typus bzw. eine Gruppe auch nur durch eine Person repräsentiert werden; in den meisten Fällen verteilen sich die Träger/innen der Merkmalsausprägungen jedoch eher gleichmäßig auf die gefundenen Typen.

6.1.1 Wahrgenommene Einflussnahme der Beteiligten

Unter den Zirkelteilnehmern werden vier verschiedene Gruppen der betrieblichen Einflussnahme gefunden. Alle Zirkelbeteiligten geben an, Mitsprachemöglichkeiten wahrzunehmen bzw. umfangreich Einfluss auf die eigene Tätigkeit nehmen zu können. Während die ersten drei gefundenen Gruppen ihren durch die Tätigkeit eher geringfügigen Einflussbereich mit unterschiedlichen Strategien und Erfolg ausweiten, befinden sich in der vierten Gruppe diejenigen, die ihren Spielraum innerhalb ihrer Tätigkeit als relativ groß bezeichnen und dadurch genügend Einflussnahme auf ihre Arbeitsaufgaben wahrnehmen können. Auch die subjektive Bewertung ihrer Gestaltungsmöglichkeiten zeigen sich in den vier Gruppen recht unterschiedlich. Während in der ersten Gruppe die Bewertungen eher negativ ausfallen, sind es in den anderen Gruppen eher zufriedenstellende Erfahrungen.

- Mitspracheversuche bleiben erfolglos
- Mitsprachemöglichkeiten bestehen
- Einflussnahme durch Übernahme von Funktionen / Rollen
- Tätigkeit gewährleistet Einflussnahme

Mitspracheversuche bleiben erfolglos

Personen dieser Gruppe sind gekennzeichnet durch einen eher als gering bis mäßig wahrgenommenen Tätigkeitsspielraum. Ihre Versuche, über ihre Tätigkeit hinausgehend Einflussnahme auszuüben, sind bislang jedoch erfolglos geblieben. Vor allem über den Vorgesetzten versuchen diese Personen ihre Belange und Interessen vorzubringen. Allerdings beschreiben sie, dass dieser wenig Interesse zeigte, ihre Meinungen und Wünsche entgegen zu nehmen. Versuche, Veränderungen bewirken zu können – auch stellvertretend für Kolleg/innen – sind bereits gescheitert. Es wurde u.a. geschildert, dass die Vorgesetzten nicht zuhören würden oder nach einem Gespräch mit ihnen das Gefühl zurückblieb, nicht ernst genommen zu werden.

Für diese Arbeitnehmer entsteht der Eindruck, sie seien der Willkür ihrer Führungskräfte ausgeliefert. Rücksichtnahme auf die von ihnen formulierten Bedürfnisse und Wünsche wird als seltener Glücksfall wahrgenommen. Sie sehen ihre Versuche, auf den vorhandenen engen Spielraum durch eigene Initiative Einfluss zu nehmen, als gescheitert an.

„Die haben sich das angehört und haben gesagt: ‚ja woll, alles klar, du hast recht‘ und haben sich umgedreht und sind wieder gegangen.(...) So war der Eindruck, also wenn man was gesagt hat, hat man gegen eine Wand geredet und das war’s dann. Die haben dann gesagt: ‚ihr seid doch keine kleinen Kinder‘ oder irgend so was.“ (Herr L, 7, 26-31)

Zwei Interviewpartner haben bereits vor dem Gesundheitszirkel an Beteiligungsgruppen teilgenommen. Ein Arbeiter, der sich bereits im Rahmen von Total Quality Management (TQM) engagiert hatte, hoffte durch seine Mitarbeit seinen Einflussbereich auszuweiten, was ihm aber nicht gelang.

„Die Erfahrung haben wir dann gemacht, wir haben Probleme aufgelegt, tja dann wurde immer gesagt: ‚ja ja ja ja, es wird weitergegeben‘, und es hat sich nichts geändert, weil ich schon früher schon mal ein Projekt mitgemacht habe - ein TQM-Projekt und da war das Gleiche.“ (Herr A, 3, 19-23)

Die Partizipationserfahrung dieser Gruppe ist davon geprägt, dass trotz Engagement, die eigene Einflussnahme beschränkt bleibt. Ihre Versuche beschränkten sich bislang auf temporäres Engagement (Zirkelarbeit) oder Einzelmaßnahmen, wie z.B. den Vorgesetzten auf ein bestimmtes Problem aufmerksam machen. Letztendlich fühlen sie sich den Entscheidungen des Managements eher ausgeliefert. Das Gefühl, wirklich mitbestimmen zu können, kommt in dieser Gruppe nicht zum Tragen. Im Gegenteil, es besteht Misstrauen gegenüber dem Management. So wurden Befürchtungen laut, dass das Äußern der eigenen Meinung oder gar von Kritik negative Konsequenzen zur Folge haben könnte. Beispielsweise berichtete ein Arbeiter von einer „Strafversetzung“ eines Kollegen, der auf Fehler im mittleren Management aufmerksam machte. Ein Angestellter berichtet, dass die Zugehörigkeit zum Betriebsrat seine Beförderung verhinderte.

Mitsprachemöglichkeiten bestehen

Einem anderen Teil der Zirkelmitglieder ist es offensichtlich gelungen, den eigenen Spielraum über den Kontakt zum direkten Vorgesetzten auszuweiten. Ihren Tätigkeitsspielraum bezeichnen diese Personen, von denen alle Maschinenführerinnen sind, als eher gering. Sie schätzen hingegen den Einfluss, den sie über ihren

Vorgesetzten wahrnehmen, als positiv und zufriedenstellend ein. Es werden Erfahrungen berichtet, in denen der Vorgesetzte ihre Wünsche berücksichtigt hat. Die Vorgesetzten werden von den Befragten als kommunikativ, verständnisvoll und die Bedürfnisse ihrer Mitarbeiterinnen berücksichtigend geschildert. Die Wünsche beschränken sich oft auf Themen mit geringer Tragweite, etwa der Regelung der Pausenzeiten oder der Einteilung von Freischichten und des Urlaubs. Allerdings können auch Beschwerden und Kritik problemlos geäußert werden. Diese Gruppe fühlt sich grundsätzlich verstanden und mit ihren Bedürfnissen und Belangen angenommen.

„Ich kann ja auch gleich zum Meister gehen und mit ihm besprechen, was mich stört oder was passiert ist, aber das macht man ja nicht gleich. (...) Aber die Gelegenheit hat man eigentlich immer. Ich kann ja jederzeit zum Meister gehen, also Vorgesetzter, und ihm meine Meinung sagen. Also denke ich.“ (Frau G, 14, 42-46)

„Naja, wenn es um unsere Meinung geht, haben wir es beiden gesagt: Vorarbeiter und wenn sie nichts dazu sagen konnten, natürlich den Meister gesprochen. (...) Doch die haben schon zugehört und wenn sie konnten, dann konnten die helfen, wenn nicht dann nicht.“ (Frau D, 7, 12 und 24)

Die jeweiligen Vorgesetzten zeigen sich den Frauen vor allem dann entgegenkommend, wenn diese sich nicht wohl fühlen. Beispielsweise wird den Arbeiterinnen dann temporäre Erleichterung in der Arbeit gewährt. Erfahrungen dieser Art wurden als hilfreiches Entgegenkommen wahrgenommen und bedeuten, dass auf das Wohlbefinden Einzelner unmittelbar Rücksicht genommen wird. Das verschafft den Arbeiterinnen das Gefühl, gehört und wahrgenommen zu werden, auch wenn nicht alle Interessen berücksichtigt werden können.

Einflussnahme durch Übernahme von Funktionen / Rollen

Ein Teil der Zirkelbeteiligten konnte bereits vor dem Zirkel ihren als eher gering bis mäßig wahrgenommenen Tätigkeitsspielraum durch betriebliches Engagement erweitern, etwa durch die Übernahme einer betrieblichen Funktion wie der des Sicherheitsbeauftragten oder soziale durch Rollen.

Ein Interviewpartner schildert sich als „informeller“ Führer seines Teams, da er keine Probleme hätte, auch gegen den Widerstand seiner Vorgesetzten seine Meinung zu äußern und Freiräume für sich zu schaffen. Er erzählt von einem Beispiel, in dem es ihm durch beharrliches und gemeinschaftliches Vorgehen gelungen ist, Vereinbarungen mit den Führungskräften über veränderte Arbeitsabläufe zu finden. Das Ergebnis war, dass das Team selbst die Einsatzplanung übernahm, was vorher die Aufgabe des Meisters gewesen ist.

„Ich meine, wir haben uns jetzt, nicht nur ich alleine, als Schicht jetzt, irgendwo teilweise haben wir uns gegen unseren Vorgesetzten sicher durchgesetzt, war auch nicht ganz so einfach, sage ich mal. Selber Entscheidungen irgendwo teilweise zu treffen, (...) eine Anwesenheitsliste zu führen für uns alleine, zu sagen: ‚okay, abfeiern‘. Gibt ja bei uns immer, dadurch dass wir an den Feiertagen arbeiten, gibt es diese Plusstunden, die man dann irgendwann abbummeln muss oder abbummeln kann, dass wir selber entscheiden können: ‚okay, der Kollege kann oder kann nicht‘, weil, das Mindestpersonal muss da sein, bis dahin können wir sagen: ‚okay, können

wir eintragen bei uns - wird von den Vorgesetzten übernommen', aber es geht klar." (Herr Q, 14, 4-13)

Ein Metallarbeiter aus der Produktion erweitert seinen Einflussbereich, indem er regelmäßig Verbesserungsvorschläge in das betriebliche Vorschlagswesen einbringt. Dadurch kann er seine Ideen und Kreativität sinnvoll und für ihn gewinnbringend einsetzen. Seinen Gestaltungsbereich konnte er dadurch sinnvoll ausweiten, was ihm innerhalb seiner Arbeitsaufgabe nicht gelungen ist.

Sie alle können demnach auf Erfahrungen zurückblicken, in denen sie versuchen, über den Rahmen ihrer eigentlichen Tätigkeit hinausgehend Einfluss auf ihre Arbeitsbedingungen zu nehmen, was den meisten von ihnen auch gelang. Hierin ist auch ein Aufgreifen von Verantwortungsbereichen erkennbar, was durch die Übernahme von offiziellen Funktionen oder durch informelle Rollen erfolgt. Personen dieser Gruppe bezeichnen sich selbst als solche, die keine Probleme damit haben, öffentlich Stellung zu beziehen oder Missstände anzusprechen. Auf Missstände aufmerksam zu machen, sehen sie als Selbstverständlichkeit an. Mit ihrem besonderen Engagement können sie Veränderungen bewirken und sind damit auch mehr oder weniger zufrieden.

Tätigkeit gewährleistet Einflussnahme

Ein Teil der Zirkelbeteiligten gibt an, durch die Tätigkeit selbst einen genügend großen Einflussbereich innezuhaben, den sie als zufriedenstellend einschätzen. Es handelt sich vor allem um Personen, die Führungspositionen ausüben und ihre hierarchische Position zur Mitsprache nutzen. Da sie stärker an betrieblichen Entscheidungen beteiligt sind als ihre Mitarbeiter, verfügen sie über die entsprechenden Möglichkeiten zur Einflussnahme. Beispielsweise können sie durch den direkten Kontakt zum Top-Management stärker auf dessen Entscheidungsprozess einwirken.

„Gerade, wenn man Netzmeister ist, kann man ja doch mal paar andere Worte sagen, als wenn es ein Monteur ist." (Herr S, 7, 26-28)

Darüber hinaus können sie in ihrem Verantwortungsbereich weitgehend selbst gestalten und sich und ihren Mitarbeiter/innen Bedingungen schaffen, die ihnen selbst angenehm sind. Ein Meister berichtet, dass er die vorhandene Hierarchie weitestgehend abbaute, um die Abläufe besser in den Griff zu bekommen und die Zusammenarbeit zu fördern.

„Also, wir haben - aus meiner Sicht nicht so strenge hierarchische Kultur bei uns, bei uns im Netzbau - also, in der Abteilung, wo ich also herkomme, aus diesem Sachgebiet - sondern, es klappt eigentlich locker im Umgang miteinander, also, für mich sehr positiv. Also, es muss nicht diktiert werden, sondern es ist eigentlich ganz, ganz klar: Der hat dieses Aufgabengebiet, der dieses Aufgabengebiet, da ist einfach die Teilung zwischen. Ich denke mal, bei uns ist es bald schwer erkennbar, wer hat nun eigentlich da diese Führungsaufgabe in diesem eigentlichen Sinne, so vom Diktat her?" (Herr U, 1, 28-36)

Die gegebenen Spielräume werden u.a. genutzt, um Veränderungen zu bewirken. Grenzen werden ihnen nur durch die eigenen Vorgesetzten gesetzt. Grundsätzlich handelt es sich hier um Personen, die mit ihrer Tätigkeit entsprechende Freiräume

besitzen, um mehr oder weniger selbstbestimmt ihre Umwelt zu gestalten und ggf. ihren Einflussbereich auch auszuweiten.

6.1.2 Wahrgenommene Einflussnahme der Nichtbeteiligten

Auch in dieser Kontrastgruppe wurden alle Aussagen zu der wahrgenommenen Einflussnahme im Betrieb analysiert und in vier Gruppen dimensioniert, die sich in ihrer Einschätzungen zu ihren Einflussmöglichkeiten am Arbeitsplatz unterscheiden. Auch hier gibt die Mehrheit an, nur einen eher geringen Spielraum in der Tätigkeit zu besitzen. Die Erfahrungen, die darüber hinaus in der Mitsprache gemacht worden sind, unterscheiden sich allerdings von denen der Zirkelteilnehmer/innen. Unter den Beteiligten wurden zwei Gruppen gefunden, deren Einflussbereiche subjektiv zufriedenstellend sind und entsprechend umfangreich eingeschätzt werden. Die als „Einflussnahme durch die Übernahme von Funktionen/Rollen“ und als „Tätigkeit gewährleistet Einflussnahme“ bezeichneten Gruppen finden sich nicht nur unter den Beteiligten, sondern auch hier unter den Nichtbeteiligten. Bislang nicht identifiziert wurden unter den Nichtbeteiligten zwei Gruppen entdeckt, die Mitsprachemöglichkeiten entweder nicht erleben oder darauf verzichtet haben. Während die erste Gruppe sich darüber beklagt, dass sie keine Mitsprache hätte, sind die Personen der anderen Gruppen mit ihrer Situation eher einverstanden:

- Mitsprache ist nicht vorhanden
- Verzicht auf Mitsprache
- Einflussnahme durch Übernahme von Funktionen / Rollen
- Tätigkeit gewährleistet Einflussnahme

Mitsprache ist nicht vorhanden

Ein Teil der Beschäftigten, die sich nicht am Zirkel beteiligten, sieht kaum Möglichkeiten der Einflussnahme am Arbeitsplatz. Sie argumentieren, dass die Maschinen im Grunde ihren Tagesablauf bestimmen. Sie räumen zwar ein, dass sie über den Vorgesetzten bei ihrer Pausenentscheidung oder der Frage, wann Urlaub oder Freischicht gemacht werden kann, mitbestimmen dürfen. Im Gegensatz zu den Beteiligten, die angeben, ihre Mitsprache über den Vorgesetzten sei erfolgreich, sehen sie dieses Mitspracherecht als nicht zufriedenstellend an. Auffallend bei dieser Gruppe ist, dass vor allem über Belastungen und Arbeitsstörungen, durch die sie bereits erhebliche gesundheitliche Beschwerden haben, berichtet wird. Sie fühlen sich zwar durch die Arbeitsbedingungen stark beeinträchtigt, glauben jedoch nicht, dass sie etwas dagegen unternehmen können. Demzufolge werden sämtliche Einflussmöglichkeiten eher verneint.

„Ansonsten habe ich hier ja nichts zu sagen, weil wir gehen hier ja alle kaputt. Und ich glaub auch nicht, dass wir hier lange aushalten können, mit den drei Maschinen.“ (Frau E, 7, 18-20)

Gegenüber dem Management besteht ein Gefühl des Ausgeliefertseins, da sie keine Möglichkeiten des Widerstandes gesehen wird. Eine Frau berichtet, dass sie sich durch die Führungskräfte erpressbar fühlte, da sie keine Alternativen zu ihrer Tätigkeit sehe. Aufgrund dieser Situation sehen sich einige dieser Gruppe der Willkür ihrer Vorgesetzten ausgesetzt, der sie nichts entgegensetzen können.

„Es wird beschlossen und dann haben wir das zu machen. Ob das zuviel wird oder so, da wird eigentlich gar nicht danach gefragt, so.“ (Frau B, 13, 27-28)

„Da kann man nichts gegen machen. Die Störungen treten auf und das ist halt so. Wäre ja schön, wenn es anders wäre. Da hätte man ein leichteres Leben.“ (Herr Y, 3, 24-25)

Alle Personen dieser Gruppe scheinen sich mit den Gegebenheiten abzufinden, da sie glauben, man könne sowieso nichts ändern. Dies führt dazu, dass selbst potenzielle Freiräume nicht mehr wahrgenommen werden. Eine beinahe resignative Haltung wird aus der Einschätzung mangelnder Veränderungsmöglichkeiten deutlich.

Verzicht auf Mitsprache

Interessanterweise finden sich unter den Nichtbeteiligten auch Personen, die zwar Mitsprachemöglichkeiten an ihrem Arbeitsplatz sehen, diese aber nicht nutzen. Ihren Tätigkeitsspielraum erleben sie allerdings als eher gering. Sie schätzen ihre Vorgesetzten als zugänglich für Wünsche und Bedürfnisse ein und glauben auch, dass sie eigene Belange anbringen können, wovon sie aber keinen Gebrauch machen. Wesentlich in dieser Gruppe ist die Einschätzung, dass bei ihr eine eher gute Gesundheit vorliegt und sie mit den Anforderungen zurecht kommt. Trotz der wahrgenommenen Belastung und den erlebten Arbeitsstörungen kommen Beschwerden oder Veränderungswünsche für sie nicht in Betracht. Die Grundstimmung scheint hier aus einem „ich komme schon zurecht“ zu bestehen, so dass der Wunsch nach Veränderungen nicht entsteht.

„...ich hab mich eigentlich mit allen immer so abgefunden. (...) Naja, nicht mal unbedingt abgefunden, aber ich sage, ich bin hier, um zu arbeiten und so habe ich das eben gesehen. (...) Das ist dein Arbeitsplatz, das sind die Bedingungen, die Anforderungen und die musste erfüllen.“ (Frau H, 7, 49 und 8, 21)

und weiter heißt es:

„Naja, wenn in den Meetings was vorgebracht worden ist (...), der [Meister] hat sich das dann angehört, hat sich aufgeschrieben und im nächsten Meeting hat er darüber berichtet, was er da jetzt gemacht hat oder angeordnet hat oder ob da was verbessert wurde. Doch, das muss man schon sagen, das wurde immer aufgenommen, wenn was gesagt wurde.“ (Frau H, 10, 28-32)

Ein Arbeiter schildert allerdings, dass er seine Meinung nicht frei äußern wolle und dies lieber anderen Kollegen überliesse, weil er den Mut dazu nicht hatte. Die Angst vor dem Vorgesetzten sei durch eine Reihe negativer Erfahrungen gewachsen, so dass er das Zutrauen in sich selbst verloren habe. Allen Beschäftigten dieser Gruppe ist gemeinsam, dass sie mit einer gewissen Anpassung an die Verhältnisse zurecht kommen und nicht übermäßig beeinträchtigt scheinen. Sie beklagen nicht, dass sie von den vorhandenen Möglichkeiten keinen Gebrauch machen. Es ist eher so, dass sie ein beruhigendes Gefühl haben: Wenn sie wollten, könnten sie ja bzw. andere werden schon etwas sagen, wenn es nötig ist.

Einflussnahme durch Übernahme von Funktionen / Rollen

Auch unter denen, die sich nicht am Zirkel beteiligten, finden sich Arbeitnehmer/innen, die den eigenen Einflussbereich durch persönliches Engagement außerhalb ihrer eigentlichen Tätigkeit erweitern. Ähnlich wie diejenigen, die sich am Zirkel beteiligten, schätzen sie ihre Möglichkeiten zur Mitsprache eher positiv ein. Eine Arbeiterin erzählt z.B., dass sie durch die Übernahme der Tätigkeit einer Sicherheitsbeauftragten deutlich mehr Einfluss nehmen kann als in ihrer eigentlichen Tätigkeit. Darüber hinaus hat sie das Gefühl, sich über diese Funktion eher Gehör verschaffen zu können, als ihr das als „einfache“ Maschinenführerin möglich wäre.

„Wie gesagt, das ist durch meine, diese ehrenamtliche Arbeit, diese Sicherheitsbeauftragte, (...) so im Laufe der Zeit, wie gesagt, habe ich hier ein bisschen mehr Selbstbewusstsein aufgebaut und angeeignet. (...) und offener reden, endlich mal die Meinung sagen. Ja und wenn man dann hört, dass es bald keine Meister und Vorarbeiter gibt, dann geht das alles schon ein bisschen lockerer. Und, man sagt dann schon mal, was einem nicht passt...“ (Frau F, 11,3-10)

Auch die Beteiligung an anderen Beschäftigtengruppen wird von ihnen bereits genutzt, da sie grundsätzliches Interesse an mehr Einflussnahme haben. Über diesen legitimierten Rahmen, z.B. auch die Betriebsratstätigkeit, können Veränderungswünsche leichter eingebracht und umgesetzt werden, was in der eigenen Arbeitstätigkeit kaum möglich ist. Ein Arbeitnehmer teilt im Interview mit, dass er hauptsächlich aus dem Grund Betriebsrat geworden sei, um seiner Hilflosigkeit entgegenzuwirken.

Tätigkeit gewährleistet Einflussnahme

Ein weiterer Teil der Befragten unter den Nichtbeteiligten kann, wie auch ein Teil der Zirkelbeteiligten, innerhalb der eigenen Tätigkeit auf einen genügend großen Einflussbereich zurückgreifen. Es wird eine zufriedenstellende Einflussnahme aufgrund des eigenen Arbeitsbereiches wahrgenommen, so dass darüber hinausgehende Aktivitäten der erweiterten Mitsprache nicht nötig erscheinen. Bei ihnen ist Mitsprache entweder durch die eigene Vorgesetztenrolle, durch einen Expertenstatus oder durch die Tätigkeit in Gruppenarbeit gewährleistet. Ihre persönlichen Spielräume nehmen sie als angemessen groß wahr und was darüber hinaus zu entscheiden sei, könnten sie mit ihrem Vorgesetzten regeln. Sie stellen die eigene Arbeit und die Spielräume als etwas dar, das sie mit dem Vorgesetzten aushandeln können, wobei sie mit dem Ergebnis dieses Aushandlungsprozesses im Allgemeinen zufrieden sind.

„I: Und zu Ihrem eigenen Spielraum, wie würden Sie den einschätzen? Also, können Sie Ihre Tätigkeiten und Aufgaben so erledigen, dass Sie selbst gestalten können?“

T: Sehr gut - schätze ich sehr gut ein. Alles andere würde ich wirklich mit dem unmittelbaren Vorgesetzten und auch mit dem Abteilungsleiter regeln - keine Probleme. Ich kann das alles fast komplett selbständig entscheiden wie ich was mache, zu wann und so weiter...“ (Herr T, 9,24-30)

6.2 Wahrgenommene Einflussnahme auf die eigene Gesundheit

Neben der Gelegenheit zur Mitsprache bieten Gesundheitszirkel auch die Möglichkeit, die Gesundheit am Arbeitsplatz zu thematisieren. Wie jemand mit der eigenen Gesundheit umgeht und welche individuellen Vorstellungen über Einflussnahme auf den Gesundheitszustand bestehen, wird als eine weitere Einflussgröße auf die Beteiligung am Zirkel betrachtet (vgl. Kap. 4.2). In den Interviews wurden sowohl der Gesundheitszustand thematisiert als auch der Umgang mit der eigenen Gesundheit, z.B. welche Maßnahmen zur eigenen Gesundheitserhaltung getroffen werden. Es ging dabei nicht nur darum, was die Beschäftigten tatsächlich für ihre Gesundheit unternehmen, sondern auch um ihre generellen Vorstellungen zur Beeinflussung der eigenen Gesundheit. Diese Aussagen werden hier als die *wahrgenommene Einflussnahme auf die eigene Gesundheit* bezeichnet, die Teil einer umfassenderen subjektiven Theorie von Gesundheit sein könnte (vgl. Faltermaier, 1994).

Die subjektiven Vorstellungen darüber, wie die Gesundheit beeinflusst werden kann, beinhalten implizit auch Vorstellungen darüber, was Gesundheit ist. Der Gesundheitszustand wird von den meisten Befragten als bloße körperliche Gesundheit gesehen. Nur wenige kommen auf psychische oder soziale Aspekte von Gesundheit zu sprechen, die in einem ganzheitlichen Verständnis von Gesundheit ebenfalls enthalten sind (vgl. Kap. 2.1).

In der bisherigen Forschung wird angenommen, dass Personen, die glauben ihren Gesundheitszustand beeinflussen zu können eher zu präventivem Gesundheitshandeln neigen, während Personen, die annehmen, dass ihre Gesundheit das Ergebnis von äußeren Umständen ist, die Verantwortung dafür eher nach außen delegieren - etwa an Ärzte. Eine dritte mögliche Vorstellung liegt in einer fatalistischen Einstellung zur Gesundheit, die einen Einfluss auf die Gesundheit gänzlich verneint, wonach Gesundheit eher durch Schicksal bestimmt wird (vgl. Kap. 4.2.1). Personen mit einer fatalistischen Einstellung unternehmen bewusst eher nichts, was ihre Gesundheit fördern könnte.

Die Vorstellungen beider Kontrastgruppen über die Einfluss- oder Kontrollmöglichkeit auf die Gesundheit werden hier wiedergegeben, d.h. ihre Überzeugungen, inwieweit und wodurch ihre Gesundheit beeinflussbar ist. Äußerungen darüber, was sie in ihrem Alltag unternehmen, um gesund zu bleiben, wurden hier ebenfalls berücksichtigt. Explizit wurde auch nach dem Zusammenhang zwischen Arbeit und Gesundheit gefragt. Aus dem Interviewmaterial geht hervor, dass neben internalen Einflussgrößen auch eine Reihe von externalen Größen ausgegangen wird. Als bedeutende negative, aber zumeist geringe Einflussgrößen auf den Gesundheitszustand werden vor allem Aspekte aus der Arbeitswelt genannt, beispielsweise Schichtarbeit oder gefährliche Arbeitsstoffe. Einige Personen berichten von bereits erlittenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen beispielsweise durch die (Nacht-) Schichtarbeit. Nur eine Person erwähnt positive Einflüsse der Arbeit auf die Gesundheit: Wenn Arbeit Spaß macht, wirkt sie positiv auf die Gesundheit.

Die erlebten Einfluss- bzw. Kontrollmöglichkeiten der Beteiligten und Nichtbeteiligten auf die eigene Gesundheit zeigen sich wie folgt:

Beteiligte	Nichtbeteiligte
Gesundheit durch gesunde Lebensweise	Gesundheit durch gesunde Lebensweise

Gesundheit durch Vermeiden von Risikofaktoren	Gesundheit durch Vermeiden von Risikofaktoren
Gesundheit durch Kompensation von Stress	Gesundheit durch Kompensation von Stress
Gesundheit durch Bewältigung von Erkrankungen	Keinen Einfluss auf die eigene Gesundheit

Im Folgenden werden die jeweiligen wahrgenommenen Einflussmöglichkeiten auf die eigene Gesundheit beider Kontrastgruppen getrennt erläutert. Danach wird ein Vergleich beider Kontrastgruppen in Bezug auf die gefundenen Gruppen innerhalb der Dimensionen wahrgenommener betrieblicher und gesundheitsbezogener Einflussnahme vorgenommen.

6.2.1 Gesundheitsbezogene Einflussnahme der Beteiligten

Gefragt nach den eigenen Einflussmöglichkeiten auf die Gesundheit werden größtenteils Vorstellungen genannt, die auf persönliche Erfahrungen mit der eigenen Gesundheit oder auf gesellschaftliche Vorstellungen von Gesundheit zurückzuführen sind. Einige Beteiligte nennen zwar die Notwendigkeit, etwas für die eigene Gesundheit tun zu müssen, räumten aber ein, dass sie kaum etwas in diese Richtung unternahmen, nicht zuletzt weil die Arbeit sie daran hindere. Grundsätzlich wird das Privatleben eher als beeinflussbarer Lebensbereich gesehen, in dem man sich gesund verhalten bzw. etwas für seine Gesundheit tun könne. Beispiele, wie man sich innerhalb der Arbeitstätigkeit Gesundheit erhalten oder wie sie erzeugt werden könnte, werden kaum genannt. Bis auf diejenigen, deren Gesundheit durch die Bewältigung ihrer Erkrankungen bestimmt ist, gehen alle Vorstellungen zu den Einflussmöglichkeiten auf Personen mit guten bis mäßigen Gesundheitszuständen zurück²⁶. Die folgenden Gruppen sind das Ergebnis einer Analyse aller Aussagen, die zur eigenen Gesundheit, Gesunderhaltung und deren subjektiven Einflussmöglichkeiten geäußert worden sind (vgl. Kap. 5.2).

- Gesundheit durch gesunde Lebensweise
- Gesundheit durch Vermeiden von Risikofaktoren
- Gesundheit durch Kompensation von Stress
- Gesundheit durch Bewältigung von Erkrankungen

Gesundheit durch gesunde Lebensweise

Von dieser Gruppe wird Gesundheit vor allem als der körperliche Zustand und dessen Funktionsweise gesehen. Die von den Befragten genannten Einflussbereiche beschränken sich demnach auf Faktoren der gesunden Lebensweise. Die wichtigsten Einflussgrößen sind Ernährung, Bewegung und Erholung. Die Interviewten betonen, dass sie für die eigene Gesundheit selbst verantwortlich sind und etwas für die Gesunderhaltung tun können. Der Einfluss der Arbeit auf die eigene Gesundheit wird eher gering eingeschätzt. Demzufolge liegen Möglichkeiten der Gesunderhal-

²⁶ Eine Person äußerte sich leider nicht zu diesem Sachverhalt und musste aus der Analyse ausgeschlossen werden.

tung ausschließlich im privaten Bereich, am Arbeitsplatz selbst werden weder Gefährdungen noch Ressourcen wahrgenommen. Die Arbeit wird allenfalls als Barriere bei der Umsetzung gesunder Lebensweisen erlebt.

„Ja, ich kann Sport treiben oder schwimmen gehen. Mehr hat man eigentlich nicht. Wenn ich abends nach Hause komme, dann habe ich auch keine Lust mehr, noch groß etwas zu machen.“ (Herr X, 11, 40-42)

Gesundheit durch Vermeiden von Risikofaktoren

Eine weitere Sichtweise der wahrgenommenen Einflussmöglichkeiten liegt darin, dass gesundheitliches Befinden durch Risiken in der Umwelt beeinflusst wird. Die Befragten sehen Risiken, die sie durch eigenes Verhalten selbst verursachen oder die durch gefährliches Arbeiten entstehen. Gesundheit kann demnach vor allem durch Vermeiden dieser Risiken, wie Rauchen oder der Kontakt mit gefährlichen Stoffe am Arbeitsplatz erreicht werden. Als typische Risiken am Arbeitsplatz werden physikalische und chemische Gefährdungen genannt, die durch eine entsprechende Schutzausrüstung minimiert werden können.

„Wenn ich sauber arbeite. Zum Beispiel, es gibt verschiedene Arten von Arbeiten, wo Du Schutzbrillen oder persönliche Schutzausrüstung tragen musst. Wenn ich das beachte, kann ich auch schauen und so weiter und so fort.“ (Herr J, 15, 8-10)

Gesundheit durch Kompensation von Stress

Von dieser Gruppe wird betont, dass die Arbeit die Gesundheit stark beeinträchtigen kann. Vor allem Stress wird als Gefahr für die Gesundheit ausgemacht. Der Einfluss der Arbeit auf die Gesundheit wird demnach eher negativ eingeschätzt. Betont wird dabei der Zusammenhang zwischen eher psychischen Belastungen und körperlichen Auswirkungen. Während der Arbeit sei man dem Stress ausgesetzt, da dieser kaum zu verhindern sei. So bleibt den Beschäftigten auch während der Arbeitszeit kaum Möglichkeiten, darauf einzuwirken. Ein Meister berichtet, dass er auch schon mal unbezahlt länger arbeitet, um sich die Zeit zu nehmen, die er braucht. Nur dadurch könne er vermeiden, übermäßig in Stress zu geraten. Mehr Möglichkeiten, Stress zu kompensieren, werden hingegen in der Freizeit gesehen, z.B. durch Entspannung (abschalten können), durch Aktivitäten, wie Hobbies oder Sport. Stressbewältigung findet demnach hauptsächlich durch Kompensationshandlungen in der Freizeit statt.

„Ja, also ich denke mir, gerade, wenn ich merke, ich habe hier auf Arbeit halt‘ Stress, dann bin ich halt‘ in der Lage durch meine eigenen Einflüsse irgendwas daran zu ändern, indem ich Sport treibe, mich abreagiere, irgendwo halt‘ dementsprechend etwas kompensiere“ (Herr U, 15, 38-41)

Gesundheit durch Bewältigung von Erkrankungen

Diejenigen, die bereits erkrankt sind – mitunter chronisch – sehen ihren Einflussbereich auf ihre Gesundheit vor allem darin, etwas gegen ihre Krankheit zu tun bzw. die Symptome entsprechend zu lindern. Die gesundheitlichen Einschränkungen dieser Gruppe gehen bereits mit einer längeren Krankheitsdauer einher. Sie sehen die Notwendigkeit, sich mehr um sich selbst zu kümmern als vor der Erkrankung. Die Arbeit wird als Mitverursacher ihrer Erkrankung gesehen und demzufolge wird u.a.

versucht, sich andere Arbeitsbedingungen zu verschaffen oder den Arbeitsplatz zu wechseln.

„... ich bin jetzt dabei, momentan, mich innerbetrieblich zu verändern. Dass ich eben sage, ich höre jetzt auf (...), weil, ich habe jetzt wirklich Probleme mit dem Rücken. (...) Ich war jetzt schon mehrmals krank durch die Rückenbeschwerden. Das monotone Arbeiten. Wenn ich den Arm in einem bestimmten Winkel hochhebe, das geht nicht bei mir. Jetzt schaue ich, dass ich innerhalb der Firma einen anderen Arbeitsplatz kriege.“ (Herr N, 13, 16-22)

Allerdings sind die Versuche der Veränderung am Arbeitsplatz bei den Zirkelmitgliedern von unterschiedlichem Erfolg begleitet. Während ein Arbeiter es schafft, mit Hilfe eines ärztlichen Attestes von der Nachtschicht „befreit“ zu werden, berichtet eine andere Arbeiterin, dass selbst nach einem Bandscheibenvorfall an ihrem Arbeitsplatz darauf kaum Rücksicht genommen wird.

6.2.2 Gesundheitsbezogene Einflussnahme der Nichtbeteiligten

Auch die Nichtbeteiligten betonen, dass sie vor allem in der Freizeit etwas für ihre Gesundheit tun können. Die Notwendigkeit etwas zu tun, wird von den meisten stark hervorgehoben. Gesundheit wird u.a. als Voraussetzung für den Erhalt der eigenen Arbeitsfähigkeit gesehen. Interessanterweise können unter den Nichtbeteiligten drei der vier bereits gefundenen Kontrollvorstellungen wieder entdeckt werden. Der berichtete Gesundheitszustand variiert hier in ähnlicher Weise wie unter den Beteiligten. Während Vertreter der ersten drei Gruppen wenig über Beschwerden klagen oder gar von sich sagen, gesund zu sein, berichten vor allem diejenigen, die glauben, keinen Einfluss auf ihre Gesundheit ausüben zu können, von starken körperlichen Beschwerden. Diese letzte Gruppe unterscheidet sich von denen, die unter den Beteiligten gefunden worden sind. Dort teilen diejenigen, die sich ebenfalls bereits eher als gesundheitlich stark beeinträchtigt sehen, allerdings die Vorstellung, dass sie ihre Krankheiten durch ihr eigenes Tun beeinflussen können. Die vier Gruppen von gesundheitlicher Einflussnahme ließen sich wie folgt aus den Interviews analysieren²⁷.

- Gesundheit durch gesunde Lebensweise
- Gesundheit durch Vermeiden von Risikofaktoren
- Gesundheit durch Kompensation von Stress
- Kein Einfluss auf die eigene Gesundheit

Gesundheit durch gesunde Lebensweise

Um gesund zu bleiben sieht auch ein Teil der Nichtbeteiligten die eigene Lebensweise als wesentliche Einflussgröße. Die gesunde Lebensweise wird ebenfalls vor allem in der Freizeit verwirklicht. Als erfolgversprechende Aktivitäten werden ausreichend Bewegung, gesunde Ernährung oder Entspannung durch Stressabbau gesehen. Die Belastungen in der Arbeit werden zwar wahrgenommen, aber größ-

²⁷ Eine Person konnte keiner der vier Vorstellungsmuster zugeordnet werden, da ihre mangelnden Angaben aus dem Interview keine begründete Gruppierung zuließen.

tenteils als unvermeidlich hingenommen, so dass auch während der Arbeitszeit kaum etwas für die eigene Gesundheit getan werden kann. Trotz der Belastungen sehen die Nichtbeteiligten dadurch keinen negativen Effekt auf ihre Gesundheit, da sie sich selbst als eher gesund bezeichnen. Einige schildern, dass sie in ihrer Freizeit so viel wie möglich tun wollen, um sich für die Arbeit zu regenerieren, damit sie die Belastungen dort besser bewältigen können.

„Naja, also ich versuche natürlich mit meiner Gesundheit so gut, wie möglich umzugehen, ich versuche viel zu tun, mich zu bewegen, ich fahre Rad und versuche für mein Kreislauf was zu machen, versuche, mich gesund zu ernähren. Und versuche auch wirklich genügend Schlaf zu bekommen, wenn es sich ermöglichen lässt, also ich achte wirklich darauf, denke Du musst ausgeschlafen sein. Denn ich weiß, es geht mir ganz schlecht, wenn ich manchmal in der Frühschicht hier bin und wenig geschlafen habe, sicher wer möchte..., ich will mich gut fühlen auf der Arbeit und dafür tue ich natürlich mein Möglichstes, was so in meinem Rahmen liegt.“ (Frau H, 7, 15-23)

Gesundheit durch Vermeiden von Risikofaktoren

Beeinträchtigungen der Gesundheit werden stark in Zusammenhang mit Risikofaktoren gebracht. Betont wird hier vor allem die Gefahr durch das Rauchen, was für einen Teil der Befragten persönlich zutrifft. Am Arbeitsplatz sind es vor allem Chemikalien, die als weiteres Risiko genannt werden. Personen, die hierin gruppiert worden sind, glauben durch Vermeiden dieser Risiken bzw. indem sie sich davor schützen zu ihrer Gesunderhaltung beitragen können.

„Weil ohne Konservierungsmittel geht es leider nicht. Ich kann halt' bloß Schmierer, Schutzhandschuhe. Vor kurzem haben wir eine Regenjacke gekriegt, zum Reinigen für den Maschinenraum, dass da nichts an die Haut dran kommt.“ (Herr Y, 3, 5-7)

„Wie gesagt, ich trag' da meine Schutzhandschuhe und die Schutzcreme und wie ich vermeide, dass ich im Vollkontakt bin mit dem Wasser... dann geht's.“ (Herr Y, 5, 20-22)

Im Gegensatz zu den Zirkelmitgliedern, die ebenfalls Risikovermeidung als Einflussmöglichkeit sehen, werden die Risiken von den Nichtbeteiligten eher bagatellisiert. Sie scheinen jedoch gelernt zu haben, dass es besser für die eigene Gesundheit ist, Gefahren am Arbeitsplatz zu vermeiden. Demzufolge scheint bei ihnen – im Gegensatz zu den Zirkelbeteiligten - die Vermeidung der Risiken weniger eine persönlich intendierte Schutzmaßnahme als vielmehr durch betriebliche Regeln gelerntes Sicherheitsverhalten zu sein.

Gesundheit durch Kompensation von Stress

Dieser Personenkreis sieht deutlicher als alle anderen den Zusammenhang zwischen bestimmten Arbeitsbedingungen und deren Auswirkungen auf die Gesundheit. Sie selbst erleben an ihrem Arbeitsplatz Belastungen und spüren deren Folgen auf ihre Gesundheit. Ihrer Ansicht nach kann man dem Stress während der Arbeit kaum entgehen, aber es bestehen in der Freizeit eher Möglichkeiten durch Kompensationshandlungen etwas dagegen zu tun. Beispielsweise werden stressbedingten Magenproblemen mit bewusstem Abschalten begegnet. Ein Meister, der Möglichkeiten hat in seiner Abteilung direkt Einfluss zu nehmen, versucht durch das Schaffen

eines guten Betriebsklimas den Stress zu kompensieren. Betont wird allerdings von allen, dass wirkliche Erholung und Entspannung nur zu Hause möglich sind.

„Ja, das da irgendwie ja und meine Beine, dass ich meine Beine nach der Arbeit ein bisschen hochlegen muss, da ich sowieso schon ein bisschen Probleme durch eine Venenentzündung habe, und so was alles. Und das man halt noch ruhiger werden muss, ich zumindest, vielen geht's genauso. Diese Hektik, Du musst jetzt das noch schnell machen und das, dann fängt mein Herz nämlich an zu rasen und dann "schön ruhig" und ich versuche das jetzt zu Hause mit Meditation und Yoga-Übungen zu erreichen (...).“ (Frau F, 13, 49 - 14, 6)

Keinen Einfluss auf die eigene Gesundheit

Die Vorstellung, überhaupt keinen Einfluss auf die Gesundheit ausüben zu können, haben vor allem gesundheitlich bereits stark beeinträchtigte Personen. Aufgrund dieser Beeinträchtigungen erleben sie bereits Einschränkungen in ihrem Privatleben, beispielsweise nervöse Schlafstörungen oder eingeschränkte Möglichkeiten für Freizeitaktivitäten. Sie finden sich allerdings damit ab, da sie keine Einflussmöglichkeiten sehen. Es ist eher eine fatalistische Haltung, die sie schicksalhaft die Belastungen und Beeinträchtigungen aushalten lässt. Eine Maschinenführerin berichtet beispielsweise, dass auch ihre Eltern durch die Arbeit krank geworden sind, weshalb sie davon ausgeht, dass ihr das Gleiche widerfährt.

Auch privat gelingt es diesen Personen nicht, etwas für die eigene Gesundheit zu tun, da sie zu erschöpft von der Arbeit sind. Möglichkeiten zur Arbeitserleichterung werden mitunter wahrgenommen aber nicht genutzt, wie das folgende Zitat einer Maschinenführerin zeigt:

„...aber so mit Maschine jetzt also das mache ich eigentlich nicht, das ist nicht mein Ding. Wenn es mir mal nicht so gut geht, dass ich dann sage, so, ich möchte heute Nacharbeiten machen, das mache ich nicht. Das ist mir zu dumm.“

I: „Zu dumm?“

B: „Ja, und ich meine, ich halte es auch so aus (...) dass es mir so schlecht geht, also ich weiß nicht. [Pause] Geht irgendwie.“ (Frau B, 12, 2-17)

6.3 Fazit: Prägnante Unterschiede und auffällige Gemeinsamkeiten

In diesem Kapitel sollen basierend auf die soeben ausgeführten Ergebnisse die ersten Vergleiche zwischen den Kontrastgruppen vorgenommen und interpretiert werden. Erste Hinweise auf unterschiedliche Voraussetzungen für eine Zirkelbeteiligung können daraus geschlussfolgert werden.

So zeigen die Ergebnisse zur wahrgenommenen betrieblichen Einflussnahme, dass die Beteiligten durchweg bereits vor dem Zirkel entweder erfahren in Mitsprache durch den Vorgesetzten oder durch nebenamtliche Funktionen bzw. Rollen sind. Einige haben genügend großen Spielraum in der eigenen Tätigkeit, so dass ihnen Einflussnahme und Mitsprache vertraut sein müsste. Möglicherweise handelt es sich hier um Personen, die bereits geübt sind, Verantwortung zu übernehmen und ihre

Meinung zu vertreten, so dass sie sich eine Beteiligung an einem Zirkel auch zutrauen. Dies steht im Einklang mit den Erkenntnissen aus der Partizipationsforschung, dass diejenigen, die bereits erfahren in der Mitsprache sind, eher geneigt sind, immer wieder Einfluss auszuüben (vgl. Kap. 3.3.1.3). Ob dies zugleich eine zwingende Voraussetzung für die Beteiligung ist, kann aufgrund der Selektivität der Interviewpartner/innen nur vermutet, nicht jedoch geschlussfolgert werden. Möglicherweise lassen sich bei einer Ausdehnung der Stichprobe noch weitere Erfahrungsmuster der Beteiligten finden.

Ein Teil der Zirkelbeteiligten berichtet, dass ihre Mitspracheversuche erfolglos waren und damit eher negativ erlebt wurden. Dass sie trotzdem eine erneute Beteiligung an dem Gesundheitszirkel versuchten, scheint ein Hinweis dafür zu sein, dass eine als negativ bzw. erfolglos erlebte Partizipation kein zwingendes Hindernis für weitere Mitspracheversuche sein muss. Wie bereits in Kapitel 3.3.2 angedeutet, kann negativ erlebte Partizipation am Arbeitsplatz auch auf eine konflikthafte Beziehung zum eigenen Vorgesetzten zurückgehen. Eine Beteiligung am Zirkel könnte den Beschäftigten allerdings ermöglichen, Einflussnahme an dem Vorgesetzten vorbei auszuüben.

Deutlich geworden ist, dass unter den Nichtbeteiligten ein Personenkreis existiert, der Mitsprachemöglichkeiten am Arbeitsplatz grundsätzlich negiert und ein weiterer, der vorhandenes Mitsprachepotenzial nicht nutzt. Diejenigen, die keine Einflussmöglichkeiten am Arbeitsplatz erleben, beziehen diese Einschränkung vor allem darauf, dass sie nichts gegen die Arbeitsbelastungen ausrichten können, die bei ihnen bereits gesundheitliche Folgen zeigen. Sie haben das Gefühl, den gegebenen Bedingungen an ihrem Arbeitsplatz ausgeliefert zu sein. Ebenfalls denkbar ist, dass sie weniger Vertrauen in ihre Vorgesetzten haben und daher Einflussbereiche nicht wahrnehmen, um Konflikte zu vermeiden.

Die Gruppe der Nichtbeteiligten, die ihren Spielraum nicht nutzt, kommt nach eigenen Angaben mit den Arbeitsbelastungen im Großen und Ganzen zurecht. Möglicherweise verlassen sie sich darauf, dass dies so bleibt, obgleich sie um die gesundheitliche Belastung ihrer Arbeit wissen. Vermutlich glauben sie, dass sie mit einem Verzicht auf Kontrolle besser zurechtkommen. Ebenso könnte ein mehr an Mitsprache aber auch eine Überforderung darstellen.

Gefragt nach den Vorstellungen zur Einflussmöglichkeit auf ihre Gesundheit zeigen sich überraschenderweise große Übereinstimmungen zwischen den Beteiligten und Nichtbeteiligten. Lediglich jeweils eine Form von gesundheitsbezogenen Einflussmöglichkeiten unterscheidet sich in den beiden Kontrastgruppen. Die Vorstellungen, dass Gesundheit durch eine gesunde Lebensweise, durch Stressbewältigung bzw. durch Vermeiden von Risiken beeinflussbar ist, sind sowohl unter den Beteiligten als auch unter den Nichtbeteiligten zu finden. Es handelt sich dabei um in der Gesellschaft und Industrie verbreitete Gesundheitsvorstellungen, die hier mehrheitlich vertreten werden. Allen gemeinsam ist, dass sie eher internalen Kontrollüberzeugungen zugrunde liegen (vgl. Kap. 4.1.2), d.h. dass die Betroffenen glauben, ihre Gesundheit weitestgehend selbst beeinflussen zu können. Diejenigen, die das Vermeiden von Risiken als gesundheitliche Einflussmöglichkeit zugrunde legen, stammen ausnahmslos aus dem Betrieb C, in dem nach Auskunft der Projektleitung seit Jahren intensiv Arbeitsschutz betrieben wird. Hier scheint eine starke Verinnerlichung der Vorstellungen des traditionellen Arbeitsschutzes stattgefunden zu haben, in denen das Schützen vor Gefahren am Arbeitsplatz im Mittelpunkt gestanden haben könnte. Nur diese Gruppe und diejenigen, die ihre Gesundheit vor allem durch Bewältigung von Stress beeinflussbar sehen, geben

darüber hinaus an, dass auf ihre Gesundheit auch betriebliche Einflussfaktoren (z.B. giftige Stoffe und Stress) einwirken.

Unterschiede zwischen den Beteiligten und Nichtbeteiligten in den wahrgenommenen Einflussmöglichkeiten auf die Gesundheit zeigen sich vor allem bei denen, die nach eigenen Angaben bereits gesundheitlich beeinträchtigt sind. Während die Zirkelbeteiligten, die auch gesundheitlich beeinträchtigt sind, davon ausgehen, dass sie aktiv etwas für sich bzw. gegen ihre Erkrankungen tun können, sehen die Nichtbeteiligten kaum Möglichkeiten, ihren gesundheitlichen Beeinträchtigungen etwas entgegenzusetzen. Beide Vorstellungen scheinen eher aus der persönlichen Erfahrung heraus erwachsen zu sein und beruhen weniger, wie bei den anderen drei Gruppen, auf gesellschaftspolitische Vorstellungen.

Personen mit der identifizierten fatalistischen Vorstellung zur Gesundheit glauben demzufolge nicht an die Verbesserung ihrer gesundheitlichen Situation durch eine Zirkelbeteiligung und würden sich somit eher gegen ein Engagement aussprechen. Wohingegen diejenigen, die eine aktive Krankheitsbewältigung vornehmen, auch in einem Zirkel eine Möglichkeit dafür sehen. Demzufolge liegt die Vermutung nahe, dass gerade bei den gesundheitlich beeinträchtigten Personen die unterschiedliche gesundheitsbezogene Kontrollvorstellung eine Voraussetzung bei der Entscheidung für oder gegen eine Mitarbeit am Gesundheitszirkel sein könnte (vgl. Kap. 4.1.2).

7 Motivation und Erwartungen der Beteiligten und Nichtbeteiligten im Vergleich

Den individuellen Entscheidungsprozess von Beschäftigten nachzuvollziehen stellt einen wichtigen Schwerpunkt der vorliegenden Untersuchung dar. Hierin sind die Beweggründe für die Beteiligung bzw. Nichtbeteiligung sowie die Erwartungen an den Zirkel enthalten. Wie schon in Kapitel 3.2 erläutert, ist eine entsprechende Information eine wichtige Voraussetzung, um sich beteiligen zu können. Die Art und Weise wie über die Zirkelarbeit informiert wird, könnte auch einen Einfluss auf die Motivation zur Mitarbeit gehabt haben. Anhand des Interviewmaterials wurden die drei Aspekte – Information, Motivation und Erwartungen - als Teil des Entscheidungsprozesses analysiert. Allerdings waren die Aussagen zu den Informationen wenig ergiebig, so dass sie hier in einem umfassenden Überblick über alle Fälle hinweg dargestellt werden ohne sie einer Typologie zu unterziehen.

Die hier vorgenommene Typologie der Motivation begründet sich auf die Auswertung der themenbezogenen Analyse wie sie in Kapitel 5.2. ausführlich erläutert worden ist. Im Anhang (Seite 209ff) können darüber hinaus die einzelnen Auswertungsschritte genau vollzogen werden. Die hier beschriebene Typologie begründet sich auf einen komplexen Sachverhalt verschiedenartiger subjektiver Beweggründe, die zu einer Entscheidung für oder gegen einen Zirkel geführt haben. Im Gegensatz dazu fiel die Varianz an Erwartungen, die an den Zirkel gestellt wurden, eher beschränkt aus. Da sie sich konsistent mit den Merkmalskombinationen der Motivation verbinden lassen, wurden sie nicht separat dargestellt, sondern als Subkategorie in die Motivation aufgenommen. Die Besonderheiten der Auswertungen werden in den jeweiligen Kapiteln etwas detaillierter beschrieben (Kap. 7.2). Später werden die Ergebnisse beider Kontrastgruppen miteinander verglichen und diskutiert (Kap. 7.3).

7.1 Informationen zum Gesundheitszirkel: „... der Sprung ins kalte Wasser“

Alle Interviewpartner/innen wurden danach gefragt, wie sie von dem Gesundheitszirkel erfahren haben und in welcher Weise dies ihre Entscheidung beeinflusste. Auch die Projektverantwortlichen wurden nach der Art und Weise der Informationsweitergabe und der Rekrutierung der Zirkelteilnehmenden befragt. Die Kurzinterviews mit den Projektverantwortlichen wurden im Rahmen der ersten Vorstellung und zur Betriebsbesichtigung durchgeführt. In zwei Betrieben handelte es sich um den Betriebsarzt, in einem Betrieb um einen Mitarbeiter der Personalabteilung (vgl. Kap. 5.3.2).

Die von Seiten der Betriebe genutzten Informationswege sowie der Umfang und die Regelmäßigkeit der Informationsweitergabe an die Belegschaften variierten stark in den drei Betrieben. Nur in einem Betrieb (Betrieb C, siehe Kap. 5.3.2) wurde nach Aussage eines Projektmitarbeiters konsequent über die gesamte Projektlänge hinweg informiert. Es wurde mehrfach über ein schwarzes Brett, Betriebsversammlungen und anhand von direkter Ansprache durch die Vorgesetzten informiert. In den beiden anderen Betrieben fanden nach Aussage der Betriebsärzte weniger

Informationsweitergabe statt. Entsprechend dürftig war der Wissensstand über den Gesundheitszirkel, insbesondere unter denen, die sich nicht am Zirkel beteiligten.

In dem Betrieb B wurde nur in einzelnen Abteilungen ein Rundschreiben verteilt. Immerhin konnten als weitere Informationsquelle der Betriebsrat oder die Kolleg/innen genutzt werden. In Betrieb A wurde nur sehr wenig Information an die Belegschaft geliefert; weder zum Zeitpunkt der Einführung des Zirkels noch in dessen Verlauf oder gar über das Endergebnis der Zirkelarbeit. Diejenigen, die sich nicht beteiligten, wussten in diesem Betrieb noch nicht einmal, dass der Zirkel zum Zeitpunkt der Befragung bereits beendet war.²⁸

Zum Zeitpunkt der Einführung des Zirkels sind die Befragten entsprechend unterschiedlich informiert. Im Betrieb C, in dem auf mehreren Wegen Projektinformationen weitergegeben wurden, sind die Beschäftigten tendenziell besser informiert gewesen als dort, wo man sich auf einmalige Informationsweitergabe beschränkte. Nur wenige haben sich durch Eigeninitiative Informationen beschafft. Dies sind vor allem Beschäftigte, die aufgrund betrieblicher Funktionen wie Sicherheitsfachkraft oder Betriebsrat, einen leichteren Zugang zu betriebspolitischem Wissen haben als ihre Kolleg/innen. Darüber hinaus hat es den Anschein, als würde in den Dienstleistungsabteilungen mehr miteinander kommuniziert, als dies in den Produktionsbereichen üblich ist.

Die Information, der Gesundheitszirkel sei von der Geschäftsleitung gewollt und unterstützt, hat vor allem auf die Beteiligten eine positive Signalwirkung. Diese Information bestärkt bei einigen die Entscheidung, sich am Zirkel zu beteiligen und schmälerte die Angst, dass die direkten Vorgesetzten den Zirkel boykottieren könnten. Wo jedoch nicht bekannt wurde, wer hinter dem Zirkel steht und mit welchem Ziel er eingeführt werden sollte, blieb die ohnehin vorhandene Skepsis gegenüber dem Management bestehen.

Aufgrund der in den meisten Abteilungen eher dürftigen Information geht auch die Vorstellung darüber, was ein Gesundheitszirkel ist und was er bewirken kann entsprechend auseinander. Die Vorstellungen reichen in beiden Befragungsgruppen von sehr konkret bis sehr diffus. In Einzelfällen wird unter dem Gesundheitszirkel etwas völlig anderes vermutet, z.B. dachte einer der Zirkelmitglieder, es handele sich dabei um eine Art Rückenschule. Andere bemerkten, dass der Begriff "Gesundheitszirkel" irreführend und missverständlich sei. Eine Problemlösegruppe wird nur von denen vermutet, die bereits Erfahrungen mit solchen Arbeitsformen haben.

Diejenigen mit klaren Vorstellungen über die Zirkelarbeit äußern sich in folgender Weise:

1. Im Gesundheitszirkel sollen Probleme am Arbeitsplatz und Belastungen thematisiert werden, z.B. wie bei einer mündlichen Mitarbeiterbefragung. Oder:
2. Der Gesundheitszirkel ist ein Angebot, etwas für die körperliche Gesundheit zu tun - ähnlich einer Rückenschule.

²⁸ Einige konnten sich nicht einmal erinnern, wie sie vom Zirkel erfuhren, weil entweder der Zirkel bereits zu lange zurücklag (1 Jahr) oder mehrere Projekte parallel angekündigt worden sind, so dass die Übersicht verloren ging.

Unter den Nichtbeteiligten können sich einige kaum vorstellen, was in dem Zirkel passieren soll. Die anderen äußern sich wie folgt zu ihren Vorstellungen über die Zirkelarbeit:

1. Im Gesundheitszirkel werden arbeitsschutzrelevante Themen wie Sucht, Lärm oder Hautschutz behandelt.
2. Die "Wohlfühlsituation" der Beschäftigten soll zur Sprache gebracht werden.

Aus beiden Befragungsgruppen wird Kritik an der unzureichenden Information bei der Einführung des Zirkels geäußert. Einige berichten über die Schwierigkeit, sich vorher ein Bild über den Zirkel zu machen. So erklärt jemand, der sich gegen eine Zirkelmitarbeit entschieden hatte:

„Ich glaube, es ist nie so richtig ‘rüber gekommen, was eigentlich der Sinn und Zweck von diesem ganzen Gesundheitszirkel sein soll und was da für Veränderungen letztendlich auch mit bewirkt werden sollen.“ (Herr O, 3, 15-18)

Von den meisten Befragten wird erklärt, dass es sich bei der Wahl für oder gegen eine Zirkelmitarbeit eher um eine spontane Entscheidung gehandelt hat. Es gibt kein bewusstes Abwägen des ‚Für‘ und ‚Wider‘ einer Beteiligung. Vor der Einführung des Zirkels wurde nur aus einer Abteilung berichtet, dass Gespräche über das Thema unter den Kolleg/innen stattgefunden haben. Eine Arbeiterin schildert ihre Entscheidung wie folgt:

„Wir sind da mehr oder weniger ins kalte Wasser gesprungen. Wir wussten jetzt auch nicht, wer daran teilnehmen wird, alles. Bis wir dann ja die Einladung gekriegt haben...“ (Frau C, 5, 1-3).

Insgesamt lässt sich die Informationsweitergabe bei der Einführung der Zirkelarbeit und deren Ergebnisse in den meisten Abteilungen aus meiner Sicht als unzureichend bezeichnen. Diese Kritik wird sowohl von den Beteiligten als auch Nichtbeteiligten geäußert. Auffallend ist zudem, dass auch diejenigen, die sich für eine Mitarbeit interessierten keinerlei zusätzliche Information erhielten. Eine Vorbereitung auf die Zirkelarbeit kann demnach kaum stattfinden. Dieser Umstand hat möglicherweise auch Entscheidungen gegen eine Beteiligung begünstigt.

Die Tatsache, dass die Information über den Gesundheitszirkel eine wesentliche Voraussetzung für eine Beteiligung ist, hat sich durch die vorliegenden Untersuchungsergebnisse erneut bestätigt. Dies zeigte sich insbesondere unter den Nichtbeteiligten. Dort entstand bei der Auswahl der Interviewpartner/innen mehrmals die Situation, dass Interview-Kandidat/innen abgelehnt werden mussten, weil diese nicht wussten, dass ein Gesundheitszirkel in ihrer Abteilung durchgeführt worden ist. So kann angenommen werden, dass Inaktivität auch durch fehlende Information zustande gekommen ist. Ein Faktum, welches aufgrund einiger Projektberichte und Evaluationen zu Gesundheitszirkel bereits bestätigt wurde (vgl. Kap. 2.3.2).

Man könnte schlussfolgern, dass eine hinreichende Informationsweitergabe den Kreis der Aktiven erweitert hätte, so dass das Interesse an der Zirkelarbeit auch bei den Nichtbeteiligten geweckt worden wäre. Möglicherweise hätte mehr Information über die Ergebniserwartungen die Hemmschwellen zur Beteiligung heruntergesetzt. Aufklärung darüber, was ein Gesundheitszirkel ist und wie der Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen und Gesundheit aussieht, wäre ebenfalls eine hilfreiche und zugleich qualifizierende Voraussetzung für eine Mitarbeit gewesen.

7.2 Begründungen für eine (Nicht)Beteiligung

Wahl- und Entscheidungsprozesse unterliegen aus motivationspsychologischer Betrachtungsweise verschiedenen Einflussgrößen, wie sie bereits in Kapitel 4.1.1 diskutiert wurden. Das Wählen einer bestimmten Alternative, wie der Mitarbeit an einem Gesundheitszirkel, geschieht unter anderem vor Kosten-Nutzen- bzw. den Erwartungs-x-Wert-Überlegungen. Demnach könnten sich Beschäftigte, denen die Zirkelmitarbeit angeboten wird, fragen, was sie im Falle einer Beteiligung erwartet und welchen Wert dies für sie persönlich hat. Demgegenüber werden die aus einer solchen Entscheidung resultierenden Kosten abgewogen. Auch die Selbstwirksamkeit einer Person, also was sie sich selbst zutraut und glaubt bewirken zu können, spielt dabei eine entscheidende Rolle (vgl. Kap. 4.1.2).

Aus Sicht der Partizipationsforschung können verschiedene individuelle Voraussetzungen eine Entscheidung zur Zirkelbeteiligung begünstigen. So wird vermutet, dass vorhandene Erfahrungen mit Partizipation einen positiven Einfluss auf erneute partizipative Handlungen haben, was zum Teil bereits durch die Ergebnisse aus Kapitel 6.1 bestätigt wurde. Andererseits könnten Motive wie das Selbstverwirklichungsbedürfnis oder auch soziale und methodische Fähigkeiten die Entscheidung zur Partizipation beeinflussen (vgl. Kap. 3.3.1). Gesundheitliche Bedrohungen oder die Möglichkeit zur Stressbewältigung wären weitere Einflussgrößen auf die Intention zur Zirkelmitarbeit (vgl. Kap. 4.2).

In diesem Kapitel sind die Aussagen über die von den Befragten angegebenen Begründungen für ihre Entscheidung und den von ihnen geäußerten Erwartungen an den Zirkel zu verschiedenen Motivationstypen gruppiert worden. Vorweg sei angemerkt, dass die Befragten oft mit mehreren Beweggründen ihre Entscheidung belegten, so dass es sich hier um komplexe Gruppen der Typenbildung handelt, bei der es vor allem darum ging, die Gruppierung der Typen mit einer höchstmöglichen Heterogenität zu erreichen. So wurde beispielsweise von den Beteiligten der Wunsch nach einem gemeinschaftlichen Engagement bei drei von den fünf identifizierten Gruppen als Begründung für ihre Beteiligung angegeben. Unter den Nichtbeteiligten bekundeten alle bis auf eine Person, dass ihnen eine Beteiligung zu aufwändig erschien und zu viele Kosten bereitet hätte. Diese Angaben sind zwar alle in die Typologisierung miteingeflossen, haben aber keinen Beitrag zu ihrer Kontrastierung beigetragen und wurden damit nicht zu einer bestimmenden Charakterisierung eines Typs. Dies bedeutet jedoch nicht, dass sie in die Analyse der beiden Kontrastgruppen unberücksichtigt blieben. Im Analyseprozess von Gruppieren und Kontrastieren wurden sie anderen prägnanteren Merkmalen ihrer Typen untergeordnet (siehe auch im Anhang Tabelle S. 224).

Im Ergebnis der themenbezogenen Analyse zeigen sich die Motivationstypen beider Kontrastgruppen wie folgt:

<i>Beteiligte</i>	<i>Nichtbeteiligte</i>
Bewältigung gesundheitlicher Probleme	Ausreichende Einflussnahme am Arbeitsplatz
Wunsch nach Mitsprache	Betriebliches Engagement bereits vergeben
Gesundheitsbewusstsein	Beschwerdefreiheit
Präventionsinteresse	Fehlende Selbstwirksamkeit
Pflichtbewusstsein	Fehlende Kontrollerwartung

7.2.1 Motivation der Beteiligten und deren Erwartungen

Obwohl meist mehrere Gründe genannt wurden, konnten alle bis auf eine Person einer der folgenden fünf Motivationsformen zugeordnet werden. Eine Person nannte relativ ausgeglichen verschiedene Gründe, die sich in den ersten drei Motivationstypen wiederfinden lassen, so dass hier keine eindeutige Zuordnung stattfand. Diese Person ergibt aber keine neue Form der Motivation, sondern ist als „Mischtyp“ in den anderen Gruppen bereits enthalten. Die übrigen Befragten finden sich in einer der Motivationsgruppen wieder. Interessant ist, dass diejenigen, die aufgrund der Belastungsbewältigung, der Mitsprache oder eines Gesundheitsbewusstseins am Zirkel partizipierten, ebenfalls angaben, sie würden sich für das Wohl ihrer Kolleg/innen engagieren. Dies ist wie bereits erwähnt ein Motiv, das eine Gemeinsamkeit darstellt. Kennzeichnend für die Unterschiede in der Motivation sind allerdings andere Merkmale, die hier herausgestellt werden. Demzufolge wurde darauf geachtet, das „Typische“ für jede Gruppe herauszuarbeiten, um eine möglichst große Heterogenität zwischen ihnen herzustellen:

- Bewältigung gesundheitlicher Probleme
- Wunsch nach Mitsprache
- Gesundheitsbewusstsein
- Präventionsinteresse
- Pflichtbewusstsein

Bewältigung gesundheitlicher Probleme

Ein Teil der Beteiligten stellt die eigene (gesundheitliche) Betroffenheit in den Vordergrund. Die Befragten geben an, mehr oder weniger stark Belastungen ausgesetzt bzw. bereits gesundheitlich beeinträchtigt zu sein. Das sind vor allem körperliche Einschränkungen des Bewegungsapparates, in einem Fall auch psychosomatische Beschwerden. Der Bewältigungsdruck steht bei diesen Beteiligten im Vordergrund. Mit dem Zirkel wird der Wunsch verknüpft, etwas gegen die Belastungen tun zu können bzw. sich Erleichterung zu verschaffen.

„...ich wollte gerne, dass das weiterging mit meinen Problemen.“ (Herr A, 2, 32)

Das Interesse an der Erhaltung der eigenen Gesundheit bzw. der Abwendung von Krankheit wird als Begründung für eine Beteiligung genannt.

„...psychosomatische Sachen, die einen innerlich so ein bisschen krampfen, reizen mich sowieso immer.“ (Herr U, 4, 4).

Gerade diejenigen, die gesundheitlich bereits deutlich beeinträchtigt sind, sehen im Gesundheitszirkel die Chance, die eigene Gesundheit und damit ihre Arbeitskraft erhalten zu können. Sie alle verbindet aber auch der Wunsch nach betrieblicher Problemlösung, der einhergeht mit dem Engagement für die Gemeinschaft. Ein Mann der selbst derart beeinträchtigt ist, dass er seine bisherige Tätigkeit nicht mehr ausüben kann, betonte durchweg das gemeinschaftliche Engagement ohne seine persönliche Betroffenheit zu erwähnen. So wurde zu Beginn des Interviews vor allem die kollektive Ebene betont und erst gegen Ende des Interviews die eigenen Probleme erläutert, die er durch jahrelange einseitige Belastungen hatte.

„Der Grund waren eigentlich die Probleme, die wir haben in der Firma, d.h. die körperlichen Belastungen, die wir haben. Die gesundheitsschädlichen Stoffe, die wir haben in der Firma und überhaupt die Arbeitsumstände, die es einem wirklich erschweren, die Arbeit zu verrichten.“ (Herr N, 2, 11-18)

und ganz am Schluss heißt es:

„Ich war jetzt schon mehrmals krank, durch die Rückenbeschwerden. Das monotone Arbeiten. Wenn ich den Arm in einem bestimmten Winkel hoch hebe, das geht nicht bei mir. Jetzt schaue ich, dass ich innerhalb der Firma einen anderen Arbeitsplatz kriege. Wenn das hinhaut, muss ich wieder eine finanzielle Einbuße hinnehmen, aber in der Beziehung ist mir meine Gesundheit wichtiger.“ (Herr N, 13, 26-29)

Die Erwartungen an den Zirkel sind bei diesem Personenkreis verständlicherweise recht hoch. Sie gehen davon aus, dass die Geschäftsleitung wirklich wissen will *„wo der Schuh drückt“* (Herr A, 2), um Verbesserungen anzusteuern. Die Einführung von Gesundheitszirkeln wird als Signal des Managements gesehen, etwas für die Gesundheit der Belegschaft tun zu wollen. Ferner wird erwartet, dass der Zirkel deutlich mehr Durchsetzungskraft besitzt als eine einzelne Person. Hier liegt sicherlich auch die leidgeprüfte Erfahrung zugrunde, dass einzelne Personen gegen die bestehenden Missstände kaum etwas ausrichten können. Die Hoffnung scheint daher zu sein, dass betriebliche Veränderungen durch die Zirkelarbeit sehr viel wahrscheinlicher werden. Die Ergebnischancen werden dementsprechend positiv eingeschätzt. Der eigene Beitrag wird vor allem darin gesehen, Probleme vortragen und Lösungen erarbeiten zu können.

„Mein Beitrag ist eigentlich derjenige gewesen, die Probleme, von denen ich jetzt weiß oder die mich speziell betreffen, sagen wir mal, mich und meine Arbeitskollegen, eben publik zu machen, anzuschneiden dieses Thema und eigentlich schon mit ein bisschen Biss nach Möglichkeiten auch durchzusetzen.“ (Herr N, 5, 7-10)

„...so an diese eigentlichen Arbeitsprozesse ranzugehen, wo man sagt, dass die mich belasten, die mich ärgern, die mich wirklich tagtäglich immer wieder frustrieren“ (Herr U, 2, 42-44)

Eine Maschinenführerin berichtet beispielsweise, dass sie sich anfänglich Hoffnungen auf eine deutlich verbesserte Arbeitssituation gerade für die Frauen gemacht hatte, die dort die Mehrheit der Beschäftigten bilden. Ausgehend von ihrer Situation als erwerbstätige Mutter wollte sie einen Beitrag zur Verbesserung für Alle leisten. Ihre Aufgabe sieht sie darin, die Bedürfnisse junger Mütter offen zu legen um für sie entsprechende Erleichterungen zu erlangen.

„Ich meine, viele z.B. von uns haben Probleme. Zum Beispiel ich habe auch an so was gedacht, so für Mamas, die kleine Kinder haben, dass man da bisschen verständnisvoller wird, bestimmte Zeit, vielleicht Frühschicht, sage ich mal so. (...) Und das alles dachte ich, ist da drin.“ (Frau G, 2, 30-35)

Die Erwartungen gehen ebenso in die Richtung, die eigenen Sichtweisen und Empfindungen bestätigt zu bekommen bzw. teilen zu können. Da viele mit ihren Problemen bislang alleine geblieben sind, bietet der Gesundheitszirkel die Chance die eigenen Erfahrungen mit den Kolleg/innen zu teilen.

„Ich wollte einfach mal hören, ob ich nicht alleine dastehe, ob die der gleichen Meinung sind, ob sie das belastet, die Arbeit und der Arbeitsablauf als solche hier.“ (Herr A, 4, 21-22)

Für diese Beschäftigten liegen die Erwartungen demnach auch in dem Wunsch nach emotionaler Bewältigung. Möglicherweise bietet der Gesundheitszirkel für die meisten erstmalig einen Rahmen, um in akzeptierter Form nicht nur die eigene Meinung zu äußern, sondern auch über die eigenen Belastungen am Arbeitsplatz sprechen zu können. Darüber hinaus verspricht der Gesundheitszirkel, dass an den Ursachen der gesundheitlichen Probleme gearbeitet wird und diese behoben werden können.

„Ich hatte das Gefühl, jetzt kommt das erste mal, das man selbst gefragt wird. Das war völlig fremd. Das hat mich gereizt, das war interessant.“ (Herr A, 1, 47-48) und weiter im Gespräch heißt es: „Man sitzt oft stumm da und tut nichts und wartet.“ (Herr A, 5, 39)

Wunsch nach Mitsprache

Ein Teil der Befragten betont Interesse an betrieblichen Veränderungen, die aus ihrer Sicht dringend notwendig sei. Sie nehmen die Probleme am Arbeitsplatz oft seit Jahren wahr und wollen zu ihrer Lösung beitragen. Diejenigen, deren Hauptmotiv der Wunsch nach Mitsprache ist, bezeichnen sich selbst als von Belastungen nicht betroffen oder als gesunde Personen, die unter den gegebenen Verhältnissen keinerlei gesundheitliche Probleme haben. Hervorgehoben wird stattdessen, dass es sich bei ihrer Beteiligung um ein allgemeines Interesse an Mitgestaltung und sozialem Engagement handelt. Außerdem stellen sie ihr Interesse an betrieblichen Veränderungen heraus, an denen sie gerne teilhaben wollen. In dem Zirkel sehen sie Gelegenheit dies unter dem Aspekt gesundheitlicher Fragestellungen zu tun. Dies betonen vor allem Beschäftigte, die diese Möglichkeit an ihrem Arbeitsplatz nicht sehen.

„Ich habe gedacht, dass wir jetzt durch den Gesundheitszirkel, endlich mal was haben, wo wir uns da zu Wort melden können, dass man da über die Verhältnisse ‘ran kommt.“ (Herr L, 2, 50-51) und weiter heißt es, „...mehr Mitspracherecht in dem Thema Gesundheit.“ (Herr L, 1, 39)

Es handelt sich um eine Gruppe, die sich im Betriebsalltag ebenfalls zutraut, sich zu äußern und Kritik zu üben, was sie auch schon in der Vergangenheit gemacht hat. Der Gesundheitszirkel bietet für diese Personen einmal mehr Gelegenheit, Veränderungen anzuregen und diese vielleicht auch besser umzusetzen als es ihnen im Arbeitsalltag gelingt.

„Okay, wenn sich weiter keiner traut, dahin zu gehen oder irgendwo etwas zu sagen. Gut ich mache es immer, warum soll ich es da nicht auch tun.“ (Herr Q, 4, 34-36)

In dieser Gruppe sind auch Personen zu finden, die bereits in ihrer Tätigkeit einen hinreichenden Handlungsspielraum haben, der ihnen eine zufriedenstellende Einflussnahme ermöglicht. Sie wollen u.a. gegen Gewohnheiten angehen und wichtige Veränderungen initiieren. Der Wunsch nach Mitwirkung könnte bei ihnen auch mit persönlichen Wachstumsmotiven zusammenhängen.

„Ein persönlicher Grund ist, dass ich immer versuche in der Firma mal unbequem zu sein. Also, nicht an jeder Ecke bei jeder Gelegenheit, sondern wirk-

lich konstruktiv und sachlich und auch Kritik zu äußern. Das ist eigentlich so mein Grund, wo ich immer gerne an so etwas teilnehme. Nicht nur, um bewusst irgendwelche Sachen bewusst schlecht zu machen, weil ich finde, gerade diese Gewohnheit in der Großfirma (...) das ist für mich schlimm. Ich bin jemand, der immer gerne etwas verändert.” (Herr S, 4, 30-36)

Obgleich dieser Personenkreis deutliche Unzufriedenheit mit den bestehenden Verhältnissen betont und Veränderungen als dringend notwendig erachtet, bekunden sie, keine konkreten Verbesserungsvorschläge bereits im Vorhinein überlegt zu haben. Welche Veränderungen durch einen Gesundheitszirkel möglich sind, können sie sich kaum vorstellen. Im Grunde fühlen sie sich unvorbereitet für die Arbeit im Zirkel. Die Erwartungen an den Zirkel sind demzufolge entsprechend gering.

„Wir waren uns, denke ich, alle einig, dass wir gar nicht wussten, was uns da erwartet; kamen da ziemlich unvorbereitet hin und haben gesagt, na, mal gucken, was passiert denn jetzt hier oder was soll jetzt hier überhaupt passieren.” (Herr Q, 6, 39-42)

Die Unsicherheit über den Nutzen und die Wirksamkeit der Zirkelarbeit für potenzielle Veränderungen lag weniger an einer mangelnder Problemlösekompetenz, sondern vielmehr an der Ungewissheit über den betriebspolitischen Stellenwert des Zirkels aus Sicht des Managements. Die Veränderungsbereitschaft der Firmenleitung ist für diese Gruppe nicht transparent genug. Es wird eher befürchtet, dass mit dem Gesundheitszirkel nur eine Alibiveranstaltung betrieben wird. Hier liegt die Erfahrung zugrunde, dass schon einige Projekte zum Wohle der Beschäftigten oder mit Veränderungscharakter auf betrieblicher Ebene ohne Erfolg gestartet worden sind. So vergleicht jemand die Zirkelaktivitäten mit einem

„...polierten Apfel, der außen immer so schön glatt aussieht (...), was dann immer hinten raus kommt, ist dann meiner Meinung nach etwas wenig.” (Herr S, 2, 5-6)

Demzufolge werden die Erwartungen niedrig gehalten. Befürchtet wird, dass es die Geschäftsleitung nicht ernst genug mit dem Zirkel meine. Und die Arbeit ohne Folgen bleiben könnte. Darüber hinaus werden Vermutungen geäußert, dass es schwierig sein könnte, Veränderungen aufgrund der Zirkelaktivitäten bewirken zu können.

„Ich habe mich überraschen lassen. Ich habe gedacht, ich setze mich jetzt mal da rein und schaue, ob wir was erreichen oder nicht. Aber was Bestimmtes vornehmen, ich weiß, mit bestimmten Erwartungen, da werde ich bloß enttäuscht von denen...” (Herr L, 3, 21-24)

Jemand, der bereits als Betriebsrat Erfahrungen in Betriebspolitik gesammelt hat, stellt sich auf einen langwierigen Veränderungsprozess ein. Auch er erwartet nicht viel vom Zirkel, sondern setzt sich ein niedrighschwelliges Erfolgskriterium, um sich vor Enttäuschungen zu schützen. Er sieht eine Umsetzungsrate von 5% schon als Erfolg an.

Gesundheitsbewusstsein

Diese Gruppe steht zwar dem Thema Gesundheits- und Arbeitsschutz aufgeschlossen gegenüber, weist aber nach eigenen Angaben keinen Bewältigungsdruck auf, sondern zeigt vor allem Interesse an dem Gesundheitszirkels aufgrund seiner gesundheitsbezogenen Ausrichtung. Diese Personengruppe ist offen für

gesundheitliche und präventive Fragestellungen, da sie Gesundheit einen Wert an sich beimisst, den sie auch in ihrem Alltagshandeln zu integrieren versucht. Sie ist sich zwar der Arbeitsbelastungen bewusst, fühlt sich gesundheitlich jedoch nicht beeinträchtigt und unterscheidet sich darin wesentlich von der ersten Gruppe.

Ein Schichtarbeiter schildert, dass er in der Vergangenheit zwar Gesundheitsgefährdungen stark ausgesetzt war, diese jedoch weitestgehend bewältigt hat. Er setzt sich heute als Sicherheitsbeauftragter für die Gesundheit aller ein. Eine Maschinenführerin gibt an, sich zukünftig gegenüber den bestehenden Belastungen schützen zu wollen, obgleich sie bisher keinerlei gesundheitliche Beeinträchtigungen erlebt habe. Sie äußert sich zu ihrer Motivation in Abgrenzung zu denen, die aus gesundheitlichen Gründen an dem Zirkel teilnehmen. Sie selbst bezeichnet sich als gesund und frei von Problemen durch Belastungen, obgleich sie schon fast 20 Jahre in der Produktion arbeiten würde. Für sie sei die Beteiligung aus präventiven Gründen interessant und nicht zuletzt, um die Zirkelarbeit selbst kennenzulernen. Sie hatte erfahren, dass ein Vorgängerzirkel in einer anderen Abteilung gescheitert ist und wollte nun selbst die Initiative ergreifen, um den Zirkel besser nutzen zu können.

„... das war wirklich so aufgrund dessen, dass das eben da oben praktisch wo in der Abteilung B, da eben schief gegangen ist, ich denke, das muss an irgendwas gelegen haben. Also musst Du daran mal teilnehmen, ob das nun wirklich nichts bringen würde oder so. Na ja, die Einstellung ist bei mir nun ein bisschen anders gewesen, ich denke mir mal, das wird noch ein bisschen laufen. Und man muss ja noch ein paar Jahre arbeiten. Das man das [der Gesundheitszirkel, IP] da vielleicht doch anders anwenden kann.“ (Frau C, 7, 43-49)

Auch derjenige, der sich bereits als Sicherheitsbeauftragter im Arbeitsschutz engagierte, fühlte sich durch die Einrichtung eines Gesundheitszirkel angesprochen. Er interessierte sich für den Zirkel als eine neue Einrichtung in dem Bereich, in dem er bereits tätig ist. Auch inhaltliche Überschneidungen wurden angesprochen, wenn es beispielsweise um den betrieblichen Hautschutz ging.

„Ja also, für mich war es eigentlich wichtig, weil erstens von der Arbeitssicherheit her. Das hat halt mit dazu gehört. Und weil es mich interessiert hat, was überhaupt Neues kommen sollte...“ (Herr J, 5, 22-24).

Bei dieser Gruppe ist neben einem persönlichen Präventionsinteresse auch ein Verantwortungsgefühl für gesundheitsbezogene Angelegenheiten im Betrieb erkennbar, das offensichtlich nicht aus einer eigenen gesundheitlichen Bedrohung entsteht. Sowohl Frau C als auch Herr J beschreiben sich als Personen, die durchaus gewohnt sind, ihre Meinungen und auch ihren Unmut zu äußern. Dies wird als eine Selbstverständlichkeit dargestellt, auch wenn sie sich dabei nicht immer beliebt machen. Erstaunlicherweise steht dieser Gruppe, die dem Zirkel mit großer Offenheit und Neugierde begegnet, eine eher skeptische Erwartungshaltung gegenüber. Vor dem Hintergrund bereits erlebter negativer Erfahrungen mit betrieblichen Veränderungen wird der Zirkel auch von dieser Gruppe eher mit zurückhaltender Erwartung aufgenommen. Weder ein persönlicher Nutzen, noch ein Ergebnis, dass sich für den Betrieb positiv gestalten ließe, wird erwartet.

„Ich hab da keine Erwartungen gehabt, ich hab jetzt erst mal gedacht, gut, Du hörst Dir das an und dann wirst Du ja sehen (...) wie das so vorwärts geht.“ (Frau C, 3, 28-29) und weiter heißt es:

„Ich persönlich habe eigentlich damit gerechnet, dass da nicht so viel bewirkt werden könnte. (...) Weil ja, in der Vergangenheit, war es immer so, es ist bloß geredet worden. Da wurde nicht gehandelt, da wurde immer nach Schema F gemacht und dann war es das gewesen.“ (Frau C, 10, 11-16)

Aufgrund der fehlenden Gesundheitsbedrohung steht bei diesen Beschäftigten eine aufmerksame Gelassenheit im Vordergrund, die Zirkelarbeit auf sich zukommen zu lassen. Dennoch ist so etwas wie eine kritische Beobachtung erkennbar, die sich auch in der folgenden Befürchtung zeigt, dass der Zirkel einem anderem Zweck dienen solle als dies vordergründig bekannt gewesen ist.

„...aber ich war eben skeptisch und habe geschaut, was das überhaupt soll. Ob das wieder eine neue Bspitzelung ist, irgendwie, weil viel gehört hat man ja nicht, kann man sagen.“ (Herr J, 4, 16-19)

Präventionsinteresse

Einige ehemaligen Zirkelmitglieder sagten, dass der Begriff "Gesundheitszirkel" irreführend sei. So begründet ein Zirkelmitglied seine Teilnahme damit, dass es dachte, der Zirkel wäre ein gesundheitsbezogenes Angebot ähnlich einer Rückenschule. Da Gesundheit in seinem Leben einen hohen Stellenwert einnähme und er viel unternähme, um gesund zu bleiben, beteiligt er sich auch am Zirkel.

„Gesundheitszirkel, na ja, das kann nicht schlecht sein. Ist ja für die Gesundheit - da werde ich mich mal eintragen. Alles, was für die Gesundheit ist, mache ich sowieso, prinzipiell.“ (Herr R, 1, 45-47)

Auch wenn die Entscheidung vor einem falschen Hintergrund getroffen wird, kann nicht ausgeschlossen werden, dass er auch teilgenommen hätte, wenn er von vornherein gewusst hätte, worum es geht, da er bis zum Schluss dabei geblieben ist. Seine Motivationslage könnte auch unter die Gesundheitsbewussten subsumiert werden, aufgrund der besonderen Ausgangslage habe ich mich jedoch entschlossen, diesem Typus einer separaten Gruppe zuzuordnen.

Entsprechend den Vorstellungen, die sich dieser Arbeiter vom Zirkel macht, gehen die Erwartungen zunächst um die eigene Gesundheitspflege.

„Eine Erwartung hatte ich gehabt, dass irgend etwas mit meiner Gesundheit [geschieht], also mit meinem Körper, dass ich mich irgendwie..., weil ich auch manchmal Rückenschmerzen habe.“ (Herr R, 2, 26-28) Und weiter heißt es: „Da habe ich auch gedacht, Rückenschule, das kann ja nur gut sein für meinen Körper. Und man sitzt hier rum, und man hat Schwierigkeiten mit dem Rücken, das hat fast jeder oder mit der Bandscheibe.“ (Herr R, 2, 35-38)

Als er nach einigen Sitzungen jedoch feststellt, worum es sich beim Gesundheitszirkel wirklich handelt, formuliert er seine Erwartungen entsprechend um. Interessanterweise schildert er, dass er die Idee des Zirkels noch viel wichtiger fände als eine Rückenschule und beginne, sich mit dieser Arbeit zu identifizieren. Er erweitert seine Sichtweise, um die kollektiven Aspekte des Gesundheitszirkels:

„da muss ich unbedingt bei sein, da geht es auch um meine Haut oder um uns alle.“ (Herr R, 2, 48-49)

Pflichtbewusstsein

Obgleich die Teilnahme am Zirkel generell freiwillig war, gibt es einen Fall der unfreiwilligen Beteiligung. Dieser Facharbeiter wurde von seinem Vorgesetzten in den Zirkel delegiert und widersprach dem auch nicht. Er sagt selbst, er wäre nicht auf die Idee gekommen sich zu beteiligen, wenn ihn nicht der Meister ‚geschickt‘ hätte. Dafür hätte er zu viel zu tun gehabt und wolle im Grunde nicht von seiner laufenden Arbeit weg. Dennoch hat er nicht gezögert am Zirkel teilzunehmen als ihn sein Vorgesetzter auffordert dorthin zu gehen. Er hat es als eine neue Aufgabe integriert, die ihm sein Vorgesetzter überträgt.

„Für mich war das so eine Sache, so selbstverständlich. Der Meister hat das so entschieden, dann mache ich halt mit.“ (Herr M, 2, 47-48)

Sein erster Eindruck vom Zirkel war eher negativ. Er hat den Zirkel als Problemlösegruppe nicht ernst genommen und den Zirkel als „eine ABM-Maßnahme für einen AOK-Beamten“ (Herr M, 2) bezeichnet. Entsprechend seiner eher skeptischen Haltung über die Möglichkeiten eines Zirkels hat er zu Beginn keinen tieferen Sinn darin finden können. Eine gesundheitliche Betroffenheit liegt bei ihm nicht vor. Vorstellungen, was ein Zirkel bewirken könnte hat er nicht.

„...also ich konnte mir auch nicht vorstellen, was das überhaupt sein soll. Was soll denn das überhaupt? Was soll denn das überhaupt bringen.“ (Herr M, 2, 8-10)

7.2.2 Motivation der Nichtbeteiligten und deren Erwartungen

Aus theoretischer Sicht wurden in Kapitel 3.3.1 verschiedene Möglichkeiten diskutiert, warum jemand eine Beteiligung an einer partizipativen Kleingruppe ablehnt bzw. sich diese nicht zutraut. So kann mangelndes Zutrauen in die eigenen Kompetenzen ein möglicher Grund dafür sein, warum sich jemand gegen eine Beteiligung ausspricht. Des Weiteren wurden motivationale Gesichtspunkte diskutiert, wie negative Ergebniserwartungen an den Zirkel oder fehlende Gesundheitsbedrohung bzw. fehlender Änderungsdruck (vgl. Kap. 4.2.1). In bereits negativ erlebten Partizipationserfahrungen könnten weitere Gründe für eine Ablehnung der Mitarbeit am Zirkel liegen (vgl. Kap. 3.3.2).

Die Äußerungen der Nichtbeteiligten zeigen, dass es sich um eine Vielfalt von Hinderungsgründen handelt, die auf eine ebenso heterogen (de-)motivierte Gruppe hinweist. Ähnlich wie bei den Beteiligten werden auch hier mehrere Begründungen genannt, die in der Art und Weise gruppiert worden sind, das jeweils das typische dieser Merkmalskombination hervorgehoben wird, um eine möglichst hohe Heterogenität zwischen den Gruppen herzustellen. Wie bereits erwähnt, betonen alle bis auf eine Person, dass ihnen die „Kosten“ einer Beteiligung zu hoch erschienen und der Nutzen nicht erkennbar war. Mit Kosten sind sowohl gemeint, dass eine Beteiligung eine zusätzliche Belastung als auch einen hohen zeitlichen Aufwand darstellt. Der Aufwand, der für eine Beteiligung betrieben werden müsste, lag nur zum Teil darin, dass der Zirkel im Anschluss an die Arbeitszeit stattfand, was besonders für die im Schichtdienst Tätigen zutrifft. Betont werden u.a. die bereits vorhandenen Belastungen, die sich durch eine Teilnahme am Zirkel noch erhöhen würden. Wie in der Analyse der Beweggründe der Beteiligten wurden auch hier die Erwartungen an den Zirkel in die folgenden fünf Typen integriert:

- Ausreichende Einflussnahme am Arbeitsplatz
- Betriebliches Engagement bereits vergeben
- Beschwerdefreiheit
- Fehlende Selbstwirksamkeit
- Fehlende Kontrollerwartung

Ausreichende Einflussnahme am Arbeitsplatz

Diejenigen, die bereits genügend Einflussnahme durch ihre Tätigkeit inne haben oder ihre Wünsche und Bedürfnisse mit ihrem direkten Vorgesetzten regeln können, haben keinen Bedarf an zusätzlichen Mitsprachemöglichkeiten. So geben sie an, den Zirkel als Mitspracheforum nicht zu benötigen, da sie ausreichende Möglichkeiten der Einflussnahme bereits besitzen.

„...das war auch mit der Grund, weshalb ich nicht teilgenommen habe. Weil ich eben gesagt habe, es gibt bestimmte Sachen, die, wenn sie nicht in Ordnung sind, ich für mich selber regeln kann. Da brauche ich eigentlich niemand anderen.“ (Herr T, 1, 38-41)

Der Zirkel wird für sie persönlich als überflüssig gesehen, da aufgrund der Information im Vorfeld kein zusätzlicher Nutzen für sie erkennbar wird. Der Aufwand, über eine solche Gruppe die eigenen Belange einbringen zu können, musste aufgrund bereits bestehender Einflussmöglichkeiten nicht betrieben werden. Gleichfalls wurde betont, dass der Zirkel für diejenigen, die wenig Einflussmöglichkeit sehen, z.B. Monteure, als "Sprachrohr" genutzt werden kann.

„So für mich so persönlich, ganz persönlich, habe ich diesen Umweg nicht gebraucht. Wenn mich was stört, dann versuche ich es natürlich direkt mit meinem Vorgesetzten zu besprechen, wenn es denn möglich ist, (...) Also ich brauche nicht dieses Sprachrohr Gesundheitszirkel.“ (Herr V, 3, 48-4,2)

Auch die persönliche Betroffenheit durch Arbeitsbelastungen oder gesundheitliche Beschwerden ist bei ihnen nicht gegeben, so dass sie keine Veranlassung sehen aus gesundheitlichen Gründen beim Zirkel aktiv zu werden. Es kann eher so betrachtet werden, dass für jemanden der zufrieden mit seiner Arbeit ist, der mit den Anforderungen zurecht kommt und darüber hinaus genügend Handlungsspielraum wahrnimmt, kein Veränderungsgrund besteht.

„...für mein eigentliches Arbeitsumfeld habe ich nicht gesehen, dass sich überhaupt etwas großartig ändern müsste. Ich muss sagen, ich habe mich so wohl gefühlt am Arbeitsplatz. Es gab keine Probleme in der Richtung.“ (Herr T, 2, 41-44)

Von einem Befragten wird eingeräumt, dass der Zirkel für diejenigen sinnvoll gewesen sei, die Probleme oder persönliche Belange nicht mit dem Vorgesetzten regeln könnten. Beispielsweise dort, wo ein schlechtes Betriebsklima herrscht oder Probleme im Führungsstil vorhanden sind, kann der Zirkel eine wichtige Unterstützung zur Lösung sein. Allerdings berichtet diese Gruppe über ein gutes Betriebsklima, so dass der Zirkel für sie überflüssig erscheint.

„...wie gesagt, auch für mein persönliches Empfinden das Klima auf unserer Schicht und auch das gesundheitliche - abgesehen davon, dass man Schicht

arbeitet - wunderbar war. Ich denke mal, wir haben da bei uns keinen Gesundheitszirkel benötigt.” (Herr O, 3, 22-25)

Insgesamt wird der Zirkel für den eigenen Arbeitsbereich als eher unbedeutend eingeschätzt. Erwartungen, die die persönliche oder betriebliche Arbeitssituation verändern könnten, werden demnach nicht gestellt. Aus der Erfahrung, die Probleme auf "kurzem Wege" mit dem eigenen Vorgesetzten klären zu können, wird eine weitere Einflussmöglichkeit über einen Gesundheitszirkel nicht in Betracht gezogen, da sie ohnehin zu aufwändig und ineffektiv sei.

„Aber im Endeffekt kommt nicht mehr bei raus, als wenn man sich mal kurz hinsetzt und überlegt: ‘Wie ist es an meinem Arbeitsplatz, sitze ich da gut, kann ich gut auf den Bildschirm gucken’. Und könnte auch selber einfach mal beim Abteilungsleiter vorsprechen und sagen: ‘Das und das stimmt so nicht, glaube ich, müsste geändert werden’, hat man eigentlich denselben Erfolg erzielt...” (Herr T, 2, 1-4)

Ein Angestellter teilte beispielsweise mit, dass betriebliche Veränderungsprozesse auch in der Vergangenheit versucht worden seien. Da diese zum Großteil gescheitert waren, hatte er sich lieber auf seinen direkten Einflussbereich beschränkt, wo er größere Chancen für Veränderungen sah. Aufgrund solcher Erfahrungen wird der Gesundheitszirkel als nicht besonders erfolgversprechend eingeschätzt.

„Außerdem, ich bin da mit Lehrzeit schon seit 18 Jahren bei der Firma und die Firma ist schlimmer als eine Behörde. Sie ändern hier nichts. Da kann das alles hier TQM heißen, da kann es Gesundheitszirkel heißen, es kann heißen wie es will - die ändern hier nichts. Das sieht nach außen hin immer schön aus (...) aber es läuft sich tot, es kommt nichts bei raus.” (Herr V, 4, 43-48)

Potenziellen Zirkelergebnissen stehen diese Beschäftigten eher gleichgültig gegenüber.

Betriebliches Engagement bereits vergeben

Auch an betrieblicher Veränderung Interessierte sind unter denen, die sich nicht beteiligten. Dies sind engagierte Personen, die aber ihre Prioritäten bereits gesetzt haben und aus Kapazitätsgründen kein weiteres Projekt verkraften können. Auch sie geben alternative Einflussbereiche an, so dass sie diesen Zirkel für ihr betriebliches Engagement nicht unbedingt brauchen. Erfahren in der Beteiligung werden auch von ihnen Überlegungen des Kosten-Nutzen-Aufwandes angestellt. Da sie sich durch ihr persönliches Engagement neben ihrer eigentlichen Tätigkeit bereits belastet sehen, haben sie sich gegen eine weitere Aktivität in dieser Richtung entschieden.

„Denn ich war, wie gesagt, hier auf meinem Arbeitsplatz ganz normal beschäftigt und dann derzeit noch als Betriebsrat tätig. Da ich Vertretungszeit hatte, und ich meine, man soll sich nicht zuviel verzetteln. Denn irgendwas muss man schon richtig machen.” (Herr W, 2, 1-3)

Darüber hinaus wurden aber auch Befürchtungen geäußert, durch übermäßiges Engagement die eigentliche Tätigkeit nicht mehr ausüben zu können und dies von den Kolleg/innen negativ angelastet zu bekommen. Die geäußerten Bedenken gehen beispielsweise in folgende Richtung:

„...vielleicht, was so vom Betrieb kommen könnte, so nach dem Motto: ‘Naja, haste auch nichts Besseres zu tun?’ und weil es ja auch manchmal während der Arbeitszeit war und so...” (Frau F, 2, 28-30)

Inhaltlich fühlt sich dieser Personenkreis von den Zielen des Gesundheitszirkels durchaus angesprochen. Sie befürworten grundsätzlich den Zirkel, stellen das eigene Engagement darin jedoch zurück, um sich keine weiteren Verpflichtungen aufzubürden. Sie sind zufrieden damit, dass sich andere engagieren, damit der Zirkel überhaupt stattfinden kann.

„Und es meldeten sich ja auch Kollegen, meiner Meinung nach, damals in ausreichender Anzahl für unseren Bereich, die dann daran teilnehmen. (...) wie ich die damals, die Kollegen kannte, die haben sich vorher unterhalten, die sind schon ein bisschen energische Personen, die sagen, wie es ist, dachte ich, das wird schon richtig sein. Da muss man nicht so unbedingt mit dabei sein. Aus dem Grund habe ich nicht daran teilgenommen.” (Herr W, 2, 4-10)

Aus der Erfahrung mit anderen betrieblichen Veränderungsprojekten wird der Erfolg des Zirkels von ihnen ebenfalls angezweifelt. Nicht nur die Wirksamkeit des Zirkels, sondern auch der persönliche Nutzen einer Beteiligung wird in Frage gestellt. Eine Frau, die sowohl als Sicherheitsbeauftragte als auch in einer Beteiligungsgruppe eines TQM-Projektes tätig ist, lehnte die Beteiligung am Zirkel ab, da der Aufwand zu groß erschien.

„...ich wurde zwar auch gefragt, aber man hat immer so die vorherige Einstellung, naja, das bringt sowieso nichts im Großen und Ganzen, man setzt sich zwar zusammen, präsentiert dann noch später, aber was im Endeffekt dabei raus kommt...” (Frau F, 1, 46-49) und weiter heißt es: „Und irgendwie denkt man sich da, nee, es muss nicht sein, wenn man noch zusätzlich rein kommt in die Firma, weil es wird einem eh‘ nicht gedankt dafür.” (Frau F, 2, 32-34)

Beschwerdefreiheit

Einige von denen, die sich gegen eine Beteiligung am Zirkel entschieden, fühlten sich von diesem aufgrund fehlender gesundheitlicher Betroffenheit nicht angesprochen. Obgleich potenzielle Gefährdungen wahrgenommen wurden, zogen sie die Notwendigkeit, etwas dagegen zu tun nicht in Betracht. Im Prinzip sind es Personen, die trotz erheblicher Belastungen mit den Anforderungen zurecht kommen, da sie keine gesundheitlichen Beeinträchtigungen wahrnehmen. Der Gesundheitszirkel wird jedoch als positives Signal aufgenommen, welches ein sinnvolles Angebot vor allem für diejenigen ist, die schon sehr lange arbeiten und bereits gesundheitliche Beschwerden haben. Sie honorieren, dass die Geschäftsleitung eine solche Initiative zur Bewältigung der Belastungen umsetzen möchte. Sie selbst fühlen sich davon aber nicht persönlich angesprochen und können sich nicht vorstellen, was in einem Zirkel dazu geschehen könnte.

„Ich meine, Leute, die hier schon 20 Jahre oder länger hier sind, die haben dann eben alle gesagt, die haben es in den Schultern und da Probleme und da Probleme. Und ich hatte im Prinzip noch keine gesundheitlichen Probleme und im Prinzip auch heute nicht. Ich meine, das was man mit den Jahren, ich bin ja auch nicht mehr so jung, dann immer bekommt. Das ist, kriegt jeder mal irgendwo, kommen Abnutzungserscheinungen, aber ich hab‘

damals gedacht, sicherlich könnte es hier und da Verbesserung geben, aber irgendwo habe ich auch keine Ansatzpunkte gesehen, wo man jetzt wirklich, was machen könnte. Und das war man eigentlich nicht gewöhnt, dass sich eine Firma wirklich mit solchen Dingen beschäftigt und wirklich ernsthaft versucht, für die Mitarbeiter was zu tun.“ (Frau H, 3, 18-28)

Fehlende Beschwerden oder auch fehlende Erfahrungen mit langjährigen Belastungen werden als Ausschlusskriterium genannt. Die Zielgruppe für einen Gesundheitszirkel sind aus ihrer Sicht die Kolleg/innen mit langjährigen Belastungserfahrungen und entsprechenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen.

„... also ich habe das damals so gesehen (...), dass ich erst seit einem Jahr wieder da war, dass ich da eigentlich nicht so viel mitzureden habe, weil ich eben noch nicht mit so viel konfrontiert war wie die, die sich da gemeldet haben. Weil das doch welche waren, die schon länger in der Fertigung gearbeitet haben. Zehn, fünfzehn Jahre, zwanzig Jahre. Die können da doch weitaus mehr dienlich sein, als ich wahrscheinlich.“ (Herr K, 1, 33-38)

Die Einführung des Zirkels wird allerdings grundsätzlich mit der Begründung begrüßt, dass ein solches Interessengremium in Fragen der Gesundheit gebraucht wird und beispielsweise einen Ansprechpartner zur Verfügung stellt. Die Belastungen und deren Folgen für erkrankte Kolleg/innen werden durchaus ernst genommen. Bei ihnen kann von einer interessierten Öffentlichkeit gesprochen werden, die sich aber nicht näher mit diesen Fragestellungen befassen will. Demzufolge hat sie ebenfalls keine persönlichen Erwartungen an den Zirkel gestellt.

„Na gut, ich habe keine Schwierigkeiten gehabt und dann hab ich es zwar zur Kenntnis genommen, um was es geht, z.B. dass man sich eincremen soll. So das habe ich dann schon, aber tiefer befasst habe ich mich nicht damit.“ (Herr Z, 2, 10-12)

Diesen Motivationstyp kennzeichnet Abwarten, da weder ein Beschwerde-, noch Belastungsdruck vorhanden ist. Aufgrund der potenziellen Bedeutung wird eine persönliche Teilnahme jedoch nicht generell ausgeschlossen. Hätte man mehr um sie geworben, hätten sie vielleicht auch teilgenommen.

„Ich meine, wenn mich jetzt jemand angesprochen hätte und gesagt hätte, ob ich da mal mitarbeiten möchte und so, hätte ich bestimmt mitgemacht.“ (Frau H, 2, 39-41)

Die Erwartungen dieser Gruppe bleiben diffus. Es werden weder negative noch positive Ergebniserwartungen geäußert. Herausgestellt wird vor allem der Nutzen für bereits erkrankte Kolleg/innen. Sie persönlich versprechen sich jedoch nicht allzuviel, da sie sich nicht zur Zielgruppe zugehörig fühlen.

Fehlende Selbstwirksamkeit

Im Gegensatz zu der vorherigen Gruppe gibt diese an, sehr stark durch die Arbeit belastet zu sein und bereits erhebliche gesundheitliche Einschränkungen zu erleben. Der Zirkel an sich wird von diesem Personenkreis sehr begrüßt, da er mit der Hoffnung verbunden ist, es würde sich an ihrer belastenden Arbeitssituation etwas ändern können. Allerdings sehen sie sich selbst aus verschiedenen Gründen nicht in der Lage, daran teilzunehmen. Es werden eine Reihe von Kompetenzen genannt, die aus ihrer Sicht für die Zirkelteilnahme vorausgesetzt wird, aber bei ihnen persönlich nicht vorhanden ist. So trauen sie sich eine Beteiligung nicht zu, weil sie

sich verbal nicht gut ausdrücken, nicht zuhören, nicht die eigene Meinung vertreten oder Konflikte austragen können. Insgesamt kann gesagt werden, dass sie glauben, die benötigten kognitiven und sozialen Fertigkeiten nicht zu besitzen, um selbstbewusst auftreten zu können.

„Und dann muss ich immer pünktlich sein, dass ich nicht was verpasse. Richtig zuhören, meine Meinung sagen. [Pause] Ich denke, ich bin nicht der Typ dafür.“ (Frau E, 3, 11-13) und weiter sagt sie: „... die haben da so einen großen Ordner oder ein kleinen Ordner, unter dem Arm und setzen sich hin und schreiben irgendwas, was nötig ist und (...) Das könnte ich nicht machen. Das ist nicht mein Stil.“ (Frau E, 4, 40-42)

Bei der Überlegung, mit welchem persönlichen Aufwand eine Zirkelbeteiligung erfolgen müsste, erscheint das Arbeiten an ihren Arbeitsplätzen trotz der enormen Belastung ‚leichter‘ zu fallen. Von einem Facharbeiter wird beispielsweise angesprochen, dass die Angst vor dem Vorgesetzten ihn von der Beteiligung abhielt, obgleich der Zirkel gerade wegen des Vorgesetztenproblems als wichtig erachtet wurde.

„Übrigens habe ich vor den ganzen Leuten [den Vorgesetzten, IP] ein bisschen zu viel Respekt. Also, wie gesagt, Leute, die das etwas bessere Kreuz haben, sich hinzustellen, die sollen das in dem Fall machen.“ (Herr P, 5, 4-7)

Ein weiterer Grund, weshalb man sich eine Zirkelmitarbeit nicht zutraut, wird von einer Arbeiterin darin gesehen, dass gerade die Tatsache krank zu sein, zum Ausschlusskriterium wird. Das Gefühl bereits ausgegrenzt zu sein, weil sie nicht mehr gesund und damit nicht mehr so leistungsfähig sei, spielte hierbei eine Rolle. Gesundheit wurde zur Voraussetzung erklärt, die bei ihr nicht gegeben ist.

„... ich finde eben, dass da Leute zu gehören, die immer hier, sagen wir mal, aktiv sind und ich bin schon mal also ein-, zweimal bin ich schon mal krank.“ (Frau B, 2, 44-46) Und später sagt sie: „Wenn ich da jetzt mitmachen würde, dann würden die sagen, ‘ach, die macht ja mit, ach, die hat es ja nötig (...) Ja, was mischt die sich da ein. Ist selber krank und will hier...’ (...) Das habe ich, glaube ich, gedacht.“ (Frau B, 3, 2-14)

Die hier genannten verschiedenen Hinderungsgründe gehen alle auf den Glauben zurück, nicht die entsprechenden Fähigkeiten oder Eigenschaften zu besitzen, um sich zu beteiligen – sie werden deshalb als fehlende Selbstwirksamkeit zusammengefasst. Aus dieser Sicht sollte nur teilnehmen, wer gesund, kompetent und selbstbewusst ist.

Trotz großer Erwartungen an den Zirkel wird zugleich dessen Scheitern befürchtet. So wünschen sich diese Befragten, dass die Arbeitsverdichtung zurückgenommen wird oder hofften, dass die Kontrolle durch den Vorgesetzten oder die empfundene Ungerechtigkeit aufhören würde. Gleichzeitig glauben sie aber, dass sich ihre Situation auch durch einen Gesundheitszirkel nicht wesentlich ändern ließe. Dass derartige Verbesserungen durchsetzbar seien wird mit Skepsis entgegengenommen. Eine Maschinenführerin beantwortet die Frage nach ihren Erwartungen wie folgt:

„Naja, das irgendwie, was... [Pause] Mm, das ist ne gute Frage. Das irgendwie was Positives hier mal wieder irgendwie erscheint, oder so. Dass es nicht mehr so, so stressig ist. Dass es hier mal ein bisschen ruhiger hier vielleicht mal wird, aber es wird immer mehr.“ (Frau B, 2, 11-14) weiter heißt es: „...ich hab‘ hier immer so das Gefühl, dass hier so Meetings ablaufen und so und das ist jetzt auch bei dem jetzt, wird einfach nichts gemacht. Das ist auch ein Grund mit. Dann wird geredet und geredet und dann kommt nichts

bei raus. Kann man sich sparen, dass ich hier eine Stunde früher erscheinen soll...“ (Frau B, 4, 5-10) und später „Was soll sich auch verändern? (...) Kann ich mir gar nicht vorstellen, eigentlich.“ (Frau B, 6, 35-37)

Fehlende Kontrollerwartungen

Ein Befragter bagatellisiert trotz gesundheitlicher Probleme die Belastungen und glaubt weder durch den Zirkel noch in einer anderen Art und Weise an Veränderungsmöglichkeiten. Die Begründung gegen die Beteiligung wird mit fehlendem Interesse angegeben. Eingeräumt wird zwar, dass der Zirkel ein positives Zeichen für das Bemühen der Firmenleitung sein könne, das sei aber für ihn persönlich bedeutungslos. Obgleich er gesundheitliche Probleme durch das Hantieren mit gefährlichen Stoffen hat, sieht dieser Facharbeiter keinen Handlungsbedarf. Die eigenen gesundheitlichen Probleme werden ebenfalls heruntergespielt.

„Ja, ich habe Hautprobleme, von dem Bohrwasser, weil das so stark konserviert ist. Aber das ist ja allgemein bekannt.“ (Herr Y, 2, 14-15)

Belastungen bzw. Störungen werden als 'logische' Folge der Arbeit hingenommen, die unabänderlich erscheinen. Zum Arbeiten gehört seiner Ansicht nach auch, dass man sich nicht wohl fühlt. Mit Einschränkungen muss gerechnet werden.

„... täglich gibt es da Störungen. Die Probleme, die unsere Arbeit betrifft, die erlebe ich jeden Tag, da vergeht kein Tag ohne Störung, ob das hohe Temperatur ist oder ... also das ist vollkommen normal, alltäglich. (...) Da kann man nichts gegen machen. Die Störungen treten auf und das ist halt so. Wäre ja schön, wenn es anders wäre. Da hätte man ein leichteres Leben.“ (Herr Y, 2, 18-24)

Hinter diesen Äußerungen ist eine recht stark ausgeprägte resignative Haltung erkennbar. Offensichtlich werden von ihm keine Versuche mehr unternommen, etwas zu verändern und damit Kontrolle auszuüben. Der Glaube an Veränderungen scheint nicht mehr vorhanden zu sein. Einflussmöglichkeiten werden verneint, man arrangiert sich mit der derzeitigen Lage, um sie leichter ertragen zu können. Allerdings räumt dieser Mann auch ein, dass der Gesundheitszirkel sicher eine gute Sache ist, steht diesem Bemühen aber eher gleichgültig gegenüber.

7.2.3 Fazit: Deutliche Unterschiede in den Begründungen trotz ähnlicher Erwartungen

Interessanterweise haben wir es sowohl bei den Beteiligten als auch bei den Nichtbeteiligten mit einem breiten Spektrum an unterschiedlicher Entscheidungsmotivation zu tun, das sich nur zum Teil aus der Literatur erschließen lässt (vgl. Kap. 3.3 und 4.2). Hingegen zeigen die geäußerten Erwartungen an den Zirkel eher geringe Differenzierungen und dies innerhalb der gesamten Untersuchungsgruppe. Nur diejenigen, die glauben, mit dem Zirkel gesundheitliche Probleme lösen zu können, haben große Hoffnungen in den Zirkel gesetzt. Während alle anderen Gruppen – sowohl Beteiligte, als auch Nichtbeteiligte - eher wenig vom Zirkel erwarten, sich ambivalent äußern oder sogar skeptisch sind. Diese überwiegend geringe bis negative Ergebniserwartung kann aber auch aufgrund der retrospektiven Erhebung zustande gekommen sein, d.h. dass sie von den Befragten erst nachträglich konstruiert worden ist. Andererseits kann dies aber auch Ausdruck

der immer wieder beschriebenen umfassenden Skepsis von Beschäftigten gegenüber partizipativen Veränderungsprojekten sein (vgl. Kap. 3.2).

Diejenigen, die sich aus Gründen der Krankheits- bzw. Stressbewältigung für eine Zirkelmitarbeit entschieden, berichteten von einem starken Problem- bzw. Belastungsdruck. Die Entscheidung für eine Zirkelmitarbeit könnte möglicherweise auf das Konstrukt des Änderungsdrucks (Fuchs, 1994) zurückgeführt werden. Für diesen Personenkreis wird der Gesundheitszirkel eine willkommene Gelegenheit geboten haben, um ihr Anliegen und ihre Probleme anzusprechen. Möglicherweise sehen sie in dem Zirkel eine Chance, unterstützt durch die Geschäftsführung, die für sie anstehenden und notwendigen Veränderung mit Nachdruck voranzutreiben. Sie haben im Vergleich zu allen anderen Beteiligten die dringlichsten Erwartungen an den Zirkel gestellt, die vor allem ihre persönliche Belastungssituation beheben soll.

Eine weitere Gruppe lässt sich als diejenigen bezeichnen, die einen ausgeprägten Wunsch nach Mitsprache hat. Entsprechende Wachstums- oder Selbstverwirklichungsmotive können bei ihr vermutlich vorausgesetzt werden. Sie verfügt über ein entsprechendes Problembewusstsein, ohne jedoch von Belastungen in dem Maße wie die erste Gruppe betroffen zu sein. Zu vermuten ist, dass dieser Personenkreis dort Einfluss nimmt, wo es ihm sinnvoll erscheint. Diese Beschäftigten könnten jede Möglichkeit nutzen, um ihre Mitsprache geltend zu machen - ein Gesundheitszirkel bietet dabei nur eine von vielen. Sie zeigen sich bezüglich ihrer Erwartung als realistisch, was vermutlich auf ihren Erfahrungen basiert: Veränderungen werden nicht sofort umgesetzt und wenn, dann oft nur teilweise.

Die Motivation der dritten Gruppe, die sich hier besonders interessiert an der neuen Methode des Gesundheitszirkels zeigt, geht auf ein Gesundheitsbewusstsein zurück. Geschildert wird, dass Gesundheit einen hohen Wert darstellt. Man könnte auch von einem Verantwortungsgefühl sprechen, das diese Beschäftigten an dem Zirkel partizipieren lässt: Frau C glaubt, man müsse, den Zirkel doch erfolgreicher nutzen können als der bereits gescheiterte Gesundheitszirkel; Herr J sieht sich aufgrund seiner Tätigkeit als Sicherheitsbeauftragter berufen, daran teilzunehmen. Ob sich dahinter eine Gesundheitsbedrohung verbirgt, wie sie als Voraussetzung des Gesundheitsverhaltens angenommen wird (vgl. Kap. 4.2.1) oder doch soziale Verantwortung, lässt sich nur vermuten.

Interessant sind die beiden letzten Motivationstypen der Beteiligten, da sie die Ausnahme von der Regel darstellen. Während Herr R aufgrund eines Missverständnisses am Zirkel teilnahm (er dachte, es handele sich um eine Rückenschule), war die Teilnahme von Herrn M nicht ganz freiwillig (er wurde von seinem Vorgesetzten dort hin berufen). Beide zeigen recht eindrucksvoll, dass auch diese von den Projektinitiatoren nicht beabsichtigten Ausgangssituationen zu einer gelungenen Partizipation beitragen können. Nachdem das Missverständnis von Herrn R aufgelöst ist, erkannte er den kollektiven Nutzen des Zirkels und arbeitete nach eigenen Angaben engagierter mit, als manche seiner Kollegen. Herr M hatte zu Beginn starke Bedenken, was der Zirkel überhaupt bringen sollte, war nach einiger Einarbeitung aber doch überrascht, dass dort Probleme angesprochen werden können, die er selbst aus seinem Arbeitsalltag kennt. Beide Personen erkannten durch die Zirkelmitarbeit, dass sie auch kollektiv Kontrolle ausüben können und im besten Fall, dass partizipative Handlungen wirksam sein können, es sei hier schon vorweg genommen, dass beide erklärten, sie würden auch erneut an einem Zirkel partizipieren. Hierin zeigt sich wieder, dass die Partizipationserfahrung eine günstige Voraussetzung für weitere Beteiligungsaktivitäten darstellt (vgl. Kap. 3.3.1.3). Ob die Bereitschaft zu gemeinschaftlichen Handeln, wie sie auch von den ersten drei

Gruppen als Begründung für ihre Zirkelmitarbeit genannt worden ist, erst durch die Zirkelarbeit entstanden oder bereits vorher vorhanden gewesen ist, lässt sich hier nicht eindeutig beantworten.

Unter den Nichtbeteiligten geben diejenigen, die genügend Einfluss in ihrer Tätigkeit haben, an, das vorhandene Mitsprachepotenzial reiche ihnen aus, so dass sie keine zusätzlichen Zirkel bräuchten. Dass jemand, der mit seiner Tätigkeit weitestgehend zufrieden ist und umfassende Einflussmöglichkeiten sieht, keinen zusätzlichen Nutzen in einer Zirkelmitarbeit hat und darüber hinaus den Aufwand als viel zu groß einschätzt, ist wenig erstaunlich und findet sich auch in anderen Untersuchungen wieder (vgl. Kap. 3.3.1). Ebenso plausibel ist, dass diejenigen, die bereits in anderen Beteiligungsgruppen engagiert sind, sich nicht weiter verpflichten wollen und sich deshalb gegen eine Teilnahme am Gesundheitszirkel aussprechen. Anzunehmen ist, dass bei ihnen aufgrund der zeitlichen Belastung laufender Aktivitäten, zusätzliches Engagement zurückgestellt wird. Beide Gruppen betrachten den Zirkel grundsätzlich als eine sinnvolle Einrichtung. Während die betrieblich engagierten Mitarbeiter/innen eine grundsätzliche Teilnahme vermutlich nicht ablehnen würden, wenn sie nicht bereits in anderen Gruppen aktiv wären, betonen diejenigen mit ausreichendem Einflussbereich, dass der Zirkel ineffizient sei, da man durch ein Vorgesetztengespräch Ähnliches erreichen könne. Unter ihnen finden sich vermutlich auch solche, die an betriebliche Veränderungsprozesse nicht mehr glauben und sich auf ihren persönlichen Einflussbereich zurückgezogen haben.

Unter den Nichtbeteiligten existiert eine Gruppe von Beschäftigten, die sich aufgrund ihrer Beschwerdefreiheit nicht von einer Zirkelbeteiligung angesprochen fühlt. Diese Personen nehmen zwar Arbeitsbelastungen wahr, haben aber persönlich keinerlei gesundheitliche Beeinträchtigungen. Sie glauben, dass für ihre betroffenen Kolleg/innen der Zirkel jedoch eine wichtige Angelegenheit sei. Vermutlich wären sie durch persönliche Ansprache und intensivere Aufklärung über betriebliche Gesundheitsförderung durchaus für eine Beteiligung zu motivieren.

Nicht überraschend und übereinstimmend mit dem Erkenntnisstand anderer Untersuchung sind die letzten beiden Begründungsmuster einer Nichtbeteiligung (vgl. Kap. 3.3.1.2 und 4.1.2). Ein Teil der Nichtbeteiligten gibt an, sich eine Zirkelbeteiligung nicht zugetraut zu haben, z.B. aus Angst vor dem Vorgesetzten oder aufgrund nicht vorhandener Kompetenzen. Der Vertreter der letzteren Gruppe entscheidet sich gegen den Zirkel, da er nicht daran glaubt, dass sich durch die Zirkelarbeit etwas verändern könnte. In beiden Gruppen finden sich Personen, die grundsätzlich keine Mitsprachemöglichkeit sehen bzw. diese nicht wahrnehmen. Möglicherweise handelt es sich dabei um generalisierte Einstellungen über sich selbst bzw. die Umwelt, so dass bei einem Teil der Inaktiven die Entscheidung gegen eine Zirkelmitarbeit nicht nur situativ getroffen worden ist, sondern eher auf Persönlichkeitsmerkmale zurückgeführt werden kann. Diese Gruppen für eine Beteiligung zu mobilisieren dürfte grundsätzlich schwierig sein. Vermutlich werden hier andere Maßnahmen als eine Problemlösegruppe gebraucht, um Gesundheitsressourcen aufbauen zu können.

Die Unterschiede in den Beweggründen der Beteiligten zeigen, dass verschiedene Bedürfnis- und Interessenslagen mit einem Zirkel angesprochen und somit verschiedene Beschäftigtengruppen für eine Beteiligung gewonnen werden können. Gleichzeitig zeigen die genannten Hinderungsgründe der bislang Inaktiven, dass sich Beschäftigte aus sehr unterschiedlichen Gründen nicht vom Zirkel angesprochen fühlen. Sie unterscheiden sich deutlich darin, inwieweit sie sich gesundheitlich gefährdet sehen und in ihren Möglichkeiten, Einflussnahme auszuüben. Während

ein Teil der Belegschaft den Zirkel nicht nutzt, weil sie genügend Einfluss besitzt und nicht gesundheitlich gefährdet ist, scheint ein weiterer Teil, der davon profitieren könnte, nicht die Voraussetzung zu erfüllen, weil er sich eine Beteiligung nicht zutraut oder nicht an Veränderungen glaubt. In einer weiteren Untersuchung könnte nun überprüft werden, wie sich diese Gruppen repräsentativ in einer Gesamtpopulation verteilen. Die vorliegenden Ergebnisse zeigen lediglich das Spektrum an potenziellen Merkmalsausprägungen, repräsentative Aussagen wären jedoch unzulässig.

8 Bewertung der Zirkelerfahrung durch die Beteiligten und Nichtbeteiligten im Vergleich

Aus Evaluationsstudien ist bekannt, dass die Zirkelergebnisse nicht immer die gewünschten positiven Wirkungen auf die Gesundheit zeigen. Hinzu kommt, dass die Auswirkungen von den Beteiligten und Nichtbeteiligten aus der gleichen Abteilung zum Teil unterschiedlich beurteilt werden (vgl. Kap. 2.3.2). Im Rahmen dieser Arbeit stellt die Bewertung der Gesundheitszirkel aus Sicht der Beteiligten bzw. Nichtbeteiligten keine Wirksamkeitsüberprüfung der Zirkel dar, sie soll vielmehr genaue Einblicke in die Verarbeitung der Zirkelerfahrungen ermöglichen. Wie die Betroffenen die Gesundheitszirkel bewerten, ist gerade vor dem Hintergrund ihrer zukünftigen Beteiligungsbereitschaft von Interesse. Motivationspsychologisch wird mit der Bewertung der Handlungsergebnisse, insbesondere der Teilnahme bzw. Nichtteilnahme, eine Evaluation des eigenen Handelns vorgenommen, welches Auswirkungen für zukünftiges Handeln hat (vgl. Kap. 4.1.1).

Zum Zeitpunkt der Befragung liegen die Zirkel unterschiedlich lange zurück. In einer Abteilung sind es nur sieben Monate nach Abschluss der Zirkelarbeit und dort konnten schon allein aufgrund dieser Tatsache eher wenige Ergebnisse erwartet werden. Die meisten Zirkel liegen jedoch mindestens ein Jahr zurück, so dass dort durchaus Ergebnisse zu erwarten gewesen wären. Es stellt sich allerdings heraus, dass sich die Unterschiede im Informationsstand der Befragten auch nach Beendigung der Zirkelarbeit fortsetzen oder gar vergrößern (vgl. Kap. 7.1). Insbesondere die Nichtbeteiligten haben weitaus geringere Kenntnisse über die umgesetzten Vorschläge als die Beteiligten. In dem bereits erwähnten Betrieb A, in dem schon im vorhinein wenig informiert worden ist, wissen selbst die Zirkelmitglieder nicht, welche Ergebnisse bereits umgesetzt sind. Ein Zirkelmitglied aus diesem Betrieb, das sich bei seinem Meister nach den Zirkelergebnissen erkundigt hatte, schilderte folgenden Dialog:

„Ich hatte mal nachgefragt, dann hat man mir gesagt, als Antwort, dann muss ich blind rumlaufen. Dann hab ich gedacht, dann muss es das wohl sein. Nein, ich hatte nichts bemerkt, überhaupt nichts.“ (Herr A, 5, 46-48)²⁹

Diesem „Informationsvakuum“ schreibt beispielsweise eine der befragten Nichtbeteiligten jede stattfindende Veränderung dem Gesundheitszirkel zu. In diesem Betrieb wurden viele Veränderungsprozesse parallel eingerichtet, so dass der Überblick über die Zuordnung, vermutlich auch aufgrund mangelnder Information, verloren ging. Dies führte zu einer Überschätzung der Zirkelergebnisse (vgl. Kap. 8.2.2).

Im Interview wurden alle Befragte nach den Zirkelergebnissen gefragt und wie sie diese persönlich einschätzen. Sie wurden aber auch nach den Abläufen *während* der Zirkelarbeit befragt. Die Beteiligten konnten reichlich darüber Auskunft geben, wie sie beispielsweise die Zusammenarbeit oder die Moderation der Zirkel empfunden haben. Aus Sicht der Nichtbeteiligten wäre interessant, was sie während der

²⁹ Dort wurde als Ergebnis des Zirkels ein Waschbecken in der Produktionshalle montiert.

Zirkellaufzeit von dessen Arbeit wahrgenommen haben. Erstaunlicherweise können viele selbst die zeitlichen Abläufe (z.B. Beginn und Abschluss des Zirkels) nur sehr ungenau rekonstruieren. Gespräche zwischen Kolleg/innen oder offizielle Ankündigungen über einen Zwischenstand der Zirkelarbeit fanden, außer in dem bereits erwähnten Betrieb C, kaum statt (vgl. Kap. 7.1). Jemand der sich nicht am Zirkel beteiligte berichtete, dass die Zirkelaktivitäten eigentlich nur durch die Abwesenheit der Zirkelmitglieder von ihrem Arbeitsplatz bemerkt wurden.

Bevor die Ergebnisse aus der themenbezogenen Analyse zur Bewertung der Zirkelergebnisse beider Kontrastgruppen wieder getrennt dargestellt werden, geht es im Folgenden um die Einschätzung der Beteiligten über den Prozess der Zirkelarbeit. Da die Nichtbeteiligten kaum über den Verlauf der Zirkelarbeit Auskunft geben konnten, beziehen sich die Ergebnisse in dem nächsten Kapitel ausschließlich auf die Aussagen der Beteiligten. Zusätzlich werden die verschiedenen Typen der Bewertung der eigenen Beteiligung dargestellt (Kap. 8.2). Im Anschluss daran werden die Ergebnisse beider Kontrastgruppen miteinander verglichen und diskutiert (Kap. 8.3.3).

8.1 Bewertung der Zirkelarbeit durch die Beteiligten

Wie aus Kapitel 7.1 ersichtlich, waren vor Beginn der Zirkelarbeit die Vorstellungen darüber eher diffus, wie ein Zirkel arbeitet und was die persönliche Teilnahme daran beinhaltet. Die Ergebniserwartungen der Beteiligten, die sie vor dem Zirkel hatten, reichen von optimistisch bis skeptisch. Aufgrund der geringen Vorabinformation konnten sich die Befragten oft erst mit Beginn der Zirkelarbeit persönliche Ziele setzen und festlegen, was sie in dem Zirkel erreichen wollen. Einige berichten, dass sie erst in den ersten Sitzungen vollständig verstanden haben, worum es im Zirkel eigentlich geht. Erst danach beginnen sie, persönliche Anliegen in die Zirkelarbeit zu integrieren: Einige nehmen sich bestimmte Probleme bzw. Belastungen vor, die sie durch den Zirkel beseitigen oder verringern wollen. Themen sind u.a. körperliche Belastungen, wie schweres Heben und Tragen, klimatische Verhältnisse, ergonomische Belastungen durch Bildschirmarbeit, aber auch Themen wie Führungsverhalten oder Arbeitsprozesse.

Anderen ist es wichtig, den bis dahin bestehenden schlechten Informationsfluss zu verbessern. Sie sorgen entweder dafür, dass die Kolleg/innen mehr über den Zirkel erfahren oder sammeln Informationen von den Kolleg/innen ein, die sie in den Zirkel tragen.

Die Einführung der Zirkel wird insgesamt als sehr positiv herausgestellt, auch von denen, deren Erfahrungen nicht uneingeschränkt positiv gegenüber solchen Beteiligungsinitiativen sind. Die in den Interviews genannten Aspekte der Zirkelarbeit lassen sich in die folgenden Kategorien wiederfinden und werden im Folgenden separat vorgestellt:

- Mitarbeit und Unterstützung des Managements
- Rolle der Zirkelmoderation
- Zusammenarbeit im Zirkel

8.1.1 Mitarbeit und Unterstützung des Managements

Wie bereits in Kapitel 7.1 beschrieben, wird das Bekennen der Geschäftsführung zum Zirkel positiv aufgenommen und mildert bei dem einem oder anderen die Skepsis gegenüber dem Vorhaben. Andererseits berichten einige Zirkelbeteiligte von einer ablehnenden Haltung der direkten Vorgesetzten, die sich bereits vor der Zirkelintroduction zeigte und während der Arbeit anhielt. Es wird berichtet, dass einige Vorgesetzte ihre Ablehnung gegenüber dem Zirkel geradezu demonstrierten. Andere hingegen unterstützten ihre Mitarbeiter/innen in der Zirkelarbeit. Nur zum Teil bekennt sich das mittlere Management öffentlich zum Zirkel und befürwortet die Teilnahme ihrer Mitarbeiter.

Die Verhandlungen mit der jeweiligen Geschäftsführung über die Umsetzung der Vorschläge wird in den Zirkeln unterschiedlich gehandhabt. Während in zwei Fällen die Ergebnisverhandlungen ohne die Zirkelgruppe und ausschließlich zwischen den Moderator/innen und der Geschäftsleitung stattfand, werden in den anderen Fällen die Beschäftigten mit einbezogen. Die Verhandlungen, die ohne die Beschäftigten stattfanden, seien nach Angaben der Zirkelmitglieder schlecht gelaufen. Sie berichteten, dass dort die Führungsebene zum Großteil nicht hinter dem Zirkel stand. Nicht alle Zirkelmitglieder waren demnach bei direkten Verhandlungen mit den Entscheidungsträgern anwesend. Diejenigen, die die Chance zur direkten Auseinandersetzung hatten, begrüßten dies ausdrücklich. In Zirkeln, in denen der Betriebsrat und der Abteilungsleiter ständig anwesend waren, wurde die Machbarkeit von Lösungen diskutiert bevor eine Präsentation vor der Geschäftsführung stattfand, so dass hier bereits einige Vorschläge erst gar nicht an das Top-Management herangetragen wurden.

Die aktive und sichtbare Unterstützung durch Führungskräfte, vor allem aus dem Top-Managements, wirkt sich auf die Beteiligungsbereitschaft positiv aus.

„...bei dem ersten Tag, wo ja auch unser Chef [Werksleitung, IP] mit dabei gewesen ist. Er das ja auch noch einmal signalisiert hat. Ja, dass sie da wirklich ein großes Interesse daran haben und deswegen war auch so meine anfangs negative Einstellung war nicht mehr ganz so negativ. (...) Aber das flaute dann von mal zu mal mehr ab. Irgendwo machte sich allgemeine Skepsis breit, wie sie früher auch gewesen ist.“ (Herr Q, 6, 24-31).

Auch wenn die Zusammenarbeit mit den Führungskräften nicht immer gelungen scheint, so lehnte niemand die (partielle) Teilnahme der Abteilungsleiter oder höheren Führungskräfte ab. Im Gegenteil, einige freuten sich, dass sie ihren Abteilungsleiter persönlich kennenlernen und mit ihm in direkten Kontakt treten konnten.

„Ja, bestärkt hat mich auch, dass ich mit meinem größten Chef, meinem Abteilungsleiter zusammen gesessen habe und wir haben uns halt über Probleme, die wirklich die Abteilung hat, unterhalten.“ (Herr M, 3, 46-48)

Aus der Sicht der Zirkelmitglieder erweist sich die Zusammenarbeit mit den Abteilungsleitern dann als schwierig, wenn es um die Lösungsfindung geht. Eine Arbeiterin schildert ihren Abteilungsleiter als sehr fordernd bezüglich der Lösungsfindung der diskutierten Probleme. Aus meiner Sicht scheint hier die Erwartungshaltung mancher Führungskräfte hervorzutreten, die Zirkelmitglieder mögen die Probleme der Abteilung lösen. Eine solche starke Erwartungshaltung wirkt sich hier eher demotivierend aus:

„Also da waren wir natürlich nun ein bisschen, naja, ein bisschen frustriert gewesen. Ich meine, der kann ja von uns nun keine Wunder erwarten.“ (Frau C, 7, 5-7)

Diese Forderung wird als unrealistisch dargestellt, da ein Zirkel lediglich Denkanstöße geben kann. Andere Zirkelmitglieder berichten, dass sich die Führungskräfte durch die Vorschläge aus dem Zirkel eher angegriffen fühlten und daher versuchten, Probleme von sich zu weisen. Rechtfertigungsversuche der Führungskräfte wurden von einem Zirkelmitglied u.a. als 'Druck' auf die Zirkelgruppe wahrgenommen. Gleichzeitig wird eine angemessene Bereitschaft von den Führungskräften vermisst, gemeinsam die Probleme der Abteilung lösen zu wollen.

„Mich hat enttäuscht, dass zu wenig von den Vorgesetzten Einsicht - so Hilfe angeboten wurde.“ (Herr S, 8, 22-23)

Ein zu Beginn erlebter Widerstand einiger Vorgesetzte gegen den Zirkel hat sich auch nach Abschluss der Zirkelarbeit gehalten. Enttäuscht äußern sich einige, dass einzelne Vorgesetzte die Zirkelergebnisse mit Missfallen und Argwohn aufgenommen oder gar ignoriert haben. Ein Arbeiter bedauert sehr, dass die im Zirkel diskutierten Probleme weiterhin nicht anerkannt werden.

Aufgrund der unterschiedlichen Erfahrungen, die Zirkelmitglieder mit der Zusammenarbeit ihrer Führungskräfte machen, gehen die grundsätzlichen Meinungen über die Einbeziehung derselben in die Zirkel auseinander: Die rechtzeitige Einbeziehung der direkten Vorgesetzten sei zwar unbedingt notwendig, allerdings wird eine direkte Teilnahme am Zirkel nicht durchgängig befürwortet, da Konflikte durch die Anwesenheit der direkten Vorgesetzten vorprogrammiert sind.

8.1.2 Rolle der Zirkelmoderation

Nur ein Teil der Zirkelmitglieder erwähnt die externe Moderation in ihren Schilderungen. Für sie stellt sie eine bedeutende Rolle bei der konstruktiven Zusammenarbeit dar und wird zum Teil als eine wesentliche Voraussetzung dieser Arbeit betrachtet.

„Also, ich denke mal, das kann man nicht jetzt einfach so in irgendeiner Abteilung ins Leben rufen und die Leute untereinander machen lassen. Ich denke mal, die richtige Moderation ist schon mal wichtig.“ (Herr U, 7, 18-20)

Die Moderator/innen bieten als außenstehende Instanz einen 'neutralen' und unparteiischen Standpunkt. Aufgrund ihrer Position, können sie die betrieblichen Probleme objektiver betrachten. Aber auch für die Gruppendynamik innerhalb des Zirkels wirkt sie für die Anwesenden ausgleichend und ist in der Lage, Konflikte schnell zu lösen.

„Ein Superprofi [der Moderator, IP]. Ich werde nie vergessen, wie er das Ganze gelöst hat, der war super.“ (Herr M, 7, 16-17)

Gerade in kritischen Situationen, z.B. nachdem die ersten präsentierten Vorschläge nicht umgesetzt worden sind, wirkt die Moderation auf einen Teil der Beschäftigten förderlich auf die Bereitschaft zum Weitermachen. Möglicherweise wären einige Beschäftigte sonst eher von der Zirkelmitarbeit zurückgetreten, wenn aufkommende Konflikte zu Belastungen geführt hätten. Andererseits machen die Moderator/innen auch immer wieder Mut, an der Arbeit im Zirkel festzuhalten, wenn Zweifel über dessen Wirksamkeit aufgetreten sind.

„Und es war auch sehr, sehr wichtig die Form der Moderation, dass die irgendwo doch dieses Fingerspitzengefühl hatte, uns auch immer wieder bei der Stange zu halten.“ (Herr U, 7, 15-17)

Offenbar schwierig wird es für die moderierenden Externen, wenn es um die Lösungsansätze geht. So kommt es u.a. zu Überforderungen, wenn die Beschäftigten Problemlösungen nur schwer erkennen können.

„Weil ja auch der Moderator auch so, schon konkrete Antworten von uns erwartet, die wir ihm eben nicht geben konnten.“ (Frau C, 10, 44-45)

Andererseits wird aber auch berichtet, dass man sich eher unterfordert fühlt, wenn der Moderator versucht, die Lösungen selbst zu erarbeiten und die Gruppe beim Aushandlungsprozess mit der Geschäftsleitung außen vorlässt.

8.1.3 Zusammenarbeit im Zirkel

Die Art und Weise der Problembearbeitung sowie das Zusammenwirken der Gruppe wird von allen Zirkelmitgliedern ähnlich geschildert: Zunächst werden alle Probleme gesammelt und dann nach Wichtigkeit geordnet. Einzelne Mitglieder berichten, dass die Themensammlung zu umfangreich geworden ist, um sie in den Zirkelsitzungen zu bearbeiten. Häufig beschränkt man sich auf einige wenige Themen, die dann intensiver diskutiert werden. Im Laufe der Diskussionen, so berichten einige, werden eher solche Probleme weiterverfolgt, die gute Umsetzungschancen aufweisen. Aus einigen Zirkeln wird erläutert, dass kostspielige Innovationen genauso wenig weiterverfolgt werden, wie Themen, die die Arbeitsorganisation betreffen.

Die Arbeitsatmosphäre innerhalb der Zirkelgruppe wird von den meisten Mitgliedern als sehr angenehm hervorgehoben. Die Arbeitsweise unter den Zirkelmitgliedern, die zum Teil erstmalig an Problemlösegruppen teilnehmen, wird als äußerst konstruktiv geschildert. Die Zusicherung der Anonymität bei der Auswertung der Zirkelergebnisse spielt dabei eine nicht unerhebliche Rolle. Der Gesundheitszirkel wird als ein Forum für die Beschäftigtenmeinungen angenommen, das an der Hierarchie vorbei betriebliche Probleme zu lösen verspricht.

„Und in diesem Gesundheitszirkel hat man mal wirklich über seine ganzen Probleme offen gesprochen und dadurch kam erst einmal Informationen untereinander.“ (Herr U, 9, 2-4)

Nicht nur die Information und Kommunikation innerhalb der Zirkelgruppe verbessern sich, das gegenseitige Verständnis unter den Zirkelmitgliedern und gegenüber den Kolleg/innen können dadurch ebenfalls zunehmen. Gerade für diejenigen, die solche Arbeitsformen in ihrer täglichen Arbeit nicht kennen, ist dies als ein sehr positives Erlebnis in Erinnerung geblieben.

„Das Positive an der ganzen Sache war die Gruppe untereinander, das war gut. Wir haben gut zusammengearbeitet.“ (Herr A, 3, 30-31)

Dieses positive Gefühl des Miteinanders kann von einigen Beteiligten auch nach dem Zirkel gehalten werden und trägt somit zur Verbesserung des Arbeitsklimas bei. Dies wird vor allem von Produktionsmitarbeiter/innen berichtet, für die solche Arbeitsformen eher ungewohnt sind.

8.2 Bewertung der eigenen Beteiligung

Alle Zirkelbeteiligte werden nach ihrem persönlichen Fazit gefragt, also welcher persönliche Nutzen aus der Zirkelmitarbeit gezogen werden konnte. Die Lernerfahrungen der Beteiligten sind so unterschiedlich wie ihre Vorerfahrung mit Beteiligungs- oder Problemlösegruppen gewesen sind. Die verschiedenen Aspekte der Zirkelarbeit werden von jedem Einzelnen individuell unterschiedlich wichtig genommen. Während die meisten einen persönlichen Gewinn aus der Zirkelarbeit ziehen können, und zwar unabhängig davon, ob der Zirkel erfolgreich war, machen einige Beteiligte deutliche Einschränkungen, was den persönlichen Nutzen der Zirkelarbeit angeht. Sie messen den Erfolg eher an den Arbeitsergebnissen, also den umgesetzten Vorschlägen. Andere schätzen jedoch die Arbeit im Zirkel als sehr positiv ein, auch wenn das Ergebnis eher als unzulänglich bezeichnet worden ist. Möglicherweise entsteht dieser Nutzen, der sich beispielsweise durch eine angenehme und konstruktive Zusammenarbeit ergibt, gerade für Maschinenführerinnen, die eine solche Arbeitsweise aus ihrem Arbeitsalltag nicht kennen. Wichtig erscheint mir, die persönliche Erfahrung der Zirkelmitglieder und deren Bewertung getrennt von der Ergebniseinschätzung zu betrachten.

Gefragt nach dem persönlichen Gewinn oder Nutzen, geben die meisten an, zufrieden gewesen zu sein, nicht zuletzt dadurch, dass sie durch die Beteiligung etwas gelernt haben. Die genannten Äußerungen lassen sich in folgende Schwerpunkte einteilen:

- Stärkung der Problemlösekompetenz und -bereitschaft
- Stärkung der persönlichen und sozialen Kompetenz
- Gelegenheit zur Aussprache und Anteilnahme

Eine weitere Gruppe, die sich eher enttäuscht von den Zirkelergebnissen zeigte, kann für sich keinen persönlich Gewinn sehen. Im Folgenden werden die Antwortkategorien zu den Einschätzungen des persönlichen Nutzens der Beteiligung genauer beschrieben.

- Kein persönlicher Nutzen – Mitarbeit war umsonst

Stärkung der Problemlösekompetenz und –bereitschaft

Ein Teil der Beteiligten schildert ihren Gewinn durch die Teilhabe am betrieblichen Problemlöseprozess, wodurch sie ihre persönlichen Kompetenzen erweitern können. Es wird berichtet, dass die Erfahrung, eigene Ideen und Vorschläge um- bzw. durchzusetzen zum ersten Mal im Betrieb gemacht wird. Auch diejenigen, die bereits Erfahrungen beispielsweise durch die Tätigkeit im Betriebsrat sammeln konnten, geben an, ihre Problemlösekompetenz ausgeweitet zu haben. Wesentlich dazu beigetragen hat ihrer Ansicht nach die Arbeit in der Gruppe sowie die externe Moderation des Zirkels.

*„In der Gruppenarbeit kommt ja doch ein bisschen mehr raus, weil andere dann noch gute Ideen haben und macht ja auch ein bisschen mehr Spaß.“
(Herr S, 7, 16-17)*

Die Erhöhung der Problemlösekompetenz zeigt sich z.B. darin, dass gelernt wurde, wie Kompromisse mit der Geschäftsleitung ausgehandelt werden. Durchsetzungsstrategien konnten entwickelt werden, um die Umsetzungschancen eigener Ideen zu erhöhen. Zu den gelernten Strategien gehören u.a. Termine zu setzen um für

Verbindlichkeit bei Verhandlungen mit der Geschäftsleitung zu sorgen. Das Erkennen und Akzeptieren von Grenzen in der Machbarkeit von Veränderungsvorschlägen ermöglicht es zu realistischen Forderungen zu kommen. Dazu zählt auch die nicht zynisch gemeinte Erkenntnis, dass trotz vieler Gespräche alles beim Alten bleiben kann. Eine weitere Erkenntnis, die aus der Beteiligung am betrieblichen Problemlöseprozess gezogen wird, besteht darin: Veränderungen brauchen Zeit.

„...wenn ich aus der Distanz betrachte und jetzt auch die Einstellung gewonnen habe, ich kann nicht binnen eines halben Jahres alle Probleme beseitigen. Das klappt einfach nicht. Also, ich kann nicht Arbeitsprozesse nur durch einen Gesundheitszirkel ändern.“ (Herr U, 7, 23-26)

Durch das Teilen der Sichtweisen und Probleme mit den Kolleg/innen, findet auch das eigene Engagement Bestätigung.

„Also Freude hat es mir gemacht, dass es doch noch immer - in so einer großen Firma - Leute gibt, die auch versuchen, etwas zu bewegen. Das ist dann auch so etwas, was mich motiviert.“ (Herr S, 8, 48-49)

Obleich die Beteiligung zum Teil als anstrengend und belastend erlebt wird, da die 'reguläre' Arbeit während der Zirkelsitzungen liegen bleibt, würden diese Erfahrungen eher dazu führen, dass man sich auch zukünftig für betriebliche Belange einsetzt, was man auch für sich selbst nutzen kann. Die Zirkelarbeit bietet darüber hinaus Gelegenheit, auch mit den Vorgesetzten in einer „geschützten“ bzw. legitimierte Form die Auseinandersetzung über Probleme in der Abteilung zu führen.

Stärkung der persönlichen und sozialen Kompetenz

Vor allem diejenigen, die das erste Mal an Beteiligungsgruppen mitgewirkt haben, berichten, dass sie durch den Zirkel persönlich an Stärke gewinnen konnten. Dazu haben wesentlich die Arbeitsweise im Zirkel und die vertrauensvolle Atmosphäre beigetragen. Die Erfahrung, durch die eigene Teilnahme zur Verbesserung der Arbeitsverhältnisse beitragen zu können, wirkt sich positiv auf das Selbstbewusstsein aus. Im Zirkel konnte über gesundheitsbezogene bzw. menschliche Probleme gesprochen werden, was im Arbeitsalltag kaum möglich erscheint. Da es vielen darum geht, Lösungen nicht nur für sich, sondern auch für die Kolleg/innen zu erreichen, entwickelt sich durch die Zirkelmitgliedschaft ein Verantwortungsgefühl für andere. Das Gefühl, wichtige Aufgaben auch im Sinne der gesamten Belegschaft erledigen zu können, wirkte beispielsweise bestätigend auf diese Maschinenführerin:

„Also das war doch schon schön. ...da hat man sich auch so verantwortungsvoll gefühlt, gegenüber anderen Kollegen, wo wir auch Gespräche hatten mit unserem Meister und wo wir alle so ‚ne Aufgabe gekriegt haben, das war doch schön. (...) Ich meine, ich hab genug Aufgaben - auch privat - aber das war doch trotzdem schön.“ (Frau G, 11, 48 - 12, 4)

Die inhaltliche Auseinandersetzung mit den Belastungen am Arbeitsplatz und den Auswirkungen auf die Gesundheit erhöht zugleich die Sensibilität gegenüber Beschwerden, die durch die Arbeit verursacht werden können. Dies ist gerade bei denjenigen zu beobachten, die sich durch die Arbeit wenig oder gar nicht beeinträchtigt fühlen. Durch die Zirkelmitarbeit stieg das Verständnis gegenüber Kolleg/innen, die über die Arbeit und ihre Beschwerden klagen.

„...ja, für mich persönlich. Sagen wir, zum Beispiel, sensibler Kollegen gegenüber. Wenn sie kommen und sagen, da zwickt es und da tut es weh, dass ich dann mehr aufhorche als früher.“ (Herr L, 6, 20-22)

Gelegenheit zur Aussprache und Anteilnahme

Darüber hinaus bietet der Zirkel für einen weiteren Teil der Beteiligten erstmals die Möglichkeit, über die Probleme am Arbeitsplatz und deren Belastungen zu reden. Gerade diejenigen, die an ihrem Arbeitsplatz wenig Gelegenheit zum gegenseitigen Austausch und zur Unterstützung haben, nutzen dafür den Rahmen des Zirkels. Das Reden über Belastungen und Probleme mag im Arbeitsalltag in der Regel dazu führen, dass dies als persönliche Schwäche ausgelegt werden könnte. Im Zirkel hat die Zusicherung der Anonymität den Beteiligten Schutz geboten, sich zu den von ihnen erlebten Problemen zu äußern, so dass ein Austausch über die Belastungen und eigenen Beschwerden offener stattfinden konnte als sie es gewohnt sind.

„Unter anderem hatte dann die Frau oder der Mann - ich kann mich nicht mehr an die Namen erinnern, hatte uns dann gesagt, dass dieser Zirkel auf keinen Fall, was wir hier bereden, an irgend einen anderen Vorgesetzten weitergegeben wird, das bleibt alles unter uns hier. Und dadurch konnte man ein bisschen offener reden, und man hat denn auch seinen Kummer da kundgegeben. Und das fand ich auch ganz gut, das war nicht schlecht gewesen.“ (Herr R, 3, 16-21)

Eine Zirkelmitarbeiterin erzählt, dass sie durch den Zirkel das erste Mal von ihren Kolleg/innen, mit denen sie seit Jahren zusammenarbeitet, erfahren hat, wie schlecht es ihnen am Arbeitsplatz ergeht. Das heißt, dass nicht nur das Reden über Belastungen, sondern auch, das Erleben der anderen als positives Ergebnis der Zirkelarbeit gesehen wird. Gerade dort, wo am Arbeitsplatz wenig Möglichkeiten zur Kommunikation bestehen, kann der Zirkel zumindest zeitweise diese Lücke schließen und einen Rahmen, für gegenseitige Unterstützung bieten. So erfüllt der Zirkel u.a. die Funktion, denen Gehör zu verschaffen, die im Alltag kaum jemanden haben, mit dem sie reden können.

„Da habe ich gedacht, dann hat es ja doch was genützt. Und dann hat sich das doch gelohnt, da jetzt praktisch darüber zu reden. Und ja, und das auch mal zu sagen, was einem auf der Seele liegt oder was einem da so wirklich stört. Weil ansonsten hat man ja mitunter das Gefühl, man hört einem ja sowieso nicht zu.“ (Frau C, 9, 46-49)

Diese Arbeiterin verbindet mit der Erfahrung der Zirkelarbeit, das Diskutieren gemeinsamer Probleme und intensivere Kennenlernen der Kolleg/innen mit denen u.U. schon Jahre zusammengearbeitet wurde. Auch diejenigen, die sich nur wenig im Zirkel äußern konnten, profitieren von einem Gefühl der Gemeinsamkeit.

Kein persönlicher Nutzen – Mitarbeit war umsonst

Wie bereits erwähnt zeigt sich für einen Teil der Beteiligten keine positive Bilanz, da die gewünschten Zirkelergebnisse nicht erzielt werden konnten. Ohne wirkliche Veränderungen sei auch die gesamte Zirkelarbeit im Nachhinein als nutzlos zu bezeichnen. Aus der Sicht dieser Personen ist demzufolge kein persönlicher Gewinn zu erkennen. Herausgehoben wird die Enttäuschung darüber, dass der Zirkel nichts erreichte. Zu Beginn der Zirkelarbeit fühlten sie sich zwar durch die Äußerungen der

Kolleg/innen bestätigt, die die Arbeit in gleicher Weise belastet wie sie selbst. Im Nachhinein erscheint auch dies überflüssig, da keine Konsequenzen daraus folgen. Dementsprechend gering ist die Zufriedenheit mit der Zirkelarbeit. Als Fazit bleibt: Der Zweck der Zirkelmitarbeit ist nicht erfüllt worden. Frustration und Unverständnis bleibt zurück, da ihr persönliches Engagement umsonst gewesen ist.

“Ja, aber wirklich. Für mich nichts Positives. Wenn man irgendwo den ersten Schritt sehen würde, hätte ich gesagt: ‚Okay, ich habe ein Teilerfolg erzielt. Es hat was gebracht, und wenn es nur eine Sache gewesen wäre‘, von sechzehn oder siebzehn Punkten, die wir gehabt haben. Aber noch nicht einmal ein Punkt. Das ist niederschmetternd, das ist wirklich frustrierend. Wo ich dann sage: ‚Da kann ich für mich doch kein positives Ergebnis raus ziehen‘.” (Herr Q, 10, 42-47)

Aufgrund dieser negativen Einschätzung, bereuen sie ihre Beteiligung. Sie betonen, dass die Einrichtung des Zirkels zwar richtig ist, aber kritisieren die mangelnde Umsetzung. Darüber hinaus wird auch die unzureichende Beteiligung der Zirkelmitglieder an der Problemlösung und Aushandlung und die mangelnde Unterstützung für die Beteiligten durch die Führungskräfte kritisiert. Letzteres beklagt jemand, der trotz Bitten nach Erleichterung, z.B. Schichtverlegung, aus der permanenten Nacharbeit zusätzlich am Tag eine Stunde mit öffentlichen Verkehrsmitteln zur Firma fährt, um an den Zirkelsitzungen teilzunehmen. Insgesamt bleibt ein Gefühl von Frustration und Verbitterung zurück.

“Ne schöne Sache, aber man sagt sich oder die Arbeiter sagen sich wir ‚talken‘ uns tot irgendwo. (...) da ein Teil und dort wird gesprochen und dort wird ein Meeting gemacht und dort wird ein Meeting... Wir ‚meetten‘ uns irgendwann zu Grunde, habe ich gesagt, und was das kostet, die Zeit, die die Leute rumsitzen und denn ... verrückt.” (Herr A, 7, 36-40)

8.3 Bewertung der Zirkelergebnisse

Im Gegensatz zu vielen Evaluationsstudien, die vornehmlich quantitative Ergebnisse auswerten sind hier die Bewertungen der Beschäftigten anhand einer themenbezogenen Typologie vorgenommen worden. Die folgenden Kategorien zur Bewertung der Zirkelergebnisse zeigen, wie die Ergebnisse aus der Zirkelarbeit eingeschätzt werden.

Beteiligte	Nichtbeteiligte
Zufriedenheit aufgrund von Erfolgserlebnissen	Veränderungen brauchen Zeit: Ergebnisse können noch kommen
Zirkelergebnisse decken sich nicht mit den eigenen Erwartungen	Gesundheitszirkel war sinnvolle Erweiterung des Arbeitsschutzes
Trotz Zirkelerfolge erlebte Belastungsverdichtung	Gesundheitszirkel war “Meckerecke” für Einflusslose
Unzufriedenheit aufgrund von Misserfolgs-erlebnissen	Optimistischer Fehlschluss: Gesundheitszirkel brachte deutliche Verbesserungen
	Pessimistische Haltung bestätigt: Gesundheitszirkel kann nichts verändern

8.3.1 Bewertung der Zirkelergebnisse aus Sicht der Beteiligten

Generell fällt die Bewertung der Zirkelergebnisse umso positiver aus, je deutlicher nach dem Zirkel Veränderungen am eigenen Arbeitsplatz wahrgenommen werden. Verständlicherweise fällt die Bewertung dort eher negativ aus, wo wenig oder keine Veränderungen gesehen werden. Die Ergebnisse werden darüber hinaus an den eigenen Ansprüchen gemessen, nämlich an den von den Teilnehmer/innen gesetzten impliziten oder expliziten Zielen. Treten diese nicht ein, kommt es trotz wahrgenommener Zirkelerfolge auch zu Enttäuschungen über das erzielte Ergebnis. Demnach hängt die Bewertung nicht nur davon ab, was tatsächlich erreicht wurde, sondern auch davon, was persönlich erwartet wurde.

Trotz viel geäußelter Kritik an den mangelnden Ergebnissen, wird der Zirkel als Instrument der Beschäftigtenbeteiligung von allen begrüßt und bis zum Schluss fortgesetzt³⁰. Auf die Frage, ob sich nach dem Zirkel grundsätzlich die gesundheitliche Situation im Betrieb verbessert hätte, äußerten sich fast alle negativ. Dass sich die Mitsprache nach der Zirkelarbeit erhöht hätte, wird ebenfalls mehrheitlich verneint. Die folgenden vier Bewertungstypen geben die Einschätzung dessen wieder, was durch die Zirkelarbeit erreicht werden konnte³¹.

- Zufriedenheit aufgrund von Erfolgserlebnissen
- Zirkelergebnisse decken sich nicht mit den eigenen Erwartungen
- Trotz Zirkelerfolge erlebte Belastungsverdichtung
- Unzufriedenheit aufgrund von Misserfolgserlebnissen

Zufriedenheit aufgrund von Erfolgserlebnissen

Zufriedenheit stellt sich bei denjenigen ein, die einen Erfolg durch die Mitarbeit am Zirkel erleben konnten. Erfolge werden für die Beteiligten dort sichtbar, wo Vorschläge aus dem Zirkel relativ zügig und vor allem bereits während der Zirkellaufzeit umgesetzt wurden. Die Personen, die sich zufrieden mit dem Zirkelergebnis zeigen, haben im Vorhinein eher geringe Erwartungen gestellt. Sie sind im Nachhinein umso stärker von dem Ergebnis beeindruckt. Zu den gelösten Problemen zählen u.a. die Anschaffung einer Hebebühne zur Unterstützung schwerer Lastenhandhabung sowie die Verbesserung des Hautschutzes beim Umgang mit Schadstoffen. Darüber hinaus wird festgestellt, dass nach dem Zirkel auch das Führungsverhalten insgesamt positiver geworden sei. Die Führungskräfte achten mehr auf Hautschutz beim Einzelnen und in der Produktion insgesamt. Es habe sich zwar wenig bei den klassischen Belastungen verändert, aber die Vorgesetzten seien „*umgänglicher im menschlichen Verhältnis*“ und weiter heißt es

³⁰ Einschränkung muss hier erneut erwähnt werden, dass sich aufgrund der Selektion der Interviewpartner/innen diejenigen, die von der Zirkelarbeit stark enttäuscht waren, vermutlich nicht für ein Interview bereitstellten; deswegen auch nicht in die Auswertung einbezogen werden konnten. Möglich ist, dass auch diejenigen, die einen Zirkel abgebrochen haben (ebenfalls nicht in der Studie berücksichtigt) zu negativeren Ergebnisbewertungen gelangen als diejenigen, die den Zirkel bis zum Ende begleitet haben.

³¹ Die Zirkelergebnisse sind mir weitestgehend aus den Kurzinterview mit den Projektverantwortlichen bekannt und werden für die Einschätzung der Ergebnisbeurteilungen der Beschäftigten berücksichtigt.

„Das Verständnis für uns und unsere Arbeit ist größer oder anders geworden.“ (Herr L, 5, 9-27)

Ein Vorarbeiter, der durch sein persönliches Engagement einige wesentliche Veränderungen herbeiführen konnte, zeigt sich sehr zufrieden.

„Also für ein paar Themen war für mich die Gelegenheit, etwas zu erreichen. Für unsere Schlosser, für manche Sachen, wo ich gesagt habe: jetzt kämpfe ich darum. Das wird gemacht. Doch dann, aber auch nicht das erste Mal. Ja? So das zweite, dritte Mal, also Zeit musste sein, dann habe ich gesagt, so, jetzt kämpfe ich dafür und ich habe es erreicht.“ (Herr M, 5, 1-5)

In dieser Gruppe bleibt der Gesundheitszirkel als ein wichtiges Veränderungsinstrument in Erinnerung. Anzumerken ist, dass die Personen die Zirkelerfolge wahrnehmen alle aus dem Betrieb C stammen, welcher bereits eine lange Tradition im Arbeitsschutz aufweist und zudem regelmäßig über die Zirkelergebnisse informiert.

Zirkelergebnisse decken sich nicht mit den eigenen Erwartungen

Einige Beteiligte arbeiteten zwar in Zirkeln, die Ergebnisse hervorbringen konnten, die Zufriedenheit ist bei ihnen dennoch gering ausgefallen. Die erzielten betrieblichen Verbesserungen entsprechen nicht dem von ihnen erwarteten Nutzen. Insgesamt sind sie daher mit dem Ergebnis eher unzufrieden. Es resultieren aus dem Zirkel folgende Veränderungen: Anschaffung von Arbeitsmitteln, z.B. eines Faxgerätes, von denen die Mitglieder selbst oder ihre Kolleg/innen profitieren. In einem Fall konnte auch ein arbeitsorganisatorisches Problem gelöst werden, indem die Arbeitsabläufe verbessert worden sind. Dennoch ist es zur Enttäuschung über die Problembereiche gekommen, in denen sich nichts bewegt hat. Beklagt wird u.a., dass Themen wie Mitarbeitermotivation, Arbeitsorganisation oder Vorgesetztenbeurteilung nur in Ansätzen umgesetzt werden. Ein Zirkelmitglied formuliert sogar, seine Teilnahme hätte sich trotz der Erfolge nicht gelohnt, weil gerade solche "weichen" Themen nicht aufgegriffen worden sind.

Einige Beteiligte zeigen sich bereits während der Zirkelarbeit enttäuscht, als sich herausstellt, welche Vorschläge umgesetzt bzw. nicht umgesetzt würden. Ein Facharbeiter realisiert erst in der Rückschau, dass der Zirkel nicht das brachte, was er sich erhofft hatte. Es handelt sich dabei um jemanden, der besonders die psychosomatischen Belastungen im Auge hat.

„Gelohnt hat es sich einfach nicht - ich bin nicht mit so einem super Gefühl raus, aber, wie ich schon eigentlich zum Anfang gesagt habe, für mich ist einfach sehr, sehr wichtig, ich darf einfach nicht mit dreißig oder Anfang dreißig eine "Scheiß-egal-Haltung" haben.“ (Herr U, 10, 20-24)

Zwei Personen aus dieser Gruppe äußern im Interview, dass sie durchaus hohe Erwartungen an den Zirkel hatten, da sie unter den Arbeitsbelastungen bereits gesundheitliche Einschränkungen wahrnehmen und wogegen sie gerne etwas getan hätten.

Trotz Zirkelerfolge erlebte Belastungsverdichtung

Bei einem Teil der Befragten hinterlässt der Zirkel eine eher ambivalente Einschätzung darüber, was dieser tatsächlich gebracht hat. Obgleich positive Veränderungen durch den Zirkel wahrgenommen werden, findet gleichzeitig eine Erhöhung der Belastung statt. Allerdings werden von diesen Personen auch Veränderungen positiv

bemerkt, die nicht auf den Zirkel zurückzuführen sind. In diesem Betrieb finden viele Verbesserungsprojekte parallel statt, so dass die Beschäftigten den Überblick verloren haben. Wahrgenommen werden partielle Verbesserungen, wie Hilfen an den Maschinen zur Erkennung von Fehlern. Von den Vorschlägen des Zirkels kann, bis zum Zeitpunkt des Interviews, kaum etwas umgesetzt werden. Gleichzeitig findet noch während der Zirkellaufzeit eine Arbeitsverdichtung statt und die Maschinenführer/innen müssen mit einer Erhöhung der Zahl der von ihnen zu bedienenden Maschinen zurechtkommen.

“Aber denn zum Schluss manche Sachen waren dann doch schon positiv, aber manche dann auch nicht. Jetzt genauso mit drei Maschinen oder vier Maschinen.” (Frau G, 1, 22-24)

Sie werten den Gesundheitszirkel dennoch als Erfolg, der sich vor allem daraus ergibt, dass die Zirkelarbeit Spaß gemacht hat und sich die Beziehungen untereinander zum Positiven verändert haben. Auffällig in dieser Gruppe ist, dass sie sich des Widerspruchs zwischen den positiven Veränderungen und der Belastungserhöhung bewusst ist. Unter dem Strich wird der Zirkel jedoch als positiv bewertet.

“Dann haben sie dann extra Lampen angebracht, also es hat sich schon was bewegt, was zum Vorteil, der Nachteil ist nun bloß, jetzt, das die Frauen drei Maschinen fahren müssen”. (Frau C, 5, 45-47) und weiter heißt es

„... ansonsten hat es keine Vor- und keine Nachteile gehabt, für mich war interessant gewesen, dabei mitzumachen.” (Frau C, 7, 39-40)

Vermutlich geht die positive Bewertung der Zirkelarbeit vor allem auf den positiven Eindruck zurück, den sie während der Zirkelarbeit gewinnen konnten. Anzumerken ist hier, dass alle Befragte dieser Gruppe aus der gleichen Abteilung des Betriebs A stammen.

Unzufriedenheit aufgrund von Misserfolgserlebnissen

Von einer recht großen Gruppe aus drei verschiedenen Abteilungen wurden keine Erfolge wahrgenommen. Diese Beschäftigten beklagen, dass an wirklich notwendigen Veränderungen nichts umgesetzt worden ist, sondern nur an ‘Kleinigkeiten’ gearbeitet wurde. Beispielsweise wurde ein Waschbecken in einer Produktionshalle montiert oder die in den Zirkeln gelernten Entspannungsübungen werden als positives Ergebnis betrachtet. Zum Zeitpunkt des Interviews können die Befragten keine Vorschläge nennen, die noch in der Bearbeitung stehen oder erst in der Zukunft umgesetzt werden sollen. Aufgrund der mangelnden Perspektive macht sich bei allen eine starke Enttäuschung bis hin zur Verärgerung bemerkbar. Kritik am Management wird geäußert. Ebenso das Unverständnis über den Aufwand, der mit dem Zirkel gemacht worden ist, wenn sich dann doch nichts ändert. Diejenigen, die schon vor dem Zirkel skeptisch waren, fühlen sich nun in ihrer Haltung bestätigt. Auch jemand, der sich vor dem Zirkel nicht viel Hoffnungen auf eine Veränderung machte, bereut seine Teilnahme am Zirkel.

„Verändert hat sich auch nichts, kann ich nur sagen, ‘Schade um meine Freizeit, die ich investiert habe, wirklich.’ Hätte ich besser verwenden können.” (Herr Q, 10, 11-13)

Diese Beteiligten berichten, dass auch bei anderen bereits während der Zirkellaufzeit Enttäuschung aufkam, da Gespräche zwischen der Geschäftsleitung und der

Zirkelgruppe erfolglos geblieben sind. Einige Zirkelmitglieder, die nicht befragt werden konnten, sprangen daraufhin vom Zirkel ab. Bei den verbliebenen Zirkelmitgliedern tauchten daraufhin Zweifel am eigenen Engagement auf.

„Weil sich irgendwann herauskristallisiert hat, dass von der Geschäftsführung gar nichts mehr gewollt ist. Weil dann solche Sachen rauskamen, wo wir gesagt haben: ‘Da und da muss man mal rangehen’, und das wollten die ja nicht. Dann sind manche abgesprungen, weil sie keine Lust mehr hatten.“ (Herr X, 5, 9-13)

Die Gründe für das Verbleiben im Zirkel sind unterschiedlich. Jemand berichtet, er sei aus einem Pflichtgefühl geblieben und schließlich erleichtert gewesen, als der Zirkel endlich beendet war.

„...dass war dann oft nur noch ein Rumsitzen. Ich habe angefangen damit und muss das zu Ende machen. Das Gefühl hatte ich zum Schluss. Ich war relativ zufrieden, als es vorbei war.“ (Herr A, 5, 10-13).

Andere formulieren es etwas positiver, indem sie die Zirkelarbeit an sich als wichtig ansehen, da sich bereits das Reden über die Missstände lohnen würde.

„...gebracht hat es nichts, lohnen tut es sich immer darüber zu reden.“ (Herr R, 9, 22)

8.3.2 Bewertung der Zirkelergebnisse aus Sicht der Nichtbeteiligten

Unter denen, die sich nicht am Zirkel beteiligten, zeigt sich nach Abschluss des Zirkels erneut, dass sie insgesamt wenig Informationen über die Zirkelergebnisse besitzen. Zum Zeitpunkt der Interviewführung wissen einige nicht, dass der Zirkel bereits beendet worden ist. In dem bereits erwähnten Betrieb A, in dem wenig informiert wurde, wird die Zirkelbewertung zum Teil auf spekulativer Basis vorgenommen, was auch zu einer Überschätzung der realen Ergebnisse führt. In der bisherigen Forschung wurde bislang davon ausgegangen, dass die Nichtbeteiligten die Zirkelergebnisse eher unterschätzen, da selbst Erfolge kaum kommuniziert werden. Gemessen an den Äußerungen der Projektverantwortlichen finden sich bei den Bewertungsbeurteilungen der Nichtbeteiligten sowohl Unter- wie Überschätzungen, als auch realistische Einschätzungen der Zirkelergebnisse wieder. Diese Einschätzungen werden anhand der folgenden fünf Kategorien wiedergegeben.

- Veränderungen brauchen Zeit: Ergebnisse können noch kommen
- Gesundheitszirkel war sinnvolle Erweiterung des Arbeitsschutzes
- Gesundheitszirkel war “Meckerecke” für Einflusslose
- Optimistischer Fehlschluss: Gesundheitszirkel brachte deutliche Verbesserungen
- Pessimistische Haltung bestätigt: Gesundheitszirkel kann nichts verändern

Veränderung brauchen Zeit: Ergebnisse können noch kommen

Ein Teil der Befragten hat eine durchaus optimistische Haltung und geht davon aus, dass der Zirkel noch Ergebnisse liefern könnte. Hinter dieser Haltung steckt vermutlich die Erfahrung, dass betriebliche Veränderungen Zeit brauchen. Bis zum Zeitpunkt der Befragung sind von diesen Personen keine Veränderungen wahrgenommen worden. Dass die Veränderungen so viel Zeit in Anspruch nehmen, wird jedoch

kritisiert. Alle bedauern zwar, dass noch keine Ergebnisse sichtbar geworden sind, hegen aber die Hoffnung, dass dies noch erfolgen könnte. Unter ihnen finden sich vor allem Personen, die erfahren sind in der Beteiligung und in betriebspolitischen Auseinandersetzungen. Es handelt sich hier um Personen, die sich zwar positive Ergebnisse wünschen, die aber keinen Leidensdruck aufzuweisen haben.

“Einfach nur nach außen hin sagen können: ‘Wir haben es versucht das Betriebsklima zu verbessern’... Oder es kommt irgendwann noch vielleicht. Vielleicht kommt noch einmal später eine Auswirkung.” (Herr P, 9, 5-7)

Letztendlich gehen sie davon aus, dass die beabsichtigten Veränderungen vom ‘guten Willen’ der Geschäftsleitung abhängen. Unbehagen wird darüber geäußert, dass die Zirkelgruppe auf die Umsetzung der Vorschläge keinen Einfluss mehr nehmen kann und damit nur das Warten auf die Entscheidung des Managements übrig bleibt.

Gesundheitszirkel war sinnvolle Erweiterung des Arbeitsschutzes

In Betrieb C wird der Gesundheitszirkel als eine sinnvolle Ergänzung der bisherigen Bemühungen im traditionellen Arbeitsschutz gesehen. So werden u.a. im Bereich des Hautschutzes erweiterte Vorsichtsmaßnahmen eingeführt und neue Schutzmittel ausprobiert. Die Beschäftigten werden hier auch regelmäßig über ein schwarzes Brett von den umgesetzten Zirkelvorschlägen informiert. Das Erreichte findet eine breite Zustimmung unter den Nichtbeteiligten.

„Es wird mehr auf die Gesundheit geachtet. Eben speziell Haut-, Gehör-, Augenschutz. Überhaupt die persönliche Schutzausrüstung, da wird sehr viel Wert drauf gelegt. Und da haben wir wieder Verbesserungen, gerade mit den Hautcremes. Da haben wir in letzter Zeit auch ein paar verschiedene ausprobiert und jetzt auch das Optimum gefunden.“ (Herr K, 3, 17-22)

Auch im Hinblick auf die Partizipation werden die Beurteilungen über den Zirkel als zufriedenstellend angegeben, was sich sicherlich maßgeblich auf die positive Ergebnisbilanz stützt. Allerdings ist gerade in diesem Betrieb die Form der Mitarbeiterbeteiligung nicht neu und wird demzufolge nicht als eine erhöhte Partizipation erlebt. Insgesamt erscheint die Arbeit des Zirkels eine sinnvolle Ergänzung zum ohnehin als positiv erlebten Arbeitsschutz.

Gesundheitszirkel war “Meckerecke” für Einflusslose

Von einem weiteren Teil der Nichtbeteiligten wird der Zirkel als ein Sprachrohr für diejenigen betrachtet, die an ihrem Arbeitsplatz keine Möglichkeit zur Einflussnahme besitzen. Ein persönlicher Nutzen, der darauf zielt auch strukturelle Bedingungen zu verändern, ist nicht erkennbar geworden, da ihrer Ansicht nach nur einige Wenige von den Zirkelergebnissen profitieren – vor allem die Zirkelmitglieder selbst. Beschäftigte, die sich so äußern, geben an, dass sie selbst ausreichende Einflussmöglichkeiten innehaben und kommen alle aus dem Angestelltenbereich. Für ihre Belange hätten sie den Zirkel nicht nutzen können, so dass er aus ihrer Situation heraus als überflüssig beurteilt wird. Sie hatten vorher keine Hoffnungen darin gesetzt, dass der Zirkel für sie etwas bemerkbar verändern könne. Die umgesetzten Ergebnisse hätten ihrer Meinung nach ebenso durch Gespräche mit den Vorgesetzten oder der Betriebsärztin erreicht werden können. Allerdings sei der Zirkel gerade für die Arbeiter gut, da diese im allgemeinen eher Schwierigkeiten hätten,

sich gegenüber ihren Vorgesetzten zu behaupten. Für die gewerblich Beschäftigten bietet aus ihrer Sicht der Zirkel ein Forum, um sich zu Wort melden zu können.

„Von daher hat es wirklich den Sinn, dass man es als Meckerecke nimmt, dass man es mal los wird, aber als unmittelbare konstruktive Umsetzung von Sachen, sehe ich es nicht so.“ (Herr V, 8, 20-22)

Optimistischer Fehlschluss: Gesundheitszirkel brachte deutliche Verbesserungen

Von einer Befragten wird bereits die Einführung des Gesundheitszirkels als so etwas wie eine großzügige Geste der Geschäftsführung empfunden. Obgleich der Zirkel lediglich die Installation eines Waschbeckens bewirkte, werden die Zirkelergebnisse als deutliche Verbesserungen erlebt. Der optimistische Fehlschluss liegt darin begründet, dass sämtliche betriebliche Verbesserungen, die im Zeitraum der Zirkelarbeit stattfanden, als Erfolg des Gesundheitszirkels gewertet wurden. Es handelt sich dabei um den Betrieb A, der in kurzer Zeit parallel stattfindende Entwicklungsprozesse durchführte, und dabei einige Veränderungen in kurzen Abständen realisierte. Dort wurde allerdings kaum über die umgesetzten Zirkelergebnisse informiert und vermutlich auch nicht über die anderen Veränderungsprozesse.

Diese Arbeiterin äußert sich demzufolge sehr positiv über das Erreichte, nicht zuletzt vor dem Hintergrund, dass man sowieso nicht alle Belastungen abbauen könne, mit denen sie im Großen und Ganzen zurechtkommt.

„Ich meine, ich hab sowieso gestaunt, dass so was gemacht wird und das die Dinge doch bewerkstelligt wurden (...) Also, ich fand das schon, in dem Rahmen, wie es passiert ist, war für mich eigentlich optimal.“ (Frau H, 6, 15-20)

Pessimistische Haltung bestätigt: Gesundheitszirkel kann nichts verändern

Diejenigen, die vor dem Zirkel bereits wenig Veränderungspotenzial in der Zirkelarbeit vermuteten, fühlen sich nun durch ein fehlendes Zirkelergebnis in ihrer pessimistischen Sichtweise bestätigt. Allerdings kommen diese beiden Arbeiterinnen ebenfalls aus dem Betrieb A, wo durch die geringe Informationsweitergabe selbst die vorhandenen Ergebnisse nur schwer wahrgenommen werden können. Für sie persönlich hat sich durch den Zirkel nichts verändert, was als Bestätigung dafür genommen wird, dass sich sowieso nichts verändern werde. Im Grunde glaubten sie bereits vor dem Zirkel nicht daran, dass sich ihre belastende Arbeitssituation verändern könne, was sich bereits während der Zirkellaufzeit durch eine Zunahme der Belastungen bestätigte.

„Was soll sich auch verändern? (...) Kann ich mir gar nicht vorstellen, eigentlich.“ (Frau B, 6, 35-37)

Dieser Gruppe, von einem starken Wunsch nach Arbeitserleichterung geprägt, fehlt es an Veränderungsglauben. Sie erhoffen zwar eine gewisse Erleichterung, glauben aber nicht daran. Es handelt sich um Personen, die gesundheitlich bereits beeinträchtigt sind.

8.3.3 Fazit: Unterschiede in der Innen- und Außensicht

In diesem Kapitel sollen zusammenfassend die Ergebnisse aus der Bewertung der *Zirkelarbeit*, die ausschließlich von den Beteiligten vorliegen und der Vergleich der Bewertungen zu den *Zirkelergebnissen* aus beiden Kontrastgruppen diskutiert werden. In Evaluationsstudien werden diese beiden Aspekte ebenfalls unterschieden in Prozess- und Ergebnisevaluation (vgl. Kap. 2.3.2). Obgleich die vorliegende Arbeit keine Evaluation beinhaltet, zeigen sich die Aussagen der Beteiligten zu den Bewertungen der *Zirkelarbeit* in Übereinstimmung mit einigen Ergebnissen aus den Prozessevaluationen. Die Unterstützung der Zirkel durch das obere und das mittlere Managements wird beispielsweise von allen Beteiligten als wichtig angesehen. Die aktive Einbeziehung gerade des oberen Führungskreises sorgte bei einigen für eine Verstärkung ihres Engagements. Des Weiteren wird die neutrale Zirkelmoderation als hilfreich im Prozess der Problemlösung und der Vertrauensbildung empfunden. Außerdem wurde der Zirkel als Form der Zusammenarbeit mit den Kolleg/innen geschätzt, die zu einem besseren Verhältnis untereinander sowie gegenseitigem Verständnis führte, das auch nach dem Zirkel anhält.

Abweichend zu anderen Studien wurden die Zirkelmitglieder in der vorliegenden Untersuchung auch nach der Zufriedenheit bezüglich ihrer eigenen Beteiligungsaktivität, d.h. ihrem persönlichen Nutzen durch ihr Engagement befragt, der sich, wie aus den Ergebnissen erkennbar, sehr differenziert zeigt. Für die einen ist es die Stärkung der Problemlösekompetenz, für andere der Zuwachs an persönlicher und sozialer Kompetenz und für eine dritte Gruppe die Gelegenheit zur gemeinschaftlichen Aussprache. Alle drei Gruppen sprechen sich sehr positiv über die *Zirkelarbeit* aus. Eine vierte Gruppe äußert, keinen persönlichen Gewinn aus der *Zirkelarbeit* ziehen zu können, da sich im Nachhinein keine Verbesserungen ergeben haben. Ihr persönliches Erfolgskriterium würde sich demzufolge erst mit dem Erfolg des Zirkels decken, während die anderen drei Gruppen, bereits ohne *Zirkelergebnisse* einen persönlichen Nutzen davon tragen. Aufgrund der Befragtenselektion ist zu bedenken, dass es sich hier um solche Personen handeln könnte, die eher positiv zu dem Zirkel stehen. Es muss davon ausgegangen werden, dass die Bewertungseinschätzung besonders Enttäuschter, insbesondere der *Zirkelabbrecher* nicht berücksichtigt wurde, da sie sich nicht für ein Interview zur Verfügung stellten³².

In dieser Studie werden nicht die unterschiedlichen *Zirkelergebnisse* selbst, sondern deren Wahrnehmung und Beurteilung durch die *Zirkelbeteiligten* und *Nichtbeteiligten* untersucht. Vergleicht man die Bewertungen über die *Zirkelergebnisse* der *Beteiligten* mit den Aussagen der Projektverantwortlichen, so lassen sich nur vereinzelt Unstimmigkeiten feststellen. Deutliche Unterschiede in der Einschätzung der Ergebnisse lassen sich vor allem zwischen den *Beteiligten* und *Nichtbeteiligten* der gleichen Abteilung finden – Befunde, die bereits in der Literatur beschrieben worden sind (z.B. Harms, 1997).

Während alle *Nichtbeteiligten* von der laufenden *Zirkelarbeit* kaum etwas miterlebten, zeigt sich der Informationsstand über die Ergebnisse der *Zirkelarbeit*

³² Beispielsweise verweigerte jemand ein Interview, indem er mir sehr aufgebracht mitteilte, dass er von dem Zirkel nichts mehr wissen wolle und sehr verärgert über dessen mangelnde Ergebnisse sei.

durchaus unterschiedlich. Dort, wo umfassend informiert wird (Betrieb C), befinden sich die Nichtbeteiligten auf einem ähnlichen Informationsstand wie die Beteiligten und erweisen sich in ihrer Ergebniseinschätzung als realistisch. Ergebnisse können bei fehlender Information nicht nur, wie in Kapitel 2.3 erwähnt, unterschätzt, sondern sogar überschätzt werden, etwa wenn viele Aktivitäten zeitgleich stattfinden und wahrgenommene Veränderungen ausschließlich dem Gesundheitszirkel zugeschrieben werden, wie die vorliegenden Ergebnisse zeigen.

Zufriedenheit stellt sich vor allem dort ein, wo die Zirkelbeteiligten auf Erfolge zurückblicken können, den sie durch ihre Mitarbeit herbeigeführt haben. Personen dieser Gruppe stammen alle aus dem Betrieb C (mit langer Arbeitsschutztradition), sie hatten geringe Erwartungen an die Zirkelmitarbeit geknüpft und fühlen sich gesundheitlich nicht beeinträchtigt. Hingegen gibt es selbst dort, wo Ergebnisse erreicht werden konnten, Unzufriedenheit aufgrund nicht erfüllter persönlicher Erwartungen. Kritisch wird der Zirkel vor allem von denen beurteilt, die ihn zur Belastungsbewältigung nutzen wollten oder die einen Mitsprachewunsch hatten. Gemessen an ihrem Anspruch, werden sie vermutlich erst durch persönliche gesundheitliche Erleichterungen bzw. nachhaltige Veränderungen in der Organisation eine positive Ergebnisbilanz ziehen können.

Auffällig ist, dass einige von denen, die zwar einen hohen persönlichen Gewinn durch die Partizipation (Zuwachs an Problemlösefähigkeit und sozialer Kompetenz) angeben, den Zirkel insgesamt als sehr positiv einschätzen, obgleich sich wenige Verbesserungen eingestellt haben - zum Teil sogar Verschlechterungen eingetreten sind. Es kann vermutet werden, dass das positive Erlebnis durch den persönlichen Gewinn auch zu einer positiveren Bewertung der Zirkelergebnisse geführt hat. Dies zeigt sich vor allem bei der Gruppe, die Zirkelerfolge trotz Belastungsverdichtungen wahrnimmt. Hier handelt es sich möglicherweise um ein Phänomen, das bereits im Zusammenhang mit Qualitätszirkeln (vgl. Antoni, 1990) auftrat. Demzufolge werden betriebliche Veränderungen (in diesem Fall höhere Auslastung der Maschinen) von den Beteiligten besser als von den Nichtbeteiligten verarbeitet und akzeptiert. Dass steigende Belastungen durch einen Zirkel besser akzeptiert werden, muss allerdings als kritisch angemerkt werden. Da in diesem Zirkel kaum Vorschläge umgesetzt worden sind, steht hier eher das positive Empfinden über den Prozess der Zirkelarbeit und möglicherweise der gewonnene Kompetenzzuwachs im Vordergrund der Bewertung. Die Konsequenzen einer zunehmenden Belastung werden vor diesem Hintergrund vermutlich unterschätzt, was gegen den eigentlichen Gedanken der Gesundheitsförderung steht.

Der positive Eindruck der Beteiligung, der sich vermutlich vor allem bei denen ergibt, die zum ersten Mal an einem Zirkel mitarbeiten, lässt subjektive Beurteilungen von Zirkelarbeit als Kriterium für eine Ergebnisevaluation recht fragwürdig erscheinen. Fraglich ist ebenfalls, inwieweit sich die oft berichtete verbesserte hierarchieübergreifende Kooperation auch langfristig nach einem Zirkel halten kann (vgl. Kap. 2.3.2). Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse ist vielmehr davon auszugehen, dass diejenigen, die die Zusammenarbeit und Arbeitsform des Zirkels positiv erleben, eher dazu neigen, die Ergebnisse zu überschätzen. Diejenigen hingegen, die einen signifikanten Leistungsabbau erwarten, dürften selbst positive Ergebnisse abwerten, wenn sie keine persönliche Entlastung bringen. Letzteres könnte erklären, warum in manchen Studien nach erfolgter Beteiligung trotz positiver Veränderung von gesunkener Zufriedenheit berichtet wird. Eine mangelnde Zufriedenheit nach erfolgreicher Partizipation wird u.a. mit einer fehlenden Kommunikation der Ergebnisse in Zusammenhang gebracht (z.B. Gerpott & Schreiber, 1997). Sie könnte

aber auch Ausdruck dafür sein, dass die Zirkelergebnisse nicht den individuellen Zielen der Beschäftigten entsprechen. Es wäre für Evaluationsstudien deshalb nützlicher, eine Überprüfung der Akzeptanz vorzunehmen, die eine Rückbeziehung der Ergebnisse auf die Ziele der Beteiligten vorsieht (z.B. Wellendorf, Westermayer & Riese, 2001).

Anders als die Beteiligten beurteilen die Nichtbeteiligten die Ergebnisse der Gesundheitszirkel: Für die einen bot der Zirkel eine Erweiterung des Arbeitsschutzes, für andere eher eine „Meckerecke“ für Einflusslose. In diesen Bewertungen wird honoriert, dass ein Gesundheitszirkel vor dem Hintergrund wahrgenommener Defizite in der Organisation eine ausgleichende Funktion übernehmen kann. So wird er als eine zusätzliche Maßnahme im Arbeitsschutz oder zur Förderung der fehlenden Mitsprache gewerblicher Mitarbeiter gesehen. Ein weiterer Teil der Nichtbeteiligten ist eher optimistisch und glaubt, dass Ergebnisse noch zu erwarten sind. Zwei von denen, die davon ausgehen, sind bereits erfahren in betrieblichen Veränderungsprozessen und haben möglicherweise bereits eine Toleranz gegenüber den zeitlichen Dimensionen solcher Veränderungsprozesse entwickelt. Hingegen fühlt sich eine weitere Gruppe in ihrer pessimistischen Haltung bestätigt, da keine Veränderungen spürbar geworden sind, die zu einer Entlastung beitragen. Zur letzteren Gruppe gehören diejenigen, die sich bereits gesundheitlich beeinträchtigt fühlen und glauben, daran nichts ändern zu können. Sie wären demzufolge diejenigen, die am meisten von dem Zirkel profitieren könnten. Andererseits könnte ihre fatalistische bzw. pessimistische Haltung auch dazu führen, dass sie selbst positive Veränderungen nicht wahrnehmen würden. Wie in der Literatur diskutiert wird, könnten für die Ergebniseinschätzungen auch generalisierte Einstellungen wie Optimismus vs. Pessimismus verantwortlich gemacht werden, die sich auch auf das Bewältigungsverhalten unterschiedlich auswirken (vgl. Scheier u.a., 1989).

Insgesamt ist auffällig, dass von *keinem* Zirkelbeteiligten verringerte Beschwerden oder eine Zunahme an Mitsprache als Auswirkung der Zirkelarbeit genannt worden sind. Die Frage, inwieweit selbst bei den erfolgreichen Zirkeln Gesundheitsressourcen aufgebaut werden konnten, bleibt ebenfalls unbeantwortet. Möglicherweise ist es für solch eine Ergebnisbilanz noch zu früh, da der Abschluss der Zirkelarbeit zum Zeitpunkt der Befragung in den meisten Fällen zwischen sieben und 14 Monaten zurückliegt. Dies zu erforschen war zwar nicht Aufgabe der vorliegenden Untersuchung, bisherige Evaluationsergebnisse zeigen allerdings, dass dort noch erheblicher Bedarf besteht (vgl. auch Kap. 2.3).

9 Zukunftsprognosen der Beteiligten und Nichtbeteiligten im Vergleich

In diesem Kapitel wird der letzte Teil der themenbezogenen Analyse des Interviewmaterials dargestellt. Die Ergebnisse zeigen die gefundene Dimensionierung der *antizipierten Veränderungsmöglichkeiten* und der *zukünftigen Beteiligungsbereitschaft* der Beteiligten und Nichtbeteiligten.

Alle Befragten wurden nach ihren persönlichen Einschätzungen gefragt, wie es nach dem Gesundheitszirkel weitergehen wird. Ihre Einschätzung, ob diese Initiative möglicherweise weitere oder überhaupt Veränderungen bringen könnte, ob sie bei einem wiederholten Zirkel wieder mitarbeiten würden bzw. ob diejenigen, die sich bislang nicht beteiligten, es zukünftig tun würden. Eine solche Zukunftsprognose mag zwar eher den Charakter einer Situationsbeschreibung aus heutiger Sicht sein. Darin liegt allerdings auch die Verarbeitung der Zirkelerfahrung und deren Konsequenzen für die Zukunft. Es könnte sich beispielsweise die Intention, sich an einem Zirkel (erneut) zu beteiligen verändern – sollte eine solche Entscheidung anstehen. Deswegen sollten die Aussagen über zukünftiges Handeln auf ihre Realisierung hin nicht überbewertet werden, sie geben aber Hinweise für mögliche Intentionen und zeigen auf, welche Handlungskonsequenzen aus der Zirkelerfahrung gezogen werden.

Die meisten Befragten haben zum ersten Mal erlebt, dass ein Gesundheitszirkel in ihrer Abteilung stattgefunden hat bzw. sie haben zum ersten Mal daran partizipiert. So dürfte interessant sein, wie die Beteiligten und Nichtbeteiligten ihre Erfahrung verarbeiten und welche betrieblichen Veränderungen für sie vorstellbar sind. Diese *antizipierten Veränderungsmöglichkeiten* werden für die Beteiligten und Nichtbeteiligten in Kapitel 9.1 dargestellt. Dazu wurden alle Äußerungen, die über die zukünftigen Entwicklungen in Bezug auf den eigenen Arbeitsplatz, in Bezug auf den Arbeits- und Gesundheitsschutz oder in Bezug auf Mitsprachemöglichkeiten in Sinnzusammenhänge gruppiert. Je nachdem wie die Befragten die Zirkelergebnisse bewerten, dürfte die Einschätzung über die Weiterführung der Gesundheitsförderung ausfallen. Vor diesem Hintergrund ist es interessant, die persönlichen Bekundungen zu einer erneuten Beteiligung bzw. zu einer Veränderung ihrer bisherigen ablehnenden Haltung zu betrachten (Kap. 9.2). Die Aussagen dazu waren in allen Fällen sehr deutlich und klar formuliert. Erste Konsequenzen in Hinblick auf eine Mobilisierung der Belegschaften werden in dem Vergleich der Kontrastgruppen erörtert (Kap. 9.3).

9.1 Antizipierte Veränderungsmöglichkeiten

Vor dem Hintergrund der Zirkelerfahrung kann vermutet werden, dass sich die Einstellungen über betriebliche Veränderungsprozesse und zur eigenen Beteiligung verändert haben könnten. Forschungsergebnisse haben gezeigt, dass die Beteiligungserfahrung den Wunsch nach weiterer Beteiligung erhöhen kann (vgl. Kap. 3.3.1.3). Allerdings kann sich negativ erlebte Partizipation in eine Verweigerungshaltung verwandeln und die Bereitschaft zu erneuten partizipativen Handlungen verringern (vgl. Kap. 3.3.2). Auch für die vorliegende Untersuchung ist von Interesse, wie die Beteiligten und die Nichtbeteiligten die Erfahrung des Gesundheitszirkels in

Bezug auf die Veränderbarkeit der gesundheitlichen Situation der Beschäftigten in ihrem Betrieb verarbeitet haben. Des Weiteren welche Handlungskonsequenzen in Bezug auf eine zukünftige Beteiligungsbereitschaft daraus gezogen wird.

Die themenbezogene Analyse hat dazu folgendes Ergebnis für die Beteiligten und Nichtbeteiligten hervorgebracht:

Beteiligte	Nichtbeteiligte
Gesundheitszirkel-Initiative wird weitergehen	Gesundheitszirkel sollte zur permanenten Institution werden
Gesundheitszirkel-Initiative wird im Sande verlaufen	Führungskräfte müssen in die Pflicht genommen werden
	Veränderungen nur in Bezug auf Sicherheitsverhalten vorstellbar
	Keine Vorstellungen über Veränderungsmöglichkeiten

Im Folgenden werden die gefundenen Typologien jeweils wieder getrennt für die beiden Kontrastgruppen vorgestellt und im Anschluss daran vergleichend diskutiert.

9.1.1 Veränderungsmöglichkeiten aus Sicht der Beteiligten

Alle Zirkelbeteiligten befürworten die Weiterführung oder Wiederholung der Zirkelarbeit, um das Thema Gesundheit am Arbeitsplatz für die Beschäftigten zu sichern. Dies verwundert insofern, dass auch diejenigen, die den Zirkel eher als Misserfolg erlebt haben, dieser Forderung zustimmen. Einige Beteiligte berichten, dass bereits Pläne bekannt geworden sind, einen weiteren Zirkel durchzuführen.

Die antizipierten Veränderungsmöglichkeiten werden von den Zirkelmitgliedern eng verknüpft mit der von ihnen wahrgenommenen Einstellung bzw. den Aktivitäten des oberen Managements. Während eine Gruppe glaubt, dass die Geschäftsführung unter Beweis gestellt hat, dass sie an der Gesundheit der Beschäftigten interessiert sei, glaubt ein anderer Teil, dass ein solches Interesse nicht (mehr) vorhanden ist. Drei Zirkelmitglieder äußerten sich entweder zu wenig oder nur diffus darüber, so dass sie keiner der beiden Einschätzungen zugeordnet werden konnten.

Interessant an diesen Antwortkategorien ist, dass die Möglichkeit einer Weiterführung der Gesundheitszirkel allein auf das Engagement der Geschäftsleitung zurückgeführt wird. Anzunehmen ist, dass durch die Beteiligung am Zirkel, insbesondere durch den direkten Kontakt zum oberen und mittleren Führungskreis, eine Erfahrung gemacht wurde, wie betriebspolitische Entscheidungen getroffen werden. Die Zirkelmitglieder werden erlebt haben, dass die Auseinandersetzung mit den Entscheidungsträgern Chancen der Veränderung bietet, aber auch Grenzen der Umsetzung zeigt. Aufgrund dieser Erfahrung wird die oberste Entscheidungsebene als zentral bei der Schaffung gesundheitsförderlicher Arbeitsplätze gesehen. Diejenigen, die den Zirkel als Erfolg erlebten, glauben eher an weitere Veränderungen. Diejenigen, die sich enttäuscht über die Ergebnisse zeigen, haben jedoch geringe Hoffnung auf eine Fortführung der Zirkel. Die beiden Einschätzungen verteilen sich gleichmäßig auf die Angehörigen verschiedener Abteilungen:

- Gesundheitszirkel-Initiative wird weitergehen

- Gesundheitszirkel-Initiative wird im Sande verlaufen

Gesundheitszirkel - Initiative wird weitergehen

Einem Teil der Befragten hat die Erfahrung mit dem Gesundheitszirkel gezeigt, dass die Geschäftsleitung an betrieblichen Veränderungen interessiert ist und die Bedürfnisse der Belegschaft mit einbeziehen möchte. Tendenziell handelt es sich hierbei um Personen, die gesundheitlich weniger stark betroffen sind. Unter ihnen befinden sich auch diejenigen, die das Zirkelergebnis eher positiv einschätzen. Im Mittelpunkt der Einschätzung, dass die Gesundheitsförderung fortgeführt wird, steht wohl die positive Partizipationserfahrung dieser Zirkelmitglieder. Der Zirkel stellt für sie ein Signal der Geschäftsleitung dar, die an der Meinung und dem Wissen aller interessiert ist. Sie glauben, dass dadurch die Mitarbeitenden in die Lage versetzt werden sollen, ihre Probleme selbst lösen zu können.

„Also die Firma versucht überall anzusetzen, sei es über die Gesundheitszirkel, sei es über TQM oder nennen wir es KVP [kontinuierlicher Verbesserungsprozess], letztendlich wird ja doch immer mehr jetzt klar, die wollen wirklich die Meinung des tatsächlich Betroffenen.“ (Herr U, 13, 42-45).

Entsprechend positiv wird die Fortführung der Gesundheitsförderung, in welcher Form auch immer, eingeschätzt. Man kann in diesem Fall von einem wahrgenommenen Wohlwollen seitens der Geschäftsführung ausgehen, hinter dem der Glaube steht, dass das Unternehmen zusammen mit der Belegschaft Veränderungen zugunsten der Beschäftigten durchführen wird.

Gesundheitszirkel - Initiative wird im Sande verlaufen

Der andere Teil der Zirkelmitglieder sieht nach Beendigung des Zirkels keine weiteren Impulse in Richtung Gesundheitsförderung. Sie sind eher pessimistisch, was die Weiterführung des Zirkels angeht. Es finden sich vor allem Personen mit dieser Haltung, die entweder keine oder unzureichende Zirkelergebnisse wahrgenommen haben. Nach Abschluss des Zirkels werden keine weiteren Schritte wahrgenommen, die die begonnene Arbeit fortsetzen könnten. Es fehlen Informationen darüber, was weiter passieren soll. Daraus schließen diese Zirkelmitglieder, dass kein echtes Bemühen der Geschäftsleitung an der Gesundheit der Belegschaft mehr erkennbar ist. Im Gegenteil scheint es eher so zu sein, dass sich die Geschäftsleitung unglaublich macht, indem sie zwar Veränderungen propagiert, sich aber nicht dafür einzusetzen scheint.

Geäußert wird u.a. die Einschätzung, Gesundheitsförderung war nur ein „kurzer Boom“ gewesen. Stattdessen werden andere Prioritäten im Unternehmen wahrgenommen: Leistung und Profit sind nach dem Zirkel in den Vordergrund gerückt und haben gesundheitsbezogene Bemühungen in den Hintergrund gedrängt.

„Aber, so von der Firma zu sagen, ‘Guck doch mal, wie es denen gesundheitlich geht’, ist meiner Meinung nach völlig eingeschlafen. Was jetzt im Vordergrund steht, ist Leistung, Mehrarbeit, Schnelligkeit.“ (Herr S, 11, 24-26)

So glaubt kaum jemand an ein ernsthaftes Interesse, auch weiterhin Projekte für die Beschäftigtengesundheit umzusetzen. Problematisch empfinden sie, dass sie sich persönlich nicht mehr um das Thema kümmern können. Denn ohne Gesundheitszirkel gibt es für diese Beschäftigten keinen legitimierte Rahmen, um sich für

Gesundheit am Arbeitsplatz zu engagieren. Mehrheitlich wurde die Befürchtung geäußert, dass das Begonnene nicht mehr fortgesetzt wird. Aus verschiedenen Betrieben berichten die Befragten, stehen eher andere Restrukturierungsprogramme im Vordergrund, wie die Einführung von Gruppenarbeit oder das Vorgesetztenfeedback.

9.1.2 Veränderungsmöglichkeiten aus Sicht der Nichtbeteiligten

Während von den Zirkelmitgliedern eine wie auch immer geartete Fortführung des Zirkels als probates Mittel zur Gesundheitsförderung gesehen worden ist, zeigten die Vorstellungen der Nichtbeteiligten eine weitaus größere Spannbreite, was sich in Zukunft in Bezug auf die Gesundheit der Belegschaft verändern könnte. Nur ein Teil betont die Notwendigkeit, dass ein Gesundheitszirkel als feste Institution fortgeführt werden sollte. Während ein anderer Teil die Verantwortung der Führungskräfte betont, sagen andere, dass Veränderungen nur über das Sicherheitsverhalten der Beschäftigten möglich seien. Vereinzelt wird auch Kritik an der Durchführung des Zirkels geäußert. Drei Arbeiterinnen aus einer Abteilung äußern, sie hätten keine Vorstellungen darüber, wie die gesundheitliche Situation der Beschäftigten zukünftig verbessert werden könnte.

- Gesundheitszirkel sollte zur permanenten Institution werden
- Führungskräfte müssen in die Pflicht genommen werden
- Veränderungen nur in Bezug auf Sicherheitsverhalten vorstellbar
- Keine Vorstellungen über Veränderungsmöglichkeiten

Gesundheitszirkel sollte zur permanenten Institution werden

Ein Teil derjenigen, die sich am Zirkel nicht beteiligte, äußert sich positiv zu einer Fortsetzung des Gesundheitszirkels. Zirkelarbeit solle zukünftig als ein fester Bestandteil innerhalb des Gesundheitsschutzes implementiert werden. Ferner wird gefordert, dass ein Gesundheitszirkel zu einer permanenten Einrichtung mit langfristiger Perspektive werden muss. Mit dieser Idee wird vor allem eine Anlaufstelle für gesundheitsbezogene Probleme der Belegschaft verbunden, die als eine Art Gesundheitsbeauftragter fungieren könnte. Die Einrichtung des Gesundheitszirkels steht wohl für die Zuversicht, dass die Gesundheit der Beschäftigten von betrieblicher Seite ernst genommen wird, was mit der Fortführung des Zirkels gesichert werden soll. Ein Forum, in dem Belastungen thematisiert werden können und auch Abhilfe geschaffen wird, wird mit dem Gesundheitszirkel als permanente Institution verbunden.

„...ich denke mal, gerade was Gesundheit angeht, hier in der Firma, da finde ich es schon ganz wichtig.“ (Frau F, 8, 42-43)

Ebenfalls gefordert wird die Auswertung des Zirkels und eine Überprüfung der Umsetzung der Zirkelvorschläge. Weitere Aspekte für eine Fortsetzung der Zirkelarbeit sind die stärkere Einbeziehung von Fachexperten, die zu einer schnelleren Problemlösung beitragen können. Dass ein Gesundheitszirkel an der Hierarchie vorbei zur Problemlösung beitragen kann, wird generell begrüßt. Die direkten Vorgesetzten werden dagegen eher als Verhinderer von Lösungen gesehen. Vorgeschlagen wird beispielsweise, den Gesundheitszirkel als eine Art Konfliktvermittlungsinanz zwischen Vorgesetzten und Mitarbeiter/innen einzusetzen.

Führungskräfte müssen in die Pflicht genommen werden

Nach Auffassung der Nichtbeteiligten sind Veränderungen vor allem in den Bereichen Betriebsklima und Arbeitsorganisation ohne das mittlere Management nicht erreichbar. Ein Teil der Befragten sieht demzufolge vor allem die Vorgesetzten in der Verantwortung, um strukturelle Veränderungen in ihren Bereichen umzusetzen. Generell müssten die Führungskräfte stärker in Veränderungsprozesse einbezogen werden. Ein angehender Meister geht sogar soweit, dass die Vorgesetzten die Verantwortung für ihre Mitarbeiter tragen und dies die gesundheitlichen Belange mit einbeziehen würde. Umgekehrt kann auch gesagt werden, dass ein Gesundheitszirkel nicht notwendig wäre, wenn das Management seine Aufgabe erfüllt.

„...wenn ich persönlich für mich als Vorgesetzter vielleicht mal die Möglichkeiten habe, zu sehen von der Arbeitsbelastung her, dass man da Verbesserungen durchführen kann, da würde ich nicht warten bis ein Gesundheitszirkel kommt, dann würde ich versuchen persönlich Einfluss drauf zu nehmen und auch Veränderungen zu erreichen.“ (Herr O, 8, 38-42)

Eingeräumt wird ferner, dass eine Kooperation mit dem Management nicht immer auf freiwilliger Basis zu erreichen ist. Es wird kritisiert, dass manche Führungskräfte sich den Gesundheitszirkel bei dessen Einführung „groß auf die Fahnen geschrieben“ haben und er kurze Zeit später wieder in Vergessenheit geraten ist.

Veränderungen nur in Bezug auf Sicherheitsverhalten vorstellbar

Gerade dort, wo der Arbeitsschutz stark ausgeprägt ist, werden nur solche Veränderungsmöglichkeiten angesprochen, die sich auf das individuelle Sicherheitsverhalten der Beschäftigten beziehen. Der Gesundheitszirkel als solches spielt dabei eine untergeordnete Rolle. Die Umsetzung von mehr Sicherheit und damit auch Gesundheit am Arbeitsplatz hängt ihrer Meinung nach stark von der Unternehmensführung ab. Entsprechende Vorschriften und Verhaltensregeln müssten von ihnen durchgesetzt werden. Betont wird dabei auch, dass das persönliche Sicherheitsverhalten nur unter Druck erfolgreich umgesetzt werden kann. Um dieses zu verbessern, sollte es beispielsweise verordnet werden, damit es dann alle „befolgen“. Sie selbst sehen darin die einzige Möglichkeit etwas für die Gesundheit am Arbeitsplatz zu tun und glauben, dass sei auch das Einzige, was die Unternehmensführung unternehmen könne.

„Na gut, man müsste es verordnen oder vorschreiben. Das ginge schon, vielleicht, sonst wüßte ich eigentlich nichts, was man machen könnte.“ (Herr Z, 4, 43-44)

Keine Vorstellungen über Veränderungsmöglichkeiten

Kaum Vorstellungen über zukünftige Veränderungsmöglichkeiten werden vor allem von denjenigen geäußert, die Belastungen ausgesetzt sind und kaum an Verbesserung ihrer Arbeitssituation glauben. Von ihnen wurde weder Kritik am Gesundheitszirkel geübt, noch Alternativen genannt. Obgleich sie sich nach wie vor Entlastungen wünschen, finden sie sich mit den Gegebenheiten eher ab. Eine bereits gesundheitlich beeinträchtigte Arbeiterin beklagt zwar, dass die Belastungen nicht reduziert werden, kann sich aber auch nicht vorstellen, wie diese Situation verbessert werden könnte. Eine weitere Arbeiterin, die keine gesundheitlichen

Probleme hat, akzeptiert die Belastungen weitestgehend und versucht sich damit zu arrangieren.

„Ich sage immer die Maschinen sind so da, wir sind hier Maschinenführer und wir müssen sie bedienen und mit dem Krach und mit dem Lärm müssen wir uns auch irgendwie abfinden. (...) ich kann mir für mich auch eine bessere Arbeitsstelle vorstellen oder einen besseren Arbeitsplatz, wo es mir angenehmer wäre, aber den habe ich nun mal nicht, ich bin nun mal hier und ich denke mal, man muss sich hier, was noch so ist, abfinden.“ (Frau H, 6, 26-33)

9.2 Zukünftige Beteiligungsbereitschaft

Die zukünftige Beteiligungsbereitschaft ist sofern interessant, da sich in ihr die Bewertung der Erfahrung widerspiegelt, wie es in dem Handlungsphasenmodell von Heckhausen (1989) angenommen wird. Die zukünftige Beteiligungsbereitschaft ist demzufolge vor allem vor dem Hintergrund der erlebten Zirkelerfahrung zu verstehen. Die vorliegenden Befragungsergebnisse können zwar keine Prognose über zukünftige Beteiligungsbereitschaft geben, dennoch zeigen diese Absichtserklärungen die Handlungsbedingungen, unter denen jemand zu einer erneuten bzw. kontinuierlichen Partizipation bereit ist. Vor allem bei denjenigen, die sich bislang nicht beteiligt haben, könnte die Erfahrung des Zirkels ihre Bereitschaft zur Beteiligung verändert haben.

Die themenbezogene Analyse des Interviewmaterials zeigt die zukünftige Beteiligungsbereitschaft der Beteiligten und bislang Inaktiven wie folgt:

Beteiligte	Nichtbeteiligte
Bereitschaft zur erneuten Beteiligung ist uneingeschränkt	Beteiligungsbereitschaft bei erkennbarem Nutzen
Beteiligungsbereitschaft nur unter bestimmten Bedingungen	Beteiligungsbereitschaft bei individueller Ansprache
	Keine Beteiligungsbereitschaft aufgrund fehlenden Veränderungsglaubens

Im Folgenden werden die Ergebnisse jeweils wieder getrennt dargestellt und im Anschluss daran miteinander verglichen.

9.2.1 Beteiligungsbereitschaft der Zirkelmitglieder

Wie bereits erwähnt, betonen alle Zirkelmitglieder unabhängig vom Ergebnis der Zirkelarbeit, dass eine Wiederholung oder Weiterführung des Gesundheitszirkels nötig sei. Einige Befragte haben bereits konkrete Vorstellungen darüber, welche Themen in einem Fortsetzungszirkel behandelt werden müssten. Die meisten sind jedoch der Ansicht, dass Veränderungen mit einem einmaligen Zirkel langfristig nicht gesichert werden können. Auch zur Überprüfung der Zirkelergebnisse wäre eine Fortführung der Arbeit wichtig, denn ohne Umsetzungskontrolle wäre die Zirkelarbeit unvollständig.

“Dass das nicht einschläft mit der Zeit. Wie gesagt, dass es nicht heißt, die Abteilungen haben einen Gesundheitszirkel gemacht und fertig, sondern dass da nachgefragt wird, nachgehakt und in einem oder zwei Jahren noch

einmal ein kleiner Gesundheitszirkel, was sich geändert hat. Ob das entweder besser oder schlimmer geworden ist.” (Herr L, 6, 3-6)

Trotz der Forderung nach Weiterführung der Zirkelarbeit stellt nur ein Teil der bisher Beteiligten ihr Engagement uneingeschränkt zur Verfügung. Andere knüpfen ihr erneutes Engagement an bestimmte Bedingungen. Zwei Beteiligte konnten zum Zeitpunkt des Interviews keine Stellung dazu beziehen. Insgesamt wurden zwei Gruppen gefunden:

- Bereitschaft zur erneuten Beteiligung ist uneingeschränkt
- Beteiligungsbereitschaft nur unter bestimmten Bedingungen

Eine mögliche dritte Gruppe, die unter keinen Umständen zu einer weiteren Teilnahme bereit wäre, konnte unter den Befragten nicht identifiziert werden. Ich möchte aber nicht unerwähnt lassen, dass es vermutlich solche ehemaligen Zirkelmitglieder geben wird. Denkbar wäre, dass diese Zirkelmitglieder stark enttäuscht oder gar verärgert über fehlende Ergebnisse waren, so dass sie sich nicht einmal zu einem Interview bereit erklärten. Einen solchen Mitarbeiter habe ich in einem Betrieb erlebt, der bei dem Wort Gesundheitszirkel in große Aufregung geriet und verärgert reagierte. Er weigerte sich ein Interview zu machen und sagte, dass er nichts mehr zu diesem Thema zu sagen hätte und nur noch auf seine Rente warte.

Uneingeschränkte Bereitschaft zur erneuten Teilnahme

Unter denjenigen, die einer erneuten Teilnahme uneingeschränkt zustimmen, sind hauptsächlich Zirkelmitglieder, die den Zirkel als Erfolg oder mindestens als Teilerfolg sehen. Es werden verschiedene Begründungen angegeben, die für eine erneute Teilnahme an einem potenziell stattfindenden Zirkel oder ähnlichen Beteiligungsgruppen wichtig sind. Das sind zum einen der erzielte Erfolg, der für sich selbst spricht. Dahinter steckt auch die Erfahrung, dass man selbst zu einer Lösung beitragen konnte, die ohne die eigene Teilnahme möglicherweise nicht zustande gekommen wäre. Ein weiterer Grund für das anhaltende Engagement liegt in der Auffassung, dass man generell über Probleme reden müsse. Dazu gehörten auch Personen, die von sich sagten, sie würden sich im Grunde bei jedem Thema engagieren. So sagte ein Angestellter, dass er mit Sicherheit wieder teilnehmen würde.

„Einfach nur, um die Chance wahrzunehmen, um etwas zu probieren.” (Herr U, 10, 17)

Er geht davon aus, dass es Zeit braucht bis sich etwas verändert. Und deshalb ist es wichtig, immer wieder etwas dafür zu tun. Das hat er in der Vergangenheit getan und wird auch zukünftig jede Gelegenheit nutzen, um Einfluss zu nehmen.

Beteiligungsbereitschaft nur unter bestimmten Bedingungen

Unter denjenigen, die sich eine erneute Beteiligung nur unter bestimmten Bedingungen vorstellen können, befinden sich vor allem Personen mit einem eher negativen Resumée über das Zirkelergebnis. Es werden für ein wiederholtes Engagement unterschiedliche Bedingungen gestellt, etwa eine höhere Wirksamkeitserwartung des Zirkels. Nur in einem wirksamen Zirkel würden sie sich beteiligen, denn die zum Teil als gering bewerteten Ergebnisse lohnen den Aufwand sonst nicht. Aus ihrer Erfahrung heraus müssten die Umsetzungschancen vor allem durch die Mitarbeit des Managements gewährleistet sein. Aber auch sie selbst würden beim nächsten

Mal mehr dafür tun wollen, damit die Vorschläge besser durchgesetzt werden. Beispielsweise dadurch, dass darauf bestanden wird, frühzeitig das Management einzubinden oder hartnäckiger zu verhandeln.

Neben der Wirksamkeit des Zirkels und das Engagement der Führungsebene werden erhöhte Anforderungen an die Durchführungsbedingungen eines zukünftigen Zirkels geknüpft. Die Zirkelmoderation oder die behandelten Themen würden beim erneuten Zirkel genauer betrachtet werden, bevor man sich für eine Beteiligung entscheiden würde. Insgesamt geht es darum, dass man nicht um jeden Preis mitmacht, sondern überlegt ob sich die Mitarbeit am Zirkel lohnt.

I: „Wenn jetzt noch mal ein Zirkel stattfindet, würden Sie dann noch einmal mitmachen?“

X: Ja. Unter Umständen, ja.

I: Welche Umstände wären das?

X: Man müsste wissen, um was es geht und ob man sich dafür überhaupt interessiert. Kann ja sein, dass es ein Zirkel ist, wo man sagt, 'Das ist nicht meine Welt', kommt immer drauf an.“ (Herr X, 6, 46 bis 7, 12)

Diese Gruppe hat aufgrund der Zirkelerfahrung den Schluss gezogen, nicht jede Möglichkeit zur Beteiligung in Betracht zu ziehen, sondern vorher abzuschätzen, ob sich das Engagement lohnt. Möglicherweise sind aufgrund der Zirkelerfahrung, die Ansprüche an eine zukünftige Beteiligung gestiegen.

9.2.2 Beteiligungsbereitschaft der Nichtbeteiligten

Die Frage der zukünftigen Beteiligungsbereitschaft unter den bislang Inaktiven ist insofern interessant, da sich ihr Verhältnis zum Engagement durch das mehr oder weniger passive Erleben eines Gesundheitszirkels oder gar der ersichtlichen Veränderung geändert haben könnte. Eine bedingungslose Beteiligungsbereitschaft wurde allerdings von keinem der Nichtbeteiligten geäußert. Diejenigen, die sich zu einer potenziellen Beteiligung bereit erklären, machen ihr Engagement von bestimmten Voraussetzungen abhängig. Einige lehnen eine Beteiligung grundsätzlich ab. Zwei Befragte konnten keiner der folgenden drei Antwortkategorien zugeordnet werden, da sie sich nicht zu diesem Fragenkomplex äußerten.

- Beteiligungsbereitschaft bei erkennbarem Nutzen
- Beteiligungsbereitschaft bei individueller Ansprache
- Keine Beteiligungsbereitschaft aufgrund fehlenden Veränderungsglaubens

Beteiligungsbereitschaft bei erkennbarem Nutzen

Ein Teil der Befragten macht eine potenzielle Beteiligung vom erwarteten Nutzen abhängig. Dabei handelt es sich um Beschäftigte, die bislang über wirkungsvolle alternative Einflussmöglichkeiten verfügen. Voraussetzung wäre demnach ein erkennbarer persönlicher oder betrieblicher Nutzen, den sie nicht auf andere Weise erreichen würden. So wird vorausgesetzt, dass eine eigene Betroffenheit vorliegen müsste in den Bereichen in denen eine Beteiligungsgruppe implementiert würde und ein persönlicher Nutzen daraus gezogen werden könnte. Eine Person erklärt dazu, dass zum Zeitpunkt des Interviews eine Zirkelbeteiligung schon deshalb wahrscheinlicher ist, da die Belastungen inzwischen zugenommen hätten. Ein erkennbarer betrieblicher Nutzen wäre dann gegeben, wenn die Erfolgsaussichten für die

erarbeiteten Vorschläge entsprechend hoch sind. Einige finden, dass die Erfolgsaussichten des Zirkels nicht deutlich gemacht wurden. So wurde in Aussicht gestellt, dass eine Beteiligung dann wahrscheinlicher ist, wenn der Nutzen für den Einzelnen besser kommuniziert würde.

„Vielleicht wenn man am Anfang doch einen größeren Sinn und eine viel bessere Information gehabt hätte über das ganze Thema und einen auch versucht worden wäre, klar zu machen, dass es eben positive Änderungen gibt und nicht nur geben könnte, sondern auch wirklich, dass dann was gemacht wird und dann hätte ich mich vielleicht schon dazu breitschlagen lassen.“ (Herr O, 7, 14-18)

Eine grundsätzliche Aufgeschlossenheit gegenüber Veränderungen wird von diesem Teil der Nichtbeteiligten betont, allerdings müsse für ein Engagement auch ein erkennbarer Nutzen vorhanden sein.

Beteiligungsbereitschaft bei individueller Ansprache

Von diesem Teil der Befragten wird geäußert, dass sie sich grundsätzlich eine Beteiligung vorstellen könnten. Sie selbst würden dabei aber nicht aktiv werden wollen. Erwartet wird stattdessen, dass die Initiatoren sich durch entsprechende Information und persönliche Ansprache mehr um sie bemühen müssten. Im Gegensatz zur ersten Gruppe geht es ihnen darum, mehr über den Ablauf und die Zirkelarbeit als solches zu erfahren. Des Weiteren, haben sie kaum Vorstellungen darüber, was ihre Aufgabe in einem Zirkel sein soll, so dass insbesondere ein persönliches Gespräch darüber die Beteiligungsbereitschaft unterstützen könnte. Die Vorbehalte gegen eine Beteiligung beziehen sich bislang vor allem auf die Rollenunsicherheit als Zirkelmitglied. Mehr Aufklärung, wie im Zirkel gearbeitet und was von dem Einzelnen erwartet wird, könnten diese Vorbehalte entkräften.

„Generell mitmachen würde ich schon, könnte ich mir das schon vorstellen, aber ich müsste mir das mal anschauen, um was es geht, was die da machen. Und wenn ich könnte, oder was, dann könnte ich mir das vielleicht schon vorstellen,...“ (Herr Z, 3, 1-4)

Keine Beteiligungsbereitschaft aufgrund fehlenden Veränderungsglaubens

Unter denen, die von sich sagen, sie können sich auch in Zukunft eine Zirkelbeteiligung nicht vorstellen, sind ausschließlich Personen, die gesundheitlich bereits Einschränkungen erlebt haben. Auch im Nachhinein findet diese Gruppe ihre Weigerung richtig und würde mit hoher Wahrscheinlichkeit auch beim nächsten Zirkel nicht teilnehmen. Ihnen fehlt grundsätzlich der Glaube an Veränderungen. Sie äußern, dass eine generelle Beteiligung nicht in Frage kommt, da der Zirkel keine nennenswerten Verbesserungen gebracht hätte und diese auch in Zukunft nicht zu erwarten seien.

Eine Arbeiterin sagt, sie hätte ihre bisherige Inaktivität nicht bereut und würde sich auch zukünftig nicht beteiligen, da sie keine Verbesserungsmöglichkeiten erkennen kann. Es scheint so als wären Verbesserungen kaum vorstellbar.

„Aber jetzt direkt so, was man da verbessern könnte? (...) Fällt mir jetzt auch nichts im Moment ein.“ (Frau B, 7, 35-36)

9.3 Fazit: Diskrepanz zwischen Anspruch und Wirklichkeit

Abschließend sollen hier nun die Zukunftsprognosen der Beteiligten und Nichtbeteiligten miteinander verglichen werden. Interessant dabei sind insbesondere die Zusammenhänge zwischen den antizipierten Veränderungsmöglichkeiten und deren individuelle Bereitschaft, bei einem erneuten Zirkel partizipieren zu wollen.

Vorwegnehmend sei erwähnt, dass von der Bekundung einer Beteiligungsbereitschaft allerdings nicht geschlossen werden kann, dass ihre Realisierung tatsächlich stattfinden wird. Als Tendenzaussagen können sie jedoch Hinweise liefern, ob sich durch die Zirkelerfahrung eine Veränderung ihrer Beteiligungsbereitschaft ergeben hat.

Die Zirkelbeteiligten machen zukünftige betriebliche Veränderungen hauptsächlich von der Haltung der Unternehmensleitung abhängig. Wird dem Bemühen des Top-Managements, für die Gesundheit der Belegschaft zu sorgen, geglaubt, dann geht man auch davon aus, dass die Gesundheitsförderungsinitiative fortgesetzt wird. Diese Personen bekunden ebenfalls ihre uneingeschränkte zukünftige Beteiligungsbereitschaft. Diejenigen, die eher enttäuscht von dem bisherigen Engagement des Managements und auch eher unzufrieden mit den Zirkelergebnissen sind, glauben nicht daran, dass die Gesundheitsförderung in ihrem Betrieb bestehen bleibt. Bis auf eine Person erklärten alle, dass sie sich nur dann wieder beteiligen, wenn die Erfolgsaussichten und Durchführungsbedingungen besser wären. Bei ihnen sind die Ansprüche an Bedingungen möglicherweise durch die Zirkelerfahrung gestiegen. Erstaunlicherweise wollen sich auch solche Beschäftigte erneut beteiligen, die enttäuscht sind von der Zirkelarbeit. Es kann vermutet werden, dass es sich hier um konstruktiv Unzufriedene handelt (vgl. Bruggemann, Großkurth & Ulich, 1974), die auch zukünftig Veränderungen mittragen wollen.

Im Gegensatz zu den Beteiligten zeigen sich die Nichtbeteiligten sehr differenziert hinsichtlich ihrer Vorstellungen zu den gesundheitsbezogenen Veränderungsmöglichkeiten. Die genannten Vorstellungen, etwa den Gesundheitszirkel als feste Institution zu installieren oder die Forderung, die Gesundheit der Beschäftigten sei Aufgabe der Führungskräfte, machen wahrgenommene Defizite in der Arbeitsorganisation deutlich. Dahinter steckt vermutlich der Wunsch nach mehr Verantwortungsübernahme durch die Führungskräfte. Gleichzeitig wird der Zirkel gesehen als eine Art Konfliktvermittlungsinstanz bei der Suche nach Lösungen zwischen den Beschäftigten und Vorgesetzten. Personen mit diesen Veränderungsvorstellungen sind mehrheitlich bereit, sich bei erkennbarem zusätzlichen Nutzen zu engagieren.

Die beiden anderen Gruppen, die angeben, dass die Gesundheit der Beschäftigten nur aufgrund eines strikten Sicherheitsverhaltens vorstellbar sei oder die keine Vorstellungen nennen können, belegen mit ihren Äußerungen, dass ihr Veränderungsglaube auf betrieblicher Ebene eher eingeschränkt ist. Interessanterweise stammen beide Gruppen jeweils aus den gleichen Abteilungen. Ihre Vorstellungen über betriebliche Veränderungsmöglichkeiten gehen vermutlich auf negativ erlebte betriebliche und persönliche Sozialisationsprozesse zurück. Unter ihnen sind diejenigen zu finden, die sich eine zukünftige Beteiligung kaum vorstellen können. Allerdings sind dort auch solche zu finden, die mit mehr Unterstützung, z.B. durch persönliche Ansprache, durchaus zu einer Zirkelbeteiligung bereit wären. Da in der letzten Gruppe ein gewisser Widerspruch liegt - sie glauben nicht an betriebliche Veränderungen, würden sich jedoch nach Aufforderung beteiligen - wäre zu überprüfen, wie sie sich tatsächlich verhalten würden.

Insgesamt zeigt sich, dass die Zirkelerfahrung einen Einfluss auf die zukünftige Bereitschaft zur Partizipation hat. Die Zirkelmitglieder, die einen persönlichen und/oder betrieblichen Erfolg erleben, sind eher optimistisch und würden sich uneingeschränkt wieder engagieren. Andere, die sich weniger positiv über die Zirkelergebnisse äußern, sind eher skeptisch und unsicher, ob sie sich wieder beteiligen würden. Einschränkend muss hier erwähnt werden, dass eine mögliche dritte Gruppe, nämlich diejenige, die jegliches betriebliches Engagement nach einer enttäuschten Zirkelerfahrung ablehnt, durch das Interview nicht erreicht worden ist. Aber auch bereits in den ersten beiden Reaktionen auf die Zirkelerfahrungen wird deutlich, dass negativ erlebte Partizipation zu einem Rückzug führen kann (vgl. Kap. 3.3.2).

Bemerkenswert sind allerdings die Ergebnisse der bislang Inaktiven. Bei einem Teil der Beschäftigten ist offensichtlich Beteiligungspotenzial vorhanden, welches bislang nicht abgerufen wurde. Möglicherweise hat der Zirkel bei ihnen ein Signal gesetzt, dass die Geschäftsleitung an einer Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Belegschaft interessiert ist. So scheint es, dass durch bessere Information, vor allem über die Erfolgsaussichten und einer unterstützenden Vorbereitung, vor allem für die sozial Unsicheren eine stärkere Beteiligung möglich wäre. Aber nicht nur situative Barrieren scheinen eine Beteiligung zu verhindern, sondern auch persönliche Einstellungen. Diejenigen, die sich keinerlei Veränderungen durch einen Zirkel vorstellen können, werden auch unter anderen situativen Bedingungen nicht zu einer Zirkelmitarbeit bereit sein. Da diese Gruppe bereits stark belastet ist, sind spezifischere Gesundheitsmaßnahmen erforderlich, die auch für diese Beschäftigten den Aufbau persönlicher Kompetenzen stärken und die Arbeitsbelastungen reduzieren.

10 Typisierung subjektiver Handlungsweisen

Es hat sich in der themenbezogenen Analyse gezeigt, dass zwischen den Vergleichsdimensionen starke individuelle Bezüge zu erkennen sind (vgl. Kap. 6 bis 9), die in den bisherigen Darstellungen nicht ausreichend gewürdigt werden konnten. Demzufolge wird in einem weiteren Analyseschritt ein Vergleich aller Einzelfälle anhand der bereits definierten Kategorien vorgenommen. Grundlage dieser Auswertung ist die Kontrastierung auf der Einzelfallebene, wie sie bereits in Kapitel 5.2 ausführlich dargestellt wurde. Die dadurch verstärkte Berücksichtigung der Einzelfälle führt zu einer komplexeren Merkmalskombination, die eine zusätzliche Sichtweise auf die Interviewergebnisse ermöglicht und somit neue theoretische Betrachtungen zulässt.

Durch den Vergleich der Einzelfälle - diesmal über beide Kontrastgruppen hinweg - wurden diejenigen Fälle herausgestellt, die sich am stärksten hinsichtlich relevanter Merkmale voneinander unterscheiden. Alle anderen Fälle wurden anhand von Ähnlichkeitsmerkmalen zu diesen Kontrastierungen in Beziehung gesetzt, so dass sich verschiedene Cluster von ähnlichen Merkmalsausprägungen herausbildeten. Derjenige *reale* Fall, der hinsichtlich möglichst vieler Merkmalsausprägungen diesen Typus deutlich repräsentieren kann, wird als *Prototyp* ausgewählt und dargestellt. Dieser Prototyp dient als Repräsentant, d.h. als *idealer Vertreter* seiner Gruppe und zugleich als Kontrast zu den anderen Gruppen. Dieses Vorgehen – das Bilden idealtypischer Konstrukte – erlaubt das Typische der jeweiligen Merkmalskombination aufzuzeigen, ohne jedoch die individuellen Besonderheiten hervorzuheben (Kelle & Kluge, 1999).

Im Folgenden werden die sechs empirisch begründeten Prototypen beschrieben und zu ihren bisherigen themenbezogenen Kategorien in Beziehung gesetzt. Sie werden als *Partizipationsmuster* bezeichnet, da sich in ihnen ausdrückt, in welcher Weise ein Partizipationsangebot genutzt wird. Ob die hier gefundenen Partizipationsmuster in ähnlichen Situationen stabil sind, bleibt offen und muss in weiteren Untersuchungen eingehender überprüft werden. Im Anschluss an die Darstellung der prototypischen Fallbeschreibungen werden erste Konsequenzen für die Praxis der Partizipation innerhalb der betrieblichen Gesundheitsförderung diskutiert.

10.1 Prototypen individueller Partizipationsmuster

Als Dimensionen der fallvergleichenden Analyse dienen die bereits definierten Kategorien, also betriebliche und gesundheitsbezogene Einflussnahme, Motivation und Erwartung an den Zirkel, die Bewertungen der Zirkelergebnisse und die Zukunftsprognosen (antizipierte Veränderungsmöglichkeiten und zukünftige Beteiligungsbereitschaft). Das Ergebnis der hier vorgenommenen fallvergleichenden Kontrastierung legt eine neue Betrachtungsebene auf die Handlungsweisen und Handlungsbegründungen der Beschäftigten frei. Die dadurch gewonnene Typologie wird als *Partizipationsmuster* bezeichnet. Dahinter steckt die Annahme, dass die Entscheidung bezüglich einer Beteiligung an einem Gesundheitszirkel auf Handlungsmustern basiert, die durch die hier vorgenommene Zuspitzung in idealtypische Konstrukte deutlicher zum Vorschein kommen. Mit dieser Typologie der Partizipationsmuster werden zwar die möglichen Varianten aufgezeigt, es wird

jedoch vermutet, dass diese Orientierungen intraindividuell instabil sind, d.h. sie können sich auf einer zeitlichen Dimension verändern.

Anhand der beschriebenen fallvergleichenden Kontrastierung (vgl. Kap. 5.3.2) ergeben sich über alle Fälle hinweg die folgenden sechs Partizipationsmuster:

- Partizipationsorientierte Gestalter
- Gesundheitsbedrohte Problemlöser
- Präventionsorientierte Aktive
- Passive Optimisten
- Stabilisiert Zufriedene
- Fatalistisch Resignierte

Jedes der sechs Muster wird durch einen prototypischen realen Fall erläutert, der sich als Repräsentant seines Clusters charakterisieren lässt. Für die Beschreibung des jeweiligen Prototyps werden vor allem die Informationen präsentiert, die ein schlüssiges Handlungsmuster im Sinne des vorgefundenen Typus ergeben und zur Kontrastierung gegenüber anderen Typen beitragen können. Dabei wird auf Zitate vollständig verzichtet, da sie bereits innerhalb der themenbezogenen Analyse in den Kapiteln sechs bis neun ausführlich dargestellt wurden. Zum besseren Verständnis werden nach der Fallbeschreibung die jeweiligen Typisierungen kurz skizziert. Darüber hinaus werden individuelle Besonderheiten des Prototyps im Vergleich zu seiner Merkmalsgruppe erläutert und die Varianz in der jeweiligen Gruppe hervorgehoben. Im Anschluss an die prototypische Fallbeschreibung werden die ersten theoretischen Überlegungen zu einem differenziellen gesundheitsbezogenen Beteiligungsansatz dargestellt.

Partizipationsorientierte Gestalter

Herr S ist durch einen generellen Wunsch nach Mitsprache und einer ausgesprochen hohen Bereitschaft geprägt, die Verhältnisse im Betrieb mitgestalten zu wollen. Mit der Entscheidung zur Beteiligung am Zirkel geht es ihm um die Möglichkeit, sich einzubringen, betriebliche Probleme anzusprechen und Lösungen dafür zu erarbeiten. Wichtig ist ihm dabei, dass gegen die betriebliche Gewohnheit vorgegangen wird, die den Arbeitsalltag eher erschwert – für Veränderungen ist er grundsätzlich offen. Dazu bringt er günstige Voraussetzungen mit, da er bereits positive Erfahrungen mit Einflussnahme gemacht hat, die ihm vor allem durch seine Position als Meister gewährt wird. Er nutzt seine Möglichkeiten, um auch für das Gemeinwohl, in diesem Fall seine Mitarbeiter, etwas erreichen zu können. Das Gleiche verfolgt er innerhalb des Gesundheitszirkels und auch in weiteren betrieblichen Projekten wie TQM. Er ist gewohnt, Verantwortung zu übernehmen und Entscheidungen (mit)zutragen. Seine Gesundheit sieht er kaum gefährdet, da er genügend Möglichkeiten hat, um anfallenden Arbeitsstress zu bewältigen. Demzufolge sieht er in Stressbewältigung den größten Einfluss auf seine Gesundheit. So bleibt er lieber etwas länger im Büro, um die Hektik des Tagesablaufs zu kompensieren und weniger erschöpft nach Hause zu gehen. Sein Anspruch an Beteiligung basiert auf dem Wunsch, die bestehenden Verhältnisse zum Wohle aller zu verändern. Dementsprechend beurteilt er die Zirkelergebnisse dahingehend, ob sie tatsächliche Erleichterung für die gesamte Abteilung erbracht haben. Aufgrund seiner Erfahrung mit verschiedenartigen Veränderungsprozessen sind seine Erwartungen gegenüber den im Zirkel zu erreichenden realen Verbesserungen von vornherein niedrig. Zufrieden wäre er jedoch erst, wenn echte Verbesserungen erreicht werden. So ist

er mit den tatsächlichen Lösungen aus dem Zirkel eher unzufrieden, da sie nur unzureichend den Belastungen in seiner Abteilung entgegen wirken können. Jedoch wird ihn auch ein Misserfolg nicht von seinem betriebspolitischen Engagement abbringen. Demzufolge würde Herr S, trotz seiner pessimistischen Einschätzung über die Weiterverfolgung des Projekts durch die Unternehmensleitung, erneut an einem Zirkel partizipieren.

Herr S nahm am Zirkel teil und wurde bereits durch folgende Kategorien typisiert:

Betriebliche Einflussnahme	Tätigkeit gewährleistet Mitsprache
Gesundheitsbezogene Einflussnahme	Gesundheit durch Kompensation von Stress
Motivation	Wunsch nach Mitsprache
Zufriedenheit mit der eigenen Teilnahme	Stärkung der Problemlösekompetenz und –bereitschaft
Bewertung der Zirkelergebnisse	Zirkelergebnisse decken sich nicht mit den eigenen Erwartungen
Antizipierte Veränderungsmöglichkeiten	Geschäftsleitung ist nicht mehr interessiert an Gesundheit der Belegschaft – Initiative wird im Sande verlaufen
Zukünftige Beteiligungsbereitschaft	Bereitschaft ist uneingeschränkt

Im Vordergrund steht hier der Wunsch nach Einflussnahme auf die betrieblichen Verhältnisse. Zu diesem Typ zugehörig sind Personen, die bereits intensivere Erfahrungen mit Verantwortungsübernahme haben, entweder durch ihre hierarchische Position oder durch Übernahme von Funktionen bzw. Rollen. Hinter dem Wunsch nach Beteiligung am Zirkel steht vermutlich eine ausgeprägte intrinsische Motivation, da eine gesundheitliche Betroffenheit offenbar nicht vorliegt. Das dahinterliegende Motiv könnte Selbstbestimmung oder Wachstum sein und wird nicht nur durch die Mitarbeit im Gesundheitszirkel erfüllt, sondern kann sich auch in anderen Aktivitäten wiederfinden. In dieser Gruppe befinden sich auch solche Personen, die sich im vorliegenden Fall gegen eine Zirkelbeteiligung entschieden haben, sich jedoch an anderer Stelle bzw. zu einer anderen Zeit auch beteiligen würden. Herr S würde sich aufgrund seiner persönlichen Überzeugung immer wieder beteiligen, während andere Fälle dieses Typs ihr zukünftiges Engagement eher vom absehbaren Nutzen abhängig machen. Letztendlich scheint in dem partizipationsorientiertem Gestalter ein situationsübergreifendes und nicht nur auf Gesundheitsthemen beschränktes Beteiligungspotenzial vorhanden zu sein.

Gesundheitsbedrohte Problemlöser

Herrn As vordringlicher Wunsch ist es, die Belastungen am Arbeitsplatz zu reduzieren, um vor allem die eigenen gesundheitlichen Probleme zu bewältigen. Die berichteten Arbeitsbelastungen in der Produktion, die er schon über einen längeren Zeitraum hinweg wahrnimmt, sind vielfältiger Natur: Lärm durch die Maschinen, Störungen durch schlechtes Material, schlechter Informationsfluss, schlechtes Betriebsklima etc.. Innerhalb seiner Tätigkeit sieht Herr A keine Möglichkeiten, um gegen die Belastungen vorzugehen. Sein Spielraum ist sehr begrenzt. Eine seiner Möglichkeiten zur Entlastung ist etwa ein zusätzlicher Gang auf die Toilette, um dort einige Minuten zu verweilen. Einflussmöglichkeiten auf seine Gesundheit sieht er vor

allem in der Bewältigung von Stress, wobei diese eher in der Freizeit liegen. Über seine Tätigkeit hinausgehende Versuche der Einflussnahme werden von ihm als gescheitert angesehen. Herr A nahm bereits im Rahmen von TQM an einer partizipativen Kleingruppe teil und hatte schon mehrfach versucht über seinen Vorgesetzten für Verbesserungen zu sorgen, der jedoch nicht an seinem Wohlergehen interessiert zu sein scheint. Er will in erster Linie seinen Leidensdruck verringern. Der Gesundheitszirkel wird dabei als willkommene Gelegenheit wahrgenommen, um die Belastungen und Beeinträchtigungen anzusprechen sowie die eigenen Erfahrungen mit den Kollegen auszutauschen. Um regelmäßig am Zirkel teilzunehmen, kommt er, wenn die Sitzungen nicht direkt im Anschluss an seine Schicht liegen, sogar zusätzlich in die Firma. Durch die Beteiligung am Zirkel erhoffte sich Herr A, dass die Arbeitsbelastungen zukünftig besser bewältigt werden können. Er glaubte an das Interesse der Geschäftsleitung am Wohlergehen der Beschäftigten. Er sieht dies aber nach dem Zirkel anders, da die erhofften Erleichterungen nicht eingetroffen sind. Demzufolge ist seine zukünftige Beteiligungsbereitschaft nicht uneingeschränkt. Seine Entscheidung zu einem erneuten Engagement wird demzufolge von der Einschätzung abhängen, inwieweit eine Beteiligung eher eine zusätzliche Belastung darstellt oder potenzielle Entlastungen bringen würde.

Herr A nahm am Zirkel teil und wurde bereits durch folgende Kategorien typisiert:

Betriebliche Einflussnahme	Mitsprache bleibt erfolglos
Gesundheitsbezogene Einflussnahme	Gesundheit durch Kompensation von Stress
Motivation	Bewältigung gesundheitlicher Probleme
Zufriedenheit mit der eigenen Teilnahme	Teilnahme wird bereut, da keine greifbaren Ergebnisse erreicht worden sind
Bewertung der Zirkelergebnisse	Unzufriedenheit aufgrund von Misserfolgserlebnis
Antizipierte Veränderungsmöglichkeiten	Geschäftsleitung ist nicht mehr interessiert an Gesundheit der Belegschaft – Initiative wird im Sande verlaufen
Zukünftige Beteiligungsbereitschaft	Bereitschaft nur unter bestimmten Bedingungen

Es kann davon ausgegangen werden, dass in diesem Fall die Zirkelmitarbeit durch einen gesundheitsbezogenen Änderungsdruck (Fuchs, 1995) ausgelöst wurde. Alle Personen dieses Typs klagen bereits über gesundheitliche Beschwerden und sehen die Ursache dafür in den Arbeitsbelastungen. Im Gegensatz zum Prototyp sehen viele Befragte dieser Gruppe ihre gesundheitsbezogene Einflussnahme in der Bewältigung bereits bestehender Erkrankungen. Die Zirkelbeteiligung wird von ihnen als Möglichkeit gesehen, dies zu unterstützen. Ihre Erwartungen sind entsprechend groß. Trotz erreichter Verbesserungen durch die Zirkelarbeit ist niemand dieses Typs mit den Zirkelergebnissen voll zufrieden. Vermutlich werden gerade von den bereits gesundheitlich Beeinträchtigten die Zirkelergebnisse besonders kritisch bewertet. Ergebnisse, die ihre hohen Erwartungen nicht treffen, sind demzufolge kaum akzeptabel. Das Beteiligungspotenzial des gesundheitsbedrohten Problemlösers dürfte demnach von den Konsequenzerwartungen für die gesundheitliche Situation

abhängen. Partizipationsmöglichkeiten, die nicht auf dieses Ziel gerichtet sind oder deren Zielerreichung nicht gewährleistet scheint, würden zukünftig eher abgelehnt. Gerade diejenigen, die weniger erreicht haben als sie erhofften, würden sich eine erneute Beteiligung genauer überlegen.

Präventionsorientierte Aktive

Frau C ist gekennzeichnet durch ihr Bemühen, etwas für ihre Gesundheit zu tun, ohne bereits gesundheitlich betroffen zu sein. Gesundheit wird von ihr positiv erlebt und sie findet, dass sie einen besonderen Wert darstellt. Beispielsweise erzählt sie vom großen Einfluss ihres Vaters auf ihr Wohlbefinden. Die Einflussmöglichkeiten auf die eigene Gesundheit sieht sie demzufolge in einer gesunden Lebensweise und betont vor allem ein ausgeglichenes Leben mit der Familie. Frau C steht dem Thema Gesundheit und Prävention grundsätzlich aufgeschlossen gegenüber. Die Partizipationserfahrung von Frau C ist positiver Natur: Sie hat den Eindruck, über ihre Vorgesetzten Einfluss nehmen zu können, womit sie durchaus zufrieden ist. Sie fühlt sich an ihrem Arbeitsplatz wohl und sieht ihre Interessen und Bedürfnisse gewahrt. Vor diesem Hintergrund nimmt sie an dem Zirkel teil, weniger um Belastungen kompensieren zu müssen, sondern vielmehr um etwas Neues auszuprobieren und einen Beitrag zum Wohle aller zu leisten. Trotz einer 20-jährigen beschwerdefreien Betriebszugehörigkeit, bemerkt sie in letzter Zeit, dass die Belastungen am Arbeitsplatz zunehmen. Eine Zirkelbeteiligung sollte dementsprechend vorbeugend wirken. Die Zirkelmitarbeit brachte für sie vor allem, dass sie sich gemeinschaftlich über die Arbeitsbelastungen und deren Lösungen austauschen und Anteil an den Schicksalen der anderen teilnehmen konnte. Obgleich sie findet, dass die Belastungen nach dem Zirkel eher zugenommen haben, bleibt der Zirkel erfolgreich. Persönlich findet sie die eingeübten Entspannungsübungen besonders hilfreich, die sie auch nach dem Zirkel anzuwenden versucht, was ihr am Arbeitsplatz aber kaum gelingt. Ihre Beteiligungsbereitschaft für einen erneuten Gesundheitszirkel ist dennoch uneingeschränkt.

Frau C nahm am Zirkel teil und wurde bereits durch folgende Kategorien typisiert:

Betriebliche Einflussnahme	Mitsprachemöglichkeiten bestehen
Gesundheitsbezogene Einflussnahme	Gesundheit durch gesunde Lebensweise
Motivation	Gesundheitsbewusstsein
Zufriedenheit mit der eigenen Teilnahme	Gelegenheit zur Aussprache und Anteilnahme
Bewertung der Zirkelergebnisse	Belastungsverdichtung trotz Zirkelerfolge
Antizipierte Veränderungsmöglichkeiten	Geschäftsleitung ist interessiert an der Meinung und dem Wohlergehen der Belegschaft – Initiative wird weitergehen
Zukünftige Beteiligungsbereitschaft	Bereitschaft zur erneuten Beteiligung ist uneingeschränkt

Bei diesem Typ steht die positive gesundheitliche Orientierung im Vordergrund, Gesundheit hat einen hohen Wert. Der Umgang mit der eigenen Gesundheit variiert in dieser Gruppe stark, d.h. das Verständnis, was unter einem gesunden Leben

verstanden wird, ist durchaus unterschiedlich. Während eine Person versucht, ein ausgeglichenes Leben mit Gelassenheit zu führen, bedeutet Gesundheit für jemand anderen 1-2 mal jährlich eine Kur zu absolvieren. Gemeinsam ist ihnen ihr Präventionsinteresse, im Sinne von „gesund leben zu wollen“ und weniger die Kompensation eines Leidensdruck. Zu dieser Gruppe gehört demzufolge auch Herr R, der anfänglich dachte, der Zirkel sei eine Art Rückenschule. Vermutlich würde auch Frau C anderen gesundheitsbezogenen Angeboten grundsätzlich offen gegenüber stehen, z.B. der Teilnahme an einem Gesundheitskurs.

Dem Gesundheitszirkel wird ohne Erwartungsdruck, aber mit Neugier begegnet, da er als interessantes betriebspolitisches Forum gesehen wird. Durch die Beteiligung am Zirkel wird vermutlich das Bedürfnis zur Übernahme von sozialer Verantwortung und zur kollektiven Kontrolle ausgedrückt (vgl. Kals & Montada, 1998). Die Bereitschaft, an betrieblichen Themen mitzuarbeiten, die nicht dem Arbeits- und Gesundheitsschutz dienen, dürfte hingegen geringer ausfallen.

Passive Optimisten

Kennzeichnend für Frau H ist ihr Verzicht auf potenzielle Einflussmöglichkeiten. Sie nimmt wahr, dass andere Einfluss nehmen und somit auch Veränderungen bewirken können. Sie selbst zieht diese Möglichkeiten für sich nicht in Betracht. In den Abteilungsbesprechungen hält sie sich eher zurück. Sie nimmt ihre Arbeit in der Produktion zwar als belastend wahr, bleibt selbst aber beschwerdefrei. Gesundheitlich bedroht sind ihrer Meinung nach eher die, die bereits 20 Jahre in dieser Firma arbeiten. Sie selbst arbeitet zwar auch schon acht Jahre dort, kommt aber mit den Anforderungen zurecht. Sie versucht durch eine gesunde Lebensweise ihre Gesundheit aufrechtzuerhalten, z.B. durch ausreichenden Schlaf, Bewegung und ausgeglichenen Lebensrhythmus. Eine gesundheitliche Bedrohung nimmt sie kaum wahr. Eine aktive Beteiligung am Gesundheitszirkel wird vor diesem Hintergrund nicht als notwendig erachtet. Allerdings ist sie sehr froh noch recht gesund zu sein und hofft, dass sie auch zukünftig den Anforderungen an ihrem Arbeitsplatz gewachsen sein wird. Aufgrund der eigenen Beschwerdefreiheit zählt sie sich nicht zu dem durch den Zirkel angesprochenen Adressatenkreis. Den Zirkel findet sie gerade für solche Kolleg/innen wichtig, die bereits chronisch erkrankt sind. Das es ihn überhaupt gibt, findet sie eine außerordentliche Leistung der Firmenleitung. Dies zeigt ihr, dass die Firma bereit ist, sich um ihre Beschäftigten zu kümmern. Im Gegensatz zu allen Kollegen ihrer Abteilung – ob Beteiligte oder Nichtbeteiligte – sieht sie große Erfolge durch den Gesundheitszirkel. Wenn sie angesprochen worden wäre, hätte sie sich auch am Zirkel beteiligt, und würde dies bei persönlicher Ansprache auch zukünftig tun. Betriebliche Veränderungen kann sie sich allerdings kaum vorstellen. Sie findet, dass man sich mit den Bedingungen, die man am Arbeitsplatz vorfindet, „abfinden“ muss, da man sie nicht alle verändern kann.

Frau H nahm nicht am Zirkel teil und wurde durch folgende Kategorien typisiert:

Betriebliche Einflussnahme	Verzicht auf Mitsprache
Gesundheitsbezogene Einflussnahme	Gesundheit durch gesunde Lebensweise
Motivation	Beschwerdefreiheit
Bewertung der Zirkelergebnisse	Optimistischer Fehlschluss – Gesundheitszirkel brachte deutliche Verbesserungen
Antizipierte Veränderungsmöglichkeiten	Keine
Zukünftige Beteiligungsbereitschaft	Beteiligung bei individueller Ansprache

Mit einer gewissen Zuversicht finden sich Personen diesen Typs mit den Gegebenheiten ab. Dahinter steckt vermutlich die Überzeugung, dass man auch weiterhin mit den Belastungen zurecht kommen wird. Vermutlich verschafft ihnen die mangelnde Gesundheitsbedrohung und der Glaube, mit den Belastungen zurecht zu kommen, eine positive Zukunftsprognose, die auch als Optimismus bezeichnet werden kann (Scheier u.a. 1989). Möglicherweise werden partizipative Handlungen vermieden, da sie die Gewohnheiten stören, Verunsicherungen auslösen oder auch zu Belastungen führen könnten. Motivationspsychologisch wird ein solches Verhalten auch als Lageorientierung bezeichnet (Kuhl, 1987). Veränderungen sind dabei nur geringfügig vorstellbar, beispielsweise dahingehend, dass die Sicherheitsvorschriften verbessert werden könnten. Die Handlungsweisen dieser Gruppe scheinen eher durch äußere Einflüsse dominiert zu sein. So geben sie an, dass bei persönlicher Ansprache eine zukünftige Beteiligung denkbar wäre. Hierin ist Potenzial erkennbar, welches aber mit höherem Aufwand mobilisiert werden müsste.

Stabilisiert Zufriedene

Herr V bewertet seine Büroarbeit und die in seiner Tätigkeit liegenden Einflussmöglichkeiten als zufriedenstellend. Seine Bedürfnisse und Erwartungen sieht er innerhalb seiner bisherigen Möglichkeiten weitestgehend erfüllt. Wäre dies nicht der Fall, könnte er mit seinem Vorgesetzten über diesen Missstand reden und mit Sicherheit zu einer zufriedenstellenden Lösung gelangen. Aufgrund dieser positiven Ausgangssituation sieht Herr V keine Veranlassung weitere Einflussmöglichkeiten nutzen zu müssen, wie etwa durch eine Beteiligung am Gesundheitszirkel. Potenzielle Belastungen kann er ebenso im Rahmen seiner Möglichkeiten bewältigen. Über gesundheitliche Probleme klagt er nicht, versucht aber den Stress zu kompensieren, um gesund zu bleiben. Der Zirkel ist aus seiner Sicht nur dort interessant, wo Beschäftigte keine Einflussmöglichkeiten besitzen oder sich nicht zutrauen, ihr Unbehagen gegenüber dem Vorgesetzten auszudrücken. Da der Zirkel keine strukturellen Veränderungen gebracht hat, sieht er ihn auch nur als eine Art „Meckerecke“ für Einflusslose. Wirklich wichtige Veränderungen für die gesamte Abteilung hat der Zirkel seiner Meinung nach ohnehin nicht erreicht. Der Zirkel wäre nicht mächtig genug, um tatsächlich etwas zu verändern. Dazu müsste man die Führungskräfte stärker in die Verpflichtung nehmen. Herr V würde am Zirkel teilnehmen, wenn dies einen persönlichen Nutzen für ihn hätte. Zum Zeitpunkt des Interviews wäre aus seiner Sicht ein Gesundheitszirkel eher notwendig, da die

Arbeitsverdichtung weiter zugenommen hat. Er selbst wünscht sich mehr Einfluss auf Entscheidungen der Geschäftsleitung. Dafür hätte er gerne einen Zirkel. Um dort Einfluss zu üben, reicht seine hierarchische Position nicht aus, deswegen beschränkt er sich auf Aspekte innerhalb seiner Tätigkeit, die er selbst beeinflussen kann.

Herr V nahm nicht am Zirkel teil und wurde durch folgende Kategorien typisiert:

Betriebliche Einflussnahme	Tätigkeit gewährleistet Einflussnahme
Gesundheitsbezogene Einflussnahme	Gesundheit durch Kompensation von Stress
Motivation	Ausreichende Einflussmöglichkeiten am Arbeitsplatz
Bewertung der Zirkelergebnisse	Gesundheitszirkel war „Meckerecke“ für Einflusslose
Antizipierte Veränderungsmöglichkeiten	Führungskräfte müssten in die Pflicht genommen werden
Zukünftige Beteiligungsbereitschaft	Beteiligung bei erkennbarem Nutzen

Der für diesen Typus verwendete Begriff ist der Terminologie von Bruggemann u.a. (1974) angelehnt, wonach eine stabilisierte Zufriedenheit dann vorliegt, wenn ein stabiles Anspruchsniveau und ein zufriedenstellender Soll-Ist-Vergleich eine Tendenz zur Situationserhaltung auslöst. Personen dieser Gruppe haben bereits zufriedenstellende Einflussmöglichkeiten oder sind mit den vorhandenen durchaus zufrieden. Kennzeichnend ist, dass keine gesundheitlichen Beeinträchtigungen vorliegen. Jemand, der diese zufriedenstellenden Bedingungen vorfindet und zudem keine weitergehenden Ziele verfolgt, fühlt sich offensichtlich nicht von einem Gesundheitszirkel angesprochen. Herr M würde vermutlich ebenfalls zu dieser Gruppe gehören, wenn er nicht von seinem Vorgesetzten zum Zirkel „geschickt“ worden wäre. Eine freiwillige Beteiligung liegt bei dieser Gruppe demzufolge eher bei erkennbarem Nutzen vor. Vermutlich wäre eine Beteiligung erst dann denkbar, wenn die persönliche Soll-Ist-Bilanz Unzufriedenheit auslöst, z.B. durch steigende Belastungen oder eine gesundheitliche Betroffenheit. Insgesamt sehen sie zwar auch Potenzial für betriebspolitische Veränderungen, zweifeln aber daran, ob ein Zirkel die richtige Methode für deren Umsetzung ist.

Fatalistisch Resignierte

Frau B ist bereits gesundheitlich stark beeinträchtigt und sieht weder von betrieblicher Seite, noch aus persönlicher Sicht Möglichkeiten, daran etwas verändern zu können. Sie beschreibt ihre Arbeit in der Produktion als körperlich sehr belastend und geistig sehr monoton. Sie sieht sich durch die Arbeit quasi zu einem „Idioten“ gemacht. Darüber hinaus findet sie, dass die Belastungen ungerecht verteilt sind. Es sind eher die Frauen, und nicht die Männer in ihrer Abteilung, die stark belastet sind. Eine Beteiligung an einem Zirkel schließt sie für sich aus. Sie traut sich das nicht zu und glaubt auch nicht so recht daran, dass der Zirkel tatsächlich etwas an ihrer Situation ändern könnte. Sie hat den Eindruck nicht zur Teilnahme berechtigt zu sein, da sie 2-3 mal im Jahr krank ist. Obgleich sie sehr hofft, dass die Belastungen reduziert werden, kann sie kaum daran glauben, dass dies wirklich geschehen wird. Sie fühlt sich den Verhältnissen am Arbeitsplatz und ihrem Vorgesetzten ausgeliefert. Sie würde gerne eine andere Arbeitsstelle wählen, sieht aber keine

Alternativen. Dadurch glaubt sie, erpressbar zu sein. Sie sieht zwar, dass andere Kolleginnen Erleichterungen mit dem Vorgesetzten aushandeln können, möchte diese Möglichkeit aber nicht in Betracht ziehen, da sie die Arbeit schon irgendwie schafft. Sie hat sich kaum mit dem Zirkel beschäftigt und weiß nicht, wer daran teilgenommen hat, dass er bereits beendet ist und was dabei heraus gekommen ist. Sie geht davon aus, dass der Zirkel keine Verbesserungen gebracht hat, da die Geschäftsleitung sowieso alles beschließt und daran könnte man nichts ändern. Da kein Erfolg durch den Zirkel ersichtlich ist, sieht sie sich in ihrer pessimistischen Haltung bestätigt. Sie würde auch bei einem erneutem Zirkel nicht teilnehmen, da im Grunde keine Verbesserungen zu erwarten wären.

Frau B nahm nicht am Zirkel teil und wurde durch folgende Kategorien typisiert:

Betriebliche Einflussnahme	Mitsprache ist nicht vorhanden
Gesundheitsbezogene Einflussnahme	Kein Einfluss auf die eigene Gesundheit
Motivation	Fehlende Selbstwirksamkeit
Bewertung der Zirkelergebnisse	Pessimistische Haltung bestätigt: Zirkel kann nichts verändern
Antizipierte Veränderungsmöglichkeiten	Keine
Zukünftige Beteiligungsbereitschaft	Keine Beteiligungsbereitschaft aufgrund fehlenden Veränderungsglaubens

Alle Personen dieser Gruppe sind stark geprägt durch ihr fehlendes Zutrauen in die eigenen Fähigkeiten. Dies, und der Glaube nichts verändern zu können verhindert eine aktive Beteiligung an einem Zirkel. Das Gefühl der eigenen Verletzbarkeit macht diese Personen in gewisser Weise handlungsunfähig für die Bewältigung ihrer Probleme. Weitestgehend externale und fatalistische Kontrollüberzeugungen sowie Bagatellisierung der eigenen Probleme zeichnen diese Beschäftigten aus. Bei ihnen scheinen die erlebten Belastungen bereits Risikoverhaltensweisen hervorzurufen. Mit einem Gesundheitszirkel können sie demzufolge nichts anfangen. Da dieser Personenkreis aber als stark gesundheitlich bedroht betrachtet werden kann, müssten hier Maßnahmen direkter Verhältnisprävention angestrebt werden. Ein schrittweiser Aufbau der verloren gegangenen Kontroll- und Kompetenzerwartungen wäre ebenfalls ein Ansatzpunkt.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass Beschäftigte vor dem Hintergrund ihrer Erfahrungen, Möglichkeiten und persönlichen Überzeugungen unterschiedlich auf das Angebot zur Mitarbeit an einem Zirkel im Rahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung reagieren. Die vorgenommene Differenzierung zeigt anschaulich, in welcher Weise individuelle Voraussetzungen, aber auch Hemmnisse die Entscheidung für oder gegen eine Zirkelbeteiligung beeinflussen. Die vorgefundenen Beteiligungsmuster können demzufolge wertvolle Impulse für die betriebliche Praxis liefern. Sie bieten Ansatzpunkte für die stärkere Einbeziehung von Beschäftigtengruppen, die bislang inaktiv gewesen sind. Sie zeigen aber auch, dass gerade gesundheitlich gefährdete Personen durch einen Gesundheitszirkel nicht erreicht werden können. Darüber hinaus wird deutlich, dass bei dem Teil der Belegschaft, die

hohe Erwartungen in den Zirkel setzen, enttäuschte Partizipationserfahrungen zur Verweigerung der erneuten Mitarbeit führen können.

10.2 Fazit: Vorschläge für eine differenzielle Beteiligungspraxis

Die Partizipationsmuster zeigen deutlich die verschiedenartigen Ausgangssituationen der Beschäftigten, die an ihrem Arbeitsplatz mit der Möglichkeit zur Mitarbeit an einem Gesundheitszirkel konfrontiert werden. Aufgrund dieser verschiedenartigen Motivation, Erwartung und Einstellung liegt es nahe, einen differenziellen Ansatz der Beteiligung an betrieblicher Gesundheitsförderung zu praktizieren, indem eine Beteiligung nicht nur auf die Zirkelarbeit beschränkt bleibt. Überlegungen zu einem solchen differenziellen Ansatz müssen nicht nur die spezifischen Bedürfnisse verschiedener Beschäftigtengruppen berücksichtigen, sondern auch die jeweiligen Bedingungen des Arbeitsplatzes. Das bloße Anbieten eines Gesundheitszirkels könnte demzufolge nicht ausreichen, um alle Beschäftigten zu erreichen. In der Konsequenz würde dies bedeuten, dass es weitere Beteiligungsangebote neben dem Gesundheitszirkel geben müsste. Ein solcher Ansatz muss in der Lage sein, die unterschiedlichen Gruppen mit ihren Besonderheiten angemessen involvieren zu können. Betriebe müssten sich demzufolge der unterschiedlichen motivationalen Ausgangsbedingungen ihrer Belegschaften bewusst werden, um ihr Vorgehen darauf abzustimmen. Auf diese Weise könnten deutlich mehr Beschäftigte eine Chance bekommen, im Prozess der Gesundheitsförderung entsprechend ihren Fähigkeiten und Bedürfnissen aktiv zu werden.

Aus betrieblicher Sicht könnte sich beispielsweise die Frage stellen, ob die Auswahl der Zirkelmitglieder gezielter vorgenommen werden sollte. So sind für das konstruktive Gestalten innerhalb eines Veränderungsprozesses eher Personen geeignet, die bereits erfahren in der Partizipation sind, d.h. aus der Gruppe der *partizipationsorientierten Gestalter* kommen. Sie können ihre Kompetenzen für die betriebliche Auseinandersetzung einbringen und sind tolerant gegenüber den üblichen Verzögerungen beim Veränderungsprozess. Sie hätten eher das erforderliche Durchhaltevermögen, was für den betrieblichen Wandel hin zu einer gesundheitsförderlichen Arbeitsorganisation nötig ist. Jedoch könnten ihnen aufgrund ihrer fehlenden gesundheitlichen Betroffenheit möglicherweise das Wissen über das Gefährdungspotenzial der Arbeitsplätze und deren gesundheitliche Auswirkungen fehlen. Zur Erfassung und Analyse der Arbeitsbelastungen wäre demnach die Gruppe der *gesundheitsbedrohten Problemlöser* eher geeignet, da sie aus ihrer Erfahrung heraus wissen, welche Bedingungen belasten und möglicherweise bereits Lösungsideen haben. Ihnen wiederum fehlen vermutlich Handlungskompetenzen im individuellen Umgang mit Belastungen, die in einem gesonderten Kurs gelernt werden können. Dort können sie nicht nur ihre Situation anderen Betroffenen mitteilen, sondern auch ihre persönlichen Bewältigungsstrategien überdenken und neue lernen. Gerade für diese Zielgruppe ist der „combined approach“ (Wickström, 1992) wichtig, indem verhältnis- und verhaltensbezogene Maßnahmen aufeinander abgestimmt werden. In der bisherigen Praxis wird ein Gesundheitszirkel nicht nur als Beteiligungsinstrument der Gesundheitsförderung eingesetzt, sondern stellt zugleich selbst eine Gesundheitsförderungsmaßnahme dar. Anhand der analysierten Erfahrungen des Typs gesundheitsbedrohter Problemlöser wäre diese Praxis jedoch zu überdenken. M.E. sollten diese beiden Funktionen voneinander getrennt werden, da ein Zirkel kaum kurzfristige Entlastungen bringen kann.

Die *präventionsorientierten Aktiven* könnten vor dem Hintergrund ihrer positiven Haltung zur Gesundheit und ihrem Verantwortungsgefühl für die Gemeinschaft in der Rolle von Multiplikatoren eingesetzt werden. Von ihnen könnte Überzeugungsarbeit geleistet werden, die an die Eigenverantwortlichkeit im gesundheitsbezogenen Handeln appelliert. Bei ihnen sind möglicherweise bereits Handlungskompetenzen vorhanden, die zur Gesunderhaltung beitragen. Sie könnten durch ihre Vorbildfunktion das Gesundheitsbewusstsein in der übrigen Belegschaft stärken. Dies wäre gerade für die *passiven Optimisten* hilfreich, da sie möglicherweise ein zu gering ausgeprägtes Verständnis vom Gefährdungspotenzial ihres Arbeitsplatzes haben. Zudem wären sie durch solche direkten Kontakte vermutlich eher bereit, sich mit dem Thema Gesundheitsförderung auseinanderzusetzen.

Wie bereits erwähnt, sind den *fatalistisch Resignierten* konkrete Angebote zur Entlastung anzubieten, die sie mehr oder weniger freiwillig wahrnehmen können. Sie können etwa lernen, wie sie mit Stress am Arbeitsplatz effektiver umgehen und ihre Ressourcen besser nutzen. Vermutlich können sie erst durch individuelle Handlungserfolge in der Lage sein, ihre fatalistischen Sichtweisen schrittweise aufzugeben. Eine zusätzliche Betreuung durch die betriebliche Sozialarbeit wäre gerade für diese Zielgruppe von Vorteil. In Einzelfällen könnte vermutlich auch eine Umsetzung an einen anderen Arbeitsplatz erforderlich sein, um bereits erkrankte Beschäftigte vor den Langzeitbelastungen zu schützen. Grundsätzlich scheint hier das Vorbeugen vor weiteren gesundheitlichen Schäden im Sinne einer Sekundärprävention angemessen. Im Gegensatz dazu müssten die *stabilisiert Zufriedenen* aus gesundheitspolitischen Gründen nicht zwingend mobilisiert werden. Sie scheinen bereits zu besitzen, worin andere Personen und Bereiche gefördert werden müssen. Dennoch könnten sie mit ihren Ressourcen dazu beitragen, dass Gesundheitsförderung im Betrieb vorangetrieben wird. Demzufolge ist zunächst zu akzeptieren, dass sie sich nicht verändern wollen. Sie könnten jedoch als Experten für „zufriedenstellende Arbeitsbedingungen“ herangezogen werden, indem sie Kolleg/innen oder Abteilungen in ihrer Entwicklung unterstützen.

Mit diesen beispielhaften Erläuterungen sollte veranschaulicht werden, dass sich die Umsetzung von Partizipation nicht nur an betrieblichen Erfordernissen orientieren darf, sondern auch an den Stärken und Schwächen der Belegschaft. Während die partizipationsorientierten Gestalter ohne Vorbereitung beteiligt werden können, müssten zeitgleich die passiven Optimisten zunächst für Partizipation qualifiziert werden. Von den gesundheitsbedrohten Problemlösern kann das Wissen über Belastungen genutzt werden, um Maßnahmen zu generieren. Für die fatalistisch Resignierten müssen jedoch sofortige Maßnahmen zur Erleichterung umgesetzt werden, da sie in hohem Maße gesundheitlich gefährdet sind. Ein solches Vorgehen setzt allerdings voraus, dass in den Betrieben diese Unterschiedlichkeit verstanden und akzeptiert wird. Sie entspricht im Wesentlichen dem Prinzip der differenziellen Arbeitsgestaltung, in dem den Beschäftigten verschiedene Beteiligungsangebote zur Wahl gestellt werden, die sie je nach ihren individuellen Voraussetzungen wählen können (Ulich, 1978b).

Mit Sicherheit stellt solch ein differenzieller Beteiligungsansatz für Betriebe, die in der Partizipation bislang wenig geübt sind, eine hohe Anforderung dar, die nicht ohne Komplikationen erfüllt werden kann. Günstige Voraussetzungen werden hingegen solche Betriebe haben, die bereits eine langjährige Beteiligungs- und Veränderungskultur vorweisen. Sie dürften für den hier beschriebenen Ansatz geeignet sein, da sie möglicherweise auch schon in ihren Versuchen, die Beschäftigten allein durch

Gesundheitszirkel zur Gesundheitsförderung zu mobilisieren, an Grenzen gestoßen sind.

11 Zusammenfassende Diskussion und Schlussfolgerung

Das Ziel der vorliegenden Untersuchung ist es, eine Analyse der individuellen Voraussetzungen für eine Beteiligung an Gesundheitszirkeln vorzunehmen. Dazu wurde der Entscheidungsprozess und seine Einflussgrößen im Zusammenhang mit einer Beteiligung an Gesundheitszirkeln anhand von qualitativen Daten themen- und einzelfallbezogen typologisiert. Die vorliegenden Ergebnisse haben eine Reihe interessanter Erkenntnisse zur Differenzierung der Beteiligungsmotivation und der Verarbeitung von Beteiligungserfahrungen hervorgebracht.

Ausgehend von den Erkenntnissen aus der Partizipationsforschung, die sich bislang kaum mit den individuellen Voraussetzungen von Beteiligung befasst hat, wurden deren Erklärungsansätze systematisiert (Kap. 3). Darin kann Partizipation als die Umsetzung eines Bedürfnisses nach Selbstbestimmung verstanden werden. Handlungskompetenz und Partizipationserfahrungen erhöhen die Wahrscheinlichkeit, sich an partizipativen Kleingruppen zu beteiligen. Einige Untersuchungen belegen Zusammenhänge, in denen Partizipation mit soziodemografischen Merkmalen wie Geschlecht oder Bildungsgrad korreliert. Es wurde aufgezeigt, dass diese Ansätze zur Erklärung einer Partizipation am Gesundheitszirkel nicht ausreichen. Demzufolge wurden motivationale Theorieansätze zur Erklärung betrieblichen und gesundheitsförderlichen Handelns hinzugezogen. Ein in Kapitel 4.3 entwickeltes Rahmenmodell basiert auf dem Handlungsphasenmodell (Heckhausen, 1989) und dem HAPA-Modell (Schwarzer, 1999) und dient zur Erklärung der Mechanismen und Einflussgrößen von Beteiligung an Gesundheitszirkeln. In diesem motivationalen Modell wurden theoretische Ansätze aus der Partizipationsforschung ebenso integriert wie Ansätze aus der arbeitspsychologischen Stressforschung. Die Kernelemente bestehen auf einem motivationalem Handlungsschema, welches personale und organisationale Einflussfaktoren berücksichtigt. Dieses Modell wurde Grundlage für die empirische Erhebung durch leitfadengestützte Interviews und hat sich als heuristisches Rahmenmodell in der Auswertung bewährt.

Im ersten Teil der Analyse konnten folgende vier Themenbereiche dimensionalisiert und einem Vergleich zwischen den beiden Kontrastgruppen, den Beteiligten und Nichtbeteiligten, unterzogen werden:

- Bedeutung der wahrgenommenen betrieblichen und gesundheitsbezogenen Einflussnahme für die Beteiligung am Gesundheitszirkel,
- Ablauf und Zusammenhänge im Entscheidungsprozess durch die Betrachtung des Informationsprozesses sowie der Motivation und der Erwartungen an den Zirkel,
- Analyse der Bewertung der Zirkelarbeit, des eigenen Beitrags und der Zirkelergebnisse sowie
- Betrachtung der antizipierten Veränderungsmöglichkeiten und zukünftige Beteiligungsbereitschaft als Konsequenz aus der Partizipationserfahrung.

Eine erste Diskussion der Schlussfolgerungen aus der empirisch begründeten Typenbildung wurde bereits in Bezug auf die vier Themenbereiche im Vergleich zwischen den Beteiligten und Nichtbeteiligten vorgenommen (vgl. Kap. 6 bis 9). Insgesamt lässt sich sagen, dass die wahrgenommene Einflussnahme auf die Gesundheit vor allem bei den bereits erkrankten Beschäftigten eine entscheidende

Rolle zu spielen scheint. Unter den Beteiligten befanden sich solche, die glaubten ihre Gesundheitsprobleme aktiv bewältigen zu können, während die gesundheitlich beeinträchtigten Nichtbeteiligten fatalistische Kontrollerwartungen zeigten. Insgesamt scheinen alle Beteiligte eher daran zu glauben ihre Arbeitsumgebung aktiv beeinflussen zu können, während unter den Nichtbeteiligten auch solche zu finden sind, die dies entweder nicht glauben oder es nicht wollen (vgl. Kap. 6.3).

Der Vergleich der Motivation zwischen den Beteiligten und Nichtbeteiligten zeigt eine hohe Varianz an Begründungen für bzw. gegen eine Beteiligung, auf die später noch eingegangen wird. Interessant ist, dass bis auf diejenigen, die ihre Belastungen durch die Zirkelmitarbeit bewältigen wollen, bei allen anderen Gruppen (egal ob Beteiligte oder Nichtbeteiligte) eher geringe bis pessimistische Erwartungen an den Zirkel vorlagen (vgl. Kap. 7.2.3). Im Vergleich der Bewertungen der Zirkelarbeit zeigen sich Unterschiede, die sich aus der Innen- und Außensicht der Beschäftigten begründen lassen. So wird für die Beteiligten der Zirkel am persönlichen Nutzen oder an dessen Ergebnissen gemessen. Die Nichtbeteiligten nahmen von den Ergebnissen eher wenig wahr und beurteilten den Zirkel aus der Funktion heraus, die er zu haben schien, z.B. „Meckerecke für Einflusslose“ (vgl. Kap. 8.3.3). Der Vergleich der Zukunftsprognosen zeigt, dass sich durch die Zirkelerfahrung der Kreis der Aktiven und Passiven verschieben lassen könnte. Während von den Ergebnis Enttäuschte auf keinem Fall wieder partizipieren, könnten sich bislang Inaktive vorstellen, sich zukünftig zu beteiligen, wenn sie mehr Unterstützung erfahren (vgl. Kap. 9.3).

Der zweite Teil der Analyse bestand aus einer fallvergleichenden Kontrastierung, über alle untersuchten Fälle hinweg, die sechs verschiedene Partizipationsmuster hervorbrachte:

- Partizipationsorientierte Gestalter
- Gesundheitsbedrohte Problemlöser
- Präventionsorientierte Aktive
- Passive Optimisten
- Stabilisiert Zufriedene
- Fatalistisch Resignierte

Ebenfalls umfassend diskutiert wird die Bedeutung dieser Partizipationsmuster für die betriebliche Praxis (vgl. Kap. 10.2). Vorgeschlagen wird, die verschiedenen Beschäftigtengruppen entsprechend ihrer Fähigkeit und Bereitschaft in die Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung differenziert einzubeziehen. Allein das Instrument des Gesundheitszirkels könnte demzufolge für eine adäquate Beteiligung möglichst vieler Beschäftigter nicht ausreichen. Andere dort vorgeschlagenen Beteiligungsaktivitäten sind zwar nicht ausschließlich im Sinne einer betrieblichen Partizipation (vgl. 3.1.) zu verstehen, könnten jedoch hilfreich in der Vorbereitung für partizipative Handlungen sein.

Bevor die Ergebnisse diskutiert werden, sollen vorher einige Anmerkungen zur methodischen Umsetzung und empirischen Analyse gemacht werden. Zunächst müssen die gefundenen Ergebnisse vor dem Hintergrund der selektiert befragten Personen betrachtet werden. Wie bereits in Kapitel 5 diskutiert, könnte die vorliegende Selektion der Untersuchungsgruppe zu einer Verzerrung der Stichprobe geführt haben. Demzufolge sind die empirisch erkennbaren Ähnlichkeiten, Unterschiede sowie Zusammenhänge möglicherweise eher begrenzt und könnten nur einen Ausschnitt aus der Realität darstellen. Eine Aufgabe zukünftiger Forschung

sollte daher darin liegen, eine größere Vielfalt von Personengruppen mit einzubeziehen, insbesondere diejenigen, die einen Zirkel abgebrochen haben. Ein Vorgehen im Sinne der Grounded Theory, z.B. durch sukzessive Einbeziehung von Interviewpartner/innen bei gleichzeitig stattfindender Analyse, könnte dabei ergiebiger sein (Glaser & Strauss, 1967).

Des Weiteren muss kritisch angemerkt werden, dass eine Interviewführung, die noch stärker auf Erzählimpulse abgezielt hätte, die Gruppierung und Bildung von Typen an einigen Stellen erleichtert hätte. Aufgrund fehlender Aussagen bzw. Antworten der Interviewpartner/innen konnten in einigen themenbezogenen Analysen nicht immer alle Fälle einbezogen werden. Hier fehlen möglicherweise Erfahrungen und Sichtweisen der Beschäftigten, die die vorliegenden Ergebnisse hätten erweitern können. Es sei hier auch angemerkt, dass die vorgenommene Typenbildung der Partizipationsmuster als eine Momentaufnahme zu verstehen ist. Wie bereits erwähnt, können die gefundenen Muster des Partizipationshandelns zeitlich durchaus instabil sein. Eine Beschreibung generalisierter Handlungsmuster kann erst durch die Einbeziehung umfassender Erfahrungen erfolgen, die nicht nur auf *eine* Entscheidungssituation beschränkt ist. Wie diese lebensgeschichtlich entstanden sind könnte beispielsweise durch biographische Interviews exploriert werden.

Worin liegen die Kernpunkte, die zu einer Differenzierung der Beteiligungsmotivation führen?

Die gefundene Motivation zur Zirkelmitarbeit lässt sich im Wesentlichen auf drei Begründungsmuster zurückführen: Belastungsbewältigung, Mitsprachewunsch und Gesundheitsbewusstsein. Zirkelarbeit erreicht also Menschen, die sowohl gesundheitsbezogene als auch beteiligungsorientierte Gründe für ihr Engagement angeben. Damit verbunden sind unterschiedliche Konsequenzerwartungen, die auf das Ergebnis der Zirkelmitarbeit zielen. Beispielsweise sehen die als *gesundheitsbedrohte Problemlöser* bezeichneten Personen in der Zirkelarbeit eine Möglichkeit zur Belastungsbewältigung und sind auf eine Belastungsreduktion stärker angewiesen als die anderen beiden Beteiligungsgruppen. Bei den *partizipationsorientierten Gestaltern* könnte nach Wilpert (1998) ein ausgeprägtes Bedürfnis nach Unabhängigkeit vorliegen, welches situationsübergreifend zum Ausdruck kommt und möglicherweise bereits allein durch die Mitarbeit am Zirkel befriedigt wird. Allerdings kann die Beteiligung dieser Personen auch als Verantwortungsübernahme verstanden werden, da der persönliche Nutzen eher gering ist und die Zielstellung des Zirkels einen Gemeinnutzen darstellt. Die *präventionsorientierten Aktiven* zeigen eine andere, von den ersten beiden Gruppen verschiedene, Konsequenzerwartung. Sie haben zwar keinen Änderungsdruck, wollen aber etwas gegen die betrieblichen Gesundheitsgefährdungen tun. Ihr Interesse am Gesundheitsschutz kann durchaus vor dem Hintergrund sozialer Verantwortung gesehen werden (vgl. Kals & Montada, 1998).

Die Begründungen gegen eine Beteiligung sind ebenso vielfältig und würden damit unterschiedliche Herangehensweisen zur Aktivierung dieser Personen für eine Beteiligung in der betrieblichen Gesundheitsförderung implizieren. Diejenigen, die zum Zeitpunkt des Angebots bereits ausreichend Einflussnahme besitzen, entweder innerhalb ihrer Tätigkeit oder durch bereits erfolgtes betriebliches Engagement, würden sich nur dann beteiligen, wenn ein zusätzlicher Nutzen erkennbar wäre. Grundsätzlich ist dort zwar Beteiligungspotenzial vorhanden, es zu mobilisieren dürfte sich allerdings nur individuell realisieren lassen. Möglicherweise finden sich

gerade unter den *stabilisiert Zufriedenen* auch solche, die sich auf ihren eigenen Interessensbereich zurückgezogen haben, da sie auf betrieblicher Ebene keine Veränderungsmöglichkeiten mehr sehen. Zur Gruppe der *partizipationsorientierten Gestalter* gehören zwar Personen, die eine hohe Bereitschaft zur Beteiligung am betrieblichen Veränderungsprozess zeigen, jedoch nicht jede Gelegenheit dazu nutzen würden. Aufgrund vorhandener Alternativen nahmen diese beiden Gruppen eine Kosten-Nutzen-Abwägung vor, die den Aufwand einer Beteiligung, gemessen an deren geschätztem Ergebnis zu hoch erscheinen ließ.

Während diesen beiden Gruppen Möglichkeiten der Einflussnahme zur Verfügung stehen – und damit auch eher potenzielle Gesundheitsressourcen – ist dies bei den restlichen Inaktiven jedoch nicht der Fall. Vor allem diejenigen, die eine Beteiligung aufgrund ihrer Kontroll- und Kompetenzerwartungen ablehnen, sind von ihrer Gesundheitsgefährdung her als besonders kritisch zu bezeichnen. Sie sehen keine Einflussmöglichkeit auf ihre Gesundheit – generell nicht und auch nicht an ihrem Arbeitsplatz. Sie trauen sich eine Beteiligung nicht zu. Bei dieser Zielgruppe, den *fatalistisch Resignierten*, sollte nach Janssen (2001) Konsequenz gefolgt werden, dass die Beteiligung an Gesundheitsförderungsmaßnahmen nicht nur der eigenen Verantwortung überlassen bleibt. Möglicherweise würden diese Personen Gesundheitskursen gegenüber ebenfalls ablehnend reagieren. Ihre Chancen auf eine Reduzierung der betrieblichen und persönlichen Gesundheitsgefahren liegen demzufolge vor allem in der Verantwortung des Arbeitgebers. Unter Umständen kann auch eine „Verordnung“ einer Teilnahme an Gesundheitskursen oder ähnlichen Aktivitäten sinnvoll sein, wie es sich bereits für die Zirkelbeteiligung gezeigt hat (vgl. Kap. 7.2.1).

Die *passiven Optimisten* lehnen eine Beteiligung aufgrund ihrer Beschwerdefreiheit ab. Trotz erlebter Belastungen unterschätzen sie möglicherweise das Gefährdungspotenzial ihres Arbeitsplatzes, was zu einem Verzicht auf Kontrolle führt. Ob hier die fehlende Gesundheitsbedrohung oder das Vorhandensein von Arbeitsbelastung zu einer Inaktivität geführt hat, lässt sich nicht abschließend klären. Fazit ist, dass hier Partizipationspotenziale nicht genutzt werden, die durch eine intensivere Ansprache ausgeschöpft werden könnten. Gerade vor dem Hintergrund, dass Belastungen noch zu einem späteren Zeitpunkt gesundheitliche Folgen nach sich ziehen können, ist auch diese Gruppe Gesundheitsgefährdungen ausgesetzt. Gesundheitsförderung, die auf Langfristigkeit angelegt ist, müsste demzufolge bei dieser Zielgruppe zunächst durch Information und Aufklärung ansetzen, um den Aufbau des Gefährdungsbewusstseins und der Eigenverantwortlichkeit zu stärken. Letztendlich würde sich diese Strategie aber nur dann als erfolgreich erweisen, wenn danach entsprechende Einflussmöglichkeiten am Arbeitsplatz bestehen, um mit Belastungen anders umgehen zu können.

Was bedeutet die Differenzierung von Partizipationsmustern für die Umsetzung der Beteiligung an betrieblicher Gesundheitsförderung?

Offensichtlich stellt das Ziel, aktiv in der betrieblichen Gesundheitsförderung beteiligt zu sein, für einen Teil der Belegschaften eine Überforderung dar. Während unter den Beteiligten bereits vor der Zirkelmitarbeit Erfahrungen mit betrieblicher Mitsprache und Einflussnahme vorhanden sind, scheinen unter den Nichtbeteiligten Erfahrungen damit eher beschränkt. Sehr wahrscheinlich dürften bei den Zirkelmitgliedern entsprechende Kompetenzen in der Kommunikation und sozialen Auseinandersetzung bereits vor der Zirkelerfahrung vorhanden gewesen sein. Diese Annahme würde dafür sprechen, dass Partizipation als eine Folge vorhandener

Handlungsfähigkeit zu sehen ist (vgl. Kap. 3.3.1.2). Partizipation müsste demzufolge von Unerfahrenen zunächst gelernt werden, was wiederum erst durch den Aufbau von Handlungskompetenzen geschieht. Dies scheint in der Praxis ein Dilemma darzustellen: Um sich beteiligen zu können, werden Kompetenzen vorausgesetzt, die erst durch die Partizipationserfahrung gelernt werden. An dieser Stelle sind die Betriebe gefordert, eine Umgebung zu schaffen, die diesen Lernprozess ermöglicht. Eine solche Schlussfolgerung unterstützt den in Kapitel 3.3.1.3 diskutierten Erklärungsansatz, dass Partizipation als ein dynamischer Lern- und Entwicklungsprozess zu betrachten ist. Ein Schritt diesen Entwicklungsprozess zu fördern könnte darin bestehen, die Handlungs- und Entscheidungsspielräume innerhalb der Tätigkeiten grundsätzlich zu erhöhen.

Diese Kompetenzen, die zugleich Voraussetzung und Folge von Partizipation sind, entsprechen ebenfalls den Zielen der Gesundheitsförderung, nämlich die Fähigkeit, auf die Bedingungen Einfluss zu nehmen, die Gesundheit beeinträchtigen. In der Tat berichten die meisten Zirkelmitglieder, dass sie durch die Partizipation persönlich profitieren, u.a. durch die Stärkung ihrer Problemlösefähigkeit und der sozialen Kompetenz. Hier könnte auch ein Zuwachs an Selbstwirksamkeit und internaler Kontrollerwartung stattgefunden haben, die durch die Wahrnehmung kompetenten Handelns und der Einflussnahme erzeugt worden sind. Wie bereits in Kapitel 2.1 diskutiert, stellt Beteiligung nicht nur einen wesentlichen Bestandteil der betrieblichen Gesundheitsförderung dar, sondern ist zugleich notwendige Folge derselben, da sie den Aufbau von Handlungskompetenzen im Sinne eines Gesundheitspotenzials fördern kann.

Wenn Partizipation nicht in eine nachhaltige Strategie eingebettet ist, besteht die Gefahr, dass Handlungsressourcen, die durch Partizipation aufgebaut wurden, im täglichen Arbeitshandeln nicht genutzt werden können und vermutlich sogar wieder verloren gehen. Dieser Zuwachs an Handlungskompetenz stellt in der Tat ein Verlust für jede Arbeitsorganisation dar und widerspricht dem Anspruch der betrieblichen Gesundheitsförderung. Hier erweist sich die Kritik von Kißler u.a. (2000) als berechtigt, dass eine Parallelorganisation von Partizipation und Arbeitstätigkeit, die unterschiedlichen Verhaltensweisen und Einstellungen folgt, eine sich widersprechende Umwelt darstellt und die menschliche Arbeitskraft „spaltet“. Der Ausweg kann eigentlich nur darin bestehen, eine partizipative Arbeitsorganisation aufzubauen, in der Beteiligung auf Dauer angelegt ist. Zu bedenken ist auch, dass die temporäre Partizipation, wie sie durch die Zirkelarbeit gegeben ist, für die Schaffung gesundheitsförderlicher Arbeitsplätze nur bedingt erfolgreich sein kann, wenn deren Prinzipien nicht in die gesamte Arbeitsorganisation umgesetzt werden³³.

Die oben diskutierten Motivations- und Beteiligungsmuster zeigen recht deutlich, dass eine differenzierte Herangehensweise nötig ist, um größere Anteile der Beschäftigten durch Beteiligungsangebote für die Gesundheitsförderung zu

³³ Grundsätzlich sei zur Partizipation durch betriebliche Kleingruppen angemerkt, dass sie kaum in der Lage sein wird, ein Defizit an Einflussmöglichkeiten auf Dauer auszugleichen. Nachhaltige Partizipation kann durch die temporäre Teilhabe in rein vorschlagenden Zirkelgruppen kaum stattfinden. Werden diese Vorschläge zudem nicht von den betrieblichen Entscheidungsträgern umgesetzt, handelt es sich lediglich um eine reine „Rede-Partizipation“. Die Gefahr besteht, dass, wenn die Beschäftigten nach der Zirkelteilnahme wieder Verhältnisse vorfinden, die ihre Gesundheits- und Handlungskompetenzen einschränken, die Gesundheitszirkel auf ein Instrument der kurzlebigen Teamentwicklung reduziert werden.

erreichen. Zugleich muss aber auch festgehalten werden, dass nicht jeder Mensch auf Antrieb zu motivieren ist und nicht jedes Angebot einen Anreiz zur Beteiligung an der Gesundheitsförderung darstellt. Hier sind den betrieblichen Handlungsmöglichkeiten in dem Bemühen um eine aktive Beteiligung aller Beschäftigten vermutlich Grenzen gesetzt.

Welche Konsequenzen lassen sich aus den Ergebnissen in Bezug auf eine Verbesserung der Partizipation ziehen?

Wie bereits in der Literatur hinreichend diskutiert, können entsprechende Information und Vorbereitung der Belegschaften eine Entscheidung zur Partizipation begünstigen, aber auch verhindern (vgl. Kap. 3.2). Anhand der vorliegenden Ergebnisse wird erneut deutlich, wie wesentlich die Information ist, die den Einzelnen erreicht und das Verständnis für einen Gesundheitszirkel erhöht und ihn nicht fälschlicherweise als Rückenschule fehlinterpretiert. Die Verdeutlichung der komplexen Zusammenhänge von Arbeitsbelastungen und Gesundheit könnte ein Bewusstsein für die langfristige Auswirkung von Gefährdungen schon im Vorfeld schaffen. Dazu gehört auch, dass der Arbeitsort als Quelle von Wohlbefinden und zum Aufbau von Ressourcen zur Gesunderhaltung verstanden wird, wie sie in den Leitlinien der betrieblichen Gesundheitsförderung formuliert sind (vgl. Kap 2.1.1).

Die Beteiligungsbereitschaft der Beschäftigten könnte gerade durch eine gezielte, auf die individuellen Bedürfnisse eingehende, Kommunikation erhöht werden. Eine intensivere Aufklärung über die Arbeit im Zirkel und die Rolle der Beschäftigten könnte beispielsweise die unsicheren und ängstlichen Personen unterstützen, die Hemmschwelle zur Beteiligung zu überwinden. Durch persönliche Ansprache und überzeugende Information über den Nutzen für den Einzelnen könnte die Beteiligungsbereitschaft auch bei denen erhöht werden, die sich aus eigenem Antrieb nicht beteiligen würden. Eine stetige Information über die Erfolge von Beteiligungsprozessen wäre auch in der Lage, den Glauben an kollektiver Kontrolle langfristig zu stärken. Gerade die Glaubwürdigkeit eines Projekts zur Gesundheitsförderung könnte dadurch nachhaltig unterstrichen werden, wie sie bereits in Kapitel 3.2.2 als spezifische Rahmenbedingungen bei der Einführung von Gesundheitszirkeln diskutiert wurden.

Ebenso wie eine umfassende Information erwies sich das erlebte Verhalten des Managements als Indikator für das Vertrauen in die Aktivitäten zur Gesundheitsförderung. Vermutlich entsteht dort, wo eine Gesundheitsförderungsinitiative erstmalig eingeführt wird, Vertrauen vor allem dadurch, dass die geplanten Maßnahmen vom Management getragen werden. Dies würde aus Sicht der Beschäftigten im Wesentlichen dadurch erzeugt werden, dass sich Entscheidungsträger aller Ebenen selbst mit dem notwendigen Engagement auf ein solches Vorhaben einlassen. Aus betrieblicher Sicht sollte demzufolge zunächst das gesamte Management an der Gesundheitsförderung beteiligt werden, bevor auf der Ebene der Beschäftigten Gesundheitszirkel stattfinden. Dadurch können Widerstände im mittleren Management abgebaut werden, welches eine wesentliche Voraussetzung für die Beteiligung der Beschäftigten ist (vgl. Kapitel 3.2.2).

Bislang wurde davon ausgegangen, dass vor allem die Einstellung und das Verhalten des *mittleren* Managements zentral für eine Beteiligungsbereitschaft sind. Anhand der vorliegenden Ergebnisse zeigte sich jedoch, dass auch die Präsenz und aktive Unterstützung des *oberen* Managements die Glaubwürdigkeit einer Gesundheitsmaßnahme unterstreicht und das Vertrauen durch eine aktive Teilhabe daran stärkt. Die Aussagen der bereits partizipationserfahrenden Beschäftigten

deuten darauf hin, dass im fortgeschrittenem Stadium die Glaubwürdigkeit von Gesundheitsförderungsprogrammen an der Veränderungsbereitschaft der Geschäftsleitung gemessen wird. Die Beschäftigten werden dies vor allem daran erkennen, dass sich durch Zirkelarbeit spürbare Verbesserungen ergeben haben. Ansonsten ist zu befürchten, dass anfängliches Vertrauen in das Management durch mangelnde Umsetzung der Zirkelergebnisse verspielt wird. Dies kann die zukünftige Beteiligungsbereitschaft mindern (vgl. Heller, 1998).

Die für die vorliegende Arbeit ausgewählten Zirkel zeigen, dass ein Erfolg der Zirkelarbeit nicht selbstverständlich ist. In zwei Unternehmen werden die Ergebnisse der Zirkelarbeit von den Projektmitarbeitern als noch nicht erreicht und von den Beschäftigten als zum Teil unzureichend bewertet. Möglicherweise liegt dies daran, dass es sich um erste Initiativen handelt und der Zeitpunkt der Befragung zu kurz nach dem Abschluss des Zirkels lag. Dennoch stellt sich für diese Unternehmen das Problem, dass ein Teil der Beschäftigten den Zirkel bereits als Misserfolg wahrgenommen hat und damit die Glaubwürdigkeit von betrieblicher Gesundheitsförderung in Frage stellt. Dies zeigt einmal mehr, dass bereits zu Beginn eines Gesundheitsförderungsprojekts langfristig geplant werden muss, um nicht nach den ersten Hindernissen Halt machen zu müssen. Der Wandel zu einer gesundheitsförderlichen Arbeitsgestaltung kann nicht von kurzfristiger Natur sein. Die Bereitschaft, tatsächlich die Verhältnisse zu verändern und dafür auch investive Maßnahmen vorzunehmen, sollte bei der Geschäftsleitung vorhanden sein. Ist dies nicht der Fall, verpufft die Beteiligung der Belegschaft zu einem Alibivorhaben, welches mehr Schaden als Nutzen bringt.

Gerade bei den bereits gesundheitlich beeinträchtigten Beschäftigten wirken sich fehlende Verbesserungen am Arbeitsplatz kritisch aus. Zum einen bleiben die gesundheitlichen Risiken bestehen und zum anderen wurde gelernt, dass sich Beteiligung nicht lohnt. Hier besteht die Gefahr, dass eine Entwicklung zu fatalistischer bzw. externaler Kontrollerwartung hin stattfindet (vgl. Hacker, 1998). Die von der Zirkelarbeit enttäuschten Beschäftigten könnten sich zurückziehen und würden vermutlich nur noch schwer zu mobilisieren sein. Dass missglückte Partizipation den Kreis der „Verweigerer“ und Inaktiven erhöht, wurde bereits in der Literatur erläutert (Kißler u.a. 2000; Wehner & Endres, 1997).

Welches sind die zukünftigen Herausforderungen, um einen Beitrag zum Erhalt und Aufbau der Gesundheit von Beschäftigten zu leisten?

Es zeigte sich, dass die Nichtbeteiligten aus dem Betrieb C, der auf eine langjährige Arbeitsschutztradition zurückblickt, deutliche Verbesserungen in Bezug auf den Arbeitsschutz wahrgenommen haben. Weiteres Veränderungspotenzial wird vor allem in der Verbesserung des Sicherheitsverhaltens gesehen. Hier scheint ein Lernprozess stattgefunden zu haben, der möglicherweise durch die gepflegten Werte des betrieblichen Arbeitsschutzes und deren langjährige Umsetzung beeinflusst wurde. Demzufolge dürfte die Beteiligungsbereitschaft in einem Unternehmen, in dem gesundes und sicheres Arbeiten einen Wert darstellt, entsprechend hoch sein. Hingegen ist in einem Betrieb, in dem jahrelang auf die Gesundheit der Beschäftigten keine Rücksicht genommen wurde, mit einer entsprechend geringeren Beteiligungsbereitschaft zu rechnen. Zukünftige Forschungsaktivitäten zur Beteiligungsbereitschaft sollten demnach Unternehmenswerte und Vorgehensweisen der Gesundheitsförderung einbeziehen, da sie einen zusätzlichen Beitrag zur Erklärung gesundheitsförderlichen Handelns liefern können (z.B. Rütten, von Lengerke, Abel, Kannas, Lüschen, Rodriguez Diaz, Vinck & van der Zee, 2000).

Letztendlich werden Beschäftigte von betrieblicher Gesundheitsförderung nur dann profitieren, wenn sie langfristig angelegt ist, d.h. dass sie erst nach langjähriger konsequenter Umsetzung die gewünschten Erfolge zeigen kann. Die wesentlichen Voraussetzungen ihrer Wirksamkeit werden vor allem in der Institutionalisierung ihrer Aufgaben gesehen, die beispielsweise durch eine feste Zuweisung von Personal und Budget gewährleistet wird (Badura, 1999). So lange Gesundheitsförderung jedoch den Charakter eines Projekts behält, wird ihre Konsolidierung und damit Nachhaltigkeit vermutlich schwierig bleiben. Überlegungen scheinen angebracht, die eine Verknüpfung und Integration in existierende betriebliche Veränderungsprozesse vornehmen (Bamberg u.a., 1998). Verbesserungspotenziale werden etwa in einem integrierten Arbeitsschutzmanagementsystem gesehen, das Gesundheitsförderung mit dem traditionellen Arbeitsschutz verbindet. Auditierungssysteme, die bereits im betrieblichen Umweltschutz erfolgreich angewendet werden, könnten helfen den betrieblichen Arbeits- und Gesundheitsschutz effektiver und systematischer zu gestalten (z.B. Hemkes & Weller, 1997). Ansätze, die Gesundheitsförderung mit Qualitätsmanagement verbinden, werden vor allem im Bereich des Gesundheitswesens diskutiert (Badura, 1996) - eine Anforderung, die durch die European Foundation for Quality Management (EFQM) nahe gelegt wird. In einem Krankenhaus beispielsweise stellt sich die Gesundheit des Pflegepersonals als wichtiges Qualitätsmerkmal für die Patientenversorgung dar (z.B. Brandt, 2001). Dies könnte auf den restlichen Dienstleistungssektor generell übertragen werden.

Allen betrieblichen Veränderungsprozessen ist gemein, dass sie, um wirksam zu sein, ohne die Beteiligung der Betroffenen nicht auskommen werden. Durch die vorliegende Untersuchung ist deutlich geworden, dass die betrieblichen Beteiligungsangebote in der Gesundheitsförderung nicht auf *eine* geschlossene Belegschaft treffen, sondern auf eine Reihe von Gruppen, die unterschiedliche *Partizipationsmuster* aufweisen. Für die Zukunft der Gesundheitsförderung scheint demzufolge ein Vorgehen wichtig zu sein, das durch den in Kapitel 10.2 beschriebenen differenziellen Ansatz einer zielgruppenspezifischen Beteiligung gekennzeichnet ist. Demnach reicht ein einziges Beteiligungsangebot bei der Verschiedenartigkeit der Beschäftigtengruppen, die durch unterschiedliche Bedürfnisse, Erfahrungen und Arbeitsbedingungen geprägt sind nicht aus. Es müssten Überlegungen berücksichtigt werden, die stärker als bisher von einem individuellen Maß an Beteiligung (Grote, 1997) und der Passung zwischen Beteiligungsangebot und individuellen Voraussetzungen (French u.a., 1974) ausgehen.

Gemäß dem *Prinzip der differenziellen Arbeitsgestaltung* (Ulich, 1978b) könnten zukünftige Akzente in der betrieblichen Gesundheitsförderung darin liegen, gleichzeitig verschiedene Angebote zur aktiven Beteiligung zur Verfügung zu stellen. Die organisationalen Voraussetzungen in der Praxis dürften dafür entsprechend variieren, so dass ein flexibler Umgang in der Umsetzung eines differenziellen Beteiligungsangebotes geboten erscheint. Um auch dem Entwicklungsprozess der Persönlichkeit Rechnung zu tragen, wären intraindividuelle Differenzen über die Zeit hinweg ebenfalls zu berücksichtigen. Demzufolge ist in Ergänzung zum differenziellen Ansatz auch ein *dynamisches Prinzip* wünschenswert, in dem die Lernfortschritte der Individuen integriert sind (Ulich, 1994). Um diese Schlussfolgerungen zu stützen, könnten zukünftige Forschungsaufgaben darin liegen, sowohl die Repräsentativität der vorliegenden Typologie zu überprüfen als auch individuelle Entwicklungen im Beteiligungsgeschehen in einem Längsschnitt zu analysieren.

Ich hoffe, dass diese Arbeit einen Beitrag dazu leisten konnte, das Individuum bei der Betrachtung und Umsetzung von Partizipation in der betrieblichen Gesundheitsförderung stärker als bisher in den Mittelpunkt zu rücken.

12 Literatur

- Ackermann, M. (1989). Quality Circles in der Bundesrepublik Deutschland. Hemmende und fördernde Faktoren einer erfolgreichen Realisierung. Frankfurt a.M.: Peter Lang.
- Ajzen, I. (1985). From intentions to actions: A theory of planned behavior. In J. Kuhl & J. Beckmann (Hrsg.), *Action control: From cognition to behavior* (S. 11-39). Heidelberg: Springer.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality, and behavior*. Milton Keynes: Open University Press.
- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and prediction social behavior*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
- Alioth, A. (1980). Entwicklung und Einführung alternativer Arbeitsformen. *Schriften zur Arbeitspsychologie* (Hrsg. E. Ulich). Bern: Huber.
- Alioth, A. & Ulich, E. (1983). Gruppenarbeit und Mitbestimmung am Arbeitsplatz. In F. Stoll (Hrsg.), *Arbeit und Beruf* (S. 314-336). Weinheim: Kindler.
- Antoni, C. (1988). Probleme bei der Implementierung von Qualitätszirkeln. Ein Überblick über empirische Forschungsbefunde. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 32, 2, 80-91.
- Antoni, C. (1990). Qualitätszirkel als Modell partizipativer Gruppenarbeit. Bern: Huber.
- Antoni, C. (1997). Soziale und ökonomische Effekte der Einführung teilautonomer Arbeitsgruppen – eine quasi-experimentelle Längsschnittstudie. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 41, 131-142.
- Antoni, C. (1999). Konzepte der Mitarbeiterbeteiligung: Delegation und Partizipation. In C. Hoyos & D. Frey (Hrsg.), *Arbeits- und Organisationspsychologie*. Weinheim: Beltz.
- Antoni, C. & Bungard, W. (1988). Qualitati Circles im Büro-, Verwaltungs- bzw. Angestelltenbereich. *Köln-Mannheimer Beiträge zur Wirtschafts- und Organisationspsychologie*, 3, 63-81.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, Stress and Coping*. San Francisco: Jossey Bass.
- Badura, B. (1993). Gesundheitsförderung durch Arbeits- und Organisationsgestaltung – Die Sicht des Gesundheitswissenschaftlers. In J. M. Pelikan, H. Demmer & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen*. Weinheim: Juventa.
- Badura, B. (1996). Qualitätssicherung und Evaluation betrieblicher Gesundheitsförderung. In U. Brandenburg, K. Kuhn, B. Marschall & C. Verkoyen (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Betrieb* (S. 223-229). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Badura, B. (1999). Betriebliche Gesundheitsförderung als Institution. *Personalwirtschaft*, 5, 20-23.

- Bähr, B. (1994). Betriebliche Gesundheitsförderung und betriebliche Gesundheitszirkel als kontinuierlicher Verbesserungsprozeß. In G. Westermayer & B. Bähr (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitszirkel*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Baitsch, C. (1985). *Kompetenzentwicklung und partizipative Arbeitsgestaltung*. Frankfurt a.M.: Peter Lang.
- Baitsch, C. (1989). Methoden zur Beteiligung von Arbeitnehmern. In W. Duell & F. Frei (Hrsg.), *Arbeit gestalten - Mitarbeiter beteiligen*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Bamberg, E. (1994). *Zwischen Pragmatismus und Interventionstheorie: Betriebliche Gesundheitsförderung durch Streßmanagement*. Unveröffentlichtes Manuskript. Vortrag Jena.
- Bamberg, E., Ducki, A. & Metz, A.-M. (1998). *Handbuch der Betrieblichen Gesundheitsförderung*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Bamberg, E., Metz, A.-M. und Ducki, A. (1998). Betriebliche Gesundheitsförderung zwischen Leitlinien, Wissenschaft und Pragmatismus (S. 469-484). In E. Bamberg, A. Ducki & A.-M. Metz (Hrsg.), *Handbuch der Betrieblichen Gesundheitsförderung*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Bamberg, E. & Metz, A.-M. (1998). Interventionen. In E. Bamberg, A. Ducki & A.-M. Metz (Hrsg.), *Handbuch der Betrieblichen Gesundheitsförderung*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Bandura, A. (1986). *Self foundation of thought and action. A social cognitive theory*. Englewood-Cliffs: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Becker, H. & Langosch, I. (1995). *Produktivität und Menschlichkeit*. Stuttgart: Enke.
- Becker, P. (1992). Die Bedeutung integrativer Modelle von Gesundheit und Krankheit für die Prävention und Gesundheitsförderung. In P. Paulus (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung. Perspektiven für die psychologische Praxis*, 91-107, Köln: GwG-Verlag.
- Bogumil, J., Kißler, L. Greifenstein, R. & Wiechmann, E. (1996). Zwischen Strukturkonservatismus und Modernisierungsbereitschaft. Ergebnisse einer Beschäftigtenbefragung im Rahmen der Einführung eines Neuen Steuerungsmodells in der Stadtverwaltung Hagen. *Polis*, 35. Hagen: FernUniversität.
- Bortz, J. & Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Bös, K. & Gröben, F. (1994). *Betriebliche Gesundheitsförderung - Eine Umfrage zum aktuellen Stellenwert und zu Perspektiven*. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Brandenburg, U. (1991). Gesundheitszirkel im Betrieb – Konzepte, Ziele, Erfahrungen. *ErgoMed*, 5, 158-163.
- Brandenburg, U. (1994). Primärprävention mit arbeitsplatzbezogenen Gesundheitszirkeln. Erfahrung im Rahmen einer Pilotstudie mit unteren Vorgesetzten. In G. Westermayer & B. Bähr (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitszirkel* (S. 115-122). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.

- Brandenburg, U., Kuhn, K., Marschall, B. & Verkoyen, C. (1996).
Gesundheitsförderung im Betrieb. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Brandt, E. (2001). Qualitätsmanagement und Gesundheitsförderung im
Krankenhaus. Neuwied: Luchterland.
- Brehm, J.W.A. (1966). Theory of psychological Reactance. New York: Academic
Press.
- Brizziarelli, L. (1989). Partizipation der Arbeiter: ein Schlüssel zur
Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt. In BZgA (Hrsg.), Gesundheitsförderung
in der Arbeitswelt. Berlin: Springer.
- Broedner, P. (1999). Wissensteilung: Zur Dynamik von Innovationen und kollektivem
Lernen. München: Hampp.
- Brose, P. & Corsten, H. (1983). Partizipation in der Unternehmung. München:
Florentz.
- Bruggemann, A. (1974). Zur Unterscheidung verschiedener Formen von
„Arbeitszufriedenheit“. *Arbeit und Leistung*, 28, 281-284.
- Bruggemann, A., Großkurth, P. & Ulich, E. (1974). Arbeitszufriedenheit. Schriften zur
Arbeitspsychologie (Hrsg. E. Ulich), Band 17. Bern: Huber.
- Bullinger, H.J., Kern, P. & Schindhelm, R. (1996). Neue Organisationsstrukturen im
Betrieb und ihre Auswirkungen auf den betrieblichen Arbeitsschutz. Stuttgart:
Sozialministerium Baden-Württemberg.
- Bundesverband der Betriebskrankenkasse (1994). Evaluation von
Gesundheitsberichten und Gesundheitszirkeln. 1. Zwischenbericht. Essen:
Bundesverband der BKK, Referat Gesundheitsförderung.
- Bundesverband der Betriebskrankenkasse (1995). Evaluation von
Gesundheitsberichten und Gesundheitszirkeln. 2. Zwischenbericht. Essen:
Bundesverband der BKK, Referat Gesundheitsförderung.
- Bungard, W. & Antoni, C. (1993). Gruppenorientierte Interventionstechniken. In H.
Schuler (Hrsg.), Lehrbuch Organisationspsychologie. (S. 377-404). Bern: Huber.
- Bungard, W. & Jöns, I. (1997). Gruppenarbeit in Deutschland – eine Zwischenbilanz.
Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie, 41, 104-119.
- Bungard, W. & Wiendieck, G. (1986). Zur Effizienz von Qualitätszirkeln. In W.
Bungard & G. Wiendieck (Hrsg.), Qualitätszirkel als Instrument zeitgemäßer
Betriebsführung (S. 281-306). Landsberg: Moderne Industrie.
- Bungard, W. (1992). Qualitätszirkel in der Arbeitswelt. Ziele, Erfahrungen, Probleme.
Göttingen: Hogrefe.
- Busch, C., Huber, E. & Themessl, M. (1998). Zum Stand betrieblicher
Gesundheitsförderung in Österreich. In E. Bamberg, A. Ducki & A.-M. Metz
(Hrsg.), Handbuch der Betrieblichen Gesundheitsförderung (S. 445-454).
Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Dachler, P. & Wilpert, B. (1978). Conceptual dimensions and boundaries of
participation in organization. A critical evaluation. *Administrative Science of
Quaterly*, 23, 1-39.
- Deci, E.L. (1975). Intrinsic Motivation. New York: Lexington Books.

- Deci, E.L. (1981). *The Psychology of Self-Determination*. New York: Lexington Book.
- Deci, E.L. & Ryan, R.M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum Press.
- Deppe, J. (1992). *Quality Circle und Lernstatt: Ein integrativer Ansatz*. Wiesbaden: Gabler.
- Doppler, K. & Lauterburg, C. (1995). *Change Management*. Frankfurt a.M.: Campus.
- Ducki, A. (1994). Wer gefordert wird, lebt gesünder. *Arbeitsrecht im Betrieb*, 12, 772-727.
- Ducki, A. (1998). Ressourcen, Belastungen und Gesundheit. In E. Bamberg, A. Ducki & A.-M. Metz (Hrsg.), *Handbuch der Betrieblichen Gesundheitsförderung* (S. 144-153). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Ducki, A. & Greiner, B. (1992). Gesundheit als Entwicklung von Handlungsfähigkeit - Ein „arbeitspsychologischer Baustein“ zu einem allgemeinen Gesundheitsmodell. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 4, 184-189.
- Ducki, A. Leitner, K. & Kopp, I. (1992). Gesundheitssicherung durch Arbeitsgestaltung. *psychosozial*, 52, 81-88.
- Ducki, A., Jenewein, R. & H.-J. Knoblich (1998). Gesundheitszirkel – Ein Instrument der Organisationsentwicklung. In E. Bamberg, A. Ducki & A.-M. Metz (Hrsg.), *Handbuch der Betrieblichen Gesundheitsförderung* (S. 267-282). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Dunkel, D. (1987). Lernstatt, a concept for participative management in organizations. In L. von Rosenstiel, H.-E. Einsiedler, R.-K. Streich & S. Rau (Hrsg.), *Motivation durch Mitwirkung. USW-Schriften für Führungskräfte* (S. 119-125) Bd. 15. Stuttgart: Schaeffer-Poeschel.
- Elkeles, T. Lenhardt, U. & Rosenbrock, R (1994). Betriebliche Prävention von Rückenschmerzen. In R. Rosenbrock, H. Kühn & B. H. Köhler (Hrsg.), *Präventionspolitik. Gesellschaftliche Strategien der Gesundheitssicherung*. Berlin: Springer.
- Faltermaier, T. (1994). *Gesundheitsbewußtsein und Gesundheitshandeln. Über den Umgang mit Gesundheit im Alltag*. Weinheim: Beltz /PVU.
- Ferber, C. von & Ferber, L. von (1991). Gesundheitszirkel – eine Strategie zur Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz. *Sozialer Fortschritt*, 12, 293-298.
- Ferber, L. von, Slesina, W., Renner, A. & Schröer, A. (1987). Arbeitsbedingte Erkrankungen in zwei Stahlwerken. In Chr. von Ferber (Hrsg.), *Gesundheitshilfe und professionelle Dienstleistungen* (S. 198-230). Berlin: Springer.
- Ferring, D. & Fillip, S.-H (1989). Der Fragebogen zur Erfassung gesundheitsbezogener Kontrollüberzeugungen (FEGK). *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 18, 285-289.
- Flick, U. (1991). *Handbuch Qualitativer Sozialforschung. Grundlagen, Konzepte, Methoden und Anwendungen*. München: Psychologie VerlagsUnion.
- Frankenhaeuser, M. (1986). A psychobiological framework for research on human stress and coping. In M. H. Appley & R. Trumbull (hrsg.), *Dynamics of stress. Physiological, psychological and social perspectives* (S. 101-116). New York: Plenum Press.

- Frazer, V.C.M. & Dale, B.G. (1985). Quality circle failures – an update. Manchester: The University of Manchester, Institute of Science and Technology.
- French, J.R.P., Rodgers, W. & Cobb, S. (1974). Adjustment as person-environment fit. In G.V. Coelho, D.A. Hamburg & J.E. Adams (Hrsg.), Coping and adaption (S. 316-333). New York: Lexington Books.
- Frese, M. (1978). Partialisierte Handlung und Kontrolle: Zwei Themen der industriellen Psychopathologie. In M. Frese, S. Greif & N. Semmer (Hrsg.), Industrielle Psychopathologie. Bern: Huber.
- Frese, M. (1989). Theoretical models of control and health. In S.L. Sauter, J.H. Hurrell & C.L. Cooper (Hrsg.), Job control and worker health (S. 108-128). New York: Wiley.
- Frese, M. & Semmer, N. (1991). Stressfolgen in Abhängigkeit von Moderatorvariablen: Der Einfluß von Kontrolle und sozialer Unterstützung. In S. Greif, E. Bamberg & N. Semmer (Hrsg.), Psychischer Streß am Arbeitsplatz (S. 135-153). Göttingen: Hogrefe.
- Fricke, E., Fricke W., Schönwälder, M. & Stiegler, B. (1981). Qualifikation und Beteiligung - Das „Peiner Modell“. Schriftenreihe HdA Bd. 12, Frankfurt a.M.: Campus.
- Fricke, W. (1975). Arbeitsorganisation und Qualifikation. Bonn: Verlag Neue Gesellschaft.
- Friczewski, F. (1994a). Das Volkswagen-Gesundheitszirkelprojekt. In G. Westermayer & B. Bähr (Hrsg.), Betriebliche Gesundheitszirkel (S. 123-127). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Friczewski, F. (1994b). Gesundheitszirkel als Organisations- und Personalentwicklung: Der „Berliner Ansatz“. In G. Westermayer & B. Bähr (Hrsg.), Betriebliche Gesundheitszirkel (S. 14-24). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Friczewski, F. & Görres, H.-J. (1994). Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt bei ITT TEVES, Werk Gifhorn. Ein Modellprojekt des AOK-Landesverbandes Niedersachsens (S. 157-168). In G. Westermayer & B. Bähr (Hrsg.), Betriebliche Gesundheitszirkel. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Friczewski, F., Brandenburg, U., Jenewein, R., Lieneke, A., Schiwon-Spieß, L. & Westermayer, G. & (1990). Betriebliche Gesundheitszirkel als Instrument für den Abbau von gesundheitsschädlichem Streß am Arbeitsplatz. In U. Brandenburg, H. Kollmeier, K. Kuhn, B. Marschall & P. Oehlke (Hrsg.), Prävention und Gesundheitsförderung im Betrieb – Erfolge-Defizite-Künftige Strategien. BAU Tb 51 (S. 290-314). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Friczewski, F., Flathmann, H. & Görres, H.-J. (1994). Arbeit mit Gesundheitszirkeln in den Projekten des AOK-Landesverbandes Niedersachsen (S. 72-79). In G. Westermayer & B. Bähr (Hrsg.), Betriebliche Gesundheitszirkel. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Frieling, E. & Freiboth, M. (1997). Klassifikation von Gruppenarbeit und Auswirkungen auf subjektive und objektive Merkmale der Arbeitstätigkeit. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 41, 120-130.

- Fröhlich, D. & Prekuhl, U. (1996). *Direct Participation and Organisational Change – Fashionable or Misunderstood?* Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions.
- Fuchs, R. (1994). Änderungsdruck als motivationales Konstrukt: Überprüfung verschiedener Modelle zur Vorhersage von gesundheitspräventiven Handlungen. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 95-107.
- Gardell, B. (1978). Arbeitsgestaltung, intrinsische Arbeitszufriedenheit und Gesundheit. In M. Frese, S. Greif & N. Semmer (Hrsg.), *Industrielle Psychopathologie* (S. 52-111). Bern: Huber.
- Gerhardt, U. (1986). *Patientenkarrieren. Eine medizinsoziologische Studie.* Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Gerhardt, U. (1991). Typenbildung. In U. Flick (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Sozialforschung* (S.435-439). München: Psychologie VerlagsUnion.
- Gerpott, T. und Schreiber, K. (1996). Erfolgreiche Implementierung von Gesundheitszirkeln. *Personal*, 2, S72-77.
- Gerpott, T. und Schreiber, K. (1997). Evaluation und Implementierungsverbesserung von Gesundheitszirkeln in einem Automobilunternehmen. In P. Nieder & B. Susen (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitsförderung: Konzepte und Erfahrungen bei der Realisierung* (S. 331-354). Bern: Haupt.
- Glaser, B.G. & Strauss, A.L. (1967). *The Discovering of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research.* Chicago.
- Glasgow, R.E., McCaul, K.D. & Fisher, K.J. (1993). Participation in Worksite Health Promotion: A Critique of the Literature and Recommendations for Future Practice. *Health Education Quarterly*, 3, 391-408.
- Gollwitzer, P.M. (1991). *Abwägen und Planen.* Göttingen: Hogrefe.
- Gollwitzer, P.M. & Heckhausen, H. (1987). Breadth of attention and the counter-plea heuristic: Further evidence on the motivational vs volitional mindset distinction. München: Unveröffentlichtes Manuskript.
- Gollwitzer, P.M. Heckhausen, H. & Ratajczak, H. (1987). From weighing to willing: Approaching a change decision through a pre- or post-decisional mentation. München: Unveröffentlichtes Manuskript.
- Greif, S., Bamberg, E. & Semmer, N. (1991). *Psychischer Stress am Arbeitsplatz.* Göttingen: Hogrefe.
- Greifenstein, R., Jansen, P. & Kißler, L. (1993). *Gemanagte Partizipation.* München: Hanser.
- Greiner, B. & Ducki, A. (1991). Gesundheit als Prozeß - Welche Rolle spielt die Arbeit? *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 3, 305-320.
- Greiner, B. (1998). Der Gesundheitsbegriff. In E. Bamberg, A.-M. Metz & A. Ducki (Hrsg.), *Handbuch der Betrieblichen Gesundheitsförderung.* Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Grossmann, R. (1989). Partizipation: Drei größere Hindernisse. In BZgA (Hrsg.), *Gesundheitsförderung in der Arbeitswelt* (S. 23-38). Berlin: Springer.
- Grote, G. (1997). *Autonomie und Kontrolle.* Zürich: Vdf Hochschulverlag.

- Hacker, W. (1986). Allgemeine Arbeits- und Ingenieurspsychologie. Bern: Huber.
- Hacker, W. (1998). Allgemeine Arbeitspsychologie: Psychische Regulation von Arbeitstätigkeiten. Bern: Huber.
- Hacker, W. & Matern, B. (1980). Methoden zum Ermitteln tätigkeitsregulierender kognitiver Prozesse und Repräsentationen bei industriellen Arbeitstätigkeiten. In W. Volpert (Hrsg.), Beiträge zur psychologischen Handlungstheorie (S. 29-49). Bern: Huber.
- Hacker, W., Iwanowa, A. & Richter, P. (1983). Tätigkeitsbewertungssystem für Montage-, Bedien- und Überwachungstätigkeiten (Langform). TBS-L. Berlin: Psychodiagnostisches Zentrum an der Humboldt Universität.
- Hackman, J.R. & Oldman, G.R. (1976). Motivation through the design of work: Test of a theory. *Organizational Behavior and Human Performance*, 16, 250-279.
- Harms, M. (1997). Erfahrungen mit dem Instrument Gesundheitszirkel im Projekt „Gesundheit gewinnt“. In P. Nieder & B. Susen (Hrsg.), Betriebliche Gesundheitsförderung: Konzepte und Erfahrungen bei der Realisierung (S. 309-330). Bern: Haupt.
- Hartmann, S. & Traue, H.C. (1996). Gesundheitsförderung und Krankheitsprävention im betrieblichen Umfeld. Ulm: Universitätsverlag.
- Hauß, F. & Laußer, A. (1988). Betriebliche Gesundheitsförderung. „Dritter Weg“ zwischen Gesundheitserziehung und Arbeitsschutz? *Argument Sonderband*, 178, 151-167.
- Heckhausen, H. & Strang H. (1988). Efficiency under maximum performance demands: Exertion control, an individual-difference variable? *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 489-498.
- Heckhausen, H. (1989). Motivation und Handeln. Berlin: Springer.
- Heeg, F. (1985). Qualitätszirkel und andere Gruppenaktivitäten. Einsatz in der betrieblichen Praxis und Anwendung. Berlin: Springer.
- Heider, F. (1958). The Psychology of Interpersonal Relations. New York: Wiley.
- Heller, F.A. (1991). Participation and Competence: A necessary relationship. In R. Russel & V. Rus (Hrsg.), International Handbook of Participation. Oxford: University Press.
- Heller, F.A. (1998). Playing the Devil's Advocate: Limits to Influence Sharing in Theory and Practice. In F. A. Heller, E. Pusic, G. Strauss & B. Wilpert (Hrsg.), Organizational Participation. Myth and Reality (S.144-189). Oxford: University Press.
- Hemkes, B. & Weller, L. (1997). Öko-Audit – Neues Werkzeug für den Arbeitsschutz? *WSI-Mitteilungen*, 12, 838-847.
- Hoff, E.-H. (1988). Die Erfassung des Kontrollbewusstseins durch Interviews. In G. Krampen (Hrsg.), Diagnostik von Attributionen und Kontrollüberzeugungen (S. 186-192). Göttingen: Hogrefe.
- Hoff, E.-H. (1989). Datenerhebung als Kommunikation. In G. Jüttemann (Hrsg.), Qualitative Forschung in der Psychologie (S. 161-186). Heidelberg: Asanger.
- Hoff, E.-H., Lemper, W. & Lappe, L. (1991). Persönlichkeitsentwicklung in Facharbeiterbiographien. Bern: Huber.

- Hohner, U. (1982). Ursachenzuschreibung und betriebspolitisches Engagement. In S. Preiser (Hrsg.), *Kognitive und emotionale Aspekte politischen Engagements*. (S. 130-147). Weinheim: Beltz.
- Hohner, U. (1987). *Kontrollbewußtsein und berufliches Handeln*. Berlin: Huber.
- Hopf, C. (1978). Die Pseudo-Exploration – Überlegungen zur Technik qualitativer Interviews in der Sozialforschung. *Zeitschrift für Soziologie*, 7, 97-115.
- Hurrelmann, K. (1991). Gesundheitswissenschaftliche Ansätze in der Sozialisationsforschung. In K. Hurrelmann & D. Ulich (Hrsg.), *Neues Handbuch der Sozialisationsforschung* (S. 189-213). Weinheim: Beltz.
- IDE (1976). *Industrial Democracy in Europe*. Oxford: University Press.
- IDE (1981). *Industrial Democracy in Europe*. Oxford: University Press.
- IDE (1993). *Industrial Democracy in Europe Rvisited*. Oxford: University Press
- Janssen, C. (2001). Soziale Schicht und Gesundheitliche Kontrollüberzeugungen. In Mielck, A. & Bloomfield, K (Hrsg.), *Soziale Epidemiologie. Eine Einführung in Grundlagen, Ergebnisse und Umsetzungsmöglichkeiten* (S. 184-195). Weinheim: Juventa.
- Johannes, D. (1993). Qualitätszirkel, Gesundheitszirkel und andere Problemlösegruppen. Eine vergleichende Darstellung der verschiedenen Konzepte. Amtliche Mitteilungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz. Sonderdruck, Dortmund.
- Jüttemann, G. (1985). Induktive Diagnostik als gegenstandsangemessene psychologische Grundlagenforschung. In G. Jüttemann (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 45-70). Weinheim: Beltz.
- Jüttemann, G. & Marschall, B (1986). Primärprävention mit arbeitsplatz-bezogenen Gesundheitszirkeln. Pilotstudie mit unteren Vorgesetzten in der Industrie. Berlin, Wolfsburg.
- Kals, E. & Montada, L. (1998). Persönlicher Gesundheitsschutz im Spiegel sozialer Verantwortung. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 6, 3-18.
- Karasek, R. A. (1978). *Job socialization. A longitudinal study of work, political and leisure activities*. Stockholm: Swedisch Institute for Social Research.
- Karasek, R.A. (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain: Implecation for job redesign. *Admistrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- Karasek, R.A. (1992). Stress prevention through work reorganization: a summary of 19 international case studies. In International Labour Office (Ed.), *Condition of work degest*, Vol 11, No 2: Preventing stress at work. Geneva: ILO.
- Karasek, R.A. & Theorell, T. (1990). *Healthy work. Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- Kelle, U. & Kluge, S. (1999). *Vom Einzelfall zum Typus*. Opladen: Leske und Budrich.
- Kirsch, W. Esser, W. M. & Gabele, E. (1979). *Das Management des geplanten Wandels von Organisationen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kißler, L. (1980). *Partizipation als Lernprozeß*. Frankfurt a.M.: Campus.

- Kißler, L. (1990). Partizipation und Kompetenz. Beiträge aus der empirischen Forschung. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Kißler, L., Graf, M. & Wiechmann, E. (2000). Nachhaltige Partizipation – Beschäftigtenbeteiligung als Beitrag für mehr Chancengleichheit. Berlin: Edition Sigma.
- Klauk & Ridder (1994). Erfahrungen mit der Durchführung von Gesundheitszirkeln bei der Hoesch Tochte Erde AG. In G. Westermayer & B. Bähr (Hrsg.), Betriebliche Gesundheitszirkel (S. 128-133). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Kleiber, D. (1992). Gesundheitsförderung: Hintergründe, Grundauffassung, Konzepte und Probleme. *Psychomed*, 4, 220-230.
- Kleinbeck, U. (1996). Arbeitsmotivation. Weinheim: Juventa.
- Kleining, G. (1995). Lehrbuch Entdeckende Sozialforschung. Band 1. Weinheim: Beltz.
- Konradt, U. & Wilm, A. (1999). Gesundheitsförderung an Telearbeitsplätzen: Durchführung von Gesundheitszirkeln. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 7, 267-285.
- Kopp, I. (1994). Entwicklung und Erprobung von Gesundheitszirkeln im Programm von Arbeit und Technik. In G. Westermayer & B. Bähr (Hrsg.), Betriebliche Gesundheitszirkel (S. 10-13). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Krampen, G. (1986). Selbstkonzept eigener politischer Kompetenzen – Messung durch eine Kurzskaala und einige Korrelate. In H. Moser & S. Preiser (Hrsg.), PP-aktuell – Informationsblatt der „Sektion politischen Psychologie im BDP“, 5 (S. 19-25).
- Krampen, G. (1987). Entwicklung von Kontrollüberzeugungen: Thesen zu Forschungsstand und Perspektiven. *Zeitschrift für Entwicklungspsychologie und Pädagogische Psychologie*, 19, 195-227.
- Krüger, W., Müller, P. & Stegemann, K. (1998). Kosten-Nutzen-Analyse von Gesundheitsförderungsmaßnahmen. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Dortmund.
- Kuckartz, U. (1988). Computer und verbale Daten. Chancen zur Innovation sozialwissenschaftlicher Forschungstechniken. Frankfurt a.M.: Peter Lang.
- Kuhl, J. (1987). Action Control. The Maintenance of Motivational States. In J. Kuhl & J. Beckmann (Hrsg.), Action Control: From Cognition to Behavior (S. 101-128). Berlin: Springer.
- Lamnek, S. (1995a). Qualitative Sozialforschung. Band 1: Methodologie. Weinheim: Beltz, Psychologische VerlagsUnion.
- Lamnek, S. (1995b). Qualitative Sozialforschung. Band 2: Methoden und Techniken. Weinheim: Beltz, Psychologische VerlagsUnion.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New York: Springer.
- Lazarus, R.S. & Launier, R. (1981). Streßbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In J.R. Nitsch (Hrsg.), Streß. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen (S. 213-259). Bern: Huber.

- Leitner, K., Lüders, E., Greiner, B., Ducki, A., Niedermeier, R. & Volpert, W. (1993). Analyse psychischer Anforderungen und Belastungen in der Büroarbeit. Das RHIA/VERA-Büro Verfahren. Handbuch und Manual. Göttingen: Hogrefe.
- Lenhardt, U. (1994a). Gesunde Verhältnisse. Betriebliche Gesundheitsförderung – Konzept und aktueller Entwicklungsstand, Mabuse 88.
- Lenhardt, U. (1994b). Betriebliche Strategien zur Reduktion von Rückenschmerzen - Aspekte des Interventionswissens und der Interventionspraxis. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public-Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P94-206.
- Lenhardt, U. (1997). Zehn Jahre Betriebliche Gesundheitsförderung. Eine Bilanz. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public-Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P97-201.
- Levenson, H. (1974). Activism and powerful others: Distinction within the concept of internal-external control. *Journal of Personality Assessment*, 38, 377-383.
- Lewin, K. (1982). Feldtheorie. Kurt Lewin Werksausgabe, Bd. 4. Bern: Huber.
- Locke, E.A. & Latham, G.P. (1990). A theory of goal setting and task performance. Englewood-Cliffs: Prentice-Hall.
- Locke, E.A. & Schweiger, D.U. (1979). Participation in decision making: On more look. *Research in Organizational Behavior*, 1, 265-339.
- Lohaus, A. & Schmitt, G.-M. (1989). Fragebogen zur Erhebung von Kontrollüberzeugungen zu Krankheit und Gesundheit (KKG). Göttingen: Hogrefe.
- Lohrum, B. (1996). Mitarbeiterbeteiligung, unsere Chance. In U. Brandenburg, K. Kuhn, B. Marschall & C. Verkoyen (Hrsg.), Gesundheitsförderung im Betrieb (S. 393-409). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Marstedt, G. & Mergner, U. (1995). Soziale Dimensionen des Arbeitsschutzes. Ein Handbuch für die staatliche Arbeitsschutzaufsicht. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Maslow, A. (1954). Motivation and personality. New York: Harper & Row.
- Mengering, F. (1992). Zur Differentialpsychologie politischer Partizipation. Frankfurt a.M.: Peter Lang.
- Meuser, M. & Nagel, N. (1991). ExpertInneninterviews – vielfach erprobt, wenig bedacht. Ein Beitrag zur qualitativen Methodendiskussion. In D. Garz & K. Kraimer (Hrsg.), Qualitativ-empirische Sozialforschung (S. 441-471). Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Michaelis, M., Nübling, M., Hoffmann, A., Stöbel, U., Hofman, F. & Matschke, B. (1999). Evaluationskriterien für betriebliche Gesundheitsförderung am Beispiel arbeitsbedingter Muskel- und Skeletterkrankungen. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaft*, 7, 252-266.
- Miller, K.I. & Monge, P.R. (1986). Participation, Satisfaction, and Productivity: A Meta-Analytic Review. *Academy of Management Journal*, 29, 727-753.
- Mohr, G. & Udris, I. (1997). Gesundheit und Gesundheitsförderung am Arbeitsplatz. In R. Schwarzer (Hrsg.), Gesundheitspsychologie (S. 553-574). Göttingen: Hogrefe.

- Mohr, L.B. (1977). Authority and Democracy in Organizations. *Human Relations*, 30, 919-947.
- Mulder, M. (1977). The daily power game. Leiden: Martinus Nijhoff.
- Müller, B. & Münch, E. (1999). Gesundheitsförderndes Krankenhaus – Voraussetzungen und Grenzen der Evaluation komplexer Veränderungsprozesse. In B. Badura & J. Siegrist (Hrsg.), *Evaluation im Gesundheitswesen* (S. 135-148). Weinheim: Juventa.
- Müller, K.-W. (1994). Gesundheitszirkel bei Opel Bochum. In G. Westermayer & B. Bähr (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitszirkel* (S. 144-149). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Nerdinger, F. (1995). Motivation und Handeln in Organisationen. Stuttgart: Kohlhammer.
- Neuberger, O. (1985). Arbeit. Stuttgart: Enke.
- Nijhuis, F.J.N. & Smulders, P.G.W. (1996). Die Wirkung von Arbeitsanforderungen und persönlichen Kontrollmöglichkeiten auf Gesundheitsbeschwerden und Fehlzeiten. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 4, 173-180.
- Nolting, H.-D. (1997). Probleme der Ergebnisevaluation im Bereich der betrieblichen Gesundheitsförderung. In P. Nieder & B. Susen (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitsförderung: Konzepte und Erfahrungen bei der Realisierung* (S. 79-106). Bern: Haupt.
- Oesterreich, R. (1981). Handlungsregulation und Kontrolle. München: Urban und Schwarzenberg.
- Osnabrügge, G., Stahlberg, D. & Frey, D. (1985). Die Theorie der kognizierten Kontrolle. In D. Frey & M. Irle (Hrsg.), *Motivations- und Informationsverarbeitungstheorien* (S. 127-172). Bern: Huber.
- Osterholz, U. (1993). Kritische Bewertung der Wirksamkeit verschiedener Maßnahmen zur Lösung des Problems ‚Rückenschmerz‘. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public-Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P93-204.
- Osthorst, W. (1999). Über die Mitarbeiterbeteiligung im Neuen Steuerungsmodell zur Bürgerorientierung – Eine neue Entwicklungsstrategie für kommunale Verwaltungsreformen? *WSI Mitteilungen*, 3, 185-194.
- Oswald, M. & Weber, W. (1995). Fragebogen zur Gruppenarbeit. Zürich: ETH Institut für Arbeitspsychologie.
- Ottawa-Charta (1986). Charta der 1. Internationalen Konferenz zur Gesundheitsförderung. In P. Franzkowiak & P. Sabo (Hrsg.), *Dokumente der Gesundheitsförderung* (S. 96-100). Mainz: Peter Sabo Verlag.
- Pateman, C. (1970). *Participation and Democratic Theory*. London: Cambridge University Press.
- Peine, M. (1994). Gesundheitszirkel bei Schering. In G. Westermayer & B. Bähr (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitszirkel* (S. 134-143). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.

- Pelikan, J.M., Demmer, H. & Hurrelmann, K. (1993). Gesundheitsförderung durch Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen. Weinheim: Juventa.
- Preußner, I. (1997). Bestandsaufnahme der betrieblichen Gesundheitsförderung. Ergebnisse aus einer Expert/innenbefragung in Berlin und Brandenburg. *WSI Mitteilungen*, 12, 877-883.
- Priester, K. (1998). Gesundheitsförderung: Eine kritische Bilanz nach zehn Jahren und ein Ausblick auf die Perspektiven. *Arbeit & Ökologie Briefe*, 13, 7-9.
- Renner, B. & von Lengerke, T. (1996). Risiko kennen, Verhalten ändern? Zur Wirkung von Risikoinformation auf gesundheitsbezogene Einstellungen und Gesundheitsverhalten. Ergebnisse der Berlin Risk Appraisal & Health Motivation Study (BRAHMS). Berlin: Freie Universität.
- Riemann, K. & Wagner, A. (1995). Evaluation von Maßnahmen der Gesundheitsförderung. BAU, Fb 718, Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Rimann, M. & Udris, I. (1993). Belastungen und Gesundheitsressourcen im Berufs- und Privatbereich. Eine quantitative Studie (Forschungsprojekt SALUTE: personale und organisationale Ressourcen der Salutogenese, Bericht Nr. 3). Zürich: Eidgenössische Technische Hochschule, Institut für Arbeitspsychologie.
- Ritter, A. (1992). Partizipative bzw. kleingruppenunterstützte Sicherheitsarbeit - State of the Art. In A. Ritter & K.-J. Zink (Hrsg.), *Gruppenorientierte Ansätze zur Förderung der Arbeitssicherheit*. Berlin: Erich Schmidt Verlag.
- Ritter, A. (1996). Mitarbeiterbeteiligung. In G. Wenninger & C. Graf Hoyos (Hrsg.), *Arbeits-, Gesundheits- und Umweltschutz. Handwörterbuch verhaltenswissenschaftlicher Grundbegriffe* (S. 553-564). Heidelberg: Asanger.
- Ritter, A. & Zink, K. (1986). Potenzielle Problembereiche bei der praktischen Umsetzung einer Mitarbeiterbeteiligung an betrieblichen Problemlösungen (S. 169-180). In K. Zink (Hrsg.), *Quality Circles 2*. München: Hanser.
- Rosenbrock, R. (1993). Betriebliche Gesundheitspolitik und Organisationsentwicklung. In J.M. Pelikan, H. Demmer & K. Hurrelmann (Hrsg.), *Gesundheitsförderung und Organisationsentwicklung. Konzepte, Strategien und Projekte für Betriebe, Krankenhäuser und Schulen* (S. 123-140). Weinheim: Juventa.
- Rosenstock, I.M. (1966). Why people use health service. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44, 86-94.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1-28.
- Rütten, A., von Lengerke, T., Abel, T., Kannas, L., Lüschen, G., Rodriguez Diaz, J. A., Vinck, J. & van der Zee, J. (2000). Policy, competence and participation: empirical evidence for a multilevel health promotion model. *Health Promotion International*, 15, 35-47.
- Satow, L. & Schwarzer, R. (1997). Sozial-kognitive Prädiktoren einer gesunden Ernährungsweise. Eine Längsschnittstudie. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 4, 243-257.
- Schatzmann, L. & Strauss, A.L. (1973). *Field Research. Strategies for a Natural Sociology*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

- Scheier, M.F., Matthews, K.A., Owens, J., Magovern, G.J. S., Lefebre, R.C., Abbott, R.A. & Carver, C.S. (1989). Dispositional optimism and recovery from coronary artery bypass surgery: The beneficial effects on physical and psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1024-1040.
- Schlünkes, H. (1999). Praxis der betrieblichen Gesundheitsförderung und Kosten-Nutzen-Berechnungen bei der Pinneberger Verkehrsgesellschaft mbH. In: A. Schröder (Hrsg.), *Erfolgreiche betriebliche Gesundheitsförderung in der Praxis. Führende Unternehmen aus Deutschland berichten* (S. 83-97). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Schmidt, K.H. (1996). Wahrgenommenes Vorgesetztenverhalten, Fehlzeiten und Fluktuation. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 40, 54-62.
- Schröder, K.E.E. & Schwarzer, R. (1997). Bewältigungsressourcen. In C. Tesch-Römer, C. Salewski & G. Schwarz (Hrsg.), *Psychologie der Bewältigung* (S. 174-195). Weinheim: Beltz.
- Schröder, A. & Sochert, R. (1994). Gesundheitsförderung durch Gesundheitszirkel - Das Konzept des BKK BV. In G. Westermayer & B. Bähr (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitszirkel*. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Schröder, A. (1999). *Erfolgreiche betriebliche Gesundheitsförderung in der Praxis. Führende Unternehmen aus Deutschland berichten*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Schubert, H.-J. & Zink, K.-J. (1990). Partizipation - Psychologische Grundlagen eines Leitprinzips von Arbeits- und Organisationsgestaltungsmaßnahmen. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft*, 44, 2, 82-88.
- Schultz, F. (1992). *Arbeitnehmerbeteiligung am Arbeitsplatz. Eine empirische Untersuchung zur Arbeitnehmerbeteiligung in Qualitätszirkeln bei der Volkswagen AG*. Frankfurt a.M.: Peter Lang.
- Schwager, T. & Udris, I. (1995). *Was tun Betriebe für die Gesundheit ihres Personals?* Institut für Arbeitspsychologie ETH Zürich. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Schwarzer, R. (1981). *Stress, Angst und Hilflosigkeit*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Schwarzer, R. (1989). Überlegungen zu einer sozialkognitiven Theorie des Gesundheitsverhaltens. In D. Rüdiger, W. Nöldner, D. Haug & E. Kopp (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie - Konzepte und empirische Beiträge* (S. 21-30). Regensburg: Roderer.
- Schwarzer, R. (1992). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. (1999). Self-regulatory Processes in the Adoption and Maintenance of Health Behavior. *Journal of Health Psychology*, 4, 115-127.
- Schwarzer, R. & Jerusalem, M. (1988). Erfassung leistungsbezogener und allgemeiner Kontroll- und Kompetenzerwartungen. In G. Krampen (Hrsg.), *Diagnostik von Attributionen und Kontrollüberzeugungen* (S. 127-133). Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1989). *Sozialer Rückhalt und Gesundheit. Eine Meta-Analyse*. Göttingen: Hogrefe.

- Schwarzer, R. & Leppin, A. (1997). Soziale Unterstützung, Krankheit und Gesundheitsverhalten. In R. Schwarzer (Hrsg.), *Gesundheitspsychologie* (S. 395-414). Göttingen: Hogrefe.
- Schwarzer, R. & Renner, B. (2000). Social-cognitive predictors of health behavior: Action self-efficacy and coping self-efficacy. *Health Psychology*, 5, 487-495.
- Schwarzer, R. & Schmitz, G.S. (1999). Kollektive Selbstwirksamkeitserwartungen von Lehrern. Eine Längsschnittstudie in zehn Bundesländern. *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 4, 262-274.
- Schweiger, D. M. & Leana, C. R. (1986). Participation in Decision Making. In E.A. Locke (Hrsg.), *Generalizing from Laboratory to Field Settings* (S. 147-166). Lexington, Mass: Lexington Press.
- Scully, J.A., Kirkpatrick, S.A. & Locke, E.A. (1995). Locus of knowledge as determinant of the effects of participation on performance, affect and perceptions. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 61, 276-288.
- Seligman, M. (1983). *Erlernte Hilflosigkeit*. München: Urban und Schwarzenberg.
- Semmer, N. (1990). Streß und Kontrollverlust. In F. Frei & I. Udris (Hrsg.), *Das Bild der Arbeit*. (S. 190-207). Bern: Huber.
- Slesina, W. (1990). Gesundheitszirkel - Ein neues Verfahren zur Verhütung arbeitsbedingter Erkrankungen. In U. Brandenburg, H. Kollmeier, K. Kuhn, B. Marschall & P. Oehlke (Hrsg.), *Prävention und Gesundheitsförderung im Betrieb - Erfolge-Defizite-Künftige Strategien* (S. 315-328). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Slesina, W. (1994). Gesundheitszirkel: Der „Düsseldorfer Ansatz“. In G. Westermayer & B. Bähr (Hrsg.), *Betriebliche Gesundheitszirkel* (S. 25-36). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Slesina, W. (1996). Betriebliche Gesundheitszirkel - Eine Zwischenbilanz. In U. Brandenburg, K. Kuhn, B., Marschall & C. Verkoyen (Hrsg.), *Gesundheitsförderung im Betrieb* (S. 362-374). Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Slesina, W. (2001). Evaluation von Gesundheitszirkeln. In B. Badura, M. Litsch & C. Vetter (Hrsg.), *Fehlzeiten-Report 2000* (S. 199-212). Berlin: Springer.
- Slesina, W., Beuels, F.-R. & Lorenz, I. (1992). Zur Evaluation eines Modellvorhabens mit Gesundheitszirkeln zur gesundheitsgerechten Arbeitsgestaltung. In R. Brennecke (Hrsg.), *Sozialmedizinische Ansätze der Evaluation im Gesundheitswesen*. Bd. I, 349-356. Berlin: Springer.
- Sochert, R. (1998). *Gesundheitsbericht und Gesundheitszirkel. Evaluation eines integrierten Konzepts betrieblicher Gesundheitsförderung*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Sommer, J. (1987). *Dialogische Forschungsmethoden*. München: Psychologie VerlagsUnion.
- Strauss, G. (1998). Participation Works – If Conditions are appropriate. In F. A. Heller, E. Pusic, G. Strauss & B. Wilpert (Hrsg.), *Organizational Participation. Myth and Reality* (S. 190-219). Oxford: University Press.

- Thiehoff, R. (1998). Betriebswirtschaftliche Evaluation. In E. Bamberg, A. Ducki & A.-M. Metz (Hrsg.), *Handbuch Betriebliche Gesundheitsförderung* (S. 211-222). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Troschke, J. von (1993). Plädoyer für die eindeutige Abgrenzung von Gegenstandsbereichen der Gesundheitsförderung und der Prävention. *Prävention*, 16, 83-86.
- Udris, I. (1989). Soziale Unterstützung. In S. Greif, H. Holling & N. Nicholson (Hrsg.), *Europäisches Handbuch der Arbeits- und Organisationspsychologie* (S. 421-425). München: Psychologie Verlags Union.
- Udris, I. & Alioth, A. (1980). Fragebogen zur Subjektiven Arbeitsanalyse (SAA). In E. Martin, I. Udris, U. Ackermann & K. Oegerli (Hrsg.), *Monotonie in der Industrie* (S. 61-68 und 204-207). Bern: Huber.
- Udris, I. & Frese, M. (1988). Belastung, Stress, Beanspruchung und ihre Folgen. In D. Frey, C. Graf Hoyos & D. Spartenberg (Hrsg.), *Angewandte Psychologie - Ein Lehrbuch* (S. 427-447). München: PVU.
- Udris, I., Rimann, M. & Thalmann, K. (1994). Gesundheit erhalten, Gesundheit herstellen: Zur Funktion salutogenetischer Ressourcen. In B. Bergmann & P. Richter (Hrsg.), *Die Handlungsregulationstheorie. Von der Praxis einer Theorie* (S.198-215). Göttingen: Hogrefe.
- Ulich, E. (1978a). Über mögliche Zusammenhänge zwischen Arbeitstätigkeit und Persönlichkeitsentwicklung. *Psychosozial*, 1, 44-63.
- Ulich, E. (1978b). Über das Prinzip der differenziellen Arbeitsgestaltung. *Industrielle Organisation*, 47, 566-568.
- Ulich, E. (1994). *Arbeitspsychologie* (3. Auflage). Stuttgart: Schäffer-Poeschel.
- Ulich, E. & Baitsch, C. (1987). Arbeitsstrukturierung. In U. Kleinbeck & J. Rutenfranz (Hrsg.), *Arbeitspsychologie. Enzyklopädie der Psychologie*, Bd. 1 (S. 493-531). Göttingen: Hogrefe.
- Volle, B. & Wiedebusch, S. (1988). Kontrollüberzeugungen bei Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises: Bezüge zu Krankheitsbild, Compliance und Selbsthilfegruppenzugehörigkeit. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Münster: Universität.
- Volpert, W. (1983). Das Modell der hierarchisch-sequentiellen Handlungsorganisation. In W. Hacker, W. Volpert & M. von Cranach (Hrsg.), *Kognitive und motivationale Aspekte der Handlung* (S. 38-58). Berlin: DVW.
- Volpert, W. (1987). Psychische Regulation von Arbeitstätigkeiten. In U. Kleinbeck & J. Rutenfranz (Hrsg.), *Arbeitspsychologie* (S. 1-42). *Enzyklopädie der Psychologie*, Themenbereich D, Serie III, Band 1. Göttingen: Hogrefe.
- Vroom, V.H. & Jago, P. (1988). *The new leadership - managing participation in Organizations*. New Jersey.
- Wagner, J.A., Leana, C.R., Locke, E.A. & Schweiger, D.M. (1997). Cognitive and motivational frameworks in U.S. research on participation: a meta-analysis of primary effect. *Journal of Organizational Behavior*, 18, 49-65.
- Wall, T.D. & Lischeron, J.A. (1977). *Worker Participation. A Critique of the Literature and Some Fresh Evidence*. London: MacGraw-Hill.

- Wanek, V. (1996). Ansatzpunkte, Möglichkeiten und Grenzen betrieblicher Gesundheitsförderung und ihrer Unterstützung durch die BzGA. Abschlussbericht Teil 1. Ulm: Universität, Abteilung Medizinische Soziologie.
- Weber, W. G. (1999). Kollektive Handlungsregulation, kooperative Handlungsbereitschaften und gemeinsame Vergegenständlichungen in industriellen Arbeitsgruppen. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 43, 202-215.
- Wehner, T. & Rauch, K.P. (1994). Evaluation von Gruppenarbeit in der Automobilindustrie. Quantitative Befunde zu Reaktionen und Meinungen. *Arbeit*, 3, 132-149.
- Wehner, T. und Endres, E. (1997). Problemfelder der Gruppenarbeit. Der zweite Versuch – Eine Fallstudie aus der Industrie. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie*, 41, 34-40.
- Wellendorf, J, Westermayer & Riese, I. (2001). Die Aktion „Sicher und Gesund“ der Firma Storck. In B. Badura, M. Litsch & C. Vetter (Hrsg.), Fehlzzeiten-Report 2000 (S. 231-248). Berlin: Springer.
- Westermayer, G. & Bähr, B. (1994a). Gesundheitszirkel als Instrument einer integrierten Personal- und Organisationsentwicklung. In G. Westermayer & B. Bähr (Hrsg.), Betriebliche Gesundheitszirkel (S. 37-45). Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Westermayer, G. & Bähr, B. (1994b). Betriebliche Gesundheitszirkel. Göttingen: Verlag für Angewandte Psychologie.
- Westermayer, G. & Liebing, U. (1992). Evaluation betrieblicher Gesundheitszirkel. In R. Brennecke (Hrsg.), Sozialmedizinische Ansätze der Evaluation im Gesundheitswesen, Bd. 1: Grundlagen und Vorsorgeforschung (S. 341-348). Berlin: Springer.
- White, R.W. (1959). Motivation reconsidered: The concept of competence. *Psychological Review*, 66, 5, 297-333.
- Wickström, G. (1992). Evaluation of work-related intervention studies to prevent chronification of back disorders. Veröffentlichungsreihe der Forschungsgruppe Public-Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P92-203.
- Wiendieck, G. (1994). Arbeits- und Organisationspsychologie. Berlin: Quintessenz Verlags-GmbH.
- Wilpert, B. (1993). Das Konzept der Partizipation in der A & O-Psychologie. In W. Bungard & T. Herrmann (Hrsg.), Arbeits- und Organisationspsychologie im Spannungsfeld zwischen Grundlagenorientierung und Anwendung. Bern: Huber.
- Wilpert, B. (1998). A view from Psychology. In F. A. Heller, E. Pusic, G. Strauss & B. Wilpert (Hrsg.), Organizational Participation. Myth and Reality (S. 40-64). Oxford: University Press.
- Wilpert, B. & Rayley, J. (1983). Anspruch und Wirklichkeit der Mitbestimmung. Frankfurt a.M.: Campus.
- Wottowa, H. & Thierau, H. (1990). Lehrbuch Evaluation. Bern: Huber.
- Zängl, P. & Sochert, R. (1994). Gesundheitszirkel zeigen Wirkung. *Die Betriebskrankenkasse*, 6, 348-354.

- Zink, K. & Schick, G. (1986). Quality Circles. München: Hanser.
- Zink, K. (1986). Quality Circles 2. München: Hanser.
- Zink, K. (1992). Partizipative Sicherheitsarbeit. Ein Baustein integrierter Arbeitssicherheitskonzepte. In A. Ritter & K.J. Zink (Hrsg.), Gruppenorientierte Ansätze zur Förderung der Arbeitssicherheit (S. 3-16). Berlin: E. Schmidt.
- Zink, K., Ackermann, M. & Ritter, A. (1986). Zum Stand betrieblicher Kleingruppenaktivitäten in der Bundesrepublik Deutschland. In K. Zink (Hrsg.), Quality Circles (S. 2-16). München: Hanser.
- Zink, K. & Ritter, A. (1989a). Erhöhung der Arbeitssicherheit durch Problemlösegruppen. In B. Ludborzs (Hrsg.), Psychologie der Arbeitssicherheit – 4. Workshop 1988 (S. 302-323). Heidelberg.
- Zink, K. & Ritter, A. (1989b). Verbesserung der Arbeitsqualität durch Problemlösegruppen (Quality circle, Lernstatt, Gruppen,...). HdA-Werkstattbericht Nr.2. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.

12 Anhang

Der Interviewleitfaden

Ich möchte Ihnen jetzt einige Fragen zu dem Gesundheitsprojekt stellen, daß vor ... Monaten / Jahren hier begonnen hat. Mich interessiert vor allem wie alles angefangen hat und wie es zu dem Gesundheitszirkel kam und vor allem, was Sie persönlich darüber dachten.

1. Ich möchte mir gerne einen Eindruck von Ihrer Arbeit machen, können Sie mir kurz Ihre Tätigkeit beschreiben?

Was sind Ihre typischen Aufgaben? (Ablauf beschreiben lassen)

2. Wenn Sie sich daran zurückerinnern, wie Sie das erste Mal von dem Gesundheitsprojekt erfahren haben? Wie war das genau? Und vom Zirkel?

Wie war die Stimmung damals?

Wie war Ihr erster Eindruck darauf?

Was glaubten Sie damals, wie sich das Projekt auf Ihre Arbeitssituation auswirken könnte?

Hatten Sie etwas bestimmtes erwartet oder sich davon erhofft?

Mit welchen Schwierigkeiten hatten Sie gerechnet?

3. Wie hatten Sie sich damals den Zirkel vorgestellt?

Welche Vorstellungen hatten Sie, was der Zirkel bewirken könnte?

In bezug auf Gesundheit / Arbeitsbelastung / Einflußmöglichkeiten

Hatten Sie damals den Eindruck, Sie müßten etwas für Ihre Gesundheit tun?

Wie wichtig war Ihnen damals Ihre Gesundheit?

4. Könnten Sie mir mal genau beschreiben, wie es dazu kam, daß Sie an dem Gesundheitszirkel (nicht) teilgenommen haben?

Gab es eine bestimmte Situation, in der Sie sich sagten ja (nein), da mache ich (nicht) mit?

Hatten Sie sich mit jemanden darüber unterhalten? (Projektleiter, BA, Vorgesetzte, KollegInnen, BR, Familie)

Hatten Sie irgendwelche konkreten Erwartungen oder Befürchtungen?

Welche Gründe waren letztendlich ausschlaggebend für Ihre Entscheidung, sich (nicht) zu beteiligen?

Was oder wer hat Sie darin bestärkt, sich (nicht) zu beteiligen?

Mit welchen Schwierigkeiten war Ihre Entscheidung damals verbunden?

Unter welchen Bedingungen hätten Sie sich anders entschieden?

5. Als für Sie feststand, daß Sie am Zirkel (nicht) teilnehmen, wie ging's dann weiter?

Hatten Sie ein bestimmtes Ziel mit Ihrer Entscheidung verfolgt?

Was hatten Sie geglaubt, erreichen zu können?

6. Wie war es in der Zeit als der Zirkel lief, hat sich etwas an Ihrer Haltung zum Gesundheitszirkel geändert? (Enttäuschung, Reue, Zufriedenheit) Warum? Beispiel

Gab es Situationen oder Gespräche, die Sie in Ihrer Haltung bestärkt haben?

7. Sagen Sie mir doch mal, wie Sie den Gesundheitszirkel im Nachhinein einschätzen?

Hat sich bei Ihnen durch den Zirkel etwas verändert? Am Arbeitsplatz? Ihrer Gesundheit?

Wie beurteilen Sie im Nachhinein, daß Sie am Zirkel (nicht) teilgenommen haben?

Was müßte Ihrer Meinung nach im Betrieb anders gelaufen sein?

Was sollte Ihrer Meinung nach als nächstes passieren?

Was sollte passieren, um Arbeitsbelastungen abzubauen oder die Gesundheit der Belegschaft zu verbessern? Was würden Sie persönlich in Zukunft dafür tun?

8. Nun gab es ja im Gesundheitszirkel die Möglichkeit seine Meinung zu äußern bzw. eigene Ideen einzubringen. Wie ist das üblicherweise, wenn Sie eigene Ideen oder Ihre Bedürfnisse im Betrieb einbringen wollen?

Bei welchen Entscheidungen können Sie mitreden oder mitentscheiden?

Wie ist es, wenn Sie etwas verändern wollten? Beispiel erläutern lassen

(Reaktionen von Vorgesetzte, KollegInnen)

Was würden Sie sagen, welchen Einfluß haben Sie generell auf Ihre Arbeitssituation?

9. Wie wurde im Betrieb bislang mit Arbeitsbelastungen oder mit Gesundheit am Arbeitsplatz umgegangen?

Wie sind Sie selbst mit Gesundheitsproblemen oder Arbeitsbelastungen gewöhnlich umgegangen?

10. Zum Abschluß möchte ich Ihnen gerne noch einige allgemeinere Fragen über Gesundheit stellen. Und zwar interessiert mich wie Sie darüber denken, was Gesundheit eigentlich ist. Also Ihre ganz persönliche Meinung!

Wie würden Sie sich selbst oder andere beschreiben, die gesund sind?

Welche Einflüsse gibt es Ihrer Meinung nach dafür, ob Sie gesund oder krank sind?

Welchen Einfluß hat die Arbeit auf Ihr Gesundsein?

Welchen Einfluß haben Sie persönlich auf Ihren Gesundheitszustand?

Wie kommen Sie im allgemeinen mit Ihrem Gesundheitszustand zurecht?

Fragebogen zur persönlichen Situation

Erlerner Beruf: Derzeitige Tätigkeit:

Wochenarbeitszeit: Jahre der Betriebszugehörigkeit:

abgeschlossene Schulbildung:

Anzahl der Schulungen (Kurse, Seminare auch außerhalb der Arbeitszeit) in den letzten

2 Jahren: Zu welchen Themen:

Ausgeübte Funktionen (z.B. im Betrieb, Partei, Verein, Gewerkschaft etc.):

.....

Alter: Anzahl der Kinder: In Partnerschaft lebend: ja nein

Es folgen nun einige Fragen zu Ihrer Arbeitssituation. Kreuzen Sie bitte bei jedem Satz die für Sie zutreffende Stufe an.

	nie	selten	manchmal	oft	immer
Bei meiner Arbeit kann man eine Sache oder einen Auftrag von A bis Z herstellen bzw. ausführen.	1	2	3	4	5
Diese Arbeit ist abwechslungsreich.	1	2	3	4	5
Wenn ein Fehler passiert, findet der/die Vorgesetzte ihn immer bei uns, nie bei sich.	1	2	3	4	5
Man hat zu wenig Gelegenheit, Dinge zu tun, die man gut beherrscht.	1	2	3	4	5
Diese Arbeit erfordert große Verantwortung.	1	2	3	4	5
Das gegenseitige Vertrauen ist bei uns so groß, daß wir offen über alles, auch Persönliches reden können.	1	2	3	4	5
Man muß Dinge tun, für die man eigentlich zu wenig ausgebildet ist.	1	2	3	4	5
Man kann bei dieser Arbeit immer wieder Neues dazulernen.	1	2	3	4	5

	nie	selten	manchmal	oft	immer
Es gibt so viel zu tun, daß es einem über den Kopf wächst.	1	2	3	4	5
Der/die Vorgesetzte ist daran interessiert, daß es seinen/ihren Mitarbeiter/innen gut geht.	1	2	3	4	5
Man muß ausbaden, was die Anderen falsch gemacht haben.	1	2	3	4	5

Notieren Sie bitte hier, wodurch Sie sich an Ihrem Arbeitsplatz am stärksten belastet fühlen?

1)

2)

3)

Wie sehr können Sie sich auf die folgenden Personen verlassen, wenn in der Arbeit Probleme auftauchen?	gar nicht	wenig	einigermaßen	ziemlich	völlig
Auf Ihre Vorgesetzten	1	2	3	4	5
Auf Ihre Arbeitskollegen und -kolleginnen	1	2	3	4	5
Auf ihre/n Lebenspartner/in	1	2	3	4	5
Auf andere Personen außerhalb der Arbeit	1	2	3	4	5

Wie stark treffen die folgenden Sätze über Gesundheit auf Sie zu?	trifft überhaupt nicht zu	trifft eher nicht zu	teils-teils	trifft eher zu	trifft völlig zu
Wenn ich so weiter lebe wie bisher, dann wird meine Gesundheit darunter leiden.	1	2	3	4	5
Ich fürchte mich davor, eines Tages so schwer krank zu sein, daß ich keine Freude mehr am Leben haben werde.	1	2	3	4	5

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Checkliste für Abteilungsbegehung

Die folgenden Punkte werden während der Abteilungsbegehung mit der Führungskraft besprochen

Anzahl der Beschäftigten weiblich / männlich
Aufgaben der Abteilung

Arbeitszeitmodell

Typische Belastungen in dieser Abteilung? Worüber klagen die Leute?

Wann hat der Zirkel angefangen? Dauer

Zusammensetzung und Auswahl der Teilnehmer:

Grund für den Gesundheitszirkel:

Veränderungen nach dem Gesundheitszirkel:

Geplante Veränderungen:

Wie finden Sie persönlich das Gesundheitsprojekt?

Exemplarische Veranschaulichung der themenbezogenen Typologie

Durchführung von Schritt 1 Paraphrase und Schritt 2 Überschriften bilden der Analyse anhand des gesamten Interviews mit Herrn L:

Interviewtext	Paraphrase	Überschrift
<p>I: Sie sind auch in der Abteilung Bearbeitung beschäftigt? Ich würde Sie gerne bitten, mir kurz zu beschreiben, was Sie da machen.</p> <p>L: Was ich tu? Äh, ja, produzieren. Kolben produzieren. In der Bearbeitung. Als Gruppenführer von zwei Transferstraßen.</p> <p>I: Wie lange arbeiten Sie da schon?</p> <p>L: Also, ich bin jetzt sechzehn Jahre in der Firma und den Beruf mache ich jetzt acht Jahre.</p> <p>I: Acht.</p> <p>L: Sechs, acht Jahre.</p>	<p>Herr L arbeitet in der Bearbeitung als Gruppenführer von zwei Transferstraßen und produziert Kolben. Er ist sechzehn Jahre in der Firma, den Beruf macht er seit 6-8 Jahren. (1)</p>	<p>als Gruppenführer an den Transferstraßen in der Bearbeitung tätig (L,1)</p>
<p>I: O.k.. Dann würde ich Sie jetzt gerne bitten, sich zurückzuerinnern, als der GZ angefangen hat. Das ist schon eine Weile her.</p> <p>L: Ja.</p> <p>I: Können Sie sich daran erinnern, wie Sie davon erfahren haben, dass so ein GZ durchgeführt werden soll?</p> <p>L: (lacht). Mich hat ein Kollege angesprochen, ob ich nicht Interesse hätte, da mitzumachen, mitzuwirken. So habe ich davon erfahren.</p> <p>I: Ein Kollege, der auch im Zirkel mitgemacht hat?</p> <p>L: Der auch mit im Zirkel da war, ja.</p> <p>I: Wissen Sie, warum er Sie angesprochen hat?</p> <p>L: Nicht direkt. Vielleicht hat er keinen Anderen gefunden. (lacht) Ich weiß es nicht, nein.</p>	<p>Von dem GZ hat er durch einem Kollegen erfahren, der ihn fragte, ob er daran teilnehmen wolle. Weitere Informationen hat es nicht gegeben. (1)</p>	<p>Info zum GZ von Kollegen</p>
<p>I: Haben Sie denn noch von anderer Stelle vom Zirkel erfahren; so andere Informationen? Haben Sie da noch was gehört oder gelesen, was so</p> <p>L: Nein, erst als wir dabei waren, im GZ zu arbeiten. Dann sind wir dahinter gekommen, dass die Information sehr schlecht ist. Dass keiner Bescheid weiß. Und dann haben wir es bekannt gegeben.</p>	<p>Nachdem der GZ begonnen hatte, informierten die Zirkelmitglieder ihre Kollegen umfassender über die Arbeit im Zirkel, da „keiner Bescheid weiß“. (1,27)</p>	<p>mehr Infos zu GZ durch Zirkelleute selbst, da diese unzureichend war (L,1)</p>
<p>I: Können Sie sich noch erinnern, als Sie angesprochen worden sind, was so Ihr erster Eindruck war, Ihr erster Gedanke? Eine spontane Idee dazu gehabt?</p> <p>L: Au, mein erster Gedanke? (lacht) Ich habe mir gedacht, dass ist eh sinnlos.</p> <p>I: Das ist eh sinnlos?</p> <p>L: Das war mein erster Gedanke, weil ich kenne die A. Das ist alles bloß eine Geldfrage. Solange die A. kein Geld dafür aus gibt, ist das</p> <p>I: Also, Sie haben gedacht, da kommt sowieso nichts bei raus?</p> <p>L: Ja, das habe ich gedacht, am Anfang. Ja.</p>	<p>Der erste Gedanke von Herrn L war, „dass ist eh sinnlos“. (1,31) Seine Erfahrung war, dass es auf das Geld ankommt, „solange die Firma kein Geld dafür ausgibt“ (1,34) kommt da sowieso nichts bei raus.</p>	<p>Erster Gedanke: GZ ist sinnlos, wenn Firma kein Geld investiert (L,1)</p>
<p>I: Hatten Sie denn auch irgendwelche Erwartungen oder Hoffnungen an den Zirkel gehabt?</p> <p>L: Hoffnungen ja, Hoffnungen, dass ich mehr Mitspracherecht habe in dem Thema Gesundheit. Dass wir da endlich mal was tun können. Das war die</p>	<p>Seine Hoffnungen waren, dass er „mehr Mitspracherecht habe in dem Thema Gesundheit“. (1,39-40)</p>	<p>Hoffnung auf mehr Mitsprache zu Gesundheit (L,1)</p>

Hoffnung.		
<p>I: Und hatten Sie auch mit Problemen gerechnet, damals?</p> <p>L: Mit Problemen, ja.</p> <p>I: Welcher Art?</p> <p>L: Das die Vorschläge, die wir machen, nicht umgesetzt werden, weil es nicht möglich oder zu teuer ist, was auch im Endeffekt passiert ist.</p>	Seine Befürchtung war damals, dass die Vorschläge nicht umgesetzt werden können oder zu teuer sind. (1)	Befürchtungen, Vorschläge nicht umgesetzt, weil zu teuer (L,1)
<p>I: Mhm, o.k, dann würde ich Sie bitten, nochmal genauer zu beschreiben, wie es dazu kam, dass Sie an dem GZ teilgenommen haben. Sie haben gesagt, ein Kollege hat Sie angesprochen. Was waren denn da so die Gründe, dass Sie gedacht haben, obwohl Sie ja fanden, es sei sinnlos, da mitzumachen?</p> <p>L: Ja, was heisst sinnlos. Ich habe gedacht, dass wir jetzt, durch den GZ endlich einmal was haben, wo wir uns da zu Wort melden können, das man da über die Verhältnisse ran kommen, aber ich habe von vornherein gedacht, dass das bei der Geschäftsleitung da rein und da wieder heraus geht. Das habe ich gedacht. Die hören sich das an und sagen ja und Amen. Wir haben unseren Frieden. Ihr denkt, wir machen was und tschüs.</p>	<p>Der GZ bot für Herrn L Gelegenheit, „endlich mal was haben, wo wir uns da zu Wort melden können, das man da über die Verhältnisse ran kommt“. (1,50-51)</p> <p>Gleichzeitig war ihm im vorhinein bewusst, dass die Geschäftsleitung die Sache nicht so ernst nehmen würde, „Die hören sich das an und sagen Ja und Amen, wir haben unseren Frieden. Ihr denkt, wir machen was und tschüs.“ (2,2-3)</p>	<p>GZ als Chance, sich zu äußern und Verhältnisse zu ändern;</p> <p>Angst, dass GL nichts ändern möchte (L,2)</p>
<p>I: Gab es denn noch so andere Gründe? Weil Sie sagten, Mitsprache wäre für Sie wichtig.</p> <p>L: Ja, ich wollte halt versuchen, da unten die Verhältnisse zu verbessern oder mal hören, ob man das verbessern kann. Die Verhältnisse. Besonders im Sommer, bei dem Wetter jetzt. Das war eigentlich für mich das Hauptproblem, weil, ich meine, ich bin gesundheitlich recht robust. Ich habe da keine Probleme gehabt, gesundheitlich und die Kollegen sind da nicht mit hausieren gegangen, au, ich habe das Problem und das und so. Da jammert keiner, da unten, nicht. Aber das Hauptproblem war die Hitze. Das, was mich auch mit gestört hat. Wo der GZ gelaufen ist, da haben wir schon einige Informationen von den Kollegen gekriegt und eingeholt gehabt. Dann ist das schon ein wenig besser geworden.</p>	<p>Ein Grund am Zirkel teilzunehmen, war der Wunsch, „die Verhältnisse zu verbessern oder mal zu hören, ob man das verbessern kann.“ (2,6-7) Das größte Problem ist die Hitze, besonders im Sommer. Gesundheitliche Probleme hat er selbst nicht und auch seine Kollegen stellen diese nicht so heraus. Aber die Hitze hat auch ihn gestört. Als der GZ anfang, haben sich deren Mitglieder von den Kollegen erzählen lassen, welche Probleme sie haben.</p>	<p>TN am Zirkel, um Verhältnisse zu ändern bzw. es zu versuchen (L,2)</p> <p>keine eigenen gesund. Probleme, Kollegen erzählten sie nicht (L,2)</p> <p>größtes Problem Hitze (L,2)</p> <p>Befragung der Koll. durch GZ (L,2)</p>
<p>I: Haben Sie sich denn, bevor der Zirkel angefangen hat, mal mit jemandem darüber unterhalten? Jetzt mit Kollegen oder mit anderen?</p> <p>L: Nein, speziell unterhalten nicht.</p> <p>I: Nicht.</p> <p>L: Wir haben da gejammert, Mensch ist das heiß, aber nein, eigentlich nicht so.</p> <p>I: Außerhalb der Arbeit?</p> <p>L: Nein, wie gesagt, ich habe da keine Pläne gehabt. Dafür hat es auch keinen Grund gegeben, sich darüber zu unterhalten, außer halt über die Hitze, dass es sehr warm ist. Aber so hatte ich ja keine Probleme, also hat es für mich keinen Grund gegeben, sich darüber zu unterhalten. Und die anderen Kollegen, wie gesagt, die sind auch nicht gekommen morgens und haben gesagt, ach das tut weh, das tut weh. Ich bin ja kein Doktor. Warum sollten sie mir das sagen? Vorher, vor dem GZ.</p> <p>I: Sie sind auch kein Sicherheitsbeauftragter.</p> <p>L: Eben.</p>	<p>Gespräche zwischen den Kollegen gab es vor dem GZ nicht darüber. Außer, dass mal über die Hitze geklagt worden ist, wurde nicht über Gesundheit geredet. Da Herr L selbst keine Probleme hatte, sah er keinen Grund, sich darüber zu unterhalten und die Kollegen haben ihm seine gesundheitlichen Beschwerden auch nicht erzählt. „Ich bin ja kein Doktor, warum sollten sie mir das sagen?“ (2,26)</p>	<p>Vor dem GZ nicht darüber gesprochen (L,2)</p> <p>man redet nur mit einem Doktor über gesundheitl. Probleme (L,2)</p>
Und gab es da noch was anderes, was vorgefallen ist, was Ihre Entscheidung bestärkt hat? Im Laufe der	Seine Entscheidung war spontan	spontane

<p>ersten Zeit, wo Sie gedacht haben, ach, eine wichtige Entscheidung gewesen? Ein bestimmtes Gespräch oder die ersten Sitzungen oder....?</p> <p>L: Nein, nein. I: Gar nicht?</p> <p>L: Ich muss sagen, das war eine spontane Entscheidung. Der Kollege hat mich angesprochen, da mitzumachen. Dann habe ich mich zwei Minuten hin und her bewegt und habe gesagt, ja. Aber so einen bestimmter Grund war eigentlich nicht.</p>	<p>gewesen: er hatte sich gleich entschieden, nachdem der Kollege ihn angesprochen hatte. (2)</p>	<p>Entscheidung zu GZ (L,2)</p>
<p>I: O.k.. War denn Ihre Entscheidung damals auch mit bestimmten Problemen verbunden?</p> <p>L: Nein. I: Gar nicht? L: Nein.</p>	<p>Mit Problemen war die Entscheidung nicht verbunden. (2)</p>	<p>Keine Probleme durch TN (L,2)</p>
<p>I: Hätten Sie sich denn, unter bestimmten Bedingungen, anders entschieden?</p> <p>L: Unter bestimmten Bedingungen? Es kommt darauf an. Wenn ich gewusst hätte, dass ich dann im Werk 2 drüben arbeiten werde, dann hätte ich mich anders entschieden.</p> <p>I: Wie, das verstehe ich jetzt nicht?</p> <p>L: Ja, weil ich damals noch nicht gewusst habe, dass ich da rübergehe. In das andere Werk.</p> <p>I: Ach so. Sie waren vorher in Werk 2?</p> <p>L: Erst im Werk 1, da, wo der GZ stattgefunden hat, über das Werk. Und dann bin ich letztes Jahr wieder gegangen, in das andere Werk. Das habe ich aber damals noch nicht gewusst, dass ich da rübergehe. Dann hätte ich mich anders entschieden, weil es hat ja keinen Sinn, wenn ich da mit drin bin und gebe dann die Auskünfte, wie es jetzt da ist, weil, ich weiß ja nicht. Ich meine, ich weiß wohl immer noch, dass es warm ist, aber ob es besser wird oder schlechter, so kriege ich das nicht mehr mit.</p>	<p>Wenn er gewusst hätte, dass er später nicht mehr in dem Werk arbeiten wird, in dem der GZ stattfand, hätte er sich vielleicht anders entschieden. Es hätte für ihn keinen Sinn gemacht, dort mitzuarbeiten und hinterher nicht zu wissen, ob es besser oder schlechter geworden ist. (2und3)</p>	<p>GZ lohnt sich nur, wenn er in der Abt. geblieben wäre, um die Ergebnisse zu erleben (L,2)</p>
<p>I: Ach so, ja. o.k., welche Vorstellungen hatten Sie denn damals, was so der GZ bewirken könnte?</p> <p>L: Ja, ich bin da schon mit großen Erwartungen rein gegangen, doch. Ich habe gedacht, dass da endlich mal was passieren wird. Eben wegen der Wärme. Richtigen Luftaustausch. Das waren meine Erwartungen. Das, was mich persönlich am meisten bedrückt hat. Das andere, was wir dann gemacht haben, da habe ich mich hinein denken müssen und die Kollegen gefragt. Das mit Hautschutz und so, denn, wie gesagt, ich habe ja keine Probleme gehabt, gesundheitsmäßig.</p>	<p>Herr L hatte „große Erwartungen“ (3,10) an den Zirkel, er dachte, „dass da endlich mal was passieren wird.“ (3,11) Wichtig war ihm dabei das Problem mit der Wärme, weil ihm das am meisten störte. Sie haben im Zirkel dann mehr mit den Hautproblemen zu tun gehabt, da musste sich Herr L erstmal hinein denken und hat dann auch mit Kollegen darüber gesprochen.</p>	<p>große Erwartungen auf Veränderungen wegen der Hitze; aber mehr über Haut diskutiert, da musste er sich rein arbeiten (L,3)</p>
<p>I: Gut. Und als Sie sich entschieden haben, am Zirkel teilzunehmen, was hatten Sie denn gedacht, was Sie selber da erreichen könnten? Haben Sie sich was Bestimmtes vorgenommen?</p> <p>L: Nein. I: Nicht?</p> <p>L: Ich habe mich überraschen lassen. (lacht) Ich habe gedacht, ich setze mich jetzt mal da rein und dann schaue ich, ob wir was erreichen oder nicht. Aber was Bestimmtes vornehmen, ich weiß, mit bestimmten Erwartungen, da werde ich bloß enttäuscht von denen, sagen wir mal.</p> <p>I: Genau, kann passieren.</p> <p>L: (lacht) Ja, deswegen habe ich mir keine großen Hoffnungen gemacht und habe mir gedacht, ich höre mir das an, mache meine Vorschläge und dann schauen wir mal, was passiert.</p>	<p>Er hatte sich nicht vorgenommen, etwas Bestimmtes erreichen zu wollen. „Ich habe mich überraschen lassen.“ (3,21) Er wollte abwarten, ob man etwas erreichen könnte oder nicht. Außerdem würde man mit Erwartungen sowieso bloß enttäuscht. Herr L wollte seine Vorschläge einbringen und dann schauen, was passiert.</p>	<p>Wollte nichts Bestimmtes erreichen, sondern Vorschläge einbringen und dann abwarten, was möglich ist (L,3)</p>
<p>I: Dann haben Sie sich wahrscheinlich auch nicht so viele Gedanken gemacht, was Sie da konkret tun könnten, was Sie da einbringen könnten?</p>	<p>Als sich Herr L entschieden hatte am Zirkel teilzunehmen, war er dann mit „Herz und Siegel“ (3,34)</p>	<p>Entscheidung bedeutete vollen Einsatz,</p>

<p>L: Ja, ja, das schon. I: Das schon? L: Das schon, also das auf alle Fälle. Als ich dann gesagt habe, ich bin dabei, war ich dann dabei, mit Herz und Siegel. Das ist schon klar, aber, wie gesagt, dann nachher, wie das gelaufen ist, dann sind erstens die Kollegen mehr zu uns gekommen, weil wir ja den Aushang ausgehängt haben. Die Informationen über den GZ besser waren und dann später bin ich auch zu den Kollegen gegangen und habe gefragt, ob sie Probleme haben oder wo der Schuh drückt. Wo ich dann dabei war.</p>	<p>dabei. Er hatte dann für mehr Information gesorgt und später ist er dann auch zu seinen Kollegen gegangen, um deren Probleme zu erfahren.</p>	<p>d.h. mehr Info zwischen GZ und Kollegen (L,3)</p>
<p>I: Und was war das denn konkret, also, was wollten Sie dann tun? Was wollten Sie umsetzen? L: Umsetzen. Ich meine, ich war ja nicht der alleinige Entscheidungsgeber. Das, was wir gemacht haben, wir haben schon Vorschläge gemacht, dann ist über die Vorschläge diskutiert worden und die Vorschläge haben wir an die Geschäftsleitung weitergegeben. Was dann dabei herausgekommen ist, das hat dann außerhalb unserer Macht gestanden. I: Ja.</p>	<p>Im Zirkel konnten sie nur Vorschläge machen, die an die Geschäftsleitung weitergegeben wurden, was dann passierte, „das hat dann außerhalb unserer Macht gestanden“. (3,45) Er war nicht der einzige „Entscheidungsgeber“.</p>	<p>Man kann nur Vorschläge machen, Entscheidung trifft die GL (L,3)</p>
<p>L: Wir haben bloß Vorschläge machen können. Aber auf der anderen Seite haben wir im GZ wirklich viel angesprochen. Sehr viel angesprochen, was denn von Belang wäre. Aber ich war ja nicht der Einzige. Da haben schon viele Leute gute Ideen gehabt, ja und Probleme. Der Herr Winter hat das wirklich gut geleitet. Den GZ. I: Der von der AOK. L: Mhm.</p>	<p>Es wurde viel besprochen und viele gute Ideen wurden genannt, auch von den anderen Mitarbeitern. Der Moderator hat den Zirkel gut geleitet. (3)</p>	<p>Viel besprochen, gute Ideen und gute Moderation (L,3)</p>
<p>I: Und hat es für Sie auch eine Bedeutung gehabt, dass es eine Gruppe war? L: Ja. I: Welche? L: Inwiefern? I: Welche Bedeutung hatte es für Sie? War das für Sie wichtig, dass es eine Gruppe war oder haben Sie da irgendwie gedacht, na ja, vielleicht könnte man mehr erreichen? L: Ja logisch weil, da ist mehr diskutiert worden über Lösungsvorschläge. Da hat nicht einer allein gesagt, das machen wir jetzt, das ist meine Lösung, mein Film und das machen wir jetzt so, sondern da ist diskutiert worden, was das Beste ist und dann haben sie sie Die Entscheidungen sind auch nicht an einem Tag gefallen, sondern wir haben uns erst einmal von den anderen Abteilungen die Verhältnisse einholen können. Welche Lüftung, wie ist das und was für Luftaustausch und müssen wir da überhaupt was machen. Wie schaut es gesetzmäßig aus. Und bei der nächsten Sitzung haben wir das dann alles erst einmal besprochen. Und dann Lösungsvorschläge halt herausgebracht.</p>	<p>Herr L dachte, dass man in der Gruppe mehr erreichen könnte. Dort wurden nicht nur von einem Vorschläge gemacht, sondern von mehreren. Entscheidungen wurden gut vorbereitet, die sind nicht gleich getroffen worden. Da hat man sich z.B. in der Abteilung Informationen einholen müssen, um dann verschiedene Aspekte zu diskutieren, erst dann ist der Lösungsvorschlag ausgearbeitet worden. (4)</p>	<p>Gruppe kann mehr erreichen (L,4) Entscheidungen im GZ wurden gut vorbereitet durch Infos und Alternativen (L,4)</p>
<p>I: Während der Zirkel lief, mit welchen Gefühlen sind Sie da hingegangen? War das eher eine gleichbleibende Stimmung oder schwankte es auch mal? Dass Sie sich geärgert haben oder enttäuscht waren? L: Nein, das war gleichbleibende Stimmung. Recht locker eigentlich. Viel Ärger hatte ich nicht, weil, ich habe ja keine Erwartungen gehabt, also habe ich mich auch nicht geärgert. (lacht)</p>	<p>Die Stimmung im GZ war gleichbleibend gut, „recht locker eigentlich“. (4,21) Ärger kam bei Herrn L nicht auf, da er keine Erwartungen hatte.</p>	<p>Atmosphäre war „locker“, ärgerte sich nicht, da er keine Erwartungen hatte (L,4)</p>
<p>I: Es gab auch keine Zufriedenheit, also so Sitzungen, wo Sie dachten, ja, das ist jetzt genau richtig, dass ich das mache und das war eine gute Sitzung? L: Ja, das schon. Logisch. Das hatten wir schon, dass wir endlich einmal was gefunden haben, was wir da tun</p>	<p>Zufrieden war Herr L mit dem GZ, weil er einen Rahmen bot, in dem sie etwas tun können. Aber letztlich hing alles daran, ob die Geschäftsleitung bereit ist, Geld</p>	<p>Zufrieden über GZ als Rahmen, um etwas zu tun</p>

<p>könnten, im Rahmen der Möglichkeiten. Auf der anderen Seite habe ich halt auch gewusst, dass das alles eine Kostenfrage ist. Je nachdem, was die Geschäftsleitung bereit ist, dafür auszugeben. Weil die Verhältnisse lassen sich da unten, logisch, bessern. Das ist eben alles nur eine Kostenfrage und der GZ ist wirtschaftlich in einer ungünstigen Zeit angefallen. Da haben die allgemein kein Geld gehabt und da haben wir gespart ohne Ende, also wo es geht. Alles, was wir regeln, wo wir Vorschläge gemacht haben, hat es geheißen, ja, den kriegen wir eh nicht durch. Das ist zu teuer. Dann sind wir immer weiter runtergegangen und haben geschaut, was wir unten noch verbessern könnten, ohne dass es recht viel Geld kostet.</p>	<p>dafür auszugeben. Verbessern kann man auf jeden Fall etwas, aber es ist eben eine Kostenfrage. Als der GZ lief war gerade kein Geld da und es wurde überall gespart. Die Vorschläge sind dann so diskutiert worden, dass nur noch die übrigblieben, die möglichst wenig kosten. (4)</p>	<p>(L,4) Umsetzung war Kostenfrage und lag bei der GL; nur kostengünstige Vorschläge wurden umgesetzt (L,4)</p>
<p>I: Wer hat das gesagt, das kriegen wir eh nicht durch? Da ist kein Geld für da? L: Ja, das war allgemein bekannt, weil, wenn ich einen Vorschlag mache, dass man da drüben eine Klimaanlage reinbauen soll, und das Ganze kostet immens Geld. (lacht). Das wäre aber die einzige Möglichkeit, angenehme Verhältnisse zu schaffen. Durch bauliche Maßnahmen und Klimaanlagen. Das ist kein Thema, aber das zahlt ja keiner.</p>	<p>Es war ja allgemein bekannt, das kein Geld da ist, und so wurden auch die Vorschläge diskutiert z.B. eine Klimaanlage einzubauen. Eine Klimaanlage wäre die einzige Lösung angenehme Verhältnisse zu schaffen, „aber das zahlt ja keiner.“ (4,41-42)</p>	<p>Vorschläge wurden schon vor dem Hintergrund der Kosten diskutiert (L,4)</p>
<p>I: Mhm. Das haben Sie schon von sich aus dann schon eher einen Rückzug gemacht, weil Sie das wussten, aus der Vergangenheit? L: Ja. Ich habe gehofft, durch das, was möglich ist, was wir machen können, dass die Verhältnisse sich bessern. (Pause)</p>	<p>Dennoch hat Herr L gehofft, „durch das, was möglich ist, was wir machen können, dass die Verhältnisse sich bessern.“ (4,45-46)</p>	<p>Hoffnung auf Verbesserung der Verhältnisse blieb (L,4)</p>
<p>I: O.k. und jetzt mal im Nachhinein betrachtet, Sie haben ja die Abteilung gewechselt, wissen Sie denn, ob sich da jetzt überhaupt was geändert hat, ob die Verbesserungsvorschläge auch umgesetzt worden sind? Haben Sie davon etwas mitbekommen? L: Ja, teils, teils. I: Was ist denn verändert worden? L: Es kommt darauf an. Also die Sachen, ich meine, es war ja nicht nur die Hitze oder gesundheitliche Dinger, sondern es ist auch um das Arbeitsverhältnis gegangen, um das Kollegenverhältnis. Und da hat sich schon einiges gebessert. Oder Vorgesetztenverhältnis, da hat sich schon einiges geändert, doch. I: Was ist denn das konkret? L: Das Verhältnis zu den Vorgesetzten, zum Beispiel, hat sich geändert. I: Sind sie jetzt umsichtiger mit dem Thema Arbeitsbelastung oder? L: Umgänglicher. Umgänglicher im menschlichen Verhältnis. I: Und sonst, zu diesen typischen Belastungen Lärm, Dämpfe, Hitze, da hat sich nicht viel verändert? L: Nicht viel.</p>	<p>Einige Veränderungen gab es nach dem Zirkel schon. Beispielsweise sind die Vorgesetzten „umgänglicher, im menschlichen Verhältnis“ (5,9) geworden. Ansonsten hat sich nichts verbessert.</p>	<p>Veränderung: Vorgesetzte wurden umgänglicher (L,5)</p>
<p>I: So im Nachhinein betrachtet, wie beurteilen Sie Ihre Teilnahme, also, war es im Nachhinein auch wichtig? Hat es sich für Sie gelohnt, daran teilzunehmen? L: Ja, ich meine, ob es sich für mich gelohnt hat, ist eigentlich relativ. Es muss sich für die Firma gelohnt haben oder für die Mitarbeiter, die davon betroffen sind. Oder auch für die, die dabei waren, im GZ. Es war schon mal nicht schlecht, weil, es waren nicht nur wir von der Produktion gekommen. Es waren Betriebsrat und Geschäftsleitung auch da. Es sind Dinge angesprochen worden, die die gar nicht gewusst haben. Arbeitsverhältnisse, was die gar nicht gewusst haben. Die haben nicht mal gewusst, dass wir da unten kein Licht haben. Wenn du da oben arbeitest, siehst du acht Stunden keine Sonne. Das</p>	<p>Ob sich seine Teilnahme gelohnt hat, sagt Herr L, ist eher eine Frage, ob sich der Zirkel für die Firma bzw. für die betroffenen Mitarbeiter oder auch für die, die im GZ dabei waren, gelohnt hat. Gut war, dass nicht nur Leute aus der Produktion im Zirkel saßen, sondern auch der Betriebsrat und die Geschäftsleitung dabei waren. Z.B wussten einige nicht, dass in der Bearbeitung kein Tageslicht hineinkommt und dass es eine Belastung ist, den ganzen Tag im Neonlicht zu stehen. Das</p>	<p>TN hat sich dann gelohnt, wenn es sich für Firma bzw. MA gelohnt hat (L,5) TN von BR und GL war gut, die erfuhren mehr über Produktion und Verständnis wuchs (L,5)</p>

<p>haben manche Leute nicht einmal gewusst oder nicht wahrgenommen, dass das eigentlich eine Belastung ist. Dass du den ganzen Tag unter dem Neon stehst. Wenn du schauen willst, was für ein Wetter ist, musst du vor die Tür hinausgehen, weil du kein Fenster hast. Solche Sachen zum Beispiel, das haben einige Leute nicht gewusst, vom Büro. Das Verständnis für uns und unsere Arbeit ist größer oder anders geworden. Bei den Mitarbeitern, die daran teilgenommen haben und sich das angehört haben, was wir eigentlich da unten machen.</p> <p>I: Also, man hat in der Gruppe mehr voneinander erfahren und von den Belastungen der Anderen.</p> <p>L: Ja.</p> <p>I: Und das Verständnis ist dann ein bisschen gestiegen.</p> <p>L: Ja, ja.</p>	<p>Verständnis für die Kollegen in der Produktion, ist von denen, die im Zirkel waren, größer geworden. (5)</p>	
<p>I: Gab es denn sonst noch bestimmte Punkte, wo Sie sagen, ach, es war gut, dass ich das mitgemacht habe? Also auch, wenn Sie da jetzt nicht mehr arbeiten. So, für Sie persönlich?</p> <p>L: Für mich persönlich? Hm, ja. arbeitsverhältnismäßig, menschliche Beziehungen, weil ich die Leute, mit denen ich sonst nichts zu tun gehabt habe, viel besser kennen gelernt habe. Zum Beispiel, für mich persönlich.</p> <p>I: Ja.</p> <p>L: Aber so eine rechte Befriedigung für mich, dass ich dabei war, da im GZ? Da hätte jeder Andere auch dabei sein können, an meiner Stelle. Ich meine, jeder von uns ist ersetzbar und hätte die gleichen Vorschläge machen können, wie ich auch.</p>	<p>Es hat Herrn L gut gefallen, dass er im Zirkel die Kollegen besser kennengelernt hat. Ansonsten ist der Zirkel keine „rechte Befriedigung“ (5,42), da jeder an dem Zirkel teilnehmen und dieselben Vorschläge machen könnte.</p>	<p>gefallen hat, dass er die Koll. besser kennenlernte (L,5)</p> <p>Vorschläge kann jeder machen, das ist nichts Besonderes (I,5)</p>
<p>I: Gibt es denn irgendwas, wo Sie sagen, das müsste anders laufen? Wenn der GZ zum Beispiel noch mal gemacht, durchgeführt würde, würden Sie da wieder mitmachen?</p> <p>L: Ja.</p> <p>I: Müsste da etwas anders durchgeführt werden oder...</p> <p>L: Wie gesagt, der GZ an sich ist ganz gut gewesen, also gut gelaufen und von der höchsten Stelle wirklich super gemacht. Der von der AOK.</p>	<p>Herr L würde wieder an einem Zirkel teilnehmen. Besonders stellt er die Leitung des AOK-Mitarbeiters dabei heraus. (5)</p>	<p>Würde wieder teilnehmen (L,5)</p> <p>Moderator war gut (L,5)</p>
<p>I: Und was müsste, Ihrer Meinung nach, als nächstes passieren? In Bezug auf Gesundheit oder Arbeitsbelastung?</p> <p>L: Dass das nicht einschläft mit der Zeit. Wie gesagt, dass es nicht heißt, die Abteilungen haben einen GZ gemacht und fertig, sondern dass da nachgefragt wird, nachgehakt und in einem oder zwei Jahren noch einmal ein kleiner GZ, was sich geändert hat. Ob das entweder besser oder schlimmer geworden ist. Das, zum Beispiel, sollte gemacht werden. Das wäre nicht schlecht.</p>	<p>Er fand es wichtig, den GZ fortzusetzen, „dass das nicht einschläft mit der Zeit.“ (6,3) Es müsste nach einiger Zeit, vielleicht in 2 Jahren, wieder nachgefragt werden, was inzwischen passiert ist „ob das entweder besser oder schlimmer geworden ist.“ (6,6)</p>	<p>GZ müsste wiederholt werden; Bestandsaufnahme nach 2 Jahren (L,6)</p>
<p>I: O.k., und Sie persönlich? Was können Sie persönlich dafür tun, um gesund zu bleiben oder Arbeitsbelastungen zu vermeiden?</p> <p>L: Hm, ja, für mich persönlich. Sagen wir, zum Beispiel, sensibler Kollegen gegenüber. Wenn sie kommen und sagen, da zwickt es und da tut es weh, dass ich dann mehr aufhorche als früher. Weil früher war es mir eigentlich relativ, aber heute Ja, ich weiss, dann man auch Das ist, wenn die Kollegen kommen und haben was, dann tut die Firma schon was dagegen. Das ist nicht so, die werden nicht im Stich gelassen, sondern die Firma tut alles, um das irgendwie abzustellen. Mit der Hautbelastung zum Beispiel. Wenn gehäuft Ausschläge oder was entstehen, dann kommen die schon und machen was dagegen. Die lassen uns schon nicht hängen. Und da bin ich sensibler geworden, wenn Kollegen kommen und sagen, die ganze Haut ist rot oder irgend so was,</p>	<p>Herr L sagt, er ist durch den GZ sensibler geworden gegenüber Belastungen, wenn beispielsweise Kollegen kommen und über Beschwerden klagen, dann hört er jetzt genauer hin. Er geht auch davon aus, dass die Firma, die Leute „nicht hängen“ (6,17) läßt, z.B. mit den Hautproblemen: „wenn gehäuft Ausschläge oder was entstehen, dann kommen die schon und machen was dagegen.“ (6, 16-17)</p>	<p>sensibler geworden gegenüber Klagen von Koll. (L,6)</p> <p>Bewusstsein gestärkt, Firma läßt niemanden hängen (L,6)</p>

<p>dass ich sogar mehr darauf Obacht gebe, was ich früher nicht getan habe.</p> <p>I: Das ist auch so ein Ergebnis aus dem GZ?</p> <p>L: Ja. (Pause)</p>		
<p>I: O.k., dann würde ich Sie jetzt gerne mal so über die Zeit fragen, bevor der GZ war. Sie arbeiten ja schon einige Jahre hier. Wie war das denn so früher? Der GZ hat ja nun auch Möglichkeiten der Mitsprache geboten. Wie war es denn davor? Ich meine da so zehn Jahre davor. Hatten Sie da Möglichkeiten mitzusprechen, mit zu gestalten und Einfluss zu nehmen?</p> <p>L: Nein.</p> <p>I: Gar nicht?</p> <p>L: Nein.</p> <p>I: Und bei dem Betriebsrat?</p> <p>L: Ja, was heißt, keine Entscheidungsmöglichkeiten? Ich habe sie nicht gebraucht. Ich habe da nicht entscheiden müssen, muss ich sagen. Ich habe ja keine Probleme gehabt und das bißchen heiß. Na ja, gut. Dann schwitze ich halt und dann ist das kein Thema.</p> <p>I: Das bißchen was?</p> <p>L: Das bißchen heiß, sage ich. Wenn es eben warm ist, mehr wie schwitzen kann ich nicht. Deswegen habe ich mich da auch nicht großartig informiert, ob ich irgendwas ändern könnte, ich meine, ich war jung, da war das relativ.</p> <p>I: Sie hatten damit keine Probleme?</p>	<p>Früher so sagt er, hatte er keine Mitsprachemöglichkeiten, die hätte er aber auch nicht gebraucht, weil er keine Probleme hatte. An seinem eigenen Arbeitsplatz hat er schon Möglichkeiten, etwas gegen Belastungen zu tun, z.B. Ventilator einschalten, Hautcreme oder Gehörschutz benutzen. „Ob es was nützt oder nicht.“ (6,50)</p>	<p>Mitsprache gab es nicht und wurde nicht gebraucht; für die Gesundheit kann er sich schützen (L,6)</p>
<p>L: Nein, überhaupt keine. Im Gegenteil, ich wäre lieber erstickt als erfroren, sag ich immer. Mir ist lieber zu heiß als zu kalt.</p> <p>I: Ja. Und an Ihrem eigenen Arbeitsplatz, haben Sie da schon einen Freiraum, auch bestimmte Dinge zu gestalten, wie Sie das gerne möchten? Dass Sie da auch....</p> <p>L: In gewissem Rahmen schon, ja.</p> <p>I: Wie sieht der gewisse Rahmen aus?</p> <p>L: Das heißt, ich kann zum Beispiel, wenn es zu heiß wird, den Ventilator anstellen. Das ist zum Beispiel das, oder eh, was noch? Ich habe alle Möglichkeiten für mich, zum Beispiel Hautschutzcreme oder so was zu nehmen oder Gehörschutz. Die Möglichkeiten habe ich alle, ob es was nützt oder nicht.</p> <p>I: Und so, was Ihren Arbeitsablauf angeht, haben Sie das Gefühl, Sie können den gegenwärtig selbst bestimmen?</p> <p>L: Den Arbeitsablauf? (lacht) Ja, ich meine, die Arbeit muss gemacht werden. Den Ablauf, wann ich das Einzelne mache, das kann ich selber bestimmen, aber die Arbeit muss gemacht werden. Da führt kein Weg vorbei. Ich kann nicht sagen, nein, das mache ich jetzt nicht. Ich mache es anders, wie es eigentlich keiner tut, dann....</p> <p>I: Aber, wenn Sie mal eine Pause machen wollen....</p> <p>L: Ja, ja, das geht immer. Das mache ich schon. Das ist möglich.</p>	<p>Herr L sagt zwar, dass er seinen Arbeitsablauf weitestgehend selbst einteilen kann, aber die „Arbeit muss gemacht werden“ (7,3), die kann er nicht einfach liegen lassen oder ganz anders machen, wie die anderen.</p>	<p>kann Arbeit selbst einteilen, aber machen muss er sie wie alle anderen (L,7)</p>
<p>I: Ja, Sie deuteten ja schon an, dass Sie selber nie so den Wunsch hatten, irgendwas zu verändern. Haben Sie denn das mal bei Kollegen erlebt, wie das denn früher war, wenn man was verändern wollte oder Probleme eingebracht hat, wie im Betrieb damit umgegangen wurde?</p> <p>L: Ja. Ja, meistens haben die gesagt ja, und dann ist nichts gemacht worden.</p> <p>I: Ja, ist doch wunderschön!</p> <p>L: (lacht) Die haben sich das angehört und haben gesagt, jawoll, alles klar, du hast recht und haben sich umgedreht und sind wieder gegangen.</p>	<p>Wenn sich jemand mal beschwert hat, dann wurde er angehört, aber geändert hat sich nichts. Es war als hätte man „gegen eine Wand geredet“. (7,19) „Die haben dann gesagt, ihr seid doch keine kleinen Kinder“. (7,20)</p>	<p>Beschwerden wurden ignoriert, nur „Kinder“ beklagen sich (L,7)</p>

<p>I: Tatsächlich? Na, wunderbar!</p> <p>L: So war der Eindruck, also wenn man was gesagt hat, hat man gegen eine Wand geredet und das wars dann. Die haben dann gesagt, ihr seid doch keine kleinen Kinder oder irgend so was.</p>		
<p>I: Und wie haben Sie denn so den Betriebsrat dabei erlebt? War das auch so einer, der die Probleme aufgegriffen und umgesetzt hat?</p> <p>L: Ja, die haben erst aufgegriffen, wenn Probleme da waren, aber zur Vorbeugung ist, meiner Meinung nach, sehr wenig gemacht worden. Es ist erst was getan worden, wenn dann die Leute gekommen sind, so mit bestimmten Problemen zum Sanitäter oder eben zum Betriebsrat. Dann hat er sich da eingeklinkt, aber vorher...</p>	<p>Der BR hat erst immer eingegriffen, wenn etwas passiert ist, wenn jemand zum Sanitäter ging oder zum BR selbst, aber zur Vorbeugung hat er nie etwas getan. (7)</p>	<p>BR tut nichts zur Vorbeugung, immer im Nachhinein (L,7)</p>
<p>I: Und würden Sie sagen, dass jetzt durch den GZ, dass sich da irgendwas verändert hat, ist es jetzt anders geworden?</p> <p>L: Ja, die Firma ist ein wenig sensibler geworden, also sie warten nicht mehr so lange, bevor sie was tun.</p> <p>I: Sie, Sie meinen da auch die Vorgesetzten.</p> <p>L: Ja, die Geschäftsleitung. Die Firma. Die was zu sagen haben. Die entscheiden können.</p> <p>I: Also, Sie würden dann auch zum Vorarbeiter oder zum Meister gehen können. Der würde das dann auch in die Hand nehmen.</p> <p>L: Ja, ja.</p> <p>I: Und dann verändert sich auch was?</p> <p>L: Ja, mmh, ob sich dann was verändert, gut, das sei mal dahingestellt, aber auf alle Fälle fühlt man sich nicht im Stich gelassen. Nicht mehr so, wie früher. Ja, ja, erzähl mal und gehe wieder, sondern, die nehmen also wirklich deine Probleme an und machen dann und tun. Sie probieren es auf alle Fälle, wie weit sie damit kommen. Bis zur nächsten Mauer.</p>	<p>An Veränderung hat er festgestellt, dass die Firma sensibler geworden ist, d.h. die Geschäftsleitung und die Vorgesetzten. „Also die warten nicht mehr so lange, bevor sie etwas tun.“ (7,30-31) Ob sich dann etwas verändert, kann man allerdings nicht sagen. Die Meister und Vorarbeiter nehmen die Probleme jetzt doch ernster und versuchen wenigstens etwas zu ändern.</p>	<p>GL und Vorgesetzter sind sensibler geworden nach dem GZ, es wird schneller reagiert, dennoch fraglich, ob sich etwas ändert (L,7)</p>
<p>I: Mhm. O.k. und in Bezug auf Gesundheit? So die letzten fünfzehn Jahre. Wie ist da hier damit umgegangen worden? Wurde da mal was für die Belegschaft angeboten? Gesundheitsvorbeugung oder Möglichkeiten gesund zu bleiben.</p> <p>L: Ja, schon. So Broschüren von der AOK sind schon mal raus gekommen, aber, wie gesagt, ich habe mich eigentlich dafür nie richtig interessiert. Vorher.</p> <p>I: Und wo haben Sie das mal bei Kollegen mitgekriegt? Wenn die da mal so Probleme hatten, haben Sie da....</p> <p>L: Nein, das Einzige, ja, ich habe schon mitgekriegt, dann sind wir halt zum Sanitäter. Der Sanitäter hat sie dann weiter geschickt. Entweder zum Hautarzt oder was und meistens ist dann, hat ein Kollege noch ans Krankenlager gezahlt, aber an den Verhältnissen hat sich nichts geändert damals.</p>	<p>In Bezug auf Gesundheit wurden früher Broschüren von der AOK verteilt, mehr konnte Herr L nicht dazu sagen, weil er sich dafür nicht interessierte. Er hatte mal bei einem Kollegen mitbekommen, dass er zum Sanitäter und dann zum Hautarzt gegangen sei, aber dann ist weiter nichts passiert - „an den Verhältnissen hat sich nichts geändert damals.“ (8,1-2)</p>	<p>Für Gesundheit hat er sich früher nicht interessiert, er weiß nur, dass sich an den Verhältnissen nie etwas geändert hat (L,8)</p>
<p>I: O.k., und da, zu dem Thema Gesundheit, würden Sie auch sagen, dass der Betriebsrat sensibler geworden ist, bezüglich der Gesundheitsbereiche? Dass man sich auch mehr kümmert. Würden Sie das auch als Folge des GZ, so sehen?</p> <p>L: Ja, das würde ich schon. Von der Grundidee des ganzen GZ, was da vorher nicht so war, ich denke schon.</p>	<p>Als Folge des GZ sieht L die Sensibilisierung des BR mit den Gesundheitsthemen (8)</p>	<p>BR sensibler mit Gesundheit nach GZ (L,8)</p>
<p>I: Okay, ich möchte hier mal einen Schnitt machen und Sie zu Ihrer grundsätzlichen Vorstellung fragen, was Sie glauben, wie Sie ihre Gesundheit beeinflussen können? Was würden Sie sagen, welche Einflüsse auf Ihre Gesundheit wirken?</p> <p>L: Also meine Gesundheit, naja, ich selbst, halt, kann da schon was machen. Das, was ich selbst tun kann, ist gesundheitlich sehr wichtig, wenn man gesund bleiben will. Schon mal die richtige Ernährung oder</p>	<p>Er glaubt, selbst Einfluss auf seine Gesundheit ausüben zu können durch eine gesunde Ernährung und ausreichend Schlaf beispielsweise; wobei auch die Arbeitsumstände, z.B. die Schichtarbeit seinen Gesundheitszustand beeinflussen – wogegen er kaum etwas</p>	<p>Glaubt selbst Einfluss auf Gesundheit zu haben; Allerdings kann man gegen Schicht und Hitze kaum etwas</p>

<p>bei uns, mit den drei Schichten, mit schlafen und essen, das ist sehr von dir selber abhängig. Da ist natürlich die andere Seite, da kann habe ich natürlich nicht immer Einfluss, da kommen natürlich auch massig die äußeren Umstände dazu. Ich muss immer drei Schichten arbeiten. Da, wenn ich Geld verdienen will. Immer drei Schichten. Da beißt keine Maus den Faden ab, wenn ich dabei bleiben will.</p>	<p>unternehmen kann (9)</p>	<p>unternehmen (L,9)</p>
<p>I: Also hat die Arbeit..... L: Aber die Hitze, ich muss da immer in der Hitze stehen. Da kann ich nichts dagegen tun. I: Was würden Sie denn sagen, wie groß der Einfluss der Arbeit auf Ihre Gesundheit ist? L: Sehr groß, sehr groß. Dadurch, dass wir Schicht arbeiten. I: Eher negativ oder auch positiv? L: Negativ. Eher negativ, weil das ist ja gegen den Lebensrhythmus, den wir haben. Das ist alles gegen die Natur, sagen wir so. I: Mit der Schicht vor allem.</p>	<p>Die Arbeit hat schon einen großen und negativen Einfluss auf die Gesundheit, vor allem durch die Schichtarbeit und Hitze (9)</p>	<p>Arbeit hat großen negativen Einfluss, vor allem durch Schicht und Hitze (L, 9)</p>
<p>L: Wobei die andere Seite, ich mache das jetzt schon seit fünfzehn Jahren und habe noch keine gesundheitlichen Probleme. Das ist die andere Seite. Und ich mache meine Arbeit, das ist was anderes. Auf der anderen Seite ist auch Schicksal im Spiel. Ich kenne Leute, die haben nicht geraucht, nicht getrunken und sind schon gestorben mit Fünfunddreißig, weil der LKW drüber gefahren ist oder was halt sonst. Da genieße ich wieder mein Leben und nehme das mit, was man machen kann und fertig. I: O.k. was heißt das konkret? L: Naja, ich kümmere mich nicht so sehr um meine Gesundheit jetzt, dass ich jeden Tag, was tue. Ich meine in der Arbeit, da versuche ich schon, den Hautschutz und so, die Sicherheitsvorkehrungen natürlich zu beachten, aber das ist auch schon alles. Also, da haben wir durch die Firma schon Möglichkeiten, da was zu tun.</p>	<p>Mit der Gesundheit hat er allerdings keine Probleme, deswegen kümmert er sich nicht darum, gesund zu bleiben. Er könnte ja auch Pech haben und von einem LKW überfahren werden. Er tut, was man ohne viel Mühe machen kann und beachtet dabei die Arbeitssicherheit, aber mehr macht er nicht, um gesund zu bleiben</p>	<p>Keine gesundheitl. Probleme, was auch Glückssache ist, versucht aber durch sicheres Arbeiten gesund zu bleiben (L, 9)</p>

GZ = Gesundheitszirkel

BR = Betriebsrat

GL = Geschäftsführung

MA = Mitarbeiter/innen

TN = Teilnehmer/innen

Durchführen von Schritt 3 thematischer Vergleich und Schritt 4 theoretische Konzeptionalisierung anhand der Begründungen zur Nichtbeteiligung

Für Schritt 3 wurden alle Überschriften der Interviews auf farbiges Papier ausgedruckt und thematisch über alle Fälle miteinander verglichen. Am Beispiel der Begründungen, die dazu führten, dass nicht an einem Zirkel partizipiert worden ist, wird dieser und der nächste Schritt vollzogen. Zunächst wurden alle textnahen Überschriften zu den Aussagen aus den Interviews zu diesem Themenkomplex separiert und psychologischen Begriffen gegenübergestellt.

Frau B:

Zielgruppe für Zirkel sind aktiv und nie krank, sie selbst ist 2-3 Mal im Jahr krank (Frau B,2)

Fehlendes Selbstvertrauen

Befürchtung, dass die eigene Teilnahme auf Widerstand der anderen Kolleg/innen stößt (Frau B,3)	Soziale Angst
Glaubte nicht, dass Zirkel wirklich etwas verändern könnte (Frau B,4)	Fehlender Veränderungsglaube
Hinderungsgrund für Teilnahme am GZ: Aufwand zu groß, die (Schicht)Arbeit ist belastend genug (Frau B,4)	zusätzliche Belastung
Vorbereitung auf den Zirkel wäre ihr zu viel gewesen (Frau B,4)	zusätzliche Belastung

Frau E:

Wegen Kinder gegen Beteiligung an GZ entschieden (Frau E,1)	Zusätzliche Belastung
Befürchtete Meinungsverschiedenheit und fehlende Offenheit im GZ (Frau E,2)	Soziale Angst
Befürchtete mehr Probleme durch GZ, dann würde sie lieber Arbeiten gehen (Frau E,2)	Fehlendes Selbstvertrauen
Meinungsverschiedenheiten sind generell nicht lösbar (Frau E,2)	Fehlender Veränderungsglaube
GZ zu hoher zeitlicher Aufwand, aber dies war nicht der Hauptgrund (Frau E,3)	Hoher zeitlicher Aufwand
Befürchtung nicht zuverlässig (gesund und pünktlich) genug zu sein (Frau E,3)	Fehlendes Selbstvertrauen
Schwierigkeiten, die eigene Meinung zu äußern und zuzuhören (Frau E,3)	Fehlendes Selbstvertrauen
Geht ungern Konflikte ein (Frau E,3)	Soziale Angst
Ist sich unsicher, was GZ bringen könnte (Frau E,4)	Fehlender Veränderungsglaube
Befürchtung, sich nicht ausdrücken zu können; nahm an, dass man dort schriftlich arbeiten müsse (Frau E,4)	Fehlendes Selbstvertrauen
Diskutieren im GZ verunsichert, an der Maschine arbeiten ist 'einfacher' (Frau E,4)	Fehlendes Selbstvertrauen
Glaubt nicht an Einigung im GZ (Frau E,5)	Fehlender Veränderungsglaube

Frau F:

Kein Interesse an GZ, da keine Ergebnisse erwartet wurden oder persönlich nicht wichtig seien; (Frau F,1)	Fehlender Nutzen
Befürchtete ablehnende Haltung durch Betrieb weil GZ Arbeitszeit beansprucht (Frau F,2)	Soziale Angst
Hoher Freizeitaufwand; Engagement bleibt ungedankt (Frau F,2)	Hoher zeitlicher Aufwand
gelohnt hätte sich die Teilnahme nur durch Ergebnisse (Frau F,2)	Fehlender Nutzen
Spontane Entscheidung dagegen getroffen (Frau F,2)	
Sie engagierte sich bereits in TQM-Gruppe (Frau F,3)	Alternative Einfluss-

	möglichkeiten
Gründe für NichtTN: ist bereits Sicherheitsbeauftragte und kann mit den Leuten vom GZ nicht (Frau F,4)	Alternative Einflussmöglichkeiten
Einen Moment hätte sie selbst gerne teilgenommen, aber sie hatte Alternativen durch andere Gruppe (Frau F,7)	Alternative Einflussmöglichkeiten
Frau H:	
nach persönlicher Aufforderung hätte sie „bestimmt“ mitgemacht am GZ (Frau H,2)	Fehlende Initiative
das Reden fiel ihr schwer, auch in den Meetings sagte sie nie etwas (Frau H,2)	Fehlendes Selbstvertrauen
leidet auch nicht wie viele, die seit 20 Jahren dabei sind an gesundheitlichen Problemen (Frau H,3)	Fehlende gesundheitliche Betroffenheit
Sah keine Ansatzpunkte für Verbesserungen (Frau H,3)	Fehlender Veränderungsglaube
Dass die Firma etwas für die MA tut, war ungewohnt (Frau H,3)	Fehlender Veränderungsglaube
sie sah keine Chance am GZ mitzumachen, da sie nicht der Typ ist, der von sich aus kommt, anders wäre es, wenn man auf sie zugekommen wäre; der Meister sagte ihr mal, dass sie von sich aus kommen müsste (Frau H,4)	Fehlende Initiative
auch im nachhinein unsicher, ob sie teilgenommen hätte, da ihr auch nicht mehr eingefallen wäre (Frau H,4)	Fehlender Veränderungsglaube
Verbesserungen an den Maschinen würden auch ohne GZ durch Koll. vorgenommen und alles könnte man nicht abstellen, wie dem Lärm (Frau H,4)	Fehlender Veränderungsglaube
Herr K:	
Grund der Nichtteilnahme, er könne nicht mitreden, da er noch nicht so lange dabei ist, wie Kollegen mit starken Beschwerden (K,1)	Fehlende gesundheitliche Betroffenheit
war zufrieden, dass er Ansprechpartner hatte, so brauchte er sich nicht selbst kümmern; Probleme waren bekannt, also brauchte er nichts sagen (K,2)	Fehlende Initiative
Da sollten die hingegen, die schon lange in der Abteilung arbeiten und eher betroffen sind als er (K,5)	Fehlende gesundheitliche Betroffenheit
Herr O:	
Kein Interesse am GZ, weil das Thema: „Klima auf den Schichten“ Sache der Führungskräfte ist (O,2)	Fehlender Nutzen
Im GZ sollten Defizite der Führung behandelt werden, aber wenn alles stimmt, wie bei ihm, ist der Zirkel überflüssig (O,2)	Zufrieden mit Arbeitssituation
GZ wurde nicht gebraucht, da er alles mit seinem Vorgesetzten besprechen konnte (O,3)	Einflussnahme über Vorgesetzten
Keine Gründe am Zirkel teilzunehmen, keine Lust darin Zeit zu investieren (O,4)	Fehlender Nutzen
War nicht gegen den GZ, wollte sich nicht engagieren; unter einem „Muss“ wäre er gegangen (O,4)	Fehlende Initiative

Herr P:

hat nicht am GZ teilgenommen, weil er Angst hatte, den Vorgesetzten seine Meinung zu sagen (P,3)	Soziale Angst
Teilnahme an anonymer Befragung ja, aber nicht am Zirkel, da er zu „viel Respekt“ hat vor den Meistern (P,4)	Soziale Angst
er kann sich zwar ausdrücken, aber er traut sich nicht in der Öffentlichkeit, deshalb sollte jemand gehen, der mehr Mut hat, etwas zu sagen (P,5)	Soziale Angst
Meister machen sich in sog. „Negativlisten“ Vermerke, wenn jemand zum GZ geht oder viel meckert (P,5)	Soziale Angst
hatte nicht den Wunsch, sich zu engagieren, der Zirkel schien letztendlich als „Vorzeigeprojekt“ ohne etwas verändern zu wollen; hofft aber auf langfristiges Ergebnis (P,9)	Fehlender Veränderungsglaube

Herr T:

Nahm nicht am Zirkel teil, weil er viel selbst regeln kann, braucht keinen Zirkel dafür (T,1)	Fehlender Nutzen
Interesse am GZ wurde nicht geweckt, sah keinen Grund und Erfolg schien fraglich (T,2)	Fehlender Nutzen
es gab keinen Grund etwas zu ändern, er war zufrieden mit seiner Arbeit (T,2)	Zufrieden mit Arbeitssituation
Ihn persönlich störte nur das Gebäude, aber Umzug schien unrealistisch (T,2)	Fehlender Veränderungsglaube
Zeitproblem war zusätzlicher Grund, nicht zum GZ zu gehen: Arbeit muss er nachholen, deshalb geht er prinzipiell nicht zu solchen Besprechungen (T,3)	Hoher zeitlicher Aufwand
durch Umstrukturierung sind viele Gruppen entstanden (T,3)	
es gibt niemanden, der für ihn die Arbeit macht, deshalb hält er sich insgesamt von solchen Gruppen fern (T,3)	Hoher zeitlicher Aufwand
Wenn Kolleg/innen gesundheitliche Probleme haben, schlechten Vorgesetzten oder Mobbing ausgesetzt sind ist der GZ sicher gut, er persönlich war jedoch zufrieden und sah keinen Grund zur TN am GZ (T,4)	Zufrieden mit Arbeitssituation; Fehlende gesundheitliche Betroffenheit
kein Bedürfnis etwas einzubringen, da er vieles selbst mit dem Vorgesetzten regeln kann, braucht er diesen Umweg nicht (T,5)	Zufrieden mit Arbeitssituation
sieht NichtTN als bestätigt - unabhängig vom Ergebnis (T,6)	Hoher zeitlicher Aufwand
hat auch TQM fallen gelassen, wegen Zeitproblemen (T,6)	

Herr V:

Hatte keine Zeit, sich zu engagieren; befürchtete die Aufgabe nicht wieder los zu kriegen (V,3)	Hoher zeitlicher Aufwand
unter anderem Namen hätte er auch ein Angebot gebraucht, um seine Arbeitssituation anzusprechen, er kann Probleme jedoch grundsätzlich direkt mit seinem Vorgesetzten besprechen (V,3)	Einflussnahme über Vorgesetzte
braucht Umweg über GZ nicht, denn er kann Vorgesetzten ggf. persönlich kritisieren (V,3)	Einflussnahme über Vorgesetzte
kein Druck durch Arbeitsbelastung (V,4)	Fehlende gesundheitliche Betroffenheit

GZ war nicht wichtig genug, konnte sich nicht vorstellen, was GZ für ihn tun könnte, will ihn aber nicht abwerten (V,4)	Fehlender Nutzen
Hätte auch unter anderen Bedingungen auch nicht teilgenommen, letztlich war er zufrieden (V,5)	Zufrieden mit Arbeitssituation

Herr W:

Nicht-TN, um sich nicht zu „verzetteln“, da er bereits Betriebsrat ist (W,2)	Alternative Einflussmöglichkeit
keine TN, weil sich genügend für GZ gemeldet hatten (W,2)	
TN nicht notwendig, da Personen im GZ „energische Personen“ waren (W,2)	
Entscheidung gegen GZ aus Zeitmangel und Hoffnungslosigkeit, da er nicht viel vom Zirkel erwartete (W,4)	Hoher zeitlicher Aufwand; Fehlender Veränderungsglaube
TN am GZ prinzipiell ja, wenn nicht „Doppelbelastung“ gewesen wäre (W,5)	Hoher zeitlicher Aufwand; Alternative Einflussmöglichkeit

Herr Y:

Probleme gehören zum Arbeitsalltag, dagegen kann man nichts machen (Y,2)	Fehlender Veränderungsglaube
kein Interesse an GZ gehabt; glaubt auch nicht an Veränderungen (Y,2)	Fehlender Veränderungsglaube

Herr Z:

Nicht-TN weil Arbeit nebenher zu viel wäre und er zu bequem ist (Z,2)	Zusätzliche Belastung
Er nimmt auch an keinen anderen Gruppen teil, weil es eher andere sind, die sich engagieren, er fühlt sich nicht angesprochen (Z,2)	Fehlende gesundheitliche Betroffenheit
wurde nicht zur TN aufgefordert (Z,2)	Fehlende Initiative
GZ nach 8 Stunden Schicht, das ist ihm zu lang (Z,3)	Zusätzliche Belastung
Nicht-TN nicht bereit (Z,4)	Fehlende Initiative
Beim nächsten GZ würde er überlegen, ob er mitmacht; wichtig ist genau zu wissen, worum es geht und den zeitl. Rahmen zu klären (Z,4)	

Um die komplexen Aussagen übersichtlicher zu gestalten wurden in einer Tabelle alle Subkategorien aufgeführt und den Personen entsprechend zugeordnet. Aufgrund von Vergleichen wurden im nächsten Schritt ähnliche Fälle zueinander gruppiert.

Subkategorie	B	E	F	H	K	O	P	T	V	W	Y	Z
Zufrieden mit der Arbeitssituation						x		x	x			

Einflussnahme über Vorgesetzte						x		x	x			
Alternative Einflussmöglichkeit			x							x		
Fehlender Veränderungsglaube	x	x		x			x	x		x	x	
Fehlende Initiative				x	x							x
Fehlendes Selbstvertrauen	x	x		x								
Soziale Angst	x	x	x				x					
Fehlender Nutzen			x			x		x	x			
Hoher zeitlicher Aufwand		x	x					x	x	x		
Zusätzliche Belastung	x	x										x
Fehlende gesundheitliche Betroffenheit				x	x			x	x			x

Diese Übersichtstabelle dient lediglich dazu, die Fülle an Informationen zu strukturieren, sie führt deshalb nur bedingt zum endgültigen Ergebnis. Die Gruppierung in mögliche Sinnzusammenhänge findet erst durch einen immer wieder stattfindenden Rückbezug auf die Originaltexte sowie aufgrund von Äußerungen aus anderen Kategorien statt, die zur Kontrolle dieser Gruppierung herangezogen worden sind. Erst wenn eine sinnhafte Typologie durch das genannte rekursive Vorgehen entstanden ist, wird die Charakterisierung der Typen *Begründungen zur Nichtbeteiligung* vorgenommen:

- Ausreichende Einflussnahme am Arbeitsplatz: O , T , V
- Betriebliches Engagement bereits vergeben: F , W
- Beschwerdefreiheit: H , K , Z
- Fehlende Selbstwirksamkeit: B , E , P
- Fehlende Kontrollerwartung: Y

In der Charakterisierung der jeweiligen Gruppe bzw. des Typs werden Merkmale als kennzeichnend hervorgehoben, so ist dies für die erste Gruppe ihre Zufriedenheit mit der Arbeitssituation und die Einflussmöglichkeiten durch den Vorgesetzten. Die zweite Gruppe ist charakterisiert durch ein bereits bestehendes Engagement, dass sie bereits investieren. Ihre Nichtteilnahme kommt durch eine Aufwand-Nutzen Abschätzung zustande: der geschätzte Nutzen für eine weitere Beteiligung würde den Aufwand nicht rechtfertigen. Die dritte Gruppe ist gekennzeichnet dadurch, dass sie sich gesundheitlich nicht betroffen fühlt und demzufolge nicht zur Zielgruppe des Zirkels zählt; sie werden nicht initiativ, weil sie trotz Belastungen beschwerdefrei bleiben. Die vierte Gruppe ist gekennzeichnet durch soziale Ängste und wenig Selbstvertrauen, die sich als Barrieren gegen eine Beteiligung erweisen. In der letzten Gruppe dominiert der mangelnde Veränderungsglaube.

Diesen Kategorien zur Begründung der Entscheidung gegen eine Beteiligung am Zirkel wurden schliesslich in einer Matrix die Erwartungen gegenübergestellt, die bereits separat kategorisiert worden sind.

	Mäßige Erwartungen	Geringe Erwartungen	Keine Erwartungen
Einflussnahme vorhanden			3
Engagement vergeben			2
Beschwerdefreiheit	2	1	
Fehlende Selbstwirksamkeit		3	
Fehlende Kontrollerwartung			1

Die Erwartungen verteilen sich eher homogen innerhalb der bestehenden Begründungskategorien und bestätigen somit das bereits gewonnene Bild, weshalb keine erneute Charakterisierung erfolgen muss. Die genaue Beschreibung der entwickelten Kategorien finden sich in Kapitel 7 unter *Motivation und Erwartungen* wieder.