

## **Betriebliche Gesundheitsförderung** **- Elemente einer Positionsbestimmung -**

### **1. Veränderungen des Gesundheitsbegriffs**

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 Konferenz der WHO kurz zuvor mit der Verabschiedung der sogenannten '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 Weltgesundheitsorganisation 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."

---

1991 schliesslich wurde 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. Nur so ist auch die von Nefiodow vorgelegte Zukunftsprojektion erklärbar. Seine Auseinandersetzung mit den langen Wellen der Konjunktur, den sogenannten 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), 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 ... " (a.a.O., S. 136). Dies ist auch an den Kosten für krankheitsbedingte Abwesenheit von der Arbeit deutlich erkennbar.

## **2. Zu den Kosten arbeitsbedingter Erkrankungen**

Eine Reihe neuerer Untersuchungen zeigt, dass krankheitsbedingte Abwesenheit für die Unternehmen nicht nur organisatorische Probleme, sondern auch erhebliche Kosten verursachen kann. 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, 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. Der Anteil arbeitsbedingter Erkrankungen am Ingesamt der Erkrankungen wird auf etwa 40 Prozent geschätzt. 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 Bruttoinlandsprodukts.

Aber es kann natürlich nicht allein die betriebs- oder volkswirtschaftliche Kalkulation sein, die betriebliche Gesundheitsförderung zum bedeutsamen Thema macht. Vielmehr werden Gesundheit und die Suche nach den Möglichkeiten, sie zu erhalten bzw. zu fördern, zunehmend in Zusammenhang mit Fragen der Arbeitsgestaltung und der Unternehmenskultur thematisiert.

### **3. Arbeitsgestaltung und Gesundheit**

#### **3.1 Verhaltens- und Verhältnisorientierung**

Obwohl die Bedeutung der bedingungsbezogenen Interventionen, d.h. der Veränderung der Verhältnisse insbesondere durch Massnahmen der Arbeitsgestaltung neuerdings immer wieder betont wird, liegt der Schwerpunkt betrieblicher Gesundheitsförderungsaktivitäten nach wie vor bei den personbezogenen Interventionen, d.h. bei der Veränderung des Verhaltens (vgl. Breucker, 2000; Busch, 1998; Busch, Huber & Themessl, 1998; Schwager & Udris, 1998). Wenn auch davon auszugehen ist, dass sich die beiden Ansätze zumindest teilweise wechselseitig bedingen (vgl. dazu Greiner, 1998), so gilt doch, dass "in der Sachlogik ... Verhaltensprävention der Verhältnisprävention stets nachgeordnet bleibt" Klotter, 1999, S.43). Eine Gegenüberstellung möglicher Massnahmen und Wirkungen findet sich in Tabelle 1.

Tabelle 1: Betriebliche Gesundheitsförderung: personbezogene und bedingungsbezogene Interventionen (aus: Ulich, 2001)

---

## Betriebliche Gesundheitsförderung

	<b>Personbezogene Interventionen</b> = verhaltensorientiert	<b>Bedingungsbezogene Interventionen</b> = verhältnisorientiert
bezogen auf	einzelne Personen -> individuumsorientiert	Arbeitssysteme und Personengruppen ->strukturorientiert
Beispiele für Massnahmen	Rückenschule, Stress-immunisierungstraining	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

---

### 3.2. Merkmale gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung

Am Beispiel der Muskel- und Skeletterkrankungen lässt sich die Bedeutung betrieblicher Arbeitsgestaltung exemplarisch aufzeigen. Diese Erkrankungsformen stehen in Deutschland an erster Stelle der Ursachen für krankheitsbedingte Fehltage (vgl. 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 sogenannten 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". Diese Aussage wird auch durch die Untersuchungen von Mayntz (2000) unterstützt, die in öffentlichen Verwaltungen als Prädiktoren für "Schulter-Nackenschmerzen" geringe soziale Unterstützung, Monotonie, Zeitdruck und unzureichende Erholungspausen identifizierte.

Hinweise wie diese und Untersuchungen, wie sie etwa von Lundberg (1996; Lundberg et al., 1994) und Melin et al. (1999) vorgelegt wurden, 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 (vgl. dazu Zapf & Semmer, 2003).

So findet sich schon bei Elkin und Rosch (1990) als erste der "strategies to reduce workplace stressors" die Angabe "redesign the task", im folgenden dann auch "provide social support and feedback" (vgl. Tabelle 2). Und Cooper (1996) nennt unter den "aspects of primary prevention" in bezug auf Stress als erstes "Job content and work scheduling". Schliesslich findet sich unter den Schlussfolgerungen und Empfehlungen des Institute for Health and Productive Management (2001) als erstes die Aufforderung "Develop healthy organisational cultures in which people experience greater personal control in how they do their work".

Folgerichtig ist bei Hacker et al. (2000, S.5) von einem branchen- und tätigkeitsübergreifenden Satz risikobehafteter Kombinationen die Rede, zu dem unzureichende Vollständigkeit der Aufgaben und mangelnde Vielfalt der Anforderungen ebenso gehören wie geringe Autonomie und fehlende Möglichkeiten der unterstützenden Kooperation, aber auch "widersprüchliche Aufträge ohne individuelle Lösungsmöglichkeiten" sowie Zeitdruck und qualitative Überforderung.

Innerhalb der Arbeitspsychologie besteht denn auch weitgehende Übereinstimmung dahingehend, dass die Konzepte, die ursprünglich vor allem mit der Intention, Arbeit persönlichkeitsförderlich zu gestalten formuliert worden waren, zugleich entscheidende Elemente betrieblicher Gesundheitsförderung und gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung sind (Bamberg, Ducki & Metz, 1998; Ducki, 2000; Frieling, 2002; Hacker et al., 2000; Oesterreich & Volpert, 1999; Richter, 1996; Ulich, 2001, 2002). Dementsprechend werden grosse Tätigkeitsspielräume, vollständige Aufgaben, hohe Anforderungen an eigenständiges Denken, Planen und Entscheiden, verbunden mit Möglichkeiten der Kommunikation und Kooperation, als wesentliche Merkmale gesundheitsgerechter Arbeitsgestaltung beschrieben (Bamberg & Metz, 1998; Büssing, 1999; Ducki, 2000; Leitner, 1999; Lüders & Pleiss, 1999; Oesterreich, 1999). Während also hohe Anforderungen als bedeutsame Quelle von Gesundheit beschrieben werden, werden hohe Belastungen, insbesondere in Form von Regulationshindernissen "als

schädlich für die Gesundheit angesehen; sie sind zudem überflüssig, da sie der Erledigung der Arbeitsaufgabe im Wege sind" (Leitner, 1999, S.80).

### **3.3 Gruppenarbeit als Strukturinnovation**

Die im Rahmen von Managementkonzepten, in denen die schlanke Produktion propagiert wird, eingeführten Konzepte von Arbeitsgruppen haben oft nur noch wenig zu tun mit den in den 70er und 80er Jahren u.a. im Rahmen des Programms zur Humanisierung der Arbeitslebens (HdA) entwickelten und erprobten Gruppenarbeitsmodellen. Konkrete Gruppenarbeitsmodelle unterscheiden sich offensichtlich im Hinblick auf Partizipationsmöglichkeiten, Autonomie, Kontrolle und Kooperationserfordernisse. Bezogen auf die gesundheitliche Wirkung von Formen der Gruppenarbeit muss also im Einzelfall zuerst die Art der Gruppenarbeit identifiziert werden.

In früheren Untersuchungen über die Arbeit in teilautonomen Gruppen in der Motorenmontage im VW-Werk Salzgitter (Granel, 1980; Ulich, 1980; Rohmert & Haider, 1980) konnten neben positiven Effekten auf Verhaltens- und Erlebensmerkmale vor allem auch positiv zu bewertende Veränderungen der Belastungsstrukturen nachgewiesen werden. So wurde etwa die in den beiden zum Vergleich herangezogenen hocharbeitsteiligen Montagestrukturen "nachgewiesene Zunahme der Arbeitsermüdung im Verlaufe einer Schicht ... bei der Gruppenmontage nicht beobachtet" (Granel, 1980, S.40). Theerkorn (1991, S.196) konnte zeigen, dass mit der Einführung von Fertigungsprinzipien "ein wichtiger Schritt in Richtung ausgewogener Belastungsstrukturen " vollzogen werden konnte. Wall & Clegg (1981) fanden 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. Auch hier zeigte sich, dass physiologische Belastungsreaktionen und Selbsteinstufungen der erlebten Ermüdung in den arbeitsteiligen Strukturen während des Schichtverlaufes zunahmen 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). Schliesslich gilt aber sowohl für die Erweiterung individueller als auch für die Erweiterung kollektiver Tätigkeitsspielräume, dass die Ergebnisse bezüglich positiver motivationaler, persönlichkeits- und gesundheitsförderlicher, aber auch ökonomischer Effekte nicht einheitlich sind. Abgesehen von methodischen Gründen und interindividuellen Unterschieden, die in den Prinzipien der Differentiellen und Dynamischen Arbeitsgestaltung Berücksichtigung finden, kann einer der Gründe dafür auch in der Annahme linearer Zusammenhänge zwischen positiv bewerteten Merkmalen

der Arbeits- bzw. Tätigkeitsgestaltung und gewünschten psychologischen und ökonomischen Effekten liegen. Die Realisierung einer solchen Annahme kann dazu führen, dass umso stärkere positive Effekte erwartet werden, je komplexer die Arbeitstätigkeiten, autonomer die Beschäftigten und vielfältiger die Anforderungen sind. Die schon früher (Ulich, 1972) geäußerte und neuerdings von Nedess und Meyer (2001) aufgenommene Annahme eines kurvilinearen Zusammenhangs zwischen dem Komplexitätsgrad von Tätigkeiten und dem Wirkungsgrad der Arbeit weist demgegenüber darauf hin, dass das diesbezügliche Optimum keineswegs notwendigerweise dem möglichen Maximum entspricht.

## Die aktuelle Lage

**"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)."**

---

—  
Levi, 2002

## **Strategies to reduce workplace stressors**

---

- **Redesign the task**
  - **Redesign the work environment**
  - **Establish flexible work schedules**
  - **Encourage participative management**
  - **Include the employee in career development**
  - **Analyse work roles and establish goals**
  - **Provide social support and feedback**
  - **Build cohesive teams**
  - **Establish fair employment policies**
  - **Share the rewards**
-

**ELKIN & ROSCH 1990**

**Stress: aspects of primary prevention**

- **Job content and work scheduling**
  - **Physical working conditions**
  - **Employment terms and expectations of *differing employee groups* within the organization**
  - **Relationships at work**
  - **Communication systems and reporting arrangement**
  - **Supportive organizational climate**
-

**COOPER 1996**

**Characteristics of motivating, personality  
and health promoting task design**

- **Completeness of the task**
- **Variety of demands**
  - **Opportunities for social interaction**
  - **Autonomy**
  - **Opportunities for learning and development**
  - **Opportunities for stress-free**
- **Meaningfulness**

**regulation**

---

## Merkmale gesundheitsförderlicher Arbeitsgestaltung

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

sind **verhältnis**orientierte Merkmale gesundheits- und persönlichkeitsförderlicher Arbeitsgestaltung. Sie erzeugen bzw. ermöglichen zugleich Orientierungen und **Verhaltens**weisen, die die aus den Arbeitsbedingungen resultierenden Effekte stabilisieren oder sogar verstärken.

---

## **Bewertungen der Teleheimarbeit**

**(Aus: Treier 2001)**

**"Die vielfältigen Befunde zu den gesundheitlichen Beschwerden infolge der Teleheimarbeit und der Umgang mit ihnen lassen keine Entwarnung hinsichtlich des AGS zu, im Gegenteil erfordern letztere eine Intensivierung der Forschung und Gestaltung in diesem Bereich .... Auffallend ist, dass sich ein eindeutiger Zusammenhang zwischen dem Arbeitszeitvolumen und der Anzahl der gesundheitlichen Beschwerden nachweisen lässt .... Interessant sind ferner die Relationen zu den jeweiligen Tätigkeitsfeldern .... Z.B. werden Augenbeschwerden vergleichsweise hoch von Teleheimarbeitern im Bereich Konstruktion und CAD, Gereiztheit, innere Unruhe und Müdigkeit v.a. von Telearbeitern mit Call Center Aktivitäten, Kreuzbeschwerden von Teleheimarbeitern mit Sekretariats- und EDV-Aufgaben angegeben. In Anbetracht der Vielzahl von konstatierten Beschwerden stellt sich die Frage, wie die Teleheimarbeiter mit einer beginnenden Krankheit umgehen. Die meisten bitten die Familie um Entlastung und/oder versuchen, die Arbeitszeit auf andere Zeiten zu verlegen" (Treier 2001, 202 f.)**

## **Teleheimarbeit und Familie**

**Anstatt der erhofften optimalen Vereinbarkeit von Berufsarbeit und Familienleben und neuer Formen der Rollenteilung werden in zahlreichen Fällen Probleme der Familienregulation und Verfestigung traditioneller Rollenmuster erkennbar.**

**"Die Befunde zur Familienregulation widerlegen mit hoher Evidenz den Mythos der besseren Vereinbarkeit zw. Familie und Beruf durch THA" (Treier 2001, 558) "Vor allem die weiblichen Telearbeiter mit familialen Verpflichtungen vollführen einen permanenten Spagat zwischen Teleheimarbeit und Familie" (Treier 2001, Kurzfassung).**

**Teleheimarbeit führt "nicht nur zur Aufgabe der faktischen, sondern auch zu einer Aufgabe der symbolischen Grenzen zwischen den Lebensbereichen mit all ihren - nicht selten widersprüchlichen- Implikationen für Leistung, Anerkennung, Konkurrenz auf der einen Seite und Entspannung, Nähe und Geborgenheit auf der anderen Seite" (Büssing 1999, 233)**

**Damit besteht die "Gefahr einer Verflüssigung der**

Grenzen zwischen Arbeit und Familien-/Freizeit"  
(Büssing & Broome 1999, 114)

**Berufliche Gratifikationskrisen und  
kardiovaskuläre Risiken einschließlich KHK**  
- Ergebnisse aus Längsschnittuntersuchungen -  
(modifiziert nach: Siegrist et al. 2003)

Autor (Jahr)	abhängige Variablen	unabhängige Variablen	odds ratio
Siegrist (1990)	akuter Herzinfarkt, plötzlicher Herztod, subklinische KHK	ERI	3.42
Lynch (1997)	Progression der Atherosklerose der Karotis	ERI*	signifikanter Haupteffekt (p=.04)

<b>Bosma (1998)</b>	<b>neu aufgetretene KHK</b>	<b>ERI und OC*</b>	<b>2.15</b>
<b>Joksimovic(1999)</b>	<b>Restenosierung von Herzkranzgefäßen nach PTCA</b>	<b>OC</b>	<b>2.86</b>
<b>Kuper (2002)</b>	<b>Angina pectoris, KHK (tödlich), Herzinfarkt (nicht- tödlich)</b>	<b>ERI* OC*</b>	<b>1.3 1.3</b>
<b>Kivimäki (2002)</b>	<b>kardiovaskuläre Mortalität</b>	<b>ERI*</b>	<b>2.42</b>

---

---

**ERI = Effort-Reward Imbalance**  
**= Verausgabungs-Belohnungs-Ungleichgewicht**

**OC = Overcommitment**

**\* = Annäherungsmasse an Originalskalen des  
Modells**

---