



Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera

Grundlagen eines Betrieblichen Gesundheitsmanagements

.....
Nationales Weiterbildungskonzept BGM

Erarbeitet im Auftrag von Gesundheitsförderung Schweiz durch:

**Eberhard Ulich und Marc Wülser, Stiftung Arbeitsforschung
Christoph Bertschinger, Radix Gesundheitsförderung**

Zürich, im November 2006

Inhaltsverzeichnis

1.0	Einführung	3
2.0	Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen	3
3.0	Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung	8
4.0	Gesundheitsförderung und Arbeitsgestaltung	9
5.0	Strategien der Arbeitsgestaltung	11
6.0	Alternsgerechte Arbeitsgestaltung	14
7.0	Verhaltens- und Verhältnisorientierung	17
8.0	Die Bedeutung der Anforderungen	19
9.0	Unternehmenskultur, Führung und Gesundheit	20
10.0	Exkurs: Gratifikationskrisen	23
11.0	Fehlzeiten und betriebliches Gesundheitsmanagement	26
12.0	Evaluation von Managementsystemen und Maßnahmen	28
13.0	BGM bringt für alle etwas	30
14.0	Fazit	31
15.0	Literatur	31

1.0 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 erste Internationale 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).

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."

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 offensichtlich nicht 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 verbessert hat sich offenbar aber das Bild hinsichtlich der arbeitsbedingten Erkrankungen. Dies lässt sich zunächst an einigen Kostengrössen ablesen.

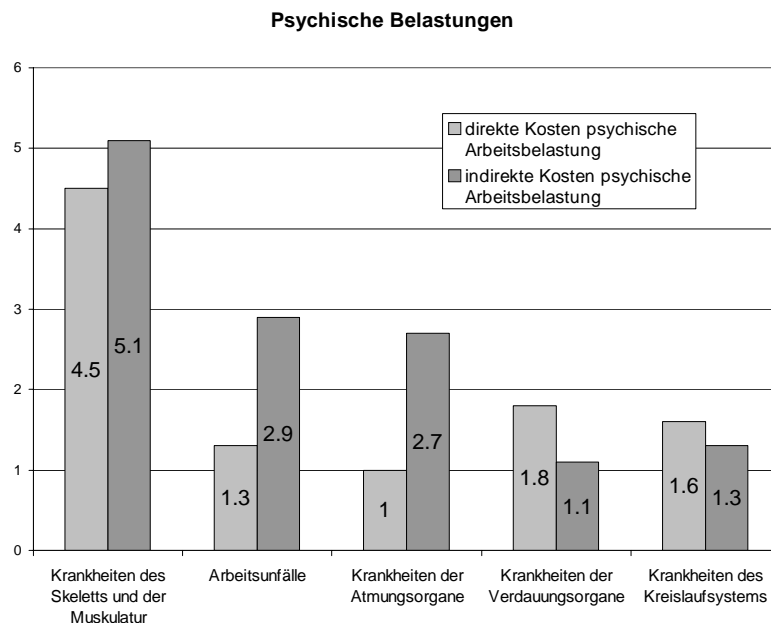
2.0 Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen

Eine Reihe neuerer Untersuchungen zeigt, dass krankheitsbedingte Abwesenheit für die Unternehmen nicht nur organisatorische Probleme, sondern auch erhebliche Kosten verursachen kann. Nach Berechnungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin ergaben sich für Deutschland bei rund 32 Millionen abhängig Beschäftigten für das Jahr 1994 etwa 574 Millionen krankheits- und unfallbedingte Abwesenheitstage. Bei einem durchschnittlichen Bruttoeinkommen von 57'900 DM bedeutete dies "ein Ausfallvolumen des Produktionsfaktors Arbeit von 91.08 Mrd. DM" (Kuhn 1996, S. 136). Im Jahr 1998 gingen insgesamt rund 470 Millionen Arbeitstage durch Krankheit bzw. Unfall verloren. Das Ausfallvolumen wird mit 80.77 Mrd. DM angegeben. Der

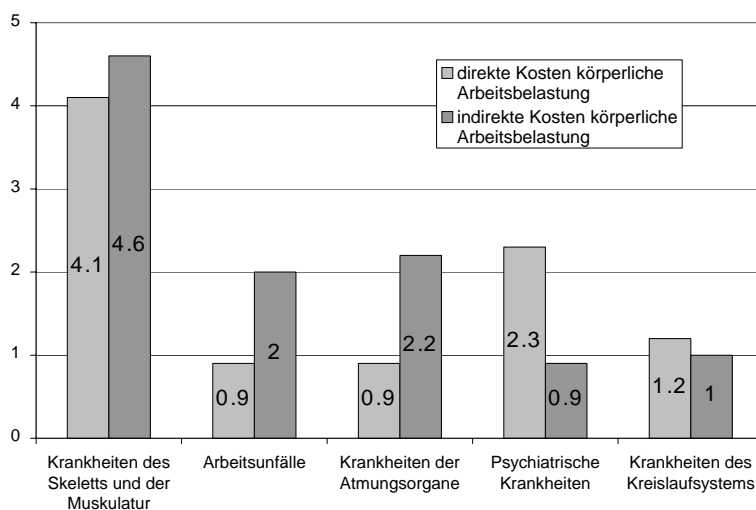
Verlust an volkswirtschaftlicher Wertschöpfung als Folge krankheits- bzw. unfallbedingter Arbeitsunfähigkeit wird für 1998 auf 130 Mrd. DM geschätzt.

Nach den Berechnungen von Bödeker, Friedel, Röttger und Schröer (2002) über die *Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen* sind im Jahr 1998 in Deutschland 29 Prozent aller Arbeitsunfähigkeitsfälle auf körperliche Belastungen zurückzuführen, 31 Prozent auf psychische Belastungen. Die direkten Kosten der auf körperliche Belastungen zurückgeführten Erkrankungen werden auf 14.9 Mrd. Euro geschätzt, für die auf psychische Belastungen zurückgehenden Erkrankungen wird eine Größenordnung von 11.1 Mrd. Euro angegeben. Bei den indirekten Kosten liegen die durch psychische Belastungen verursachten Erkrankungen mit 13.4 Mrd. Euro etwa in der gleichen Höhe wie die durch körperliche Belastungen verursachten Erkrankungen mit 13.5 Mrd. Euro. „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). Die diagnosenspezifische Zuordnung psychischer und physischer Ursachen zeigt tatsächlich überraschende Ergebnisse (vgl. Abbildung 1).

Abbildung 1: *Diagnosenspezifische direkte und indirekte Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen aufgrund psychischer und physischer Belastungen in Deutschland in Mrd. Euro (aus Bödeker et al., 2002)*



Körperliche Belastungen



Da die Belastungsfaktoren nicht unabhängig sind, dürfen die Anteile nicht addiert werden.

Für das Jahr 2001 wurden rund 508 Millionen Ausfalltage registriert, die für den Produktionsausfall entstandenen Kosten werden auf rund 45 Mrd. Euro geschätzt (vgl. Tabelle 1). Für das Jahr 2003 wurden 467 Millionen Ausfalltage registriert, die für den Produktionsausfall entstandenen Kosten werden auf 42.5 Mrd. Euro geschätzt. Bei einem Vergleich dieser Grössen ist zu berücksichtigen, dass die Zahl der Beschäftigten über die Jahre abgenommen hat und dass die Dauer der Abwesenheit pro Fall von 2001 bis 2003 um einen Tag zurückgegangen ist. Schliesslich ist auch damit zu rechnen, dass eine zunehmende Anzahl von Personen trotz gesundheitlicher Beeinträchtigung im Unternehmen anwesend ist ('Präsentismus').

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 Europäische Agentur für Sicherheit und Gesundheitsschutz am Arbeitsplatz hat den Versuch unternommen, für die Mitgliedstaaten der EU einen diesbezüglichen Vergleich zu erstellen. Die geschätzten volkswirtschaftlichen Gesamtkosten betragen für die 15 einbezogenen Staaten zwischen 1 und 4 Prozent des Bruttoinlandprodukts.

Für 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.

Tabelle 1: Produktionsausfall aufgrund von Arbeitsunfähigkeit 2001 in Deutschland (aus Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2003)

Diagnosegruppen	AU-Tage		Produktionsausfall		Ausfall an Bruttowertschöpfung	
	AU-Tage in Mio.	AU-Tage in %	In Mrd. EUR	Anteil BSP in %	In Mrd. EUR	Anteil BSP in %
Krankheiten des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes	140.3	27.6	12.35	0.60	19.52	0.95
Verletzungen und Vergiftungen (Unfälle)	76.63	15.1	6.74	0.33	10.66	0.52
Krankheiten der Atmungsorgane	73.9	14.5	6.5	0.32	10.28	0.5
Krankheiten der Verdauungsorgane	33.7	6.6	2.97	0.14	4.69	0.23
Krankheiten des Kreislaufsystems	31.78	6.2	2.8	0.14	4.42	0.21
Psychiatrische Erkrankungen	33.6	6.6	2.96	0.14	4.68	0.23
Sonstige Erkrankungen	118.7	23.3	10.45	0.51	16.51	0.8
Gesamt	508.6¹	100	44.76²	2.18	70.75³	3.44

¹ Schätzung auf der Basis von 34.81 Mio. Arbeitnehmern mit einer durchschnittl. AU-Zeit von 14.6 Tg./Jahr

² 1.39 Mio. ausgefallene Erwerbsjahre x EUR 31.375 (durchschnittl. Arbeitnehmerentgelt)

³ 1.39 Mio. ausgefallene Erwerbsjahre x EUR 50.900 (durchschnittl. Wertschöpfung)

Bis zum Jahr 2003 stieg in Deutschland der Anteil der durch psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen bedingten Arbeitsunfähigkeitstage so stark an, dass sie nunmehr auf dem vierten Platz aller AU-Tage rangierten. Badura und Hehlmann (2003) machen dementsprechend darauf aufmerksam, dass sich die im vergangenen Jahrzehnt feststellbare Intensivierung der Arbeit 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).

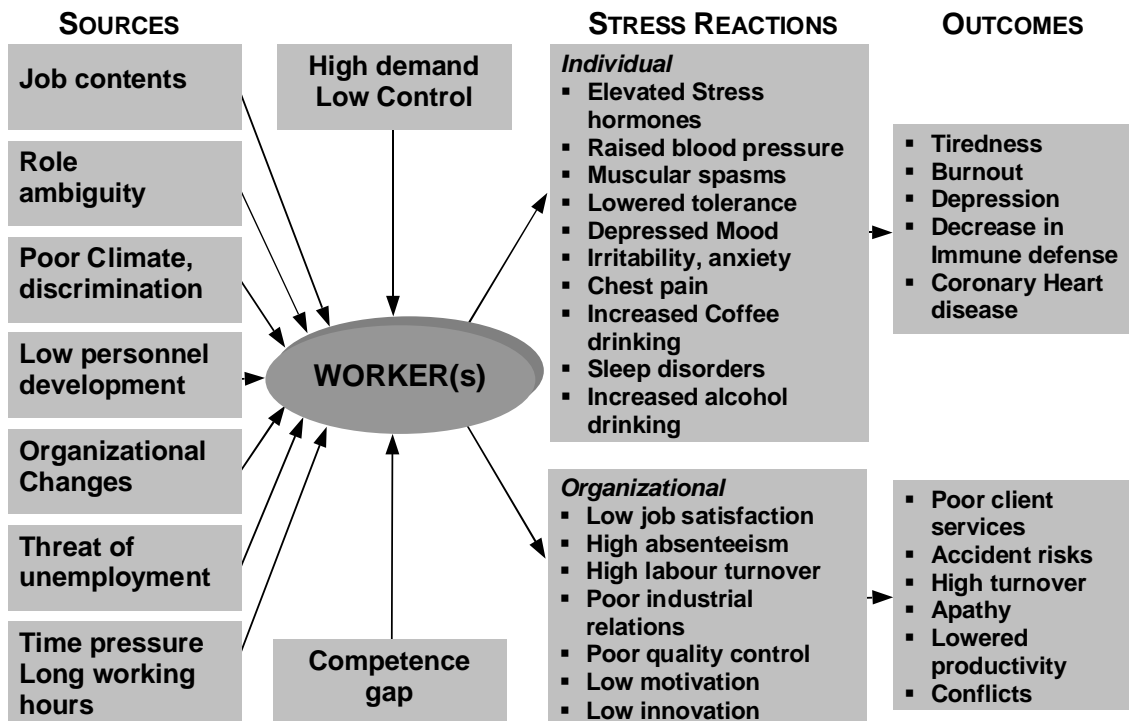
Aber es kann natürlich nicht allein die betriebs- oder volkswirtschaftliche Kalkulation sein, die betriebliche Gesundheitsförderung zum bedeutsamen Thema macht. Vielmehr wird klar, dass Gesundheit und Lebensqualität vieler Menschen auch in den entwickelten Industrieländern zur Sorge Anlass geben. Inzwischen 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 2).

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, Miss-trauen 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".

Wirkungszusammenhänge der beschriebenen Art werden von Rantanen (2001) nachvollziehbar dargestellt (vgl. Abbildung 2).

Abbildung 2: Ursachen von Stress, Reaktionen und Wirkungen auf der Ebene von Individuen und Organisationen (aus Rantanen 2001, S. 157)



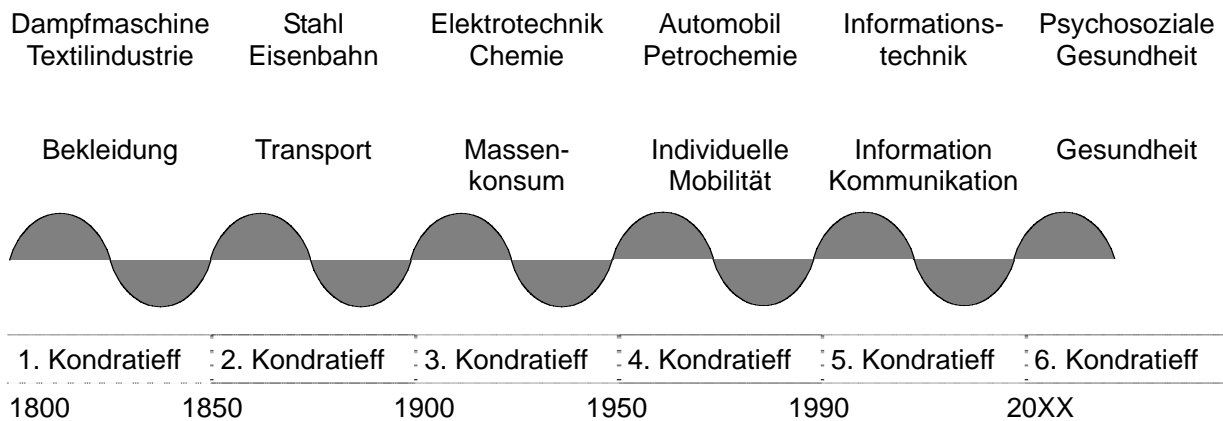
In seiner knappen Übersicht über „Die aktuelle Lage“ kam Levi (2002) ebenfalls zu Schlussfolgerungen, die in aller Deutlichkeit zeigen, dass die Verbesserung der Gesundheit zu einem der vordringlichen Ziele der Wirtschafts- und Gesellschaftspolitik werden muss (vgl. Kasten 3).

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 Herz-erkrankungen vor allen anderen Krankheiten auf dem zweiten Platz stehen werden (Weltgesundheitsorganisation 2001)".

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 3).

Abbildung 3: 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 selbstverständlich nach wie vor ist.

3.0 Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung

Hier wird die Position vertreten, dass Arbeitsschutz und Gesundheitsförderung gemeinsam Bestandteile eines betrieblichen Gesundheitsmanagements sein müssen. Insofern sind die in Tabelle 2 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".

Tabelle 2: Betrieblicher Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung in idealtypischer Gegenüberstellung (aus Ulich 2005)

	Betrieblicher Arbeitsschutz	Betriebliche Gesundheitsförderung
Betrachtung des Menschen als schutzbedürftiges Wesen → Defizitmodell → schwächenorientiert → pathogenetisches Grundverständnis	... autonom handelndes Subjekt → Potentialmodell → stärkenorientiert → salutogenetisches Grundverständnis
Aufgaben / Ziele verhältnisorientiert	Vermeidung 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 2 genannten Aufgaben des Schaffens bzw. Erhaltens gesundheitsförderlicher Arbeitsbedingungen und Kompetenzen geht, sind damit in erster Linie Massnahmen der Arbeitsgestaltung angesprochen.

4.0 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. 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. 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 3 zusammengefasst.

Tabelle 3: 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
Zeitlastizität 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 hervorragendes Mittel, die Qualifikation und Kompetenz der Beschäftigten in – auch ökonomisch – sinnvoller Weise zu nutzen und zu ihrer Erweiterung beizutragen.

Unter den genannten Aufgabenmerkmalen kommt im übrigen 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.

Über den Zusammenhang einzelner Aufgabenmerkmale mit dem betrieblichen Krankenstand, aber auch mit ökonomischen Erfolgsfaktoren hat Degener (2004) erst kürzlich berichtet (vgl. Tabelle 4).

Tabelle 4: Subjektives Erleben, ökonomischer Erfolg, Krankenstand und Fluktuation in 28 IT-Unternehmen mit 2'856 Beschäftigten (Spearman-Rangkorrelationen – nach Degener, 2004)

Erfolgskriterien	Gewinn	Umsatz	Wert-schöpfung	Eigen-kapital-menta-bilität	Kranken-stand	Fluk-tuation
<i>Aufgabenmerkmale</i>						
Ganzheitlichkeit	.80	.78	.77	.78	-.82	-.82
Qualifikations-anforderungen	.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
Partizipations-möglichkeit	.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

5.0 Strategien der Arbeitsgestaltung

Mit unterschiedlichen Strategien der Arbeitsgestaltung werden verschiedenartige Ziele verfolgt, die sich nicht nur qualitativ, sondern auch hinsichtlich ihrer Reichweite und ihres Zeithorizontes unterscheiden (Ulich, 1980). So belegen Alltagserfahrungen, dass Arbeitssysteme und Arbeitsabläufe nach ihrer Einführung in den Betrieb adaptiert bzw. verändert werden müssen, damit sie arbeitswissenschaftlich gesicherten Erkenntnissen nicht widersprechen. Derartige Vorgänge bezeichnen wir

als korrektive Arbeitsgestaltung. Korrektive Arbeitsgestaltung wird immer dann erforderlich, wenn ergonomische, physiologische, psychologische, sicherheits-technische oder rechtliche Erfordernisse von Planern, Konstrukteuren, Anlagenherstellern, Softwareproduzenten, Organisatoren oder anderen „zuständigen“ Instanzen nicht oder nicht angemessen berücksichtigt worden sind.

Korrektive Arbeitsgestaltung ist – sofern sie hinreichend wirksam sein soll – nicht selten mit erheblichem ökonomischem Aufwand verbunden; ihre Unterlassung kann andererseits erhebliche Beeinträchtigungen oder Schädigungen der physischen und/oder psychischen Gesundheit bewirken. Im ersten Fall haben die Betriebe, im zweiten Fall die betroffenen Beschäftigten und die Volkswirtschaft die Folgen zu tragen. Beide Arten von Folgen können aber vermieden oder doch erheblich vermindert werden, wenn korrektive Arbeitsgestaltung, wo immer möglich, durch präventive Arbeitsgestaltung ersetzt wird.

Präventive Arbeitsgestaltung meint die Berücksichtigung arbeitswissenschaftlicher Konzepte und Regeln bereits im Stadium des Entwurfs von Arbeitssystemen und Arbeitsabläufen, bedeutet also die gedankliche Vorwegnahme möglicher Schädigungen der Gesundheit und Beeinträchtigungen des Wohlbefindens spätestens zu dem Zeitpunkt, in dem die Funktionsteilung zwischen Mensch und Maschine festgelegt wird.

Die Forderung nach Schaffung persönlichkeits- und gesundheitsförderlicher Arbeitstätigkeiten verlangt darüber hinaus eine Vorgehensweise, die wir als prospektive Arbeitsgestaltung bezeichnen. Prospektive Arbeitsgestaltung meint die bewusste Vorwegnahme von Möglichkeiten der Entwicklung der Persönlichkeit und ihrer Gesundheit im Stadium der Planung bzw. des Entwurfs – oder der Neustrukturierung – von Arbeitssystemen durch Schaffung objektiver Tätigkeitsspielräume, die von den Beschäftigten in unterschiedlicher Weise genutzt werden können.

Beispiele für *korrektive* Arbeitsgestaltung sind etwa

- das nachträgliche Anbringen von Filtern zur Vermeidung von Spiegelungen auf dem Bildschirm
- die Beschaffung ergonomisch optimaler Arbeitsstühle, nachdem Nacken- oder Rückenbeschwerden aufgetreten sind und eine entsprechende ärztliche Bescheinigung vorgelegt wurde
- das Verschalen einer Betriebseinrichtung aufgrund nicht vorhergesehener Lärmerzeugung oder Unfallträchtigkeit

Beispiele für *präventive* Arbeitsgestaltung sind

- die Beschaffung geeigneten Mobiliars, bevor Beschwerden auftreten können
- systematischer Wechsel zwischen Tätigkeiten mit und ohne Computer-unterstützung, damit die für ununterbrochene Bildschirmarbeit typischen einseitigen Belastungen nicht erst entstehen
- Entwicklung und Einsatz technischer Arbeitsverfahren, die geeignet sind, Belastungen durch Lärm von vornherein zu vermeiden

Beispiele für *prospektive* Arbeitsgestaltung sind

- das Angebot verschiedener Dialog-, Unterstützungs- und Bildaufbauformen, zwischen denen die Benutzer auswählen können
- Entwicklung programmierbarer Software-Systeme bzw. adaptierbarer Benutzerschnittstellen, die die Benutzer ihren Bedürfnissen und Qualifikationen entsprechend nutzen und anpassen können
- Angebot verschiedener Formen der Arbeitsteilung, zwischen denen die Operateure an CNC-Werkzeugmaschinen wählen und die sie gegebenenfalls verändern können.

Die mit den unterschiedlichen Strategien der Arbeitsgestaltung verfolgten Ziele sind in Tabelle 5 zusammengefasst. Die korrektive Arbeitsgestaltung entspricht dem Konzept der Tertiärprävention, die präventive Arbeitsgestaltung dem der Primärprävention.

Tabelle 5: Ziele unterschiedlicher Strategien der Arbeitsgestaltung (aus Ulich, 2005, S. 186)

Strategien	Ziele
Korrektive Arbeitsgestaltung	Korrektur erkannter Mängel
Präventive Arbeitsgestaltung	Vorwegnehmende Vermeidung gesundheitlicher Schädigungen und psychosozialer Beeinträchtigungen
Prospektive Arbeitsgestaltung	Schaffung von Möglichkeiten der Gesundheits- und Persönlichkeitsentwicklung

Mit den Beispielen für prospektive Arbeitsgestaltung wird zugleich deutlich, dass es sinnvoll und möglich ist, Unterschiede zwischen den Beschäftigten systematisch zu berücksichtigen. Weil diejenige Teildisziplin der Psychologie, die sich mit den Unterschieden zwischen den Menschen beschäftigt, als „Differentielle Psychologie“ bezeichnet wird, sprechen wir hier auch von differentieller Arbeitsgestaltung. Das Prinzip der differentiellen Arbeitsgestaltung (Ulich, 1978, 2001) 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.

Damit wird das Angebot verschiedenartiger Arbeitsstrukturen zu einem bedeutsamen Prinzip moderner Arbeitsgestaltung. In ihren Anmerkungen zum Entwicklungsstand und zur Entwicklungsperspektive der Arbeitswissenschaft schreiben Abholz et al. (1981, S. 197) diesem Konzept „eine erhebliche Ausstrahlung auf die zukünftige Arbeitsgestaltung“ zu. Dementsprechend wurde etwa in den Planungsleitlinien zur Arbeitsstrukturierung der Siemens AG die Auffassung vertreten, es sei „falsch, grössere Betriebsbereiche einheitlich zu strukturieren“ (Grob & Haffner, 1982, S. 29). Unter Hinweis auf das Prinzip der differentiellen Arbeitsgestaltung wurde gefordert, den Mitarbeitenden müsse „eine breite Palette unterschiedlicher Arbeitsstrukturen angeboten werden“ (Grob & Haffner, 1982, S. 29). Betriebliche Umsetzungen dieser Forderung in Fertigungen für elektronische Flachbaugruppen wurden von Zülch und Starringer (1984) beschrieben. Nach dem Bericht der Autoren wurden die neuen Arbeitsstrukturen als interessant und motivierend erlebt. Zudem bewirkten die Möglichkeiten des Tätigkeitswechsels eine Verminderung einseitiger Beanspruchungen. Zu den betriebswirtschaftlich relevanten Effekten gehörten nach der Erfahrung aus mehreren Projekten „eine Senkung der Durchlaufzeiten und der Werkstattbestände auf jeweils die Hälfte des vorhergehenden Wertes“ (Zülch & Starringer, 1984, S. 215). Zusätzlich konnte am Beispiel der Fertigung elektronischer Flachbaugruppen für Kommunikationsgeräte modellhaft gezeigt werden, dass das Konzept der differentiellen Arbeitsgestaltung auch auf Fertigungssysteme mit unterschiedlichem Technisierungsgrad anwendbar ist.

Ganz allgemein gilt, dass mit der differentiellen Arbeitsgestaltung eine Brücke hergestellt wird „zwischen den für viele Menschen gedachten Arbeitsgestaltungsmaßnahmen und den individuell unterschiedlichen Voraussetzungen und Bedürfnissen einzelner Menschen. Das Angebot wählbarer Freiheitsgrade zur Beeinflussung der eigenen Tätigkeit ist das entscheidende Kettenglied zur Lösung dieses Widerspruchs (Blumenfeld, 1932; Prinzip der differentiellen Arbeitsgestaltung, Ulich, 1978)“ (Hacker, 1998, S. 777). Es wären die betroffenen Personen selbst, die – z. B. aufgrund ihres Selbstkonzepts, ihrer Bedürfnisse und Qualifikationen – die Entscheidung für eine bestimmte Arbeitsstruktur treffen. Aufgrund veränderten Wohlbefindens oder subjektiv wahrgenommener gesundheitlicher Beeinträchtigungen könnten sie sich – im Sinne des Konzepts der dynamischen Arbeitsgestaltung – vorübergehend oder auf Dauer schliesslich auch für den Wechsel in eine andere Arbeitsstruktur entscheiden.

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).

Im übrigen gilt: persönlichkeits- und gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung ist zugleich auch altersgerechte Arbeitsgestaltung.

6.0 Altersgerechte Arbeitsgestaltung

Seit einigen Jahren ist zu beobachten, dass die Bereitschaft, 'ältere' Menschen weiter zu beschäftigen, zu fördern oder gar neu einzustellen in zahlreichen Unternehmen deutlich abgenommen hat. In diesem Zusammenhang ist inzwischen von einer eigentlichen Altersdiskriminierung die Rede (Naegele, 2004), die konkret zum Beispiel an folgenden Verhaltensweisen erkennbar wird:

- Bei Personaleinstellungen werden jüngere Menschen systematisch bevorzugt, ältere haben immer weniger Chancen.
- Das bei älteren Menschen vorhandene Erfahrungswissen wird nur gering geschätzt; damit bleiben wichtige Ressourcen ungenutzt.
- Älteren Menschen werden immer weniger anspruchsvolle Aufgaben übertragen; tatsächlich nimmt aber der Einfluss anspruchsvoller Arbeitstätigkeiten auf die geistige Leistungsfähigkeit mit dem Alter noch zu.
- Ältere Menschen werden weniger als jüngere an Fort- und Weiterbildungsmaßnahmen beteiligt; auch damit geht ihre Einsetzbarkeit im Laufe der Zeit zurück.
- Ältere Menschen haben weniger betriebliche Aufstiegschancen als jüngere; dies signalisiert zugleich einen Mangel an Wertschätzung.

Damit werden ältere Menschen zu einer Problemgruppe gemacht, der man sich im einen oder anderen Fall durch vorzeitige Pensionierung oder wo möglich auch durch Frühinvalidisierung zu entledigen versucht.

Die Ursachen für die genannten Verhaltensweisen seitens der Unternehmen sind nicht zuletzt in mangelndem Wissen und in Vorurteilen bezüglich der Leistungsmöglichkeiten älterer Menschen zu suchen. Tatsächlich zeigt eine Vielzahl von Untersuchungen, dass das Älterwerden keineswegs mit einem automatischen Abbau der Leistungsfähigkeit verbunden ist. Einerseits sind nachteilige Auswirkungen auf Seh- und Hörvermögen, Körperkraft und Bewegungsgeschwindigkeit für den Durchschnitt ebenso belegt wie Ver-längerungen der Reaktionszeit, der Geschwindigkeit für die Verarbeitung komplexer Informationen und der Lerngeschwindigkeit. Andererseits verfügen Ältere häufig über Strategien, die diese Nachteile sehr gut ausgleichen können (Ilmarinen und Tempel, 2002, Semmer und Richter, 2004). Aufgrund ihrer Lebenserfahrung können sie häufig komplexe

Zusammenhänge eher verstehen und Wesentliches von Unwesentlichem besser unterscheiden. Auch wenn sie mit Belastungssituationen manchmal nicht so umgehen können wie Jüngere, so haben viele Ältere aufgrund ihrer Arbeitserfahrung doch gelernt, das Entstehen solcher Situationen vorausschauend zu vermeiden. Tatsache ist also, dass Ältere und Jüngere sich in der Gesamtleistung nicht notwendigerweise voneinander unterscheiden. Allerdings nehmen die individuellen Unterschiede in der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit mit zunehmendem Alter zu.

Die mit dem Alter grösser werdende Streuung der Leistungsmöglichkeiten ist einerseits auf Unterschiede in der Gesundheit zurückzuführen, andererseits auf Unterschiede in der Ausbildung und Erfahrung. So wird durch verschiedene Untersuchungsergebnisse belegt, dass der positive Einfluss anspruchsvoller Arbeitstätigkeiten auf die geistige Leistungsfähigkeit mit zunehmendem Alter noch zunimmt. Damit wird gleichzeitig bestätigt, dass persönlichkeits- und gesundheitsförderliche Arbeitsgestaltung schon in jungen Jahren gleichzusetzen ist mit altersngerechter Arbeitsgestaltung (Ulich, 2005).

Merkmale nicht altersngerechter Arbeitsgestaltung finden sich vor allem in Betrieben mit weitgehend arbeitsteiligen Strukturen, daraus resultierenden einseitigen Belastungen und ohne Möglichkeit, sich durch lernhaltige Arbeitstätigkeiten weiter zu entwickeln.

In diesem Zusammenhang ist auch die Rede vom „mensch-gemachten“ Altern (vgl. Kasten 4).

Kasten 4: Biologisches und menschengemachtes Altern

„Die Lebens- und die Arbeitsbedingungen können das Altern beschleunigen (man kann voraltern) oder im Idealfall auch verzögern... Danach muss das kalendarische Alter vom biologischen unterschieden werden. Gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen, beispielsweise neurotoxische Gase in der Atemluft, beschleunigen das Altern. So können exponierte 30-Jährige das biologische Alter nicht exponierter 45-Jähriger und deren geringe körperliche und teilweise auch geistige Leistungsfähigkeit haben. Im Prinzip könnten umgekehrt auch gesundheitsfördernde und trainierende Arbeitsprozesse alterskorrelierte Leistungsrückgänge verzögern; derzeit scheinen in der Mehrzahl von Arbeitsprozessen voralternde Arbeitsbedingungen noch zu überwiegen“ (Hacker, 2004, S. 164)

Offensichtlich wird die Tatsache, dass Arbeitsbedingungen keineswegs selten so gestaltet sind, dass sie Alternsprozesse beschleunigen, noch viel zu wenig – und auch nicht gerne – zur Kenntnis genommen. Denn das heißt, dass Unternehmen selbst – nicht wissentlich und noch weniger absichtlich – durch die Art, wie sie die Arbeitsbedingungen für die bei ihnen Beschäftigten gestalten, möglicherweise zu vorzeitigem Altersabbau beitragen. In der Praxis kann dies dazu führen, dass durch entsprechende Arbeitsgestaltung vermeidbare vorzeitige Alterungsprozesse stattfinden und die davon betroffenen Menschen wegen der dadurch geminderten Leistungsfähigkeit auch noch entlassen, in den vorzeitigen Ruhestand geschickt oder invalidisiert werden. "Weil es die Möglichkeiten der Externalisierung gibt, können Betriebe es sich leisten, Arbeitsplätze und Berufswege so zu gestalten, dass sie Arbeitsfähigkeit frühzeitig verschleissen ..." (Behrens, 2004, S. 495). Dass Unternehmen damit auf Dauer ihrem eigenen Interesse schaden, liegt auf der Hand. Im übrigen gilt natürlich, dass Menschen, von denen in fortgeschrittenem Alter eine Qualifizierung erwartet wird, zumindest nicht vorgealtert sein sollten. Schliesslich gilt: „... die beste Grundlage für eine gute Leistung im Alter sind Erwerb, Gebrauch und Entwicklung von Kompetenzen in jüngeren Jahren“ (Semmer & Richter, 2004, S. 112). Im Unternehmen geschieht dies am besten durch die Realisierung von Konzepten lernförderlicher Arbeitsgestaltung.

Mit diesen Feststellungen gewinnt die Verantwortung der Unternehmen und ihres Managements für die Entwicklung der bei ihnen Beschäftigten eine in ihrer Tragweite bisher noch kaum beachtete neue Dimension.

Die demographische Entwicklung führt in letzter Zeit immer häufiger auch zu Diskussionen über ein mögliches Hinausschieben des Rentenalters. Damit stellt sich einerseits die Frage, ob ältere Menschen gesundheitlich in der Lage sind, den Anforderungen einer Erwerbstätigkeit zu genügen. Nach dem oben Gesagten ist offensichtlich, dass die Antwort darauf sehr unterschiedlich ausfällt. Andererseits kann man die Frage nach Konzepten stellen, die älteren Menschen einen für alle Beteiligten sinnvollen Übergang von der Erwerbsarbeit in die daran anschließende Lebensphase ermöglichen. Eine solche Möglichkeit besteht zum Beispiel im Angebot von Teilzeitarbeit in den letzten Jahren der Erwerbstätigkeit. Eine Befragung von 'Personalverantwortlichen' in 804 Schweizer Unternehmen (Höpflinger et al., 2006) ergab, dass 79% der Befragten eine solche Maßnahme für wichtig und 80% auch für realierbar halten; in 52 % der Unternehmen wird sie bereits realisiert (vgl. Kasten 5).

Kasten 5: Teilzeitarbeit als Übergang ins Rentenalter (aus: Höpflinger, Beck, Grob und Lüthi 2006, S. 90)

"Von den angeführten personalpolitischen Massnahmen zur Förderung der Beschäftigung älterer Mitarbeitender wird die Einführung von Teilzeitarbeit gegen Berufsende am häufigsten als wichtig wie auch realisierbar erachtet. Tatsächlich handelt es sich um eine Massnahme, die schon heute von mehr als der Hälfte der befragten Unternehmen zumindest für ausgewählte Berufsgruppen angeboten wird. Formen der Teilzeitarbeit kurz vor dem Pensionsalter erlauben eine stärkere Flexibilisierung des Übergangs in die nach-berufliche Lebensphase, wobei zukünftig auch Teilzeitarbeit über das offizielle AHV-Alter hinaus eine stärkere Verbreitung finden dürfte. Formen von Teilzeitarbeit ein oder zwei Jahre vor dem AHV-Alter, gekoppelt mit Teilzeitarbeit ein oder zwei Jahre nach dem AHV-Alter, können – sofern Modelle eines Teilrentensystems eingeführt werden – ohne Einbussen an Rentenansprüche organisiert werden, da die Einbussen vor dem AHV-Alter durch die Weiterarbeit im AHV-Alter kompensiert werden."

Derartige Formen einer Teilzeitbeschäftigung gegen das Berufsende können sinnvoll mit Mentoringkonzepten verknüpft werden, indem aus einem Unternehmen 'hinauswachsende' ältere Beschäftigte 'hineinwachsenden' Jüngeren ihre Erfahrungen systematisch weitergeben. Davon würden schließlich alle – die Mentoren, die Mentees und nicht zuletzt die Unternehmen – erheblich profitieren.

7.0 Verhaltens- und Verhältnisorientierung

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). Eine Gegenüberstellung möglicher Massnahmen und Wirkungen findet sich in Tabelle 6.

Tabelle 6: Betriebliche Gesundheitsförderung: personbezogene und bedingungsbezogene Interventionen (aus Ulich 2005, S. 529)

Betriebliche Gesundheitsförderung

	Personbezogene Interventionen = verhaltensorientiert	Bedingungsbezogene Interventionen = verhältnisorientiert
bezogen auf	einzelne Personen → individuumorientiert	Arbeitssysteme und Personengruppen → strukturorientiert
Beispiele für Massnahmen	Rückenschule, Stressimmunsierungstraining	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

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).

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-Nackenschmerzen“ 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. Peter, Geissler und Siegrist (1998) schliesslich konnten in einem Unternehmen des öffentlichen Personennahverkehrs zeigen, dass so genannte 'Gratifikationskrisen' – die aus fehlender Anerkennung bei hoher Anstrengungsbereitschaft resultieren – mit einer eindeutigen Zunahme von Muskulo-Skelettalbeschwerden, Magen-Darmstörungen sowie Symptomen von Müdigkeit und Schlafstörungen korreliert sind (vgl. Abschnitt 8).

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.

Eine ganzheitliche Konzeption betrieblichen Gesundheitsmanagements mit einer Integration verhaltens- und verhältnisorientierter Massnahmen findet sich als Postulat übrigens auch in der Luxemburger Deklaration (vgl. Kasten 6).

Kasten 6: Die Luxemburger Deklaration – BGF-Leitlinien (1997)

1. Partizipation
Die gesamte Belegschaft muss einbezogen werden.
 2. Integration
BGF muss bei allen wichtigen Entscheidungen und in allen Unternehmensbereichen berücksichtigt werden.
 3. Projektmanagement
Alle Massnahmen und Programme müssen systematisch durchgeführt werden: Bedarfsanalyse, Prioritätensetzung, Planung, Ausführung, kontinuierliche Kontrolle und Bewertung der Ergebnisse.
 4. Ganzheitlichkeit
BGF beinhaltet sowohl verhaltens- als auch verhältnisorientierte Massnahmen. Sie verbindet den Ansatz der Risikoreduktion mit dem des Ausbaus von Schutzfaktoren und Gesundheitspotentialen.
-

8.0 Die Bedeutung der Anforderungen

Innerhalb der Arbeitspsychologie besteht inzwischen 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".

Von der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2001) vorgelegte Berechnungen machen deutlich, welche Einsparmöglichkeiten in der systematischen Berücksichtigung solcher Erkenntnisse liegen. „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. 1 f.).

Im Umkehrschluss bestätigen diese Daten, 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 7).

Kasten 7: 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. 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.

Änderungen der Verhältnisse führen schliesslich 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.

9.0 Unternehmenskultur, Führung und Gesundheit

Vermerkt wird neuerdings darauf hingewiesen, dass der Umgang mit betrieblicher Gesundheit letztlich eine Frage der Unternehmenskultur sei (z. B. Badura & Hehlmann, 2003; Expertenkommission, 2004). In diesem Zusammenhang ist immer wieder auch die Rede von "Gesunden Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in Gesunden Unternehmen". Bei Badura und Hehlmann (2003) findet sich eine zusammenfassende Gegenüberstellung von Merkmalen "gesunder" und "ungesunder" Organisationen (vgl. Tabelle 7).

Die Zusammenfassung der Merkmale gesunder und ungesunder Organisationen hat zweifellos einen hohen Anregungsgehalt. Nach Auffassung der Autoren (Badura & Hehlmann, 2003, S. 53) soll sie der "Standardentwicklung für eine gesundheitsförderliche, mitarbeiterorientierte Organisationsgestaltung" dienen.

Tabelle 7: Merkmale "gesunder" und "ungesunder" Organisationen. Zielgerichtete Zusammenfassung des Forschungsstandes (aus Badura & Hehlmann 2003, S. 54)

Merkmale	Gesunde Organisationen	Ungesunde Organisationen
Ausmass sozialer Ungleichheit (Bildung, Status, Einkommen)	moderat	hoch
Vorrat an gemeinsamen Überzeugungen, Werten, Regeln („Kultur“)	gross	gering
Identifikation der Mitglieder mit übergeordneten Zielen und Regeln ihres sozialen Systems („Wir-Gefühl“, „Commitment“)	stark ausgeprägt	gering ausgeprägt
Vertrauen in Führung	hoch	gering
Ausmass persönlicher Beteiligung an systemischer Willensbildung, Entscheidungsfindung (Partizipation)	hoch	gering
Gegenseitiges Vertrauen, Zusammenhalt unter Mitgliedern	hoch	gering
Umfang sozialer Kontakte jenseits primärer Beziehungen	hoch	gering
Stabilität, Funktionsfähigkeit primärer Beziehungen (Familie, Arbeitsgruppe etc.)	hoch	gering
Soziale Kompetenz	stark ausgeprägt und verbreitet	gering ausgeprägt und verbreitet
Sinnstiftende Betätigung (Arbeit, Freizeit etc.)	stark verbreitet	weniger stark verbreitet

Ein Teil der in Tabelle 7 aufgeführten Zusammenhänge kann durch empirische Untersuchungen bestätigt werden. So weisen die in den Tabellen 6 und 8 dargestellten Ergebnisse 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 8).

Kasten 8: 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 3.5fach 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 2.3fach, ein wenig ausgeprägter mitarbeiterorientierter Führungsstil ein 2.5fach erhöhtes Burnout-Risiko."

Tubach et al. (2002) fanden in einer prospektiven Längsschnittstudie über 2 Jahre bei geringer sozialer Unterstützung durch Vorgesetzte ein 3.3-fach erhöhtes Risiko (Odds Ratio) für muskuloskelettale Beschwerden im Rückenbereich, Hoogendorn et al. (2002) in einer prospektiven Längsschnittstudie über 3 Jahre für den gleichen Zusammenhang ein 2.89-fach erhöhtes 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 auf Krankheit und Abwesenheit feststellbar sind (vgl. Tabelle 8).

Tabelle 8: DP workplaces without GD and different forms of GD workplaces by reported effects of the introduction of direct participation on indirect la-bour 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

Damit stellt sich noch einmal die Frage nach möglichen gesundheitlichen Wirkungen der Arbeit in sich mehr oder weniger selbst regulierenden Gruppen. Dazu liegt eine Reihe von Untersuchungen vor, die aber zweifellos der Ergänzung bedürfen.

Einige Untersuchungen zeigen, dass Gruppenarbeit bei hoher Gruppenkohäsion und gutem Teamklima zu individuell besserem Wohlbefinden führt (z. B. Carter & West, 1999; Sonntag, 1996). Konkret fanden Wall und Clegg (1981) Zusammenhänge zwischen der Einführung von teilautonomen Arbeitsgruppen und vermindertem emotionalem Stress, erhöhter Motivation, Arbeitszufriedenheit und Leistung. Darüber hinaus konnte Lundberg (1996) 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 (vgl. Abschnitt 5). 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, S. 69). Nach den Untersuchungen von Schaubroeck, Lam und Xie (2000) hat die kollektive Selbstwirksamkeitseinschätzung von Arbeitsgruppen einen Einfluss auf das Wohlbefinden der Mitglieder. Dementsprechend fanden Zellars, Perrewé und Hochwarter (1999) bei Krankenschwestern, die ausgeprägte kollektive Selbstwirksamkeit berichteten, weniger Anzeichen von Burnout. Van Mierlo, Rutte, Seinen und Kompier (2001) konnten zudem zeigen, dass insbesondere der Autonomieaspekt teilautonomer Arbeitsgruppen zu einem erhöhten Wohlbefinden der Gruppenmitglieder führte.

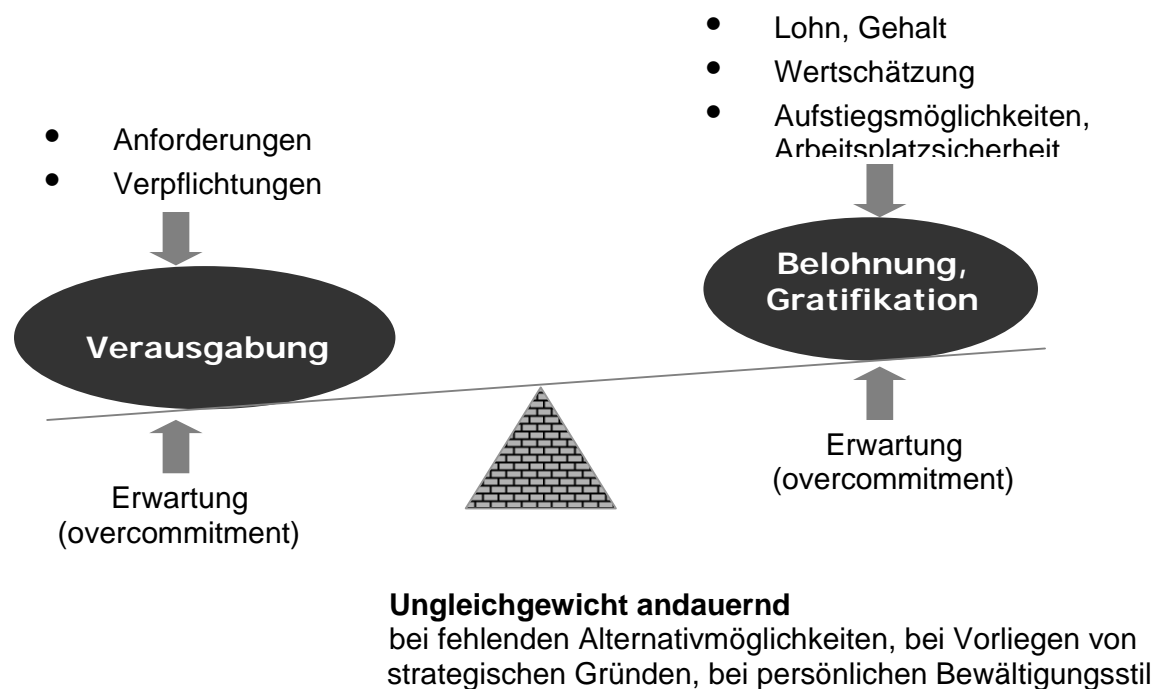
Die bei sorgsamer Vorbereitung und Einführung insgesamt zu erwartenden mehrheitlich positiven Ergebnisse der Arbeit in teilautonomen Gruppen lassen die Frage stellen, weshalb dieses Konzept bisher offenbar keine weitere Verbreitung gefunden hat und manchenorts sogar zugunsten aus anderen Kulturen stammender Produktionskonzepte aufgegeben wurde. Die Analyse der Ergebnisse zahlreicher Fallstudien lassen die Annahme gerechtfertigt erscheinen, dass die

Infragestellung etablierter Machtstrukturen zu den wesentlichen Gründen für die vergleichsweise geringe Verbreitung dieser psychologisch und ökonomisch gleichermaßen sinnvollen und erfolgreichen Innovation gehört.

10.0 Exkurs: Gratifikationskrisen

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 4).

Abbildung 4: Das Modell beruflicher Gratifikationskrisen (Siegrist 1996a, 1996b, 2002)



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; vgl. Kasten 9).

Kasten 9: Effort-reward imbalance model: Empirical support (aus Siegrist 2001, S. 57 f.)

"A brief summary of some major findings is given here. First, based on current evidence and according to the occupation under study, between 10% and 40% of the workforce suffer from some degree of effort-reward imbalance at work, and at least a third of them are characterized by sustained intense strain reactions following exposure to effort-reward imbalance. In general, these strain reactions are more frequent among lower socio-economic groups, thus pointing to a possible contribution of the model towards explaining part of the increased health burden observed among middle-aged economically active populations with lower socio-economic status (Marmot, Siegrist, Theorell and Feeney, 1999).

Secondly, with regard to future incident coronary heart disease, effort-reward imbalance at work was associated with a 2.7 to 6.1-fold elevated relative risk compared to those who were free from chronic strain at work. This excess risk could not be explained by established biomedical and behavioural risk factors as these variables were taken into account in multi-variate statistical analysis. Thus, the psychosocial work environment as measured by this model is associated with at least a moderate relative risk of incident coronary heart disease that is independent of established biomedical and behavioural cardiovascular risk factors. However, restricting the analysis to this association would result in an underestimation of the total burden on cardiovascular health produced by adverse psychosocial work conditions. This is due to the fact that chronic psychosocial strain at work is also associated with relevant cardiovascular risk factors, e.g. high blood pressure (hypertension), high levels of blood lipids, or a co-manifestation of these two risk factors (Peter and Siegrist 1997; Peter et al. 1998;; Siegrist et al. 1997, Siegrist, Peter, Georg, Cremer and Seidel 1991). These findings demonstrate that the explanatory power of the model goes beyond disease manifestation by enabling a more comprehensive definition of people at risk at an earlier stage of disease development."

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).

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 [koronare Herzkrankheit]	ERI und OC	zwischen 3.5 und 4.5
Lynch (1997)	Progression der Atherosklerose 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

Von besonderem Interesse sind in diesem Zusammenhang die Ergebnisse der Untersuchungen von van Vegchel, de Jonge, Bakker und Schaufeli (2002), die für die von ihnen untersuchte Stichprobe von „health-care workers“ zeigen, dass unter den drei „Transmittersystemen“ finanzielle Belohnung, Wertschätzung und berufliche Statuskontrolle der Wertschätzung besondere Bedeutung zukommt, während die finanzielle Belohnung deutlich an letzter Stelle rangierte. Daraus lässt sich der Schluss ableiten, dass den verschiedenen Merkmalen der „Belohnung“ unterschiedliche Bedeutung beizumessen ist. Dies wird im Bericht von van Vegchel et al. – in gewisser Weise überraschend – mit dem Konzept der Bedürfnishierarchie von Maslow (1954) in Zusammenhang gebracht. Zur Untersuchung selbst ist anzumerken, dass die Ergebnisse insofern noch nicht verallgemeinerbar sind als es sich (1) um eine Querschnittsstudie handelt, die noch dazu (2) an einer sehr spezifischen Stichprobe per Fragebogen durchgeführt wurde.

In Querschnittsuntersuchungen wurden bei hoher Verausgabung und niedriger Belohnung auch erhöhte Risiken für muskuloskelettale Beschwerden im Schulter-Nacken-Bereich (Rugulies & Krause 2000) sowie im Rückenbereich (Rugulies & Krause 2000; Joksimovic et al. 2002) gefunden.

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.

11.0 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.

Neben den ökonomischen Gründen für die Fokussierung betrieblicher Gesundheitsmaßnahmen auf Fehlzeiten gibt es auch psychologische Gründe. Zum einen sind Fehlzeiten im Unternehmen gut „sichtbar“. Wie bereits erwähnt führen Abwesenheiten zu direkt spürbaren Konsequenzen für Kolleginnen, Kollegen und Vorgesetzte. 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. Der Arbeitgeber erwartet 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.

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. Dies kann mit folgenden Gründen zusammenhängen:

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). Es ist einleuchtend, dass somit eine strikte Trennung zwischen krankheitsbedingten und motivationalen Gründen in manchen Fällen nicht ohne weiteres vorgenommen werden kann.
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.

Damit wird deutlich, dass die Bestimmung und Senkung 'vermeidbarer' Krankenstände und Fehlzeiten eine schwierige Aufgabe darstellt. Schröer und Sochert (1996, S. 136) haben diese Tatsache wie folgt verdeutlicht: „Es gibt sowohl die Möglichkeit, dass 'Kranke' zur Arbeit gehen – dies haben unterschiedliche Studien hinlänglich belegt (vgl. Eissing, 1991, S. 52) – als auch die Möglichkeit, dass 'Gesunde' sich krank melden ... Die sog. Missbrauchsdiskussion zielt auf den Fall, dass ein Gesunder nicht zur Arbeit geht. Fest steht jedoch, dass eine Quantifizierung der jeweiligen Verhaltensanteile – 'gesund, nicht arbeiten' bis 'krank, arbeiten' – methodisch nicht ohne weiteres zu lösen ist, weil der formale in Prozent ausgedrückte Krankenstand die bei einer Krankmeldung vorliegenden Dimensionen des sozialen Handelns gar nicht erfassen kann, wie sie beim Kontakt zwischen Arzt und Patient [oder zwischen Patient und Ehepartner, Kinder usw.] zum Ausdruck kommen. So lässt sich über das Ausmass eines möglichen Missbrauchs oder der Gültigkeit der Arbeitsunfähigkeitsdiagnosen lange streiten, fehlende sichere Indikatoren werden dadurch nicht ersetzt“.

Für ein erweitertes Verständnis des betrieblichen Gesundheitsmanagements 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 allfällige 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.

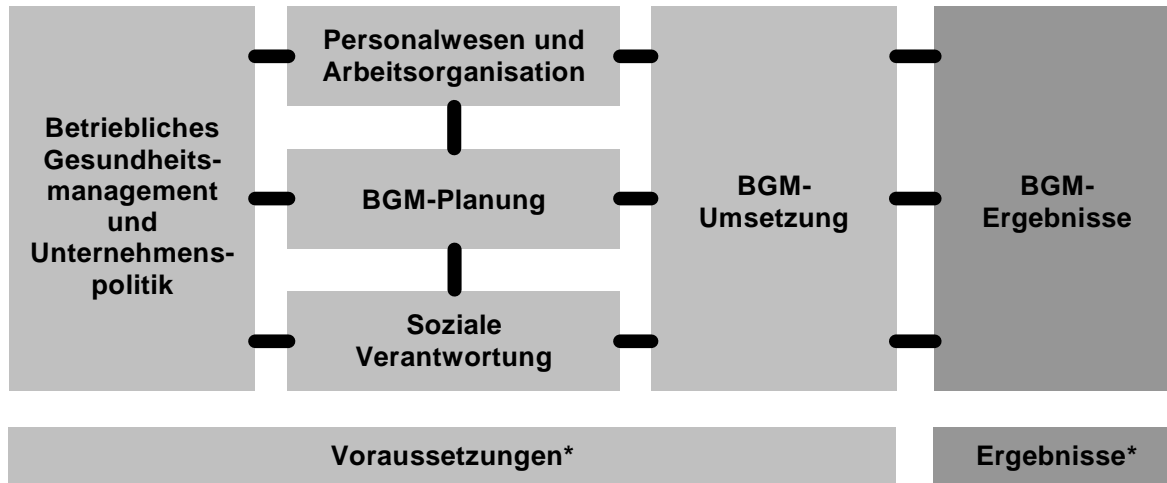
Das heisst in der Konsequenz, dass die Analyse von Fehlzeiten im Sinne eines groben Screenings zwar nützliche Hinweise liefern kann, grundsätzlich aber in ein umfassendes System des betrieblichen Gesundheitsmanagements einzubetten ist. In einem solchen System spielen Analysen der Arbeitsunfähigkeiten (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.

12.0 Evaluation von Managementsystemen und Maßnahmen

Zweck einer Evaluation ist die Überprüfung der Zielerreichung des Gesundheitsmanagements. Der systematischen Evaluation wird oft zu wenig Beachtung geschenkt. Zudem wird ihr Aufwand oft unterschätzt, was sich in ungenügend ausgestatteten Evaluationsbudgets widerspiegelt. Auch die eingesetzten Instrumente sind nicht immer von ausreichender Qualität. Hier gilt es darauf zu achten, dass die Instrumente tatsächlich das zu beurteilende Merkmal erfassen (Validität), dass sie möglichst zuverlässig und genau sind (Reliabilität) und dass relevante Kriterien nicht übersehen werden. Eine Evaluation des betrieblichen Gesundheitsmanagements kann sich auf einzelne gesundheitsförderliche Massnahmen, wie z. B. Entspannungstrainings oder Gesundheitszirkel, auf Gesundheitsprogramme, wie z. B. die Einführung gesundheitsförderlicher Arbeitsstrukturen, oder auch auf das betriebliche Gesundheitsmanagement als Ganzes beziehen.

Das Europäische Netzwerk für betriebliche Gesundheitsförderung (ENBGF) hat in Anlehnung an die Europäische Föderation für Qualitätsmanagement (EFQM) ein Evaluationsmodell entwickelt, das nachfolgend vorgestellt werden soll (vgl. Abbildung 5).

Abbildung 5: Evaluationsmodell des europäischen Netzwerks für betriebliche Gesundheitsförderung ENBGF (BKK, 1999a)



* Zu den Voraussetzungen zählen alle Verfahrensweisen und Strukturen, die eine gesundheitsförderliche Organisation benötigen. Diese führen zu den entsprechenden Ergebnissen.

Aus Sicht des betrieblichen Gesundheitsmanagements ist die Anlehnung an das EFQM-Modell zum einen dadurch begründet, dass sich dieses konzeptionell gut mit den wichtigsten Prinzipien des betrieblichen Gesundheitsmanagements vereinbaren lässt. Zum anderen erhöht die Anlehnung an ein Total-Quality-Modell die Akzeptanz in der Praxis und macht das betriebliche Gesundheitsmanagement für andere betriebliche Managementsysteme anschlussfähig (Breucker, 2001). Dies stellt einen wichtigen Vorteil dar, werden doch bis heute viele betriebliche Programme der Gesundheitsförderung und des Gesundheitsmanagements isoliert von bestehenden Managementinstrumenten durchgeführt, was die nachhaltige Umsetzung der Massnahmen erschwert. Im Modell des europäischen Netzwerks für betriebliche Gesundheitsförderung führen prozessbezogene und strukturelle Voraussetzungen, wie z. B. die Gesamtstrategie des betrieblichen Gesundheitsmanagements, der Einbezug der Führungskräfte und die Art der Umsetzung der Massnahmen, zu entsprechenden Ergebnissen, wie z. B. einem positiven Befinden der Mitarbeitenden. Im Zusammenhang mit diesem Evaluationsmodell wurde ein Befragungsinstrument entwickelt, das ökonomisch einsetzbar ist und innerhalb kurzer Zeit einen ersten Überblick über Stärken, Schwächen und daraus resultierende Verbesserungsbereiche des betrieblichen Gesundheitsmanagements liefert. Die Konkretisierung und Gewichtung der einzelnen Kriterien sollte durch einen beteiligungsorientierten Prozess vorgenommen werden.

Zu den Voraussetzungen

Die erste Voraussetzung des Modells bezieht sich auf die Einbettung des Gesundheitsmanagements in die betriebliche Unternehmenspolitik. Diese Dimension ist von zentraler Bedeutung und beinhaltet zunächst die Frage nach der strategischen Bedeutung des betrieblichen Gesundheitsmanagements und deren Formalisierung, z. B. in Form einer Unternehmensleitlinie. Eine weitere wichtige Voraussetzung betrifft den Einbezug der Führungskräfte und damit verbunden die Frage, ob das Gesundheitsmanagement als Führungsaufgabe wahrgenommen wird. Schliesslich wird in dieser Dimension auch die Frage nach Art und Ausmass der für das betriebliche Gesundheits-

management vorhandenen zeitlichen, finanziellen und räumlichen Ressourcen thematisiert. Eine der wichtigsten Aufgaben des betrieblichen Gesundheitsmanagements besteht in der Schaffung persönlichkeits- und gesundheitsförderlicher Arbeitsstrukturen und einer dementsprechenden Gestaltung der Arbeitsaufgaben und der Arbeitsorganisation. Diese Aufgabe muss durch das Produktionsmanagement ebenso wie durch das Personalmanagement unterstützt werden, indem systematische Entwicklungsmöglichkeiten für die Mitarbeitenden geschaffen werden, zum einen durch die Förderung einer qualifikationsförderlichen Arbeitsgestaltung und zum anderen durch gezielte Personalentwicklungsmassnahmen. Die Ausprägung dieser Merkmale wird durch die zweite Dimension Personalwesen und Arbeitsorganisation erfasst. Betriebliches Gesundheitsmanagement kann nur erfolgreich sein, wenn ein klares Konzept existiert, das fortlaufend überprüft, verbessert und den Mitarbeitenden bekannt gemacht wird.

Die dritte Voraussetzung, die Planung, erfordert die Konkretisierung und sorgfältig durchdachte Umsetzung der Massnahmen, die Durchführung regelmässiger Ist-Analysen sowie die Formulierung und Umsetzung eines Kommunikationskonzepts für das Gesundheitsmanagement.

Soziale Verantwortung ist die vierte Dimension, die als Voraussetzung für das betriebliche Gesundheitsmanagement eine wichtige Rolle spielt. Anders ausgedrückt wird mit dieser Dimension überprüft, ob Organisationen mit natürlichen Ressourcen verantwortlich umgehen, insbesondere in Bezug auf die Vermeidung schädigender Umwelteinflüsse und die Unterstützung gesundheitsbezogener, sozialer, kultureller und fürsorglicher Initiativen.

Die fünfte und letzte Voraussetzung bezieht sich auf die Umsetzung der Massnahmen. Betriebliches Gesundheitsmanagement umfasst, wie bereits dargestellt, Massnahmen gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung und Förderung gesundheitsgerechter Verhaltensweisen. Ob diese Massnahmen sinnvoll miteinander verknüpft werden und wie systematisch sie durchgeführt werden, sind in dieser Dimension die zentralen Themen.

Ergebnisse

Zur Erfassung wirtschaftlicher und gesundheitsbezogener Kriterien werden im EFQM-Modell die Mitarbeiter- und Kundenzufriedenheit, Gesundheitsindikatoren und der Beitrag des Gesundheitsmanagements zum wirtschaftlichen Unternehmensergebnis erhoben.

Die prozess- und ergebnisorientierte Vorgehensweise und die damit verbundene Überprüfung der Wirksamkeit von Interventionen sollte unter Berücksichtigung der Strukturen und Abläufe des Unternehmens beurteilt werden. So weist Breucker (2001, S. 139) darauf hin, dass z. B. eine Rückenschule, die zwar den Anforderungen der evidenzbasierten Medizin genügt, im Ergebnis trotzdem unwirksam sein kann, wenn sie nicht in den betrieblichen Abläufen verankert ist.

13.0 BGM bringt für alle etwas

Der abschließende Bericht der deutschen Expertenkommission 'Die Zukunft einer zeitgemäßen betrieblichen Gesundheitspolitik' - an der VertreterInnen von Arbeitgeber- und Arbeitnehmerverbände ebenso beteiligt waren wie Wissenschaftler verschiedener Disziplinen - enthält einen Absatz, der die umfassende Bedeutung betrieblichen Gesundheitsmanagements eindeutig zusammenfasst (Kasten 10).

Kasten 10: Bedeutung betrieblicher Gesundheitspolitik (aus: Expertenkommission 2004, 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."

Der Bericht macht zugleich deutlich, dass damit an ein umfassendes Verständnis betrieblichen Gesundheitsmanagements appelliert wird, das sich nicht auf - vor allem verhaltensbezogene - Einzelmaßnahmen beschränkt.

14.0 Fazit

Die hier vorgelegten Elemente einer Positionsbestimmung erlauben nicht zuletzt 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.

15.0 Literatur

Zur Vertiefung empfohlene Literatur* :

- Ulich, E. & M. Wülser (2005). *Betriebliches Gesundheitsmanagement. Arbeitspsychologische Perspektiven*. 2.Auflage. Wiesbaden: Gabler
- Ulich, E. (2005). *Arbeitspsychologie*. 6.Auflage. Zürich: vdf Hochschulverlag. Stuttgart: Schäffer Poeschel

* Hier finden sich auch die im Text erwähnten Literaturangaben