

SGO

Eberhard Ulich · Marc Wülser

Gesundheits- management in Unternehmen

Arbeitspsychologische Perspektiven

7. Auflage

uniscope

Publikationen der
SGO Stiftung



Springer Gabler

uniscope. Publikationen der SGO Stiftung

Herausgegeben von

Markus Sulzberger, Glattbrugg, Schweiz

Weitere Bände in dieser Reihe
<http://www.springer.com/series/12146>

Eberhard Ulich • Marc Wülser

Gesundheitsmanagement in Unternehmen

Arbeitspsychologische Perspektiven

7., überarbeitete und erweiterte Auflage



Springer Gabler

Eberhard Ulich
Zürich, Schweiz

Marc Wülser
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 978-3-658-18434-6
<https://doi.org/10.1007/978-3-658-18435-3>

ISBN 978-3-658-18435-3 (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 GmbH 2004, 2005, 2009, 2010, 2012, 2015, 2018

Das 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. Der Verlag, die Autoren und die Herausgeber gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autoren oder die Herausgeber übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Lektorat: Ulrike Lörcher, Katharina Harsdorf

Gedruckt auf säurefreiem und chlorfrei gebleichtem Papier

Springer Gabler ist Teil von Springer Nature

Die eingetragene Gesellschaft ist Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Abraham-Lincoln-Str. 46, 65189 Wiesbaden, Germany

Geleitwort zur 7. Auflage

Die beiden Autoren Ulich und Wülser legen mit der 7. Auflage wiederum eine bedeutende Erweiterung der Inhalte zum breiten Themenbereich „Gesundheitsmanagement in Unternehmen“ vor. Damit lebt dieses wertvolle Grundlagenwerk, fängt neue Herausforderungen aus der heutigen Umwelt der Digitalisierung, der voranschreitenden Forschung im Bereich Resilienz und der Weiterentwicklung der Thematik Präsentismus ein – um nur einige Beispiele der namhaften inhaltlichen Ergänzungen zu nennen. Dieses Werk ist ein zentrales Element in der wichtigen Aufgabe, den Wert und die Bedeutung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements laufend zu steigern. Für alle mit dem Thema in Spezialisten- oder Führungsrollen tätigen Personen muss diese neue Auflage Pflichtlektüre sein. Es ist zu hoffen, dass sich darüber hinaus viele verantwortliche Führungspersönlichkeiten, HR-Zuständige sowie Fachleute aus den Arbeitswissenschaften und der Organisationsdisziplin die Zeit nehmen, das Buch zu lesen oder zumindest zu konsultieren, um damit auf den neuesten Stand der diesbezüglichen Forschung und Praxis zu kommen.

Den beiden Autoren ist für die außerordentliche Leistung in der Erstellung der 7. Auflage ihres Werkes und für ihr ungebrochenes, großes Engagement herzlich zu gratulieren. Die SGO Stiftung ist stolz, in dieser wichtigen Thematik seit Beginn des Forschungsprojektes Partner sein zu können. Ich wünsche dem vorliegenden Werk hohe Akzeptanz, Verbreitung und dass es oft als Grundlage für zukunftsorientierte und wertgenerierende Gestaltungslösungen des Betrieblichen Gesundheitsmanagements in Unternehmen und Institutionen dient.

Glattbrugg, im August 2017

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 7. Auflage

Die erste Auflage dieses Buches erschien vor dreizehn Jahren. Wenn jetzt bereits wieder eine neue Auflage nachgefragt wird, stellt dies für die Autoren eine Herausforderung dar. Wir haben versucht, diese anzunehmen und nicht nur die Daten über die Abwesenheitstage und die dafür anfallenden volkswirtschaftlichen Kosten zu aktualisieren.

Dementsprechend wurden in einigen Kapiteln neue Abschnitte eingefügt, so im zweiten Kapitel ein kompakter Abschnitt über ‚Resilienz‘, im vierten Kapitel ein Abschnitt über ‚Wirkmechanismen gesundheitsförderlicher Führung‘ und im achten Kapitel ein Abschnitt über ‚Spezifische Zielgruppen‘, in dem über ein Projekt zur Förderung der psychischen Gesundheit Jugendlicher im Setting Betrieb berichtet wird.

In anderen Kapiteln wurden uns bedeutsam erscheinende Ergänzungen vorgenommen, so im ersten Kapitel zum Stand der Präventionsgesetzgebungen in Deutschland, Österreich und der Schweiz, im dritten Kapitel über Gründe für Präsentismus und über ein Projekt zur Echtzeiterhebung von Präsentismus, im vierten Kapitel eine Darstellung zu Aspekten gesundheitsförderlicher Unternehmenskultur sowie im sechsten Kapitel Ergebnisse von Untersuchungen über Call Center und ‚Downsizing‘. Darüber hinaus wurden in einigen Kapiteln kleinere Ergänzungen und Hinweise auf neuere oder in früheren Auflagen übersehene Publikationen eingefügt.

Dass das Literaturverzeichnis in Hinblick auf allenfalls in früheren Auflagen fehlende Angaben und vorliegende Neuerscheinungen so weit wie möglich geprüft wurde, ist eigentlich selbstverständlich, erfordert aber einigen Aufwand. Immerhin enthält das Literaturverzeichnis in dieser Neuauflage mehr als einhundert zusätzliche Nennungen.

Im Übrigen gilt auch diesmal, was wir im Vorwort zur letzten Auflage so formuliert haben: Autorinnen und Autoren von Publikationen, die für die von uns bearbeitete Thematik bedeutsam sind, von uns aber nicht berücksichtigt wurden, sind wir für entsprechende Hinweise dankbar.



Vorwort

Schließlich gilt unser Dank wie schon früher Ulrike Lörcher für die wie immer angenehme und unterstützende Zusammenarbeit mit dem Verlag sowie Katharina Harsdorf für die professionelle Übertragung unserer Ergänzungen in das für die Drucklegung erwünschte Format.

Zürich, im Juli 2017

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.....	17
	1.4.1 Verhaltens- und Verhältnisorientierung.....	17
	1.4.2 Die Bedeutung der Anforderungen	21
1.5	Fazit	25

Kapitel 2: Grundbegriffe des betrieblichen Gesundheitsmanagements27

2.1	Der Gesundheitsbegriff	29
	2.1.1 Objektiver oder subjektiver Gesundheitsbegriff? ...	33
	2.1.2 Der Gesundheitsbegriff der WHO und die Rolle des Wohlbefindens.....	34
	2.1.3 Wohlbefinden und Gesundheit	35
	2.1.4 Salutogenetische Gesundheitsmodelle: die Rolle der Ressourcen.....	39
	2.1.5 Ressourcen	43
	2.1.6 Gesundheit als entwickelte Handlungsfähigkeit....	53
	2.1.7 Ein system- und handlungstheoretisches Gesundheitsmodell.....	55
	2.1.8 Attribute einer Gesundheitsdefinition	56
	2.1.9 Resilienz	59
2.2	Belastung, Beanspruchung und Stress.....	62
	2.2.1 Belastung und Beanspruchung.....	63
	2.2.2 Stress	67
	2.2.3 Stressoren bzw. Fehlbelastungen.....	74
	2.2.4 Regulationsbehinderungen	76
	2.2.5 Beanspruchungsfolgen und Stressreaktionen	83

2.2.6	Burnout: eine spezifisch psychische Beanspruchungsfolge.....	84
2.3	Arbeitsbedingungen und Gesundheit: Wirkungsmodelle.....	90
2.3.1	Das Demand/Control-Modell	91
2.3.2	Das Konzept Anforderung/Belastung	94
2.3.3	Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen.....	100
2.3.4	Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen und das Demand/Control-Modell: empirische Vergleiche	105
2.4	Erholung im Alltag	107
2.4.1	Erholungsprozesse	109
2.4.2	Erholungsprobleme.....	110
2.4.3	Erholung und Pausen.....	112
2.4.4	Gesamtbelastung und Rückstelleneffekte.....	119
2.4.5	Implikationen für das betriebliche Gesundheitsmanagement.....	123
2.5	Arbeitszufriedenheit und Arbeitsfreude	124
2.6	Fazit.....	128

Kapitel 3: Instrumente des betrieblichen Gesundheitsmanagements..... 131

3.1	Gesundheit als betriebliches Thema	133
3.2	Projektmanagement und Organisationsentwicklung.....	136
3.2.1	Auftragsklärung.....	136
3.2.2	Zieldefinition, Projektplanung und -steuerung	138
3.2.3	Betriebliches Gesundheitsmanagement und Organisationsentwicklung	139
3.2.4	Wahrgenommener Veränderungsbedarf	145
3.2.5	Partizipation und Entscheidungsprozesse	146
3.3	Fehlzeiten und betriebliches Gesundheitsmanagement .	149
3.3.1	Vernachlässigung der Anwesenden.....	150
3.3.2	Präsentismus	154
3.3.3	AU-Analysen und Gesundheitsbericht.....	165
3.4	Rückkehrgespräche versus Gesundheitszirkel.....	167
3.4.1	Rückkehrgespräche	167
3.4.2	Gesundheitszirkel.....	172

3.4.3	Vergleich von Rückkehrgesprächen und Gesundheitszirkeln.....	183
3.5	Vertiefte Analysen	184
3.5.1	Mehrebenen-Analysen	184
3.5.2	Die MTO-Analyse	186
3.5.3	Befragungsverfahren	194
3.5.4	Verfahren zur Arbeitsanalyse.....	198
3.6	Evaluation von Maßnahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements.....	204
3.6.1	Evaluation von Managementsystemen, Programmen und Maßnahmen	205
3.6.2	Evaluation von Managementsystemen	207
3.6.3	Evaluation von Programmen und Maßnahmen ...	216
3.6.4	Prüfung des ökonomischen Nutzens des betrieblichen Gesundheitsmanagements	222
3.7	Betriebliches Gesundheitsmanagement im Rahmen von Managementinstrumenten.....	226
3.7.1	Möglichkeiten einer erweiterten Wirtschaftlichkeitsanalyse EWA.....	229
3.7.2	Balanced Scorecard	231
3.8	Exkurs: Anreizsysteme für betriebliches Gesundheitsmanagement: die Rolle der Sozialversicherungsträger.....	250
3.9	Fazit	252

Kapitel 4: Konzepte gesundheitsförderlicher Arbeits- und Organisationsgestaltung.....253

4.1	Strategien der Arbeitsgestaltung	255
4.2	Der Soziotechnische Systemansatz und das MTO-Konzept.....	261
4.3	Primat der Aufgabe.....	265
4.4	Das Konzept der vollständigen Aufgabe.....	270
4.5	Der Tätigkeitsspielraum als Basiskonzept	275
4.6	Gruppenarbeit	279
4.6.1	Gruppenarbeit im Automobilbau.....	280
4.6.2	Gruppenarbeit im Dienstleistungsbereich.....	285
4.6.3	Von Fallbeispielen zu umfassenderen Analysen ..	288

4.6.4	„Europäische“ und „japanische“ Gruppenarbeitskonzepte	291
4.7	Konzepte für den Einsatz neuer Technologien.....	294
4.8	Unternehmenskultur und Führung	297
4.8.1	Elemente von Unternehmenskulturen	297
4.8.2	Unternehmenskultur, Führung und Gesundheit..	300
4.8.3	Wirkmechanismen gesundheitsförderlicher Führung.....	305
4.9	Fazit.....	308

**Kapitel 5: Mitarbeitende mit Handicap – “Disability
Management by Ability Management”311**

5.1	Einführung.....	313
5.2	Zielgruppe und Begriffe.....	314
5.3	Beginn der (Re-)Integrationsmaßnahmen.....	316
5.4	Determinanten der (Re-)Integration.....	317
5.4.1	Integration von Mitarbeitenden mit Psychischen und Verhaltensstörungen	319
5.4.2	Integration psychisch Kranker – Das Projekt „Supported Employment“	321
5.5	Die Rolle der Vorgesetzten und der Arbeitsbedingungen	323
5.6	Das Projekt FILM – Förderung der Integration Leistungsgewandelter Mitarbeitender.....	324
5.7	Das Projekt Work2Work.....	327
5.8	Strategien des Disability Managements	329
5.9	Lösungsansätze und Maßnahmen des Disability Managements	331
5.10	Disability Management im Rahmen des betrieblichen Gesundheitsmanagements	333

**Kapitel 6: Problematische Managementkonzepte und prekäre
Arbeitsverhältnisse335**

6.1	Problematische Managementkonzepte.....	337
6.1.1	Lean Management und Business Process Reengineering.....	338

6.1.2	„Downsizing“: Personalabbau.....	341
6.1.3	Telearbeit	343
6.1.4	Call Center	345
6.2	Prekäre Beschäftigungsverhältnisse.....	351
6.2.1	Flexibilisierung und Entgrenzung der Arbeitszeit	351
6.2.2	Segmentierung und „neue Selbstständigkeit“	354
6.2.3	Abbau älterer Arbeitskräfte	358
6.3	Fazit.....	364

Kapitel 7: „Life Domain Balance“ oder:

Erwerbsarbeit und andere Lebenstätigkeiten365

7.1	Einführung	367
7.2	Gestaltung der Erwerbsarbeit	370
7.3	Lebensfreundliche Arbeitszeiten	375
7.3.1	Verkürzung der Arbeitszeit.....	377
7.3.2	Schicht- und Nachtarbeit	379
7.4	Familienfreundliche Arbeitsorte.....	382
7.5	Anstelle eines Fazits: eine Alternative für die Zukunft?	385

Kapitel 8: Netzwerke und betriebliche Beispiele.....387

8.1	Europäische Netzwerke	389
8.2	Nationale Netzwerke.....	396
8.3	Spezifische Settings.....	397
8.3.1	Netzwerke gesundheitsfördernder Spitäler	402
8.3.2	Netzwerke gesundheitsfördernder Schulen.....	417
8.3.3	Kleine und mittlere Unternehmen (KMU).....	430
8.4	Spezifische Zielgruppen.....	438
8.4.1	Zielgruppe Jugendliche: psychische Gesundheitsförderung bei jungen Mitarbeitenden im Betrieb.....	440
8.5	Fazit	443

Kapitel 9: Empfehlungen einer Expertenkommission	445
9.1 Empfehlungen der Kommission.....	447
9.1.1 Empfehlungen an die Betriebe	447
9.1.2 Empfehlungen an die Sozialpartner	448
9.1.3 Empfehlungen an den Staat	449
9.1.4 Empfehlungen an die überbetrieblichen Akteure	449
9.1.5 Empfehlungen an Bildung und Wissenschaft.....	450
9.1.6 Empfehlungen an die Hans-Böckler-Stiftung und die Bertelsmann Stiftung	450
Kapitel 10: Lessons Learned	451
Literaturverzeichnis.....	457
Stichwortverzeichnis.....	537

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 einer späteren 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 Insgesamt 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 zwischen 2001 und 2011 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 2015 in Deutschland (aus Angaben der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin [BAuA])

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
2011	36,62	460,6	12,6	46,0	80,0
2012	37,06	521,6	14,1	53,0	92,0
2013	37,82	576,7	15,0	59,0	103,0
2014	37,74	543,4	14,4	57,0	90,0
2015	38,7	587,4	15,2	64,0	113,0

Tabelle 1.2 zeigt die Verteilung der geschätzten volkswirtschaftlichen Ausfälle auf Diagnosegruppen für das Jahr 2012. „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 war hier vorübergehend 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 und einem stärkeren Anstieg auf 122,1 Mio. Tage 2012 und 2015. Der darauf zurückzuführende Produktionsausfall wurde 2012 auf 12,4 Mrd. Euro geschätzt, 2015 auf 24,9 Mrd., der Ausfall an Bruttowertschöpfung auf 21,5 Mrd. Euro, 2015 auf 24,9 Mrd. Euro.

Tabelle 1.2

Produktionsausfallkosten und Ausfall an Bruttowertschöpfung nach Diagnosegruppen in Deutschland 2015 (aus: BAuA, 2017, S. 2)

Diagnosegruppe ICD-10	Arbeitsunfähigkeitstage		Produktionsausfall		Ausfall an Bruttowertschöpfung	
	Mio.	%	Mrd. €	Anteil BNE* in %	Mrd. €	Anteil BNE* in %
V Psychische und Verhaltensstörungen	87,2	14,8	9,5	0,3	16,8	0,5
IX Krankheiten des Kreislaufsystems	33,1	5,6	3,6	0,1	6,4	0,2
X Krankheiten des Atmungssystems	83,2	14,2	9,1	0,3	16,0	0,5
XI Krankheiten des Verdauungssystems	28,9	4,9	3,1	0,1	5,6	0,2
XIII Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	129,5	22,0	14,1	0,5	24,9	0,8
XIX Verletzungen, Vergiftungen und Unfälle	57,1	9,7	6,2	0,2	11,0	0,4
Übrige Krankheiten	168,4	28,7	18,3	0,6	32,4	1,1
I-XXI Alle Diagnosegruppen	587,4	100,0	64,0	2,1	113,0	3,7

Eine weitergehende Analyse zeigt, dass die auf die Diagnosegruppe „Psychische und Verhaltensstörungen“ (früher: psychiatrische Störungen) entfallenden Abwesenheitstage im Zeitraum zwischen 2001 und 2015 deutlich zugenommen haben (vgl. Tabelle 1.3). Ihr Anteil am Insgesamt der AU-Tage nahm in dieser Zeit von 6.6 auf 14.8 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 2015 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
2011	59.2	12.9	5.9	10.3
2012	59.5	11.4	6.0	10.5
2013	79.0	13,9	8,2	14,3
2014	79,3	14,6	8,3	13,1
2015	87,2	14,8	9,5	16,8

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 Mehrheit 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.

Table 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)

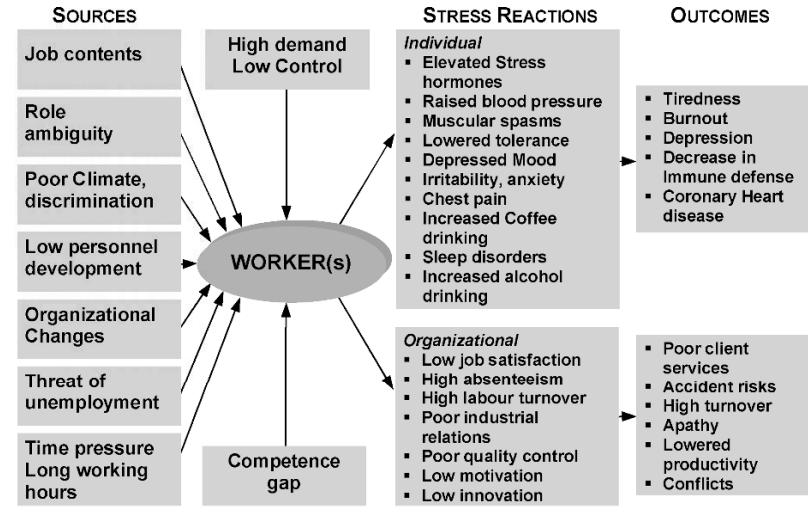
Kasten 1.2

„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).“

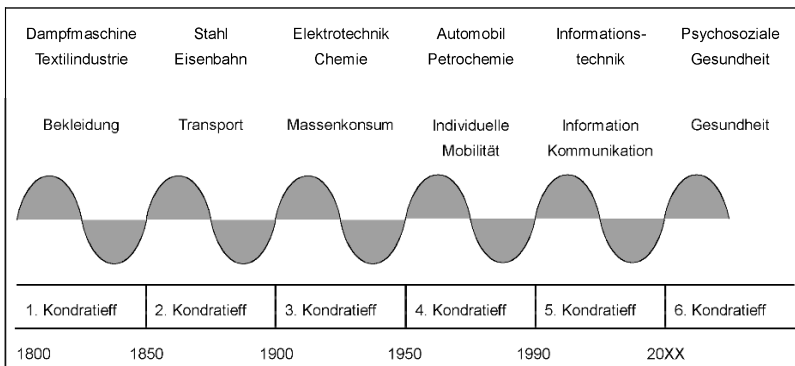
Wenn selbst ernannte Zukunftsforscherinnen und -forscher dazu noch von einer abnehmenden Bedeutung der „unmittelbaren geografischen Nachbarschaft und der familiären Netzwerke“ sowie von einer „schrittweisen Auflösung von althergebrachten gemeinschaftlichen Strukturen“ – und deren Ersatz durch „neue soziale 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).

Kondratieffzyklen

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

In Deutschland wurde im Juni 2015 das Gesetz zur Stärkung der Gesundheitsförderung und der Prävention (Präventionsgesetz – PräVg) verabschiedet. Darin werden – wie bereits im Arbeitsschutzgesetz seit 2013 – unter den möglichen Ursachen einer Gefährdung auch „psychische Belastungen bei der Arbeit“ genannt. Zugleich wird mit diesem Gesetz die Position der Betriebsärztinnen und -ärzte gestärkt; von einer Mitwirkung psychologischer Fachpersonen ist nirgends die Rede. Die entsprechenden Bemühungen des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen zeitigten diesbezüglich keinen Erfolg.

„Ungeachtet dessen lässt das Präventionsgesetz aber erhebliche Spielräume für im Allgemeinen nicht sonderlich wirksame Projekte einer rein individuellen Verhaltensprävention. Letzteres verweist auf ein weiteres Manko des Gesetzes: Es mangelt ihm an eindeutigen Vorgaben für den Stellenwert der Verhältnisprävention beziehungsweise ihrer Verknüpfung mit verhaltenspräventiven Maßnahmen....In die Richtung einer verhaltensbezogenen Präventionspolitik weist auch die weitere Aufwertung von Ärztinnen und Ärzten.“ (Gerlinger, 2016, 3 f.).

In der Schweiz wurde ein vom Bundesrat vorgelegtes und vom Nationalrat gebilligtes Bundesgesetz über Prävention und Gesundheitsförderung vom Ständerat 2012 abgelehnt, d.h. in der Schweiz gibt es kein Präventionsgesetz.

In Österreich findet sich in der seit Januar 2013 geltenden Novelle zum österreichischen Arbeitnehmerinnenschutzgesetz von 2002 der folgende Paragraph:

„§ 4 (6) Bei der Ermittlung und Beurteilung der Gefahren und der Festlegung der Maßnahmen sind erforderlichenfalls geeignete Fachleute heranzuziehen. Mit der Ermittlung und Beurteilung der Gefahren können auch die Sicherheitsfachkräfte und Arbeitsmediziner sowie sonstige geeignete Fachleute, wie Chemiker, Toxikologen, Ergonomen, insbesondere jedoch Arbeitspsychologen, beauftragt werden.“¹

Damit stellt sich auch die Frage, wie das für die Analyse, Bewertung und Gestaltung die Gesundheit fördernder oder potenziell gefährdender Arbeitsbedingungen erforderliche professionelle Vorgehen am ehesten gewährleistet werden kann. Eine von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Instituts für Psychologie der Universität Innsbruck vorgelegte Bestandsaufnahme macht deutlich, dass die Voraussetzungen für die in diesem Zusammenhang erforderliche interdisziplinäre Kooperation noch mancherlei Mängel aufweisen (Seubert, Hopfgartner, Peißl, Glaser & Sachse, 2016). Dazu gehört u.a. die Fehleinschätzung arbeitspsychologischer Kompetenz, die von Hopfgartner, Seubert, Peißl, Sachse & Glaser (2016, S. 56) wie folgt formuliert wird: „Es fehlt an Vermittlung von Wissen über die speziellen Kompetenzen und die Expertise von Arbeitspsychologen, die diese Berufsgruppe unverwechselbar machen. Dadurch werden arbeitspsychologische Themen und Methoden von anderen Berufsgruppen verwertet und vermarktet.“ In diesem Zusammenhang ist die Anregung von Seiten der Österreichischen Gesellschaft für Arbeitsmedizin bedenkenswert, die Kooperation zwischen den Fachgebieten Arbeitsmedizin, Arbeitspsychologie und Sicherheit “durch gemeinsame Aus-, Fort- und Weiterbildung“ zu fördern (Klien, & Pospischil 2016, S. 37).

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

¹ In diesem Zusammenhang ist auch auf das von der Deutschen Gesellschaft für Psychologie 2016 verabschiedete 'Positionspapier zu Gefährdungsbeurteilungen psychischer Belastungen: Anforderungen aus arbeits- und organisationspsychologischer Sicht' zu verweisen.

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“.

Tabelle 1.5

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

	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