

SGO

Eberhard Ulich / Marc Wülser

Gesundheitsmanagement in Unternehmen

Arbeitspsychologische Perspektiven

5. Auflage



Springer Gabler

uniscope

Publikationen der
SGO Stiftung

Gesundheitsmanagement in Unternehmen

Eberhard Ulich · Marc Wülser

Gesundheitsmanagement in Unternehmen

Arbeitspsychologische Perspektiven

5., überarbeitete und erweiterte Auflage

 Springer Gabler

Prof. Dr. Eberhard Ulich
Institut für Arbeitsforschung und
Organisationsberatung (iafob)
Zürich, Schweiz

Dr. Marc Wülser
Wülser Inversini
Organisationsberatung
Zürich, Schweiz

Mitglieder der SGO (Schweizerische Gesellschaft für Organisation und Management) erhalten auf diesen Titel einen Nachlass in Höhe von 10% auf den Ladenpreis.

ISBN 978-3-8349-4309-5
DOI 10.1007/978-3-8349-4310-1

ISBN 978-3-8349-4310-1 (eBook)

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Springer Gabler

© Springer Fachmedien Wiesbaden 2012

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Lektorat: Ulrike Lörcher, Renate Schilling
Einbandentwurf: KünkelLopka GmbH, Heidelberg

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier.

Springer Gabler ist eine Marke von Springer DE. Springer DE ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Science+Business Media.
www.springer-gabler.de

Geleitwort zur 5. Auflage

Es ist erfreulich festzustellen, dass sich das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) in zahlreichen Dimensionen weiterentwickelt. Dies zeigt nicht nur, dass kontinuierlich neue Erkenntnisse gewonnen werden, sondern dass auch die Akzeptanz dieses wichtigen Themengebietes in der Praxis weiter zunimmt. BGM wird immer mehr zu einem Erfolgsfaktor für wettbewerbsfähige Unternehmen im Zeitalter der Individualisierung. Zusätzlich ist BGM ein positives Beispiel für die erfolgreiche Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft und Praxis einerseits und für den Einbezug aller relevanten Disziplinen andererseits.

Die Autoren haben wieder viel Arbeit in diese 5. Auflage investiert. Dafür bedanke ich mich im Namen der SGO Stiftung sehr herzlich. Ich wünsche dem Werk, das längst zu einem Standardwerk geworden ist, viel Erfolg und die entsprechende Verbreitung.

Zürich, im Juni 2012

*Dr. Markus Sulzberger
Präsident der SGO Stiftung*

Geleitwort zur 1. Auflage

Dem betrieblichen Gesundheitsmanagement kommt trotz breiter Diskussion in der Öffentlichkeit und in Fachkreisen, unvermindertem Kostendruck in Unternehmungen und Betrieben der öffentlichen Verwaltung sowie eindeutiger und überzeugender Ergebnisse aus gross angelegten Studien noch nicht der gebührende Stellenwert zu. Die Gründe sind u. a. darin zu suchen, dass das Thema Gesundheit in den Verantwortungsbereich des Individuums abgeschoben wird, dass entsprechende Aufgaben den dafür zuständigen staatlichen Institutionen zugewiesen oder dass die aus entsprechenden Projekten oder Massnahmenplänen resultierende Nutzenstiftung für die Unternehmung und die Mitarbeitenden nicht eingesehen werden.

Die Arbeitswissenschaft und die Arbeitspsychologie haben schon früh Konzepte erarbeitet, welche mit Erfolg in der industriellen

Fertigung eingesetzt werden. In den Dienstleistungsbetrieben ist die physische Beanspruchung der Mitarbeitenden naturgemäss weniger ausgeprägt. Dies führte dazu, dass dem betrieblichen Gesundheitsmanagement eine geringe Aufmerksamkeit entgegengebracht wurde. Damit fehlen entsprechende Projekte noch weitgehend. Auch in der Betriebswirtschafts- und Organisationslehre sind fundierte Ansätze noch eher selten anzutreffen.

Betriebliches Gesundheitsmanagement ist aber heute sowohl in industriellen Betrieben als auch in Unternehmungen des Dienstleistungssektors von hoher Bedeutung. Dies hängt vor allem mit den folgenden Faktoren zusammen:

- Die Anforderungen an die Mitarbeitenden nehmen ständig und nachhaltig zu.
- In der Forschung sind die gesundheitlichen Auswirkungen auf die Leistungserbringung weitgehend erkannt und belegt.
- Die physische und psychische Gesundheit stellen zwingende Voraussetzungen für die Motivation und die Erfüllung der Leistungserfordernisse dar.
- Die Kosten für Ausfälle und Absenzen von Mitarbeitenden sind hoch und weisen einen zunehmenden Trend auf.
- Durch die professionelle Gestaltung des betrieblichen Prozessmanagements, den menschengerechten Einsatz von Sachmitteln sowie die konkrete Umsetzung gesundheitsfördernder Ansätze in der Führung lassen sich ausgeprägte und nachhaltige qualitative und quantitative Nutzenpotenziale erzielen.

Den Autoren Ulich und Wülser ist es hervorragend gelungen, die Breite des Themas verständlich darzulegen und den aktuellen Stand der Forschung zu erläutern. Aufgrund der präsentierten Ergebnisse aus aktuellen, internationalen Studien wird der dringende Handlungsbedarf überzeugend dargelegt. Zusätzlich baut das vorliegende Buch zahlreiche Brücken zwischen der Arbeitswissenschaft und der Betriebswirtschaft. Ein spezielles Merkmal ist darüber hinaus die Breite der Ausführungen zu Ansätzen im internationalen Kontext. Die zahlreichen praktischen Beispiele, Interpretationen, umsetzbaren Ideen und Vorschläge steigern den Wert dieser Publikation für Führungskräfte und Praktiker gleichermaßen.

Die Stiftung der Schweizerischen Gesellschaft für Organisation und Management hat die Erarbeitung dieses Buches mit dem Ziel unterstützt, auf die zunehmende Bedeutung des Themas für Unternehmen und Gesellschaft hinzuweisen. Betriebliches Gesundheitsmanagement kann in Zukunft keine isolierte Tätigkeit spezieller Fachleute sein. Projekte und konkrete Massnahmen müssen vermehrt in die Pläne und Agenden der Führungsgremien Eingang finden. Der resultierende Nutzen wird für die Unternehmung und die Mitarbeitenden einen nachhaltigen Konkurrenzvorteil bringen. Die Stiftung teilt die Freude der Autoren über das erreichte Ergebnis. Den Autoren gebührt für die grosse Arbeit verbindlicher Dank.

Ich bin überzeugt, dass das vorliegende Werk eine wichtige Lücke im heutigen Angebot zum Thema Gesundheitsmanagement schliesst. Der hoffentlich grossen Leserschaft wünsche ich bei der Lektüre viele Einsichten, fachliche Informationen im Sinne der Weiterbildung und konkreten Nutzen in der Tätigkeit als Praktiker, Führungskraft, Berater oder Wissenschaftler.

Zürich, im Oktober 2004

*Dr. Markus Sulzberger
Präsident der Stiftung der
Schweizerischen Gesellschaft
für Organisation und
Management (SGO Stiftung)*

Vorwort zur 5. Auflage

Wenn in relativ kurzer Zeit eine weitere Neuauflage eines Buches erforderlich wird, so ist dies für Verlag, Herausgeber und Autoren zunächst ein erfreulicher Sachverhalt. Für die Autoren stellt sich allerdings die Frage, welchen Umfang an Überarbeitung bzw. Erweiterung sie für sinnvoll halten und wie viel Zeit sie dafür investieren können und wollen.

Wir haben uns dafür entschieden, alle Kapitel daraufhin zu überprüfen, inwiefern sie ergänzungsbedürftig sind, und die uns erforderlich erscheinenden Ergänzungen vorzunehmen.

So sind – wie schon in der letzten Auflage – in Kapitel 1 die Angaben über die Abwesenheitstage pro Diagnosegruppe und die dafür anfallenden volkswirtschaftlichen Kosten aufdatiert worden. Eine zusätzliche Aufdatierung wurde für die Diagnosegruppe “Psychische und Verhaltensstörungen“ vorgenommen.

Kapitel 2 enthält einen Hinweis auf den wichtigen Tatbestand, dass entgegen weit verbreiteten Annahmen monotone Arbeitsbedingungen nach wie vor häufig vorzufinden sind. Außerdem wird hier auf die zunehmende Bedeutung von Arbeitsunterbrechungen und Multitasking aufmerksam gemacht, auf das Konzept des “Detached Concern“ als emotionsregulierende Bewältigungsstrategie bei Humandienstleistungen hingewiesen und ein bemerkenswertes Beispiel für die Wirkung von Kurzpausen bei chirurgischen Eingriffen zitiert.

In Kapitel 3 finden sich zusätzliche Ergebnisse zum Präsentismus, über den in der letzten Auflage schon in einem eigenen Abschnitt berichtet wurde, und ergänzende Aussagen zur eingeschränkten Aussagekraft von Mitarbeiterbefragungen.

Das 4. Kapitel enthält ergänzende Hinweise auf die Bedeutung der differentiellen Arbeitsgestaltung und unterstreicht damit die Aktualität dieses Konzepts.

Im 6. Kapitel finden sich zusätzliche Hinweise auf spezifische Belastungen als Folge flexibler und überlanger Arbeitszeiten.

Im 8. Kapitel wird auf neue Untersuchungen über “simultane Aktivitäten“ und unnötige Unterbrechungen aufmerksam gemacht

und am Ende aufgrund der Ergebnisse einer neueren Untersuchung darauf hingewiesen, dass gerade auch die Mitteilung nicht erfolgreich verlaufener Interventionen wichtige Erkenntnisse beinhalten kann.

In einigen Kapiteln wurden außerdem kleinere Ergänzungen oder Hinweise auf neuere Publikationen eingefügt.

Im Literaturverzeichnis finden sich im Vergleich zur letzten Auflage, die bereits achtzig zusätzliche Nennungen enthielt, rund sechzig weitere Angaben. Damit wird deutlich: Konzepte des Gesundheitsmanagements in Unternehmen und empirische Untersuchungen zu deren Überprüfung sind höchst aktuell.

Zürich, im Juni 2012

Eberhard Ulich und Marc Wülser

Vorwort zur 1. Auflage

Fragen der Gesundheit beschäftigen seit einiger Zeit Parteien, Parlamente und andere politische Institutionen vorwiegend wegen der im Bereich des Gesundheitswesens anfallenden hohen Kosten. Betriebliches Gesundheitsmanagement ist demgegenüber ein in der Öffentlichkeit noch immer vernachlässigtes Thema, obwohl arbeitsbedingte Erkrankungen ebenfalls einen erheblichen Kostenfaktor darstellen und durch entsprechende Massnahmen nicht nur finanzieller Aufwand reduziert, sondern auch Arbeitsfähigkeit erhalten und menschliches Leid vermieden werden kann. Dies zeigt eine Reihe neuerer Publikationen, in denen über wissenschaftliche Konzepte und konkrete Beispiele aus Unternehmen berichtet wird.

Mit dem hier vorliegenden Buch werden arbeitspsychologische Konzepte für ein betriebliches Gesundheitsmanagement vorgestellt und Möglichkeiten ihrer Anwendung aufgezeigt. Dabei werden häufig auch ältere Arbeiten erwähnt, da manche Fragestellungen seit längerer Zeit bekannt sind und Forschungsergebnisse ebenso wie konkrete Erfahrungen dazu vorliegen. Da Gesundheitsmanagement aber nicht Aufgabe einer einzelnen Disziplin sein kann, wird verschiedentlich auch auf Konzepte aus anderen Disziplinen verwiesen. Redundanzen sind durchaus beabsichtigt, damit Kapitel gegebenenfalls auch einzeln lesbar sind. Schliesslich haben wir bewusst darauf geachtet, der Arbeit anderer Autorinnen und Autoren dadurch gerecht zu werden, dass wir sie über zum Teil sehr ausführliche Zitate selbst zu Wort kommen lassen.

Die Arbeit an diesem Buch wurde durch die Stiftung der Schweizerischen Gesellschaft für Organisation und Management finanziert. Dafür möchten wir dem Stiftungsrat und vor allem unserem ständigen Gesprächspartner Dr. Markus Sulzberger sehr herzlich danken. Wir haben bei dieser Arbeit selbst viel gelernt und hoffen, unser Wissen in dieser Form weitergeben zu können.

Unser besonderer Dank gilt im Übrigen unserer Kollegin Corinne Dangel, die die durch unsere Wünsche und die vielfältigen neuen Anforderungen des Verlages sehr aufwändig gewordene Endredaktion unter grossem Zeitdruck souverän bewältigt hat.

Inhaltsverzeichnis

Geleitwort	V
Vorwort.....	IX
Kapitel 1: Elemente einer Positionsbestimmung	1
1.1 Einführung	3
1.2 Zu den Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen.....	4
1.3 Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung.....	12
1.4 Gesundheitsförderung und Arbeitsgestaltung.....	15
1.4.1 Verhaltens- und Verhältnisorientierung	15
1.4.2 Die Bedeutung der Anforderungen.....	19
1.5 Fazit.....	23
Kapitel 2: Grundbegriffe des betrieblichen Gesundheitsmanagements	25
2.1 Der Gesundheitsbegriff	27
2.1.1 Objektiver oder subjektiver Gesundheitsbegriff? ...	31
2.1.2 Der Gesundheitsbegriff der WHO und die Rolle des Wohlbefindens	32
2.1.3 Wohlbefinden und Gesundheit.....	33
2.1.4 Salutogenetische Gesundheitsmodelle: die Rolle der Ressourcen	37
2.1.5 Ressourcen.....	40
2.1.6 Gesundheit als entwickelte Handlungsfähigkeit ...	48
2.1.7 Ein system- und handlungstheoretisches Gesundheitsmodell.....	50
2.1.8 Attribute einer Gesundheitsdefinition.....	52
2.2 Belastung, Beanspruchung und Stress.....	55
2.2.1 Belastung und Beanspruchung	56
2.2.2 Stress.....	59
2.2.3 Stressoren bzw. Fehlbelastungen.....	66
2.2.4 Regulationsbehinderungen	68
2.2.5 Beanspruchungsfolgen und Stressreaktionen	75

2.2.6	Burnout: eine spezifisch psychische Beanspruchungsfolge	76
2.3	Arbeitsbedingungen und Gesundheit: Wirkungsmodelle.....	82
2.3.1	Das Demand/Control-Modell.....	83
2.3.2	Das Konzept Anforderung/Belastung.....	86
2.3.3	Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen	92
2.3.4	Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen und das Demand/Control-Modell: empirische Vergleiche	97
2.4	Erholung im Alltag	99
2.4.1	Erholungsprozesse.....	101
2.4.2	Erholungsprobleme	102
2.4.3	Erholung und Pausen	104
2.4.4	Gesamtbelastung und Rückstelleffekte	110
2.4.5	Implikationen für das betriebliche Gesundheitsmanagement	114
2.5	Arbeitszufriedenheit und Arbeitsfreude	115
2.6	Fazit.....	120

Kapitel 3: Instrumente des betrieblichen Gesundheitsmanagements..... 123

3.1	Gesundheit als betriebliches Thema	125
3.2	Projektmanagement und Organisationsentwicklung.....	128
3.2.1	Auftragsklärung	128
3.2.2	Zieldefinition, Projektplanung und -steuerung	130
3.2.3	Betriebliches Gesundheitsmanagement und Organisationsentwicklung	131
3.2.4	Wahrgenommener Veränderungsbedarf.....	137
3.2.5	Partizipation und Entscheidungsprozesse.....	138
3.3	Fehlzeiten und betriebliches Gesundheitsmanagement	141
3.3.1	Vernachlässigung der Anwesenden.....	142
3.3.2	Präsentismus.....	146
3.3.3	AU-Analysen und Gesundheitsbericht	151
3.4	Rückkehrgespräche versus Gesundheitszirkel.....	153
3.4.1	Rückkehrgespräche.....	153
3.4.2	Gesundheitszirkel	158

3.4.3	Vergleich von Rückkehrgesprächen und Gesundheitszirkeln	169
3.5	Vertiefte Analysen	170
3.5.1	Mehrebenen-Analysen	170
3.5.2	Die MTO-Analyse	172
3.5.3	Befragungsverfahren	180
3.5.4	Verfahren zur Arbeitsanalyse	184
3.6	Evaluation von Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements	190
3.6.1	Evaluation von Managementsystemen, Programmen und Maßnahmen	191
3.6.2	Evaluation von Managementsystemen	193
3.6.3	Evaluation von Programmen und Maßnahmen	201
3.6.4	Prüfung des ökonomischen Nutzens des betrieblichen Gesundheitsmanagements	207
3.7	Betriebliches Gesundheitsmanagement im Rahmen von Managementinstrumenten	211
3.7.1	Möglichkeiten einer erweiterten Wirtschaftlichkeitsanalyse EWA	214
3.7.2	Balanced Scorecard	216
3.8	Exkurs: Anreizsysteme für betriebliches Gesundheitsmanagement: die Rolle der Sozialversicherungsträger	236
3.9	Fazit	238

Kapitel 4: Konzepte gesundheitsförderlicher Arbeits- und Organisationsgestaltung **239**

4.1	Strategien der Arbeitsgestaltung	241
4.2	Der Soziotechnische Systemansatz und das MTO-Konzept	246
4.3	Primat der Aufgabe	250
4.4	Das Konzept der vollständigen Aufgabe	256
4.5	Der Tätigkeitsspielraum als Basiskonzept	262
4.6	Gruppenarbeit	265
4.6.1	Gruppenarbeit im Automobilbau	266
4.6.2	Gruppenarbeit im Dienstleistungsbereich	270

4.6.3	Von Fallbeispielen zu umfassenderen Analysen.....	274
4.6.4	„Europäische“ und „japanische“ Gruppenarbeitskonzepte	277
4.7	Konzepte für den Einsatz neuer Technologien.....	280
4.8	Unternehmenskultur und Führung	283
4.8.1	Elemente von Unternehmenskulturen.....	283
4.8.2	Unternehmenskultur, Führung und Gesundheit.....	286
4.9	Fazit.....	291

**Kapitel 5: Mitarbeitende mit Handicap – “Disability
Management by Ability Management”293**

5.1	Einführung.....	295
5.2	Zielgruppe und Begriffe.....	296
5.3	Beginn der (Re-)Integrationsmaßnahmen.....	298
5.4	Determinanten der (Re-)Integration.....	299
5.4.1	Integration von Mitarbeitenden mit Psychischen und Verhaltensstörungen.....	301
5.4.2	Integration psychisch Kranker – Das Projekt „Supported Employment“	303
5.5	Die Rolle der Vorgesetzten und der Arbeitsbedingungen.....	305
5.6	Das Projekt FILM – Förderung der Integration Leistungsgewandelter Mitarbeitender.....	306
5.7	Das Projekt Work2Work.....	309
5.8	Strategien des Disability Managements	311
5.9	Lösungsansätze und Maßnahmen des Disability Managements.....	313
5.10	Disability Management im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements	315

**Kapitel 6: Problematische Managementkonzepte
und prekäre Arbeitsverhältnisse.....317**

6.1 Problematische Managementkonzepte.....319
 6.1.1 Lean Management und Business Process
 Reengineering320
 6.1.2 „Downsizing“: Personalabbau323
 6.1.3 Telearbeit324
 6.1.4 Call Center.....326
 6.2 Prekäre Beschäftigungsverhältnisse332
 6.2.1 Flexibilisierung und Entgrenzung
 der Arbeitszeit.....332
 6.2.2 Segmentierung und „neue Selbstständigkeit“335
 6.2.3 Abbau älterer Arbeitskräfte339
 6.3 Fazit343

**Kapitel 7: „Life Domain Balance“ oder:
Erwerbsarbeit und andere Lebenstätigkeiten345**

7.1 Einführung347
 7.2 Gestaltung der Erwerbsarbeit350
 7.3 Lebensfreundliche Arbeitszeiten355
 7.3.1 Verkürzung der Arbeitszeit357
 7.3.2 Schicht- und Nachtarbeit359
 7.4 Familienfreundliche Arbeitsorte362
 7.5 Anstelle eines Fazits: eine Alternative
 für die Zukunft?365

Kapitel 8: Netzwerke und betriebliche Beispiele367

8.1 Europäische Netzwerke369
 8.2 Nationale Netzwerke376
 8.3 Spezifische Settings377
 8.3.1 Netzwerke gesundheitsfördernder Spitäler381
 8.3.2 Netzwerke gesundheitsfördernder Schulen396
 8.3.3 Kleine und mittlere Unternehmen (KMU)409
 8.4 Fazit417

Kapitel 9: Empfehlungen einer Expertenkommission419

9.1	Empfehlungen der Kommission.....	421
9.1.1	Empfehlungen an die Betriebe.....	421
9.1.2	Empfehlungen an die Sozialpartner.....	422
9.1.3	Empfehlungen an den Staat	423
9.1.4	Empfehlungen an die überbetrieblichen Akteure	423
9.1.5	Empfehlungen an Bildung und Wissenschaft	424
9.1.6	Empfehlungen an die Hans-Böckler-Stiftung und die Bertelsmann Stiftung	424

Kapitel 10: Lessons Learned.....425

Literaturverzeichnis.....	431
Stichwortverzeichnis.....	497

Elemente einer Positionsbestimmung

Kapitel 1

1.1 Einführung

In ihrer Erklärung von 1946 definierte die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Gesundheit als einen „Zustand vollkommenen körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“. Die „neue“ Definition von 1987 lautete: „Gesundheit ist die Fähigkeit und Motivation, ein wirtschaftlich und sozial aktives Leben zu führen“. Hier wird eine Veränderung in der Auffassung von Gesundheit erkennbar, die auch für die Gesundheitsförderung von Bedeutung ist. Dazu hatte sich die WHO-Konferenz kurz zuvor mit der Verabschiedung der so genannten „Ottawa-Charta“ geäußert, in der der Organisation der Arbeit und der Gestaltung der Arbeitsbedingungen ein besonderer Stellenwert zugeschrieben wurde (vgl. Kasten 1.1).

Auszug aus der Ottawa-Charta der Weltgesundheitsorganisation 1986

Kasten 1.1

„Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Mass an Selbstbestimmung über ihre Lebensumstände und Umwelt zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen ... Menschen können ihr Gesundheitspotential nur dann entfalten, wenn sie auf die Faktoren, die ihre Gesundheit beeinflussen, auch Einfluss nehmen können ...

Die Art und Weise, wie eine Gesellschaft die Arbeit und die Arbeitsbedingungen organisiert, sollte eine Quelle der Gesundheit und nicht der Krankheit sein. Gesundheitsförderung schafft sichere, anregende, befriedigende und angenehme Arbeits- und Lebensbedingungen.“

Damit wird deutlich, dass die Weltgesundheitsorganisation die in den Arbeits- und Sozialwissenschaften gefundenen Beziehungen zwischen der Qualität des Arbeitslebens und der allgemeinen Lebensqualität in ihre Konzeption von Gesundheit integriert hat. In der Kopenhagen-Konferenz (1991) wurde schließlich als WHO-Ziel 25 zur Gesundheit der arbeitenden Bevölkerung formuliert: „Bis zum Jahr 2000 sollte sich in allen Mitgliedstaaten durch Schaffung gesünderer Arbeitsbedingungen, Einschränkung der arbeitsbedingten Krankheiten und Verletzungen sowie durch die Förderung des Wohlbefindens der arbeitenden Bevölkerung der Gesundheitszustand der Arbeitnehmer verbessert haben“.

Dieses Ziel ist allenfalls teilweise erreicht worden. Zwar ist eine deutliche Reduzierung der Ausfallzeiten und -kosten aufgrund arbeitsbedingten Unfallgeschehens zu verzeichnen; hier haben sich positive Konsequenzen von Arbeitsschutzmaßnahmen ebenso bemerkbar gemacht wie der Wegfall unfallträchtiger Einrichtungen als Folge technologischer Entwicklungen. Nicht in der wünschenswerten Weise verbessert hat sich offenbar aber das Bild hinsichtlich der arbeitsbedingten Erkrankungen. Dies lässt sich zunächst an einigen Kostengrößen ablesen.

1.2 Zu den Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen

Eine Reihe neuerer Untersuchungen zeigt, dass krankheitsbedingte Abwesenheit für die Unternehmen nicht nur organisatorische Probleme, sondern auch erhebliche Kosten verursachen kann. Der Anteil arbeitsbedingter Erkrankungen am Ingesamt der Erkrankungen wird auf etwa 30 Prozent geschätzt (Kuhn, 2000, S. 103). Damit wird deutlich, dass arbeitsbedingte Erkrankungen – und natürlich auch Unfälle – nicht nur ein individuelles, familiäres oder betriebliches Problem darstellen, sondern auch bei den volkswirtschaftlichen Kosten zu thematisieren sind.

Die Entwicklung der volkswirtschaftlichen Kosten in Deutschland von 2001 bis 2010 ist in Tabelle 1.1 zusammengefasst. Die angegebenen volkswirtschaftlichen Kosten wurden ausschließlich für die Arbeitsunfähigkeit berechnet, „die indirekten Kosten von Invalidität und Mortalität bleiben also außer Acht“. (Bödeker und Friedrichs, 2012, S. 72).

Bei der Analyse der Daten fällt auf, dass die Anzahl der krankheits- bzw. unfallbedingten Abwesenheitstage in diesem Zeitraum deutlich zurückgegangen ist. Dies hängt nicht zuletzt damit zusammen, dass die Anzahl der Abwesenheitstage pro Abwesenheitsfall im gleichen Zeitraum um rund 3 Tage abgenommen hat.

Tabelle 1.1

Krankheits- bzw. unfallbedingte Abwesenheitstage und volkswirtschaftliche Kosten von 2001 bis 2010 in Deutschland (aus Angaben der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin [BAuA] und Mitteilungen der Bundesregierung)

Jahr	abhängig Beschäftigte in Mio.	krankheits- bzw. unfallbedingte Abwesenheitstage in Mio.	durchschnittliche Abwesenheit pro Person in Tagen	Produktionsausfall in Mrd. Euro	Ausfall an Bruttowertschöpfung in Mrd. Euro
2001	34,80	508,00	14,60	45,00	70,75
2002	34,60	491,05	14,20	44,15	69,53
2003	34,10	467,00	13,70	42,50	66,40
2004	34,70	440,10	12,70	40,00	70,00
2005	34,50	420,50	12,20	37,80	66,50
2006	34.69	401.4	11.6	36.0	65.0
2007	35.31	437,7	12.4	40,0	73.0
2008	35.84	456.8	12.7	43,0	78.0
2009	35.86	459.2	12.8	43,0	74.0
2010	36.06	408,9	11,3	39,0	68.0

Tabelle 1.2 zeigt die Verteilung der geschätzten volkswirtschaftlichen Ausfälle auf Diagnosegruppen für das Jahr 2010. „Da die Schätzung mit stark gerundeten Werten erfolgt, sind Rundungsfehler und Differenzen in der Spaltensummierung teilweise nicht zu vermeiden“ (BAuA 2007, S.1).

Die in der Diagnosegruppe „Krankheiten der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes“ registrierten AU-Tage stehen nach wie vor an der Spitze der Nennungen (vgl. dazu auch Wieland, 2008). Allerdings ist gerade hier auch eine deutliche Abnahme erkennbar: von 140,3 Mio. 2001 (27,6 %) über 134,5 Mio. 2002 (27,4 %), 116,5 Mio. 2003 (24,9 %) und 107,2 Mio. 2004 (24,4 %) auf 97,8 Mio. AU-Tage 2005 (23,3 %), mit einem leichten Anstieg 2007 auf 103,6 Mio. Tage (23,7 %) und 104.8 Mio. Tage (22.8%) im Jahr 2009 gefolgt von einem weiteren Rückgang auf 95,4 Mio Tage (23,3%) im Jahr 2010. Der darauf zurückzuführende Produktionsausfall wurde 2010 auf 9.1

Mrd. Euro geschätzt, der Ausfall an Bruttowertschöpfung auf 16 Mrd. Euro.

Tabelle 1.2

Produktionsausfallkosten und Ausfall an Bruttowertschöpfung nach Diagnosegruppen in Deutschland 2010 (aus: BAuA, 2011, S.44)

Diagnosegruppe ICD-10	Arbeitsunfähigkeitstage		Produktionsausfallkosten		Ausfall an Bruttowertschöpfung	
	Mio.	%	Mrd. €	Anteil BNE* in %	Mrd. €	Anteil BNE* in %
V Psychische und Verhaltensstörungen	53,5	13,1	5,1	0,2	9,0	0,4
IX Krankheiten des Kreislaufsystems	24,0	5,9	2,3	0,1	4,0	0,2
X Krankheiten des Atmungssystems	54,0	13,2	5,2	0,2	9,0	0,4
XI Krankheiten des Verdauungssystems	22,6	5,5	2,2	0,1	3,8	0,2
XIII Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	95,4	23,3	9,1	0,4	16,0	0,7
XIX Verletzungen, Vergiftungen	49,1	12,0	4,7	0,2	8,2	0,3
Übrige Krankheiten	110,3	27,0	10,6	0,4	18,4	0,8
I-XXI Alle Diagnosegruppen	408,9	100,0	39,2	1,6	68,4	2,8

Eine weitergehende Analyse zeigt, dass die auf die Diagnosegruppe „Psychische und Verhaltensstörungen“ (früher: psychiatrische Störungen) entfallenden Abwesenheitstage im Zeitraum zwischen 2001 und 2010 deutlich zugenommen haben (vgl. Tabelle 1.3). Ihr Anteil

am Insgesamt der AU-Tage nahm in dieser Zeit von 6.6 auf 13.1 Prozent zu.

„Der deutlich erkennbare Trend ist nicht unerwartet: Die psychischen Belastungen am Arbeitsplatz nehmen relativ und absolut zu. Ihre Auswirkungen auf die Gesellschaft und die Unternehmen sind bereits heute auf dem Sprung, alle anderen wirtschaftlichen Belastungen hinsichtlich Sicherheit und Gesundheit in den Schatten zu stellen“ (Thiehoff, 2004, S. 62).

Krankheits- bzw. unfallbedingte Abwesenheitstage und volkswirtschaftliche Kosten, bezogen auf die Diagnosegruppe „Psychische und Verhaltensstörungen“ von 2001 bis 2010 in Deutschland (aus Angaben der BAuA).

Tabelle 1.3

Jahr	ICD 10/V AU-Tage in Mio.	ICD 10/V in % aller AU-Tage	Produktionsausfall in Mrd. Euro	Ausfall an Bruttowertschöpfung in Mrd. Euro
2001	33.60	6.6	2.96	4.66
2002	34.37	7.0	3.09	4.87
2003	45.54	9.7	4.14	6.46
2004	46.30	10.5	4.20	7.40
2005	44.10	10.5	4.00	7.00
2006	42.6	10.6	3.8	6.9
2007	47.9	10,9	4,4	8,0
2008	41.0	9,0	3,9	7,0
2009	52,4	11,4	4,9	8,5
2010	53,5	13,1	5,1	9,0

Die hier wiedergegebenen Ergebnisse werfen allerdings auch die Frage auf, ob es sich bei der deutlichen Abnahme der muskuloskelettalen Erkrankungen und der massiven Zunahme der AU-Fälle in der Kategorie „Psychische und Verhaltensstörungen“ in relativ kurzer Zeit zumindest teilweise um ein Artefakt besonderer Art handelt: So ist einerseits vorstellbar, dass die Bereitschaft und Fähigkeit, eine psychische Störung als solche zu diagnostizieren, sich bei Ärztinnen und Ärzten verändert hat. Dementsprechend heißt es auch in einem DAK-Report aufgrund einer Expertenbefragung: „Die Mehr-

heit der Fachleute kommt zu dem Schluss, dass es tatsächlich mehr Fälle gibt. Für wichtig halten sie aber auch, dass psychische Erkrankungen von den Hausärzten häufiger entdeckt bzw. richtig diagnostiziert werden“ (o.V., S.10). Andererseits könnte sich auch bei Patientinnen und Patienten die Bereitschaft verändert haben, wegen psychischer Probleme eine zuständige Instanz aufzusuchen und eine solche Diagnose zu akzeptieren.

Badura und Hehlmann (2003) machten zusätzlich darauf aufmerksam, dass sich die im vergangenen Jahrzehnt feststellbare Intensivierung der Arbeit nicht nur in einer deutlichen Zunahme der durch psychische Störungen bedingten Arbeitsunfähigkeit bemerkbar gemacht habe. „Bemerkenswert ist neben der stetigen Zunahme psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeit – unabhängig von der Alters- und Geschlechterstruktur der Bevölkerung – die hohe fallbezogene Krankheitsdauer. Dauerte im Jahr 2000 ein Krankenhausfall im Mittel aller Diagnosen 10.3 Tage, waren es bei den psychischen Störungen 27.4 Tage ...“ (Badura & Hehlmann, 2003, S. 65).

Bemerkenswert sind schließlich Ergebnisse des im Jahr 2005 unter Einbezug einer für die EU 27 und vier weitere Länder für die erwerbstätige Bevölkerung repräsentativen Stichprobe durchgeführten vierten „European Work Conditions Survey“ (Eurofound 2007), die zeigen, dass Muskel-Skelett-Beschwerden – musculoskeletal disorders (MSDs) – „related to stress and work overload are increasing“ (European Foundation, 2007, S. 2). Ein Ausschnitt aus den Zusammenhängen zwischen Stress und MSDs ist in Tabelle 1.4 dargestellt.

Tabelle 1.4

*Rücken- und Muskelschmerzen in Abhängigkeit von berichtetem Stress für 2005 (European Foundation, 2007, S. 59)**

Angaben zu Stress	Rückenschmerzen	Muskelschmerzen
Kein Stress	11,2	9,1
Stress	71,1	68,4
Total	25,6	23,8

* Angaben in %

„In ganz Europa bilden Beschwerden am Muskel-Skelett-System die bei Weitem am häufigsten genannten arbeitsbedingten Erkrankungen, und die Zahl der Belege dafür, dass zwischen Stress und Muskel- und Skelett-Erkrankungen ein enger Zusammenhang besteht, nimmt zu“ (Riso, 2007, S. 4).

Inzwischen wird auch deutlich, dass neuere Entwicklungen der Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik weitere Gefährdungspotentiale für die Gesundheit der Beschäftigten – aber auch derjenigen, die keine Beschäftigungsmöglichkeit finden – beinhalten (vgl. Kasten 1.2).

*Zunehmende Unsicherheiten als Folge gesellschaftlicher Veränderungen
(aus Expertenkommission, 2004, S. 30)*

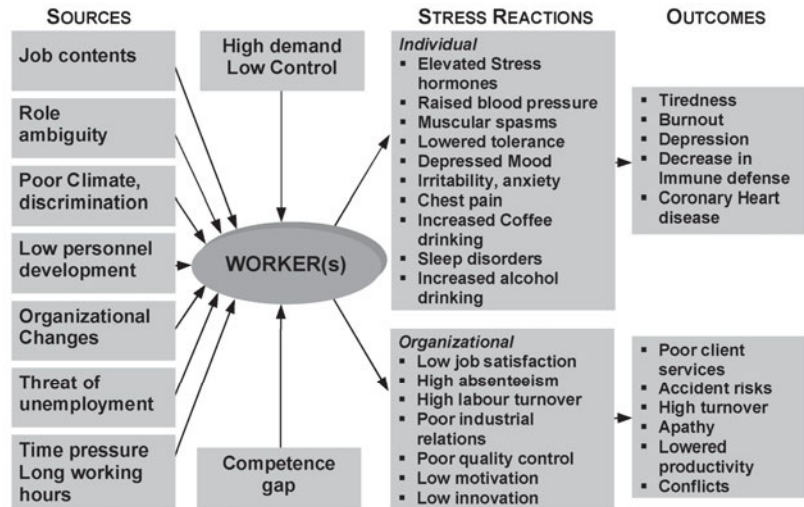
Kasten 1.2

„Globalisierung und der Strukturwandel in Richtung wissensintensiver Dienstleistungsberufe erhöhen in vielen Fällen den Zeitdruck, die Komplexität der Arbeit und die Verantwortung der Beschäftigten. Das Tempo des sozioökonomischen Wandels hat deutlich zugenommen. Sicherheit und Berechenbarkeit der Markt- und Arbeitsverhältnisse haben zugleich spürbar abgenommen. Die ökonomischen Veränderungen und anhaltenden Restrukturierungsprozesse in den Unternehmen führen häufig zu einer Intensivierung der Arbeit und einer Verstärkung von Unsicherheit, Ängsten, Misstrauen und Hilflosigkeitsgefühlen sowie Angst vor Arbeitslosigkeit unter den Beschäftigten mit möglichen Auswirkungen auf ihre Gesundheit und Leistungsfähigkeit und damit auf die Produktivität der Unternehmen und die Qualität ihrer Produkte und Dienstleistungen (Rantanen 2001, ...).“

Wirkungszusammenhänge der beschriebenen Art werden von Rantanen (2001) nachvollziehbar dargestellt (vgl. Abbildung 1.1).

Abbildung 1.1

Ursachen von Stress, Reaktionen und Wirkungen auf der Ebene von Individuen und Organisationen (aus Rantanen, 2001, S. 157)



In seiner knappen Übersicht über „Die aktuelle Lage“ kam Levi (2002) ebenfalls zu Schlussfolgerungen, die in aller Deutlichkeit zeigen, dass die Verbesserung der Gesundheit zu einem der vorrangigen Ziele der Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik werden muss (vgl. Kasten 1.3).

Kasten 1.3

Arbeitsbedingter Stress und depressive Verstimmungen (aus Levi, 2002, S. 11)

„Anhaltender Stress am Arbeitsplatz ist ein wesentlicher Faktor für das Auftreten von depressiven Verstimmungen. Diese Störungen stehen bei der weltweiten Krankheitsbelastung (global disease burden) an vierter Stelle. Bis 2020 rechnet man damit, dass sie nach den ischämischen Herzerkrankungen vor allen anderen Krankheiten auf dem zweiten Platz stehen werden (Weltgesundheitsorganisation 2001).“

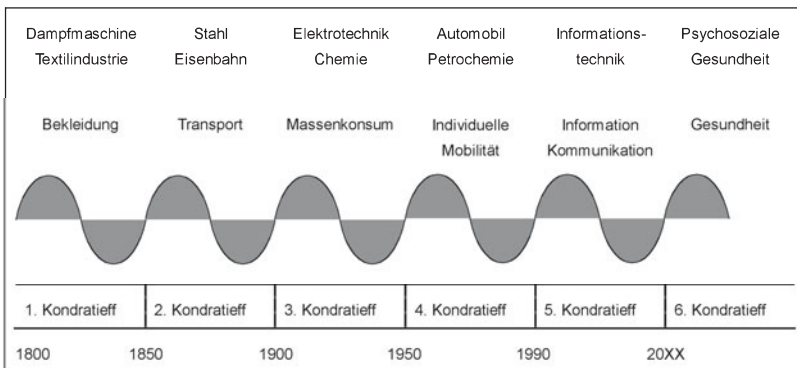
Wenn selbst ernannte Zukunftsforscherinnen und -forscher dazu noch von einer abnehmenden Bedeutung der „unmittelbaren geografischen Nachbarschaft und der familiären Netzwerke“ sowie von einer „schrittweisen Auflösung von althergebrachten gemeinschaftlichen Strukturen“ – und deren Ersatz durch „neue soziale Räume in virtuellen Welten“ – reden oder behaupten „Es gibt keine Sicherheit mehr, nur noch verschiedene Grade von Unsicherheit“, dann stellen sie damit zugleich für Gesundheit und Lebensqualität entscheidende soziale Unterstützungssysteme in Frage.

Damit gewinnt auch die von Nefiodow vorgelegte Zukunftsprojektion an Bedeutung. Seine Auseinandersetzung mit den langen Wellen der Konjunktur, den so genannten Kondratieffzyklen (Kondratieff, 1926), führt nämlich zu dem Ergebnis, dass der gemeinsame Nenner des sechsten Kondratieff durch „Gesundheit im ganzheitlichen Sinn“ zu kennzeichnen ist. Nach Nefiodow (2000, S. 136), der sich an den von der Weltgesundheitsorganisation formulierten Gesundheitskriterien orientiert, fehlt es für die Weiterentwicklung von Wirtschaft und Gesellschaft „... vor allem an psychosozialer Gesundheit. Die grösste Wachstumsbarriere am Ende des fünften Kondratieff sind die hohen Kosten der sozialen Entropie ...“ (vgl. Abbildung 1.2).

*Kondratieff-
zyklen*

Basisinnovationen und ihre wichtigsten Anwendungsfelder (aus Nefiodow, 2000, S. 132)

Abbildung 1.2



Die hier skizzierten Entwicklungen zeigen im Übrigen, dass ein betriebliches Gesundheitsmanagement sich nicht mehr nur auf den Arbeitsschutz beschränken kann, so wichtig dieser im Sinne der Gefährdungsvermeidung selbstverständlich nach wie vor ist.

1.3 Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung

Hier wird die Position vertreten, dass Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung gemeinsam Bestandteile eines betrieblichen Gesundheitsmanagements sein müssen. Insofern sind die in den Tabellen 1.5 und 1.6 enthaltenen Gegenüberstellungen akzentuierend zu verstehen und nicht einander ausschließend. Immerhin heißt es ja auch in § 4 des Deutschen Arbeitsschutzgesetzes: „Massnahmen sind mit dem Ziel zu planen, Technik, Arbeitsorganisation, sonstige Arbeitsbedingungen, soziale Beziehungen und Einfluss der Umwelt auf den Arbeitsplatz zu verknüpfen“ und dabei „gesicherte arbeitswissenschaftliche Erkenntnisse zu berücksichtigen“.

Die Schlussfolgerung, die Kentner (2003, S. 266) aus der Gegenüberstellung in Tabelle 1.5 zieht, ist eindeutig: „Die Umsetzungsstringenz in den Unternehmen ist dann besonders hoch, wenn gleichzeitig die Produktivität unterstützt wird. Deswegen ist die Integration des Gesundheits- und Arbeitsschutzes in ein Betriebliches Gesundheitsmanagement nicht nur eine Option, sondern eine absolute Notwendigkeit“.

Vergleich des traditionellen Gesundheits- und Arbeitsschutzes mit dem betrieblichen Gesundheitsmanagement hinsichtlich Transferfaktoren und -bedingungen (aus Kentner, 2003, S. 265)

Tabelle 1.5

	Traditioneller Gesundheits- und Arbeitsschutz	Betriebliches Gesundheitsmanagement
Ziele	<ul style="list-style-type: none"> ▪ überwiegend Einhaltung von Vorschriften ▪ Vermeidung von Arbeitsunfällen und Prävention von Berufskrankheiten und damit Unterstützung von unfallversicherungsrechtlichen Zielen ▪ partielle Unterstützung der störungsfreien Produktion 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Verminderung psychosozialer Belastungen ▪ Verbesserung von Motivation, Arbeitszufriedenheit, Identifikation mit Betrieb und Arbeit ▪ partielle Unterstützung von Produktivität und Wertschöpfung
Nutzen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nutzen liegt teilweise weit in der Zukunft 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Nutzen stellt sich rasch ein
Angebot (Akteure)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arbeitsmedizin (AM) ▪ Sicherheitstechnik (ST) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ in geringem Umfang durch AM und ST ▪ Gesundheitswissenschaften ▪ Arbeits- und Organisationspsychologie ▪ Unternehmensberatung
Nachfrage	<ul style="list-style-type: none"> ▪ durch Regulierung vorgeschrieben 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ direkt, weil Durchführungsziel für Unternehmensziele (Produktivität, Wachstum, Beschäftigung)
Aufwand	<ul style="list-style-type: none"> ▪ teilweise beträchtlich durch permanente Bereitstellung von qualifiziertem Personal 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ evtl. hohe Startaufwendungen für Veränderung der Organisation sowie des Informations- und Führungsverhaltens ▪ nach Implementierung gering, weil integriert und selbstlernend
Akzeptanz im Unternehmen	<ul style="list-style-type: none"> ▪ in der Breite mässig, weil von aussen aufgezwungen 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ gut, weil freiwillig und wertschöpfend
Methodik (Operationalisierung)	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vorschriften und enge Leitlinien 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ auf das Unternehmen angepasste diagnostische und therapeutische Methodik ▪ Indikatorenentwicklung
Marketing	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hinweis auf Regulierungen (wie steuerliche Abgabe) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Investition in Humankapital (wie Kosten für Unternehmensberatung)

Zu fragen bleibt allerdings, ob sich – wie in Tabelle 1.5 dargestellt – der Nutzen eines so verstandenen betrieblichen Gesundheitsmanagements tatsächlich immer rasch einstellt. Schließlich hat Kentner (2003, S. 261) selbst darauf hingewiesen, dass „die effiziente Umsetzung des BGM ... zum Teil gravierende Veränderungen im Denken

und Handeln der beteiligten Akteure aber auch in den zu Grunde liegenden Strukturen“ voraussetzt.

Aus arbeitspsychologischer Perspektive weist eine derartige Gegenüberstellung naturgemäß andere Beschreibungsmerkmale auf (vgl. Tabelle 1.6).

Tabelle 1.6

Betrieblicher Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung in idealtypischer Gegenüberstellung (aus Ulich, 2011, S. 547)

	Betrieblicher Arbeitsschutz	Betriebliche Gesundheitsförderung
Betrachtung des Menschen als schutzbedürftiges Wesen → Defizitmodell → schwächenorientiert → pathogenetisches Grundverständnis	... autonom handelndes Subjekt → Potentialmodell → stärkenorientiert → salutogenetisches Grundverständnis
Aufgaben / Ziele verhältnisorientiert	Vermeiden bzw. Beseitigen gesundheitsgefährdender Arbeitsbedingungen und Belastungen → Schutzperspektive → belastungsorientiert	Schaffen bzw. Erhalten gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen und Kompetenzen → Entwicklungsperspektive → ressourcenorientiert
Aufgaben / Ziele verhaltensorientiert	Erkennen und adäquates Handeln in gefährlichen Situationen → Wahrnehmen von Gefahren	Erkennen und Nutzen von Handlungs- und Gestaltungsspielräumen → Wahrnehmen von Chancen

Wenn es um die in Tabelle 1.6 genannten Aufgaben des Schaffens bzw. Erhaltens gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen und Kompetenzen geht, sind damit in erster Linie Maßnahmen der Arbeitsgestaltung angesprochen.

1.4 Gesundheitsförderung und Arbeitsgestaltung

Obwohl die Bedeutung der bedingungsbezogenen Interventionen, d. h. der Veränderung der Verhältnisse, insbesondere durch Maßnahmen der Arbeitsgestaltung, neuerdings immer wieder betont wird, liegt der Schwerpunkt betrieblicher Gesundheitsförderungsaktivitäten nach wie vor bei den personbezogenen Interventionen, d. h. bei der Veränderung des Verhaltens (vgl. Breucker, 2000; Busch, 1998; Busch, Huber & Themessl, 1998; Schwager & Udris, 1998). Tatsächlich zeigen aber auch die differenzierten Kostenschätzungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, dass ein erheblicher Anteil der Ursachen arbeitsbedingter Erkrankungen in betrieblichen Verhältnissen, d. h. in den Arbeitsbedingungen, zu verorten ist (vgl. „Einsparmöglichkeiten“, S. 21).

1.4.1 Verhaltens- und Verhältnisorientierung

Wenn auch davon auszugehen ist, dass sich Verhaltens- und Verhältnisorientierung zumindest teilweise wechselseitig bedingen (vgl. dazu Greiner, 1998), so gilt doch, dass „in der Sachlogik ... Verhaltensprävention der Verhältnisprävention stets nachgeordnet bleibt“ (Klotter, 1999, S. 43).¹ Eine Gegenüberstellung möglicher Maßnahmen und Wirkungen findet sich in Tabelle 1.7.

Am Beispiel der Muskel- und Skeletterkrankungen lässt sich die Bedeutung betrieblicher Arbeitsgestaltung exemplarisch aufzeigen. Diese Erkrankungsformen stehen in Deutschland an erster Stelle der Ursachen für krankheitsbedingte Fehltag (vgl. BAuA, 2007; Küsgens, Vetter & Yoldas, 2002; Riso, 2007; Thiehoff, 2002; Vetter, Dieterich & Acker, 2001). Gründe dafür sind einerseits in Bewegungsmangel und lang andauernder einseitiger körperlicher Belastung zu suchen, wie sie in zahlreichen Fällen, etwa bei Bildschirmarbeit, vorzufinden sind. Andererseits spielen in diesem Zusammenhang

¹ Das schließt selbstverständlich nicht aus, dass differenzierte verhaltensorientierte Programme wie z.B. das ‚Gesundheitsförderungsprogramm für Mitarbeitende 40plus‘ (Stoffel, Amstad & Steinmann, 2012) nachhaltigen Erfolg bewirken.