

# BETRIEBLICHES GESUNDHEITSMANAGEMENT

EBERHARD Ulich, MARC WÜLSER

425

In diesem Beitrag werden Elemente einer Positionsbestimmung mit der Fokussierung auf arbeitspsychologische Perspektiven skizziert. Dabei werden – ausgehend von vorhandenen Statistiken über Ursachen und Kosten von Arbeitsunfähigkeit – der Arbeitsgestaltung, dem Führungsverhalten und der Unternehmenskultur für das betriebliche Gesundheitsmanagement zentrale Bedeutung zugeschrieben.



## 1 Einführung

Zur Erinnerung: In der so genannten „Ottawa-Charta“ der Weltgesundheitsorganisation wurde der Organisation der Arbeit und der Gestaltung der Arbeitsbedingungen ein besonderer Stellenwert zugeschrieben (vgl. **Kasten 1**).

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

### **Kasten 1: Auszug aus der Ottawa-Charta der WHO 1986**

„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.“

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 offensichtlich nicht erreicht worden. Zwar haben Arbeitsschutzmaßnahmen und der Wegfall unfallträchtiger Einrichtungen als Folge technologischer Entwicklungen zu einer deutlichen Reduzierung der Ausfallzeiten und -kosten aufgrund arbeitsbedingten Unfallgeschehens beigetragen. Nicht in der angestrebten Weise verbessert hat sich offenbar aber das Bild hinsichtlich der arbeitsbedingten Erkrankungen. Dies lässt sich zunächst an einigen Kostengrößen ablesen.

426

## 2 Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen

Da aus der Schweiz keine vergleichsweise differenzierten Daten vorliegen, wird hier über die Kosten der Arbeitsunfähigkeit in Deutschland berichtet. Die Entwicklung von 2001 bis 2005 ist in **Tabelle 1** zusammengefasst. Der Anteil arbeitsbedingter Erkrankungen am Ingesamt der AU-Tage wird auf etwa 30 Prozent geschätzt (Kuhn 2000, S. 103).

**Tabelle 1:** Krankheits- bzw. unfallbedingte Abwesenheitstage und volkswirtschaftliche Kosten von 2001 bis 2005 in Deutschland

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	34.8	508	14.6	45.0	70.75
2003	34.1	467	13.7	42.5	66.4
2004	34.7	440.1	12.7	40.0	70.0
2005	34.5	420.5	12.2	37.8	66.5

**Tabelle 2** zeigt die Verteilung der geschätzten volkswirtschaftlichen Ausfälle auf Diagnosegruppen für das Jahr 2005. „Da die Schätzung mit stark gerundeten Werten erfolgt, sind Rundungsfehler und Differenzen in der Spaltensummierung teilweise nicht zu vermeiden.“ (BAuA 2007, S. 1)

**Tabelle 2:** Produktionsausfall und Ausfall an Bruttowertschöpfung nach Diagnosegruppen in Deutschland 2005 (aus: BAuA, 2007)

ICD 10	Diagnosegruppen	AU-Tage		Produktionsausfall		Ausfall an Bruttowertschöpfung	
		AU-Tage in Mio.	AU-Tage in %	Mrd. €	Anteil BNE* in %	Mrd. €	Anteil BNE in %
V	Psychische und Verhaltensstörungen	44.1	10.5	4.0	0.2	7.0	0.3
IX	Krankheiten des Kreislaufsystems	26.6	6.3	2.4	0.1	4.2	0.2
X	Krankheiten des Atmungssystems	.9 60.9	5 14.5	5 5.5	0.2	9.6	0.4
XI	Krankheiten des Verdauungssystems	26.0	6.2	2.3	0.1	4.1	0.2
XIII	Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes	97.8	23.3	8.8	0.4	15.5	0.7
XIX	Verletzungen, Vergiftungen	53.5	12.7	4.8	0.2	8.5	0.4
	Übrige Krankheiten	111.6	26.5	10.0	0.4	17.6	0.8
I-XXI	<b>Alle Diagnosegruppen</b>	<b>420.5<sup>1</sup></b>	<b>100.0</b>	<b>37.8<sup>2</sup></b>	<b>1.7</b>	<b>66.5<sup>3</sup></b>	<b>3.0</b>

\* BNE = Bruttonationaleinkommen

<sup>1</sup> Schätzung auf der Basis von 34.46 Mio. Arbeitnehmern mit einer durchschnittl. AU-Zeit von 12.2 Tg./Jahr

<sup>2</sup> 1.2 Mio. ausgefallene Erwerbsjahre x EUR 31'800 (durchschnittl. Arbeitnehmerentgelt)

<sup>3</sup> 1.2 Mio. ausgefallene Erwerbsjahre x EUR 57'700 (durchschnittl. Wertschöpfung)

Die in der Diagnosegruppe „Krankheiten der Muskeln, des Skeletts und des Bindegewebes“ registrierten AU-Tage stehen nach wie vor an der Spitze der Nennungen. Allerdings ist gerade hier auch eine deutliche Abnahme erkennbar: von 140.3 Mio. 2001 über 116.5 Mio. 2003 und 107.2 Mio. 2004 auf 97.8 Mio. AU-Tage 2005. Der darauf zurückzuführende Produktionsausfall wurde 2005 auf 8.8 Mrd. Euro geschätzt, der Ausfall an Bruttowertschöpfung auf 0.7 Prozent.

Von besonderem Interesse ist in diesem Zusammenhang die Entwicklung der auf die Diagnosegruppe „Psychische und Verhaltensstörungen“ (2001 noch „Psychi-

atrische Erkrankungen“) entfallenden Arbeitsunfähigkeitstage. Im Jahr 2001 entfielen auf diese Diagnosegruppe 33.6 Millionen Arbeitsunfähigkeitstage, 2003 waren es 45.5 Millionen, 2004 46.3 Millionen, 2005 wurden in dieser Kategorie 44.1 Millionen Ausfalltage registriert. „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). Badura und Hehlmann weisen in diesem Zusammenhang zudem auf die „hohe fallbezogene Krankheitsdauer“ hin: „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 European Work Conditions Survey (Eurofound 2007), die zeigen, dass Muskel-Skelett-Beschwerden – musculoskeletal disorders (MSDs) – „related to stress and work overload are increasing ... In contrast, greater learning opportunities, and being consulted about changes to organisational and working conditions, are associated with a lower incidence of MSDs“ (Eurofound 2007, p. 2). Ein Ausschnitt aus den Zusammenhängen zwischen Stress und MSDs ist in **Tabelle 3** dargestellt.

**Tabelle 3:** Rücken- und Muskelschmerzen in Abhängigkeit von berichtetem Stress für 2005 (Angaben in %)

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

Source: Calculations based on fourth EWCS (2005); Eurofound Oct. 2007

Diese Ergebnisse werfen 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. Andererseits könnte sich auch bei Patientinnen und Patienten die Bereitschaft verändert haben, eine solche Diagnose zu akzeptieren.

Insgesamt 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. Für

**Kasten 2: Zunehmende Unsicherheiten als Folge gesellschaftlicher Veränderungen (aus: Expertenkommission 2004, S. 30)**

„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 Re-strukturierungsprozesse 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.“

429

die Schweiz wird mit volkswirtschaftlichen Gesamtkosten von mehr als 7 Mrd. CHF gerechnet. Nach Schätzungen des Staatssekretariats für Wirtschaft (seco) entstehen der Wirtschaft allein durch stressbedingte Erkrankungen jährliche Kosten in der Größenordnung von 4.2 Mrd. CHF.

Aber es kann natürlich nicht allein die betriebs- oder volkswirtschaftliche Kalkulation sein, die betriebliche Gesundheitsförderung zu einem bedeutsamen Thema macht. Vielmehr wird inzwischen erkennbar, dass neuere Entwicklungen der Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik weitere Gefährdungspotentiale für die Lebensqualität und die Gesundheit der Beschäftigten – aber auch derjenigen, die keine Beschäftigungsmöglichkeit finden – beinhalten. Die deutsche Expertenkommission „Die Zukunft einer zeitgemäßen betrieblichen Gesundheitspolitik“ hat sich dazu deutlich geäußert (vgl. [Kasten 2](#)).

In seiner knappen Übersicht über „Die aktuelle Lage“ kam Levi (2002) ebenfalls zu Schlussfolgerungen, die deutlich machen, dass die Verbesserung der Gesundheit zu einem der vordringlichen Ziele der Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik werden muss (vgl. [Kasten 3](#)).

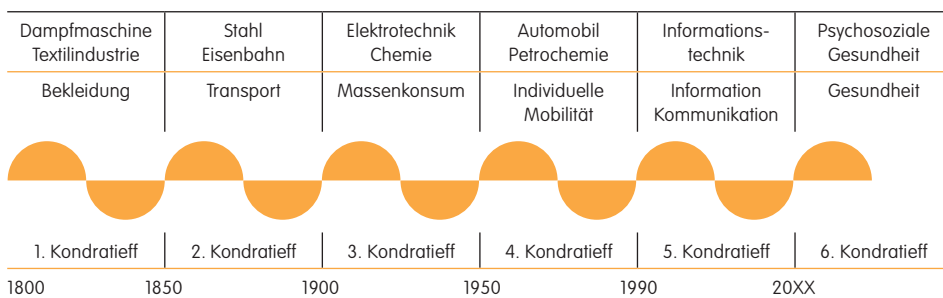
Damit gewinnt auch die von Nefiodow vorgelegte Zukunftsprojektion an Bedeutung. Seine Auseinandersetzung mit den Kondratieffzyklen (Kondratieff 1926) führt nämlich zu dem Ergebnis, dass der gemeinsame Nenner des sechsten Kondratieff durch „Ge-

**Kasten 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).“

sundheit 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](#)).

430



**Abbildung 1:** Basisinnovationen und ihre wichtigsten Anwendungsfelder (aus Nefiodow 2000, S. 132)

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 nach wie vor ist.

### 3 Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung

Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung müssen gemeinsam Bestandteile eines betrieblichen Gesundheitsmanagements sein. Insofern sind die in [Tabelle 4](#) enthaltenen Gegenüberstellungen akzentuierend zu verstehen und nicht einander ausschließend. Das Gleiche gilt für die Gegenüberstellung personenbezogener und bedingungsbezogener Interventionen in [Tabelle 5](#).

Wenn es um die in [Tabelle 4](#) genannten Aufgaben des Schaffens bzw. Erhaltens gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen und Kompetenzen geht, sind damit in erster Linie Maßnahmen der Arbeitsgestaltung angesprochen. Damit stellt sich einerseits die Frage nach den äußeren Arbeitsbedingungen wie z.B. Lärm, Licht und anderen Umgebungseinflüssen; von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang indes die Gestaltung der Arbeitsaufgaben. In der Arbeitswissenschaft ist deshalb auch die Rede vom „Primat der Aufgabe“ (Ulich 2005). Merkmale motivations-, persönlichkeits- und gesundheitsförderlicher Aufgabengestaltung sind in [Tabelle 6](#) zusammengefasst.

**Tabelle 4:** Betrieblicher Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung in idealtypischer Gegenüberstellung (aus Ulich 2005, S. 528)

	<b>Betrieblicher Schutz</b>	<b>Betriebliche Gesundheitsförderung</b>
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 ... Entwicklungsperspektiven ... ressourcenorientiert
Aufgaben/Ziele verhaltensorientiert	Erkennen und adäquates Handeln in gefährlichen Situation ... Wahrnehmen von Gefahren	Erkennen und Nutzen von Handlungs- und Gestaltungsspielräumen ... Wahrnehmen von Chancen

431

**Tabelle 5:** Betriebliche Gesundheitsförderung: personbezogene und bedingungsbezogene Interventionen (aus Ulich 2005, S. 529)

<b>Betriebliche Gesundheitsförderung</b>		
	<b>Personbezogene Interventionen = verhaltensorientiert</b>	<b>Bedingungsbezogene Interventionen = verhältnisorientiert</b>
bezogen auf	einzelne Personen ... individuumsorientiert	Arbeitssysteme und Personengruppen ... strukturorientiert
Beispiele für Maßnahmen	Rückenschule, Stressimmunisierungstraining	vollständige Aufgaben, Gruppenarbeit, Arbeitszeitgestaltung
Wirkungsebene	individuelles Verhalten	organisationales, soziales und individuelles Verhalten
personbezogene Effekte	Gesundheit, Leistungsfähigkeit	positives Selbstwertgefühl, Kompetenz, Kohärenzerleben, Selbstwirksamkeit, Internale Kontrolle, Gesundheit, Motivation, Leistungsfähigkeit
wirtschaftliche Effekte	Reduzierung krankheitsbedingter Fehlzeiten	Verbesserung von Produktivität, Qualität, Flexibilität und Innovationsfähigkeit, geringere Fehlzeiten und Fluktuation
Effektdauer	kurz- bis mittelfristig	mittel- bis langfristig

**Tabelle 6:** Merkmale motivations-, persönlichkeits- und gesundheitsförderlicher Aufgabengestaltung (aus Ulich 2005, S. 194)

Gestaltungsmerkmal	Angenommene Wirkung	Realisierung durch...
Vollständigkeit	Mitarbeiter erkennen Bedeutung und Stellenwert ihrer Tätigkeit Mitarbeiter erhalten Rückmeldung über den eigenen Arbeitsfortschritt aus der Tätigkeit selbst	... Aufgaben mit planenden, ausführenden und kontrollierenden Elementen und der Möglichkeit, Ergebnisse der eigenen Tätigkeit auf Übereinstimmung mit gestellten Anforderungen zu prüfen
Anforderungsvielfalt	Unterschiedliche Fähigkeiten, Kenntnisse und Fertigkeiten können eingesetzt werden Einseitige Beanspruchungen können vermieden werden	... Aufgaben mit unterschiedlichen Anforderungen an Körperfunktionen und Sinnesorgane
Möglichkeiten der sozialen Interaktion	Schwierigkeiten können gemeinsam bewältigt werden Gegenseitige Unterstützung hilft Belastungen besser ertragen	... Aufgaben, deren Bewältigung Kooperation nahe legt oder voraussetzt
Autonomie	Stärkt Selbstwertgefühl und Bereitschaft zur Übernahme von Verantwortung Vermittelt die Erfahrung, nicht einfluss- und bedeutungslos zu sein	... Aufgaben mit Dispositions- und Entscheidungsmöglichkeiten
Lern- und Entwicklungsmöglichkeiten	Allgemeine geistige Flexibilität bleibt erhalten Berufliche Qualifikationen werden erhalten und weiter entwickelt	... problemhaltige Aufgaben, zu deren Bewältigung vorhandene Qualifikationen eingesetzt und erweitert bzw. neue Qualifikationen angeeignet werden müssen
Zeitelastizität und stressfreie Regulierbarkeit	Wirkt unangemessener Arbeitsverdichtung entgegen Schafft Freiräume für stressfreies Nachdenken und selbst gewählte Interaktionen	... Schaffen von Zeitpuffern bei der Festlegung von Vorgabezeiten
Sinnhaftigkeit	Vermittelt das Gefühl, an der Erstellung gesellschaftlich nützlicher Produkte beteiligt zu sein Gibt Sicherheit der Übereinstimmung individueller und gesellschaftlicher Interessen	... Produkte, deren gesellschaftlicher Nutzen nicht in Frage gestellt wird ... Produkte und Produktionsprozesse, deren ökologische Unbedenklichkeit überprüft und sichergestellt werden kann



Aufgaben, die nach den hier beschriebenen Merkmalen gestaltet sind, können

- die Motivation und die Gesundheit,
- die fachliche Qualifikation und die soziale Kompetenz,
- die Selbstwirksamkeit und die Flexibilität

der Beschäftigten fördern und sind deshalb zugleich ein geeignetes Mittel, die Qualifikation und Kompetenz der Beschäftigten in – auch ökonomisch – sinnvoller Weise zu nutzen und zu ihrer Erweiterung beizutragen.

#### **4 Gesundheitsförderung und Arbeitsgestaltung**

**433**

Obwohl die Bedeutung der bedingungsbezogenen Interventionen, d.h. der Veränderung der Verhältnisse, insbesondere durch Maßnahmen der Arbeitsgestaltung, seit einiger Zeit immer wieder betont wird, liegt der Schwerpunkt betrieblicher Gesundheitsförderungsaktivitäten nach wie vor bei den personbezogenen Interventionen, d.h. bei der Veränderung des Verhaltens. 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. „20.3 Mrd. DM direkte Kosten der Krankheitsbehandlung gehen hiernach 1998 auf ‚Arbeitsschwere/ Lastenheben‘, 18.1 Mrd. DM auf ‚geringen Handlungsspielraum‘ und 10.5 Mrd. DM auf ‚geringe psychische Anforderungen‘ zurück. Diese Größen beschreiben die Einsparmöglichkeiten für die Krankenkassen. Die indirekten Kosten – sie beschreiben die Einsparmöglichkeiten der Betriebe – belaufen sich annähernd auf die gleichen Summen; dies ist vergleichsweise wenig und unterschätzt, weil lediglich verlorene Produktivitätsjahre in Folge von Arbeitsunfähigkeit bei den indirekten Kosten berücksichtigt werden.“ (BAuA 2001, S. 1f.)

Wenn auch davon auszugehen ist, dass sich Verhaltens- und Verhältnisorientierung zumindest teilweise wechselseitig bedingen, so gilt doch, dass „in der Sachlogik ... Verhaltensprävention der Verhältnisprävention stets nachgeordnet bleibt“ (Klotter 1999, S. 43).

Am Beispiel der Muskel- und Skeletterkrankungen lässt sich die Bedeutung betrieblicher Arbeitsgestaltung exemplarisch aufzeigen. Diese Erkrankungsformen stehen nicht nur in Deutschland an erster Stelle der Ursachen für krankheitsbedingte Fehltag (vgl. BAUA 2003, Küsgens, Vetter & Yoldas 2002, 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 offensichtlich auch Merkmale wie Aufgabenvollständigkeit und Tätigkeitsspielraum eine bedeutsame Rolle, während etwa die so genannten Rückenschulen – ohne eine Änderung der Verhältnisse, d.h. konkret der Arbeitsstrukturen – häufig nicht zu einer längerfristigen Beschwerdenminderung führen (Lenhardt, Elkeles & Rosenbrock 1997).

434

Auch hier gilt also: „Vor allem durch struktur- oder verhältnisbezogene betriebliche Interventionsansätze lässt sich ein beträchtliches präventives Potential im Bereich der Rückenschmerzen und anderer Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates erschließen“ (Lenhardt, Elkeles & Rosenbrock 1997, S. 135). Diese Aussage wird auch durch die Untersuchungen von Mainz et al. (2000) unterstützt, die in öffentlichen Verwaltungen als Prädiktoren für „Schulter-Nacken-Schmerzen“ geringe soziale Unterstützung, Monotonie, Zeitdruck und unzureichende Erholungspausen identifizierten. Darüber hinaus konnte Lundberg (1996) in Schweden zeigen, dass Muskel- und Skeletterkrankungen in Gruppenarbeitsstrukturen mit entsprechender Autonomie weniger häufig auftreten als in arbeitsteiligen Arbeitsstrukturen, in denen die gleichen Produkte bzw. Dienstleistungen zu erstellen sind. Auch hier zeigte sich, dass physiologische Belastungsreaktionen und Selbsteinstufungen der erlebten Ermüdung in den arbeitsteiligen Strukturen während des Schichtverlaufes zunahmten und ihren Gipfel am Ende der Schicht erreichten, während in der flexiblen Gruppenarbeitsstruktur „a moderate and more stable level throughout the shift“ gefunden wurde (Lundberg 1996). Und Melin et al. (1999) fanden in einer Untersuchung von Beschäftigten, die in unterschiedlichen Produktionsstrukturen das gleiche Produkt montierten, bei der Arbeit in teilautonomen Gruppen im Vergleich zur partialisierten Arbeit von Beginn bis Ende der Schicht die günstigeren physiologischen Kennwerte und nach der Schicht die bessere Erholungsfähigkeit.

Hinweise wie diese zeigen, dass eine ungenügende Ausprägung der Merkmale persönlichkeitsförderlicher und Aufgabenorientierung bewirkender Aufgabengestaltung im Umkehrschluss eine Gefährdung der Gesundheit bedeuten kann. Dies gilt selbstverständlich nicht nur für die angesprochenen Muskel- und Skeletterkrankungen, sondern beispielsweise auch für den Umgang mit potentiellen betrieblichen Stressoren.

Unter den genannten Aufgabenmerkmalen kommt der Ganzheitlichkeit bzw. Vollständigkeit insofern zentrale Bedeutung zu, als die Möglichkeit der Erfüllung oder Nichterfüllung einer Reihe der anderen Merkmale durch den Grad der Aufgabenvollständigkeit bedingt ist.

Ergebnisse einer Untersuchung über den Zusammenhang einzelner Aufgabenmerkmale mit dem betrieblichen Krankenstand, aber auch mit ökonomischen Erfolgsfaktoren finden sich in [Tabelle 7](#) (vgl. auch Degener in diesem Band).

**Tabelle 7:** Subjektives Erleben, ökonomischer Erfolg, Krankenstand und Fluktuation in 28 IT-Unternehmen mit 2'856 Beschäftigten (Spearman-Rangkorrelationen – nach Degener, 2004)

Erfolgskriterien	Gewinn	Umsatz	Wertschöpfung	Eigenkapitalrentabilität	Krankenstand	Fluktuation
<i>Aufgabenmerkmale</i>						
Ganzheitlichkeit	.80	.78	.77	.78	-.82	-.82
Qualifikationsanforderungen	.74	.74	.78	.74	-.78	-.76
Qualifizierungspotential	.75	.73	.75	.73	-.76	-.75
Aufgabenvielfalt	.77	.78	.80	.77	-.80	-.80
Tätigkeitsspielraum	.73	.73	.77	.74	-.76	-.75
Partizipationsmöglichkeit	.72	.74	.73	.73	-.74	-.75
<i>Personmerkmale</i>						
Berufliche Selbstwirksamkeit	.77	.78	.72	.77	-.78	-.78
Commitment	.77	.78	.79	.77	-.78	-.79
Lebenszufriedenheit	.70	.71	.73	.70	-.72	-.71

435

## 5 Die Bedeutung der Anforderungen

Innerhalb der Arbeitspsychologie besteht Übereinstimmung dahingehend, dass die Konzepte, die bisher vor allem mit der Intention persönlichkeitsförderlicher Arbeitsgestaltung formuliert worden waren, zugleich entscheidende Elemente betrieblicher Gesundheitsförderung sind. Dementsprechend werden hohe Anforderungen an eigenständiges Denken, Planen und Entscheiden – verbunden mit Möglichkeiten der Kommunikation und Kooperation –, grosse Tätigkeitsspielräume und vollständige Aufgaben als wesentliche Merkmale gesundheitsgerechter Arbeitsgestaltung beschrieben. Während also hohe Anforderungen als bedeutsame Quelle von Gesundheit beschrieben werden, werden hohe Belastungen, insbesondere auch Regulationshindernisse, „als schädlich für die Gesundheit angesehen; sie sind zudem überflüssig, da sie der Erledigung der Arbeitsaufgabe im Wege sind“ (Leitner 1999, S. 80). Lüders und Pleiss (1999, S. 218) ziehen daraus weitreichende Schlussfolgerungen:

„Je höher die durch die Arbeitsaufgaben gestellten Anforderungen an eigenständiges Denken, Planen und Entscheiden, desto grösser ist das Vertrauen in die eigene Selbstwirksamkeit und desto aktiver ist die Freizeitgestaltung ... Je höher auf der anderen Seite die psychische Belastung in der Arbeit, desto mehr psychosomatische Beschwerden und Gefühle der Gereiztheit und Deprimiertheit treten auf, desto geringer ist die Lebenszufriedenheit und desto stärker sind Augenbeschwerden, allergische Beschwerden und manifeste Krankheiten ausgeprägt.“

Die erwähnten Berechnungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2001) machen deutlich, dass die Vergrößerung von Handlungsspielräumen und die Erhöhung der psychischen Anforderungen nicht nur bedeutsame Elemente betrieblicher Gesundheitsförderung darstellen, sondern auch erhebliche Einsparmöglichkeiten beinhalten. Zugleich lässt sich begründet annehmen, dass solche verhältnisorientierten Maßnahmen auch Verhaltensänderungen bewirken (vgl. **Kasten 4**).

**Kasten 4: Veränderungen der Arbeitsbedingungen ermöglichen Veränderungen des Verhaltens (aus Ulich, 2003)**

- „Hohe Anforderungen
- Vollständige Tätigkeiten
- Autonomie
- Kollektive Selbstregulation

sind verhältnisorientierte Merkmale persönlichkeits- und gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung. Sie erzeugen bzw. ermöglichen zugleich Orientierungen und Verhaltensweisen, die die aus den Arbeitsbedingungen resultierenden Effekte stabilisieren oder sogar verstärken.“

Anforderungen können aber auch zu hoch oder zu komplex sein, sodass sie mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen nicht bewältigt werden können. Sie treffen auch auf unterschiedliche Persönlichkeitsmerkmale, die durch differentielle Arbeitsgestaltung berücksichtigt werden können. Das Prinzip der differentiellen Arbeitsgestaltung (Ulich 1978, 2005) meint das Angebot verschiedener Arbeitsstrukturen, zwischen denen die Beschäftigten wählen können. Da Menschen sich aber – nicht zuletzt in der Auseinandersetzung mit ihren Arbeitsaufgaben – weiterentwickeln, sollten Wechsel zwischen verschiedenen Arbeitsstrukturen möglich und diese Strukturen selbst veränderbar sein. Wir nennen dieses Offenhalten von Veränderungsmöglichkeiten und Gestaltungsspielräumen dynamische Arbeitsgestaltung.

Die Möglichkeit, zwischen Alternativen wählen und die Wahl gegebenenfalls korrigieren zu können, bedeutet einerseits eine Abkehr von der Suche nach dem „einen

richtigen Weg“ für die Gestaltung von Arbeitstätigkeiten und Arbeitsabläufen, andererseits einen erheblichen Zuwachs an Autonomie und Kontrolle über die eigenen Arbeitsbedingungen. Für Bamberg und Metz (1998) ist differentielle Arbeitsgestaltung zugleich eine Möglichkeit, die salutogenen Potentiale von Arbeitstätigkeiten „für jeden Beschäftigten zu erschliessen“ und damit auch Schnittstelle „zwischen bedingungs- und personenbezogenen gesundheitsförderlichen Interventionen“ (Bamberg & Metz 1998, S. 192).

Schließlich können Anforderungen auch widersprüchlich sein, etwa wenn Aufträge ohne angemessene Möglichkeiten ihrer Erfüllung bearbeitet werden sollen. „Widersprüchliche Arbeitsanforderungen kennzeichnen also ein jeweils spezifisches Spannungsverhältnis von Fremdbestimmung und gewährter Autonomie“ (Moldaschl 2005, S. 255). Daraus möglicherweise resultierende Belastungen lassen sich nach Moldaschl anhand von fünf Diskrepanzen zwischen spezifischen Merkmalen der Arbeitsbedingungen modellieren:

- „Zwischen Zielen und Ressourcen (z.B. ohne ausreichende Qualifizierung eine neue Anlage bedienen);
- zwischen Zielen und Regeln (z.B. als Pflegekraft mangels Ärztepräsenz Spritzen geben müssen, ohne rechtlich autorisiert zu sein);
- zwischen Regeln und Ressourcen (z.B. im Rahmen eines Null-Fehler-Konzepts jedes Teil prüfen müssen, ohne dafür Zeit zu haben);
- Zwischen Aufgabenzielen, oder zwischen expliziten Zielen und informellen Erwartungen (z.B. Kunden mit Freundlichkeit binden und sie dennoch über den Tisch zu ziehen);
- und schließlich zwischen Regeln.“ (Moldaschl 2005, S. 256)

Ob Arbeitsanforderungen im Sinne hoher Denk- und Planungserfordernisse positiv zu bewerten und als gesundheitsförderlich einzustufen sind, hängt demnach entscheidend davon ab, ob die Beschäftigten über adäquate Regulationsmöglichkeiten verfügen, d.h. ob das geforderte Verhalten mit den gegebenen Verhältnissen übereinstimmt.

Änderungen der Verhältnisse führen also vor allem dann zu persönlichkeits- und gesundheitsförderlicher Veränderung von Verhalten, wenn die Beschäftigten an der Veränderung der Arbeitsbedingungen maßgeblich beteiligt werden. Das macht die besondere Bedeutung der Organisation und des Verhaltens der Führungskräfte für die Gesundheit der Beschäftigten deutlich.

## 6 Unternehmenskultur, Führung und Gesundheit

Vermehrt wird neuerdings darauf hingewiesen, dass der Umgang mit betrieblicher Gesundheit letztlich eine Frage der Unternehmenskultur sei (z.B. Badura & Hehlmann 2003, Expertenkommission 2004).

Ein Teil der in diesem Zusammenhang genannten Wirkungen kann durch empirische Untersuchungen bestätigt werden. So weisen neuere Untersuchungsergebnisse deutliche Zusammenhänge zwischen Möglichkeiten der Partizipation im Arbeitsalltag und Krankenstand bzw. Fehlzeiten auf. Konkret konnten Klemens, Wieland und Krajewski (2004) in der IT-Branche Auswirkungen mangelnder Partizipationsmöglichkeiten, belastenden Sozialklimas und verschiedener Merkmale des Vorgesetztenverhaltens auf Burnoutindikatoren nachweisen (vgl. **Kasten 5**).

438

### **Kasten 5: Führungsbezogene Risikofaktoren in der IT-Branche (aus Klemens, Wieland & Krajewski 2004, S. 5)**

„Als hoher Risikofaktor für Burnout auf Seiten der Organisation zeigt sich das Fehlen von Partizipationsmöglichkeiten in der Arbeit. Beschäftigte, die an ihren Arbeitsplätzen nur geringe Möglichkeiten besitzen, sich zu beteiligen und ihre Ideen einzubringen, haben demnach ein 3.5-fach erhöhtes Risiko des ‚Ausbrennens‘ als Beschäftigte mit großen Partizipationsmöglichkeiten. Ein belastendes Sozialklima bzw. ein belastendes Vorgesetztenverhalten vergrößert das Risiko um den Faktor 1.8 bzw. 1.5. Ähnlich verhält es sich mit den beiden nächsten Merkmalen: Eine geringe soziale Unterstützung durch den Vorgesetzten bedeutet ein 2.3-fach, ein wenig ausgeprägter mitarbeiterorientierter Führungsstil ein 2.5-fach erhöhtes Burnout-Risiko.“

Die Daten der EPOC-Studie (Benders, Huijgen, Pekruhl & O’Kelly 1999) bestätigen darüber hinaus, dass mit der Realisierung von Konzepten soziotechnischer Arbeitsgestaltung mit entsprechenden Partizipationsmöglichkeiten auch deutlich positive Effekte im Sinne der Reduzierung von Krankheit und Abwesenheit feststellbar sind (vgl. **Tabelle 8**).

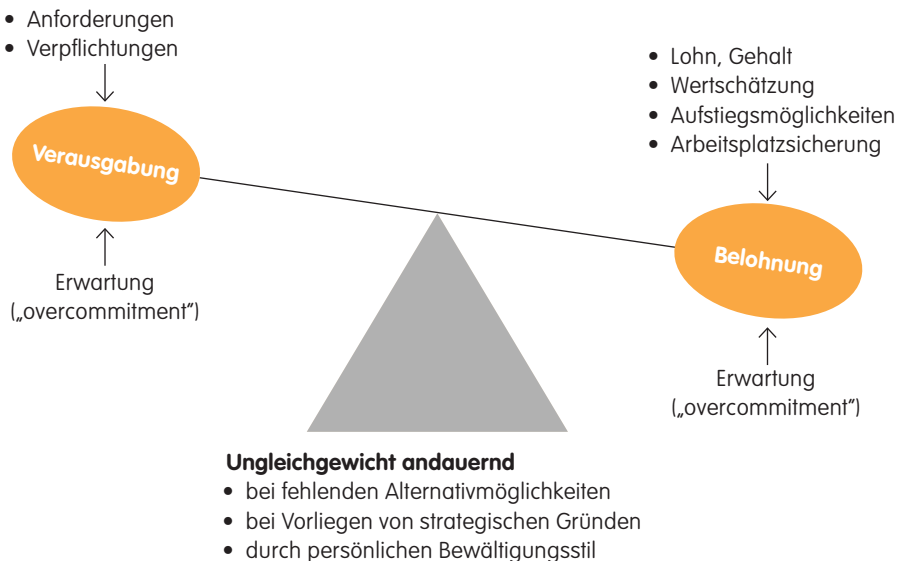
In diesem Zusammenhang ist das von Siegrist (1996a, 1996b) formulierte Modell beruflicher Gratifikationskrisen von außerordentlicher Bedeutung. In diesem Modell wird angenommen, dass ein Ungleichgewicht zwischen beruflicher Verausgabung und als Gegenwert erhaltener Belohnung zu Stressreaktionen führt. Siegrist (1996a, 1996b, 2002) unterscheidet zwischen situativen (extrinsischen) und personalen (intrinsischen) Verausgabungsquellen. Gratifikationen ergeben sich über die drei „Transmittersysteme“ finanzielle Belohnung, Wertschätzung und berufliche Statuskontrolle durch Aufstiegschancen, Arbeitsplatzsicherheit und ausbildungsadäquate Beschäftigung (vgl. **Abbildung 2**).

**Tabelle 8:** DP workplaces without GD and different forms of GD workplaces by reported effects of the introduction of direct participation on indirect labour costs (N = 5'525; percentages – Benders et al., 1999)

	Decrease in sickness	Decrease in absenteeism
Team-based	48	52
Medium GD	33	38
Weak GD	36	35
Other DP	33	34

DP = Direct Participation      GD = Group Decision

Empirisch zeigten sich Zusammenhänge zwischen Gratifikationskrisen und erhöhten Risiken für psychiatrische Störungen (Stansfeld, Fuhrer, Shipley & Marmot 1999), Depressionen (Tsutsumi et al. 2001), Burnout (Bakker, Killmer, Siegrist & Schaufeli 2000) und Alkoholabhängigkeit (Head, Stansfeld & Siegrist 2004). Insbesondere wurde aber auch gefunden, dass Gratifikationskrisen mit einem erhöhten Risiko für Bluthochdruck und koronare Herzkrankheiten verbunden sind (Bosma, Peter, Siegrist & Marmot 1998, Siegrist et al. 1990, Siegrist 2001). Die bisher vorliegenden Forschungsergebnisse belegen die grundlegende Bedeutung dieses Modells, insbesondere auch hinsichtlich möglicher Langzeitwirkungen; dabei kommt den prospektiven Längsschnittstudien besondere Erklärungskraft zu (vgl. [Tabelle 9](#)).



**Abbildung 2:** Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen (Siegrist 1996a, 1996b, 2002)

**Tabelle 9:** Zusammenhänge zwischen beruflichen Gratifikationskrisen und kardiovaskulären Risiken einschließlich koronarer Herzkrankheit (KHK) (modifiziert nach Siegrist 2002 – aus Siegrist et al. 2004, S. 93)

Erstautor (Jahr der Veröffentlichung)	abhängige Variablen	unabhängige Variablen	odds ratio (Anmerkungen)
Siegrist (1990)	akuter Herzinfarkt, plötzlicher Herztod, subklinische KHK [Arteriosklerose]	ERI und OC	zwischen 3.5 und 4.5
Lynch (1997)	Progression der Arteriosklerose der Karotis	ERI*	signifikanter Haupteffekt (p = .04)
Bosma (1998)	neu aufgetretene KHK	ERI und OC*	2.2
Joksimovic et al. (1999)	Restenosierung von Herzkranzgefäßen nach PTCA	OC	2.8
Kuper (2002)	Angina pectoris, KHK (tödlich), Herzinfarkt (nicht-tödlich)	ERI* OC*	1.3 1.3
Kivimäki (2002)	Sterblichkeit an Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems	ERI*	2.4

Anmerkungen: ERI = effort-reward-imbalance (dt.: Verausgabungs-Belohnungs-Ungleichgewicht);

OC = overcommitment (dt.: berufliche Verausgabungsbereitschaft)

\* = Annäherungs- (Proxy-)Maße an Originalskalen des Modells

Insgesamt lässt sich aus den bisher vorgelegten Untersuchungen zum Konzept der „Gratifikationskrise“ unabweisbar ableiten, dass das Verhalten des Managements und der Führungskräfte eines Unternehmens für die Entwicklung der Gesundheit der Beschäftigten von erheblicher Bedeutung sein kann. Über das Alltagsverhalten hinaus betrifft dies nicht zuletzt auch die – oft ohne sorgfältige Analyse der langfristigen Wirkungen zustande kommenden – Entscheidungen über die Einführung „neuer“ Managementkonzepte und die Erzeugung prekärer Arbeitsverhältnisse. Tatsächlich beschränkt sich die Beschäftigung mit Fragen der betrieblichen Gesundheitsförderung bzw. des Gesundheitsmanagements in vielen Fällen jedoch auf das sogenannte Fehlzeitenmanagement.



## 7 Fehlzeiten und betriebliches Gesundheitsmanagement

Die Fehlzeitenquote erhält aus verschiedenen, nahe liegenden Gründen in Unternehmen eine hohe Aufmerksamkeit. Wenn Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter krankheitsbedingt fehlen, sind (1) die Kolleginnen und Kollegen oft zu ungeplantem Mehraufwand gezwungen, haben (2) die Vorgesetzten einen zusätzlichen Koordinationsaufwand und müssen mit Rückständen in der Aufgabenerledigung zurechtkommen, sieht sich (3) das Management mit aus allfälligen Produktivitätsausfällen resultierenden Kosten konfrontiert und sind (4) möglicherweise Kunden verärgert, weil ihre Ansprechpartnerinnen bzw. Partner im Unternehmen nicht erreichbar sind oder die Lieferung bestellter Produkte verzögert wird. Die weit verbreitete Fokussierung betrieblicher Gesundheitsmaßnahmen auf Fehlzeiten erfolgt also nicht zufällig.

441

Neben den ökonomischen Gründen für die Fokussierung betrieblicher Gesundheitsmaßnahmen auf Fehlzeiten gibt es auch psychologische Gründe. Zum einen sind Fehlzeiten im Unternehmen gut „sichtbar“. Zum anderen sind Krankheitssymptome deutlicher sichtbar als Gesundheitssignale. Im Gegensatz zur Abwesenheit gilt die Anwesenheit im Betrieb als Normalzustand, der als selbstverständlich angesehen wird und über den man sich keine weiteren Gedanken machen muss. Die – oft genug nicht reflektierte – Grundannahme geht davon aus, dass Arbeitsverhältnisse nicht nur durch einen rechtlichen, sondern auch durch einen psychologischen Vertrag geregelt werden. Schein (1980) definiert den psychologischen Vertrag als „an unwritten set of expectations operating at all times between every member of an organization and the various managers and others in that organization“. Der psychologische Vertrag umfasst nicht schriftlich fixierte Erwartungen der betrieblichen Akteure. Er basiert auf Austauschüberlegungen. Die Arbeitgebenden erwarten von den Arbeitnehmenden, dass sie ihre Arbeitskraft zur Verfügung stellen und dem Unternehmen Engagement, Mitdenken und Loyalität entgegenbringen. Die Arbeitnehmenden erwarten dafür eine Gegenleistung, z.B. eine faire Behandlung, Loyalität und eine angemessene Berücksichtigung ihrer Bedürfnisse. Die Bedürfnisse können sich z.B. auf eine interessante Tätigkeit, auf eine gerechte Bezahlung sowie auf Arbeitsplatzsicherheit und Entwicklungsmöglichkeiten beziehen (Rousseau 1995). Untersuchungen zeigen, dass bei Mitarbeitenden, die eine Verletzung des psychologischen Vertrags von Seiten des Unternehmens empfinden, Konsequenzen z.B. in Bezug auf organisationsbezogene Verhaltensweisen (Robinson & Wolfe-Morrison 1996), Arbeitszufriedenheit und Kündigungsabsicht (Turnlex & Feldman 2000) zu verzeichnen sind. So kann bei Personen, die „innerlich gekündigt“ haben, davon ausgegangen werden, dass sie den psychologischen Vertrag verletzt sehen, z.B. durch eine subjektiv wahrgenommene unfaire Behandlung durch Vorgesetzte. Interessant ist, dass diese Menschen, die auch als

„psychisch abwesend“ bezeichnet werden, im traditionellen Fehlzeitenmanagement nicht berücksichtigt werden. Auch „psychisch anwesende Gesunde“ oder „wieder Genesene“ werden kaum einbezogen, obwohl diese Gruppe für die Leistungsfähigkeit des Unternehmens von großer Bedeutung ist. Aus einer salutogenen Sichtweise könnte hinsichtlich des Umgangs mit Fehlzeiten von dieser Gruppe vieles gelernt werden. Auch ist keineswegs gesichert, dass die Mitglieder dieser Gruppe nicht ebenfalls hohen Belastungen ausgesetzt sind, die auf Dauer zu Fehlbeanspruchungen führen können.

442

Tatsächlich fokussieren heute verschiedene Unternehmen nicht mehr auf den Krankenstand und die Abwesenheit, sondern orientieren sich verstärkt an der so genannten Gesundheitsquote und der Anwesenheit. Die Berücksichtigung der Gesundheitsquote bedeutet aber nur dann einen Fortschritt, wenn damit tatsächlich ein Umdenken in dem Sinne stattfindet, dass Gesundheitspotentiale der Mitarbeitenden erkannt und gestärkt und die Arbeitsbedingungen ernsthaft analysiert und bei Bedarf verändert werden. Das heißt, es ist konkret danach zu fragen, weshalb viele Mitarbeitende kaum Fehlzeiten aufweisen, wie diese Personen ihre Arbeitssituation einschätzen, welchen Belastungen sie ausgesetzt sind, über welche protektiven Gesundheitsmerkmale sie verfügen und wie in diesem Zusammenhang die Gesundheitsquote stabilisiert oder sogar erhöht werden kann. Leider ist in einigen Unternehmen zu beobachten, dass der Begriff Abwesenheitsquote durch Anwesenheitsquote ersetzt wird, sich aber ansonsten im Umgang mit Krankheit und Gesundheit wenig verändert hat. Diese fragwürdige Strategie mag der Imageverbesserung dienen, hat mit Gesundheitsmanagement im eigentlichen Sinne aber kaum etwas zu tun. Die von uns bereits früher (Ulich 1965) vorgelegte Zusammenfassung möglicher Ursachen von Fehlzeiten hat offenbar bis heute ihre Gültigkeit bewahrt (Marr 1996, Breucker & Schröer 1999). Das heißt, neben krankheitsbedingten Ursachen spielen auch persönliche Merkmale wie Familienstand oder Alter, arbeitsbezogene Merkmale wie Art und Schwere der Arbeit, Einflüsse der Arbeitszeitbedingungen, Gruppenkohäsion und Gruppenklima sowie Qualifikationsmerkmale von Mitarbeitenden und Verhaltensweisen von Vorgesetzten eine Rolle. Dabei lassen sich krankheitsbedingte und motivationale Gründe für Fehlzeiten nicht immer streng voneinander trennen. Dafür kann es verschiedene Gründe geben:

1. Krankheit und Gesundheit sind keine durchgängig dichotomen Merkmale, d.h. man ist oft nicht entweder krank oder gesund. Moderne Gesundheitskonzepte beschreiben demnach ein mehrdimensionales Kontinuum, auf dem Gesundheits- und Krankheitsmerkmale zugleich auftreten können (vgl. z.B. Antonovsky 1997).

2. Bei der Entscheidung, krankheitsbedingt zu Hause zu bleiben, spielen nicht nur medizinisch diagnostizierbare Aspekte eine Rolle; ebenso wichtig sind oft die subjektive Beurteilung der Gesundheit und die Einschätzung, ob man den Anforderungen der Arbeitstätigkeit gerecht werden kann sowie die Lebens- und Umweltbedingungen einer Person (Greiner 1998).
3. In diesem Zusammenhang spielen Merkmale der Tätigkeit und der Arbeitsbedingungen eine herausragende Rolle. Wer z.B. bei der Arbeit chronischem Zeitdruck ausgesetzt ist, Konflikte mit Vorgesetzten aushalten muss oder wenig Anerkennung für seine Arbeit erhält, entscheidet sich eventuell schneller dafür, zu Hause zu bleiben als eine Person, die eine interessante Tätigkeit ausüben darf und das soziale Klima in der Firma positiv erlebt.

**443**

Für das betriebliche Gesundheitsmanagement ergeben sich daraus für den Umgang mit Fehlzeiten folgende Konsequenzen:

1. Fehlzeiten sind multifaktoriell bedingt; zu berücksichtigen sind bei Ursachenanalysen deshalb sowohl Merkmale der Arbeitstätigkeit und der Arbeitsbedingungen als auch Merkmale des privaten Umfelds sowie individuelle Bewertungsprozesse und Verhaltensweisen der Mitarbeitenden.
2. Der Fokus des Fehlzeitenmanagements liegt auf der Abwesenheitsquote. Aus einer zusätzlichen Berücksichtigung der Anwesenheitsquote lassen sich darüber hinaus wichtige Hinweise auf Wirkungen von organisationalen und personalen Ressourcen erwarten.
3. Die Ermittlung der Gründe für mögliche negative Veränderungen der Fehlzeiten bedürfen einer ganzheitlichen Analyse; einfache Rückschlüsse auf einzelne Merkmale der Arbeit (z.B. Zeitdruck) oder der Personen (z.B. mangelnde Motivation) sind in den meisten Fällen problematisch.
4. Positive Veränderungen der Fehlzeiten erlauben keine einfachen Rückschlüsse auf eine Verbesserung der Arbeitsbedingungen. Neben den unter Punkt 1 genannten Gründen können dafür auch gesellschaftliche und insbesondere konjunkturelle Ursachen vorliegen. In Zeiten bzw. an Orten großer Arbeitsplatzunsicherheit steigt die Anwesenheitsquote u.U. beträchtlich.

Das heißt in der Konsequenz, dass die Analyse von Fehlzeiten im Sinne eines groben Screenings zwar nützliche Hinweise liefern kann, grundsätzlich aber in ein umfassendes System des betrieblichen Gesundheitsmanagements einzubetten ist. In einem solchen System spielen Analysen der Arbeitsunfähigkeiten (AU-Analysen) und betriebliche Gesundheitsberichte eine nicht zu unterschätzende Rolle. Für das

betriebliche Gesundheitsmanagement sind vor allem diejenigen krankheitsbezogenen Auffälligkeiten von Bedeutung, die mit der Art der Tätigkeit im Zusammenhang stehen, weil hier betriebliche Ursachen vermutet werden können.

## 8 Fazit und eigenes Engagement

Der abschließende Bericht der deutschen Expertenkommission „Die Zukunft einer zeitgemäßen betrieblichen Gesundheitspolitik“ – an der VertreterInnen von Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbänden ebenso beteiligt waren wie Wissenschaftler verschiedener Disziplinen – enthält einen Absatz, der die umfassende Bedeutung betrieblichen Gesundheitsmanagements zusammenfasst (Kasten 7).

444

### **Kasten 7: Bedeutung betrieblicher Gesundheitspolitik (aus: Expertenkommission 2004, S. 41)**

„Aktive betriebliche Gesundheitspolitik verbessert die Wettbewerbsfähigkeit der Wirtschaft durch ihre Nutzen steigernde und Kosten senkende Wirkung. Sie verbessert die Qualität der Arbeit, der Produkte und Dienstleistungen, erhöht die Produktivität, erhält vorhandene Qualifikationen, sichert Beschäftigungsfähigkeit und damit ein ausreichendes Arbeitskräfteangebot, macht Betriebe attraktiv für junge Nachwuchskräfte.“

Die im vorliegenden Beitrag skizzierten Elemente einer Positionsbestimmung erlauben darüber hinaus die Schlussfolgerung, dass betriebliches Gesundheitsmanagement als Bestandteil des Unternehmensmanagements und wichtiges Element der „Corporate Social Responsibility“ auch in die Unternehmensbewertung einzubeziehen ist. Damit wird die Verantwortung der einzelnen Menschen, durch Lebensstil und Verhalten im Rahmen ihrer Möglichkeiten zum Erhalt und zur Förderung der eigenen Gesundheit – gegebenenfalls auch der der Familie – beizutragen, keineswegs in Frage gestellt. Dass viele auch dazu professioneller Unterstützung bedürfen, steht ebenfalls außer Frage.

Aus den genannten Gründen beschäftigt sich das iafo seit einigen Jahren intensiv mit Fragen des betrieblichen Gesundheitsmanagements. Von der Stiftung der Schweizerischen Gesellschaft für Organisation und Management (SGO-Stiftung) erhielten wir die finanziellen Mittel, ein Buch über „Gesundheitsmanagement in Unternehmen“ zu schreiben (Ulich & Wülser 2004). Zwar hatten wir uns schon lange Zeit mit Konzepten persönlichkeits- und gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung und deren Realisierung in Unternehmen verschiedenster Art beschäftigt. Erst das Angebot der SGO-Stiftung veranlasste uns aber dazu, Gesundheitsmanagement in

Unternehmen einigermaßen gründlich und systematisch aufzuarbeiten.<sup>1</sup> Seither führen wir jährlich mehrfach ein- und zweitägige Weiterbildungsveranstaltungen durch und sind an verschiedenen Vorhaben zur Entwicklung und Einführung von Betrieblicher Gesundheitsförderung beteiligt. Für Post Finance haben wir ein Gerüst für eine BGF-Befragung der Mitarbeitenden erarbeitet, aus dem inzwischen – vor allem durch die Arbeit des Zweitautors – ein sehr differenziertes Analyseinstrument geworden ist. Mit einem Mitarbeiter von Radix Gesundheitsförderung konnten wir für die Stiftung Gesundheitsförderung Schweiz ein für verschiedene Zielgruppen adressiertes BGF-Weiterbildungsprogramm entwickeln (Ulich, Wülser & Bertschinger 2007). Im Auftrag des Eidgenössischen Personalamtes waren wir – gemeinsam mit dem Institut für Arbeitsmedizin (IfA) – an der Erarbeitung eines Konzepts für die Bundesverwaltung beteiligt. In Liechtenstein können wir an der Entwicklung eines BGF-Programms für das Fürstentum mitwirken. Und das Buch „Gesundheitsmanagement im Unternehmen“ erscheint in diesem Jahr bereits in der dritten Auflage.

**445**

### **Literatur**

Zur Vertiefung empfohlene Literatur\*:

Ulich, E. (2005). Arbeitspsychologie. 6. Auflage. Zürich: vdf Hochschulverlag/Stuttgart: Schäffer-Poeschel.

Ulich, E. & M. Wülser (2005). Betriebliches Gesundheitsmanagement. Arbeitspsychologische Perspektiven. 2. Auflage. Wiesbaden: Gabler.

---

<sup>1</sup> Die Erfahrungen, die der Erstautor seit 2000 als wissenschaftlicher Leiter des Europäischen Netzwerks „Enterprise for Health“ (EfH) und als Mitglied der Deutschen Expertenkommission „Zukunft der betrieblichen Gesundheitspolitik“ sammeln konnte, spielten in diesem Zusammenhang und auch später eine nicht zu unterschätzende Rolle.

\* Hier finden sich auch die im Text erwähnten Literaturangaben. Soweit diese neueren Datums sind, können sie bei den Verfassern angefordert werden.