



University of Applied Sciences

APOLLON Hochschule
der Gesundheitswirtschaft

Einführung in das Betriebliche Gesundheitsmanagement

BEGEH01



Das Studienheft und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen ist nicht erlaubt und bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Rechteinhabers. Dies gilt insbesondere für das öffentliche Zugänglichmachen via Internet, die Vervielfältigung und Weitergabe. Zulässig ist das Speichern (und Ausdrucken) des Studienhefts für persönliche Zwecke.



University of Applied Sciences

APOLLON Hochschule
der Gesundheitswirtschaft

**Stephanie Pöser
Tobias Bernhardt**

**Einführung in das Betriebliche
Gesundheitsmanagement**

BEGEH01



Tobias Bernhardt

(geb. 1977) studierte Soziologie, Arbeitswissenschaften und Psychologie (M.A.) in Bremen, Oldenburg und Valencia (Spanien). Schwerpunkte: psychische Belastungen der Arbeitswelt, demografischer Wandel, empirische und statistische Methoden, Organisationsentwicklung. Bis 2009 als Personalentwickler in der freien Wirtschaft beschäftigt. Seit 2009 als wissenschaftlicher Mitarbeiter an der Universität Bremen tätig. Mitarbeit in verschiedenen Projekten, zum Beispiel Datenauswertungen von Mitarbeiterbefragungen im öffentlichen Dienst, Netzbildung zur Sicherheit und Gesundheit in der Bauwirtschaft, Gestaltung alters- und altersgerechter Schichtsysteme im Hafenbetrieb, AU-Datenanalysen an der

Universität Bremen. Momentan Projektleiter zur gesunden und individuellen Schichtarbeit in der Flugzeugindustrie. Seit 2011 Lehrtätigkeit an der Universität Bremen sowie Vortragstätigkeit an der Hochschule für öffentliche Verwaltung in Bremen.



Stephanie Pöser

(geb. 1978) studierte Psychologie (Dipl. Psych.) in Bremen. Arbeitsschwerpunkte: Betriebliches Gesundheitsmanagement, psychische Belastungen in der Arbeitswelt, demografischer Wandel, Organisationsentwicklung und Netzbildung. Seit 2005 als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Zentrum für Sozialpolitik der Universität Bremen tätig. Mitarbeit in verschiedenen Projekten zum Thema Gesundheitsmanagement, Sicherheit und Gesundheit sowie Netzbildung bei einem Entsorgungsunternehmen, in der Bauwirtschaft sowie in der ambulanten Pflege. Projekte zur alters- und altersgerechten Gestaltung von Schichtarbeit in einem Hafenbetrieb sowie zur gesunden und individuellen Schichtarbeit bei einem Unternehmen der Flugzeugindustrie. Zwischen 2007 und 2009 inhaltliche Begleitung sowie qualitative Evaluation eines Projekts in einem Unternehmen der beruflichen Bildung Erwachsener. Seit 2009 psychologische Gutachterin in der Fahreignungsdiagnostik. Seit 2011

Lehrtätigkeit an der Universität Bremen sowie Vortragstätigkeit an der Hochschule für öffentliche Verwaltung in Bremen.

Falls wir in unseren Studienheften auf Seiten im Internet verweisen, haben wir diese nach sorgfältigen Erwägungen ausgewählt. Auf Inhalt und Gestaltung haben wir jedoch keinen Einfluss. Wir distanzieren uns daher ausdrücklich von diesen Seiten, soweit darin rechtswidrige, insbesondere jugendgefährdende oder verfassungsfeindliche Inhalte zutage treten sollten.

Einführung in das Betriebliche Gesundheitsmanagement

Inhaltsverzeichnis

Einleitung	1
Kapitel 1	
1 Einführung in das Betriebliche Gesundheitsmanagement.....	3
1.1 Betriebliches Gesundheitsmanagement: eine erste Annäherung	3
1.2 Historische Entwicklung.....	5
1.3 Abgrenzung des BGM-Begriffs	7
1.4 Gründe für und gegen ein Betriebliches Gesundheitsmanagement	9
1.5 Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Erkrankungen	12
Zusammenfassung	15
Aufgaben zur Selbstüberprüfung	15
Kapitel 2	
2 „Gesundheit“ und „Arbeit“ als zentrale Begriffe des Betrieblichen Gesundheitsmanagements.....	16
2.1 Was ist Gesundheit?	16
2.1.1 Gesundheits-Krankheits-Kontinuum	18
2.1.2 Pathogenese	19
2.1.3 Salutogenese	20
2.2 Betriebliches Gesundheitsmanagement – die Flussmetapher	21
2.3 Der Arbeitsbegriff im Kontext des Betrieblichen Gesundheitsmanagements.....	22
2.3.1 Vier Menschenbilder der Arbeit	23
2.3.2 Erschließung verschiedener Zielgruppen	27
2.3.3 Veränderung der Arbeitsanforderungen und der Rahmenbedingungen.....	30
Zusammenfassung	31
Aufgaben zur Selbstüberprüfung	32

Kapitel 3

3	Belastungen und Beanspruchungen in der Arbeitswelt sowie deren Bewältigung	33
3.1	Der Unterschied zwischen Beanspruchung und Belastung.....	33
3.2	Ressourcen im Umgang mit betrieblichen Anforderungen.....	36
3.2.1	Externe Ressourcen	36
3.2.2	Interne Ressourcen	38
3.3	Stress.....	40
3.3.1	Was ist Stress?.....	40
3.3.2	Gesundheit und Stress.....	44
3.3.3	Verschiedene Stressmodelle.....	45
3.4	Weitere psychische Belastungen.....	52
3.4.1	Monotonie	53
3.4.2	Psychische Ermüdung	53
3.4.3	Psychische Sättigung	54
3.4.4	Herabgesetzte Vigilanz	54
3.5	Konsequenzen und Handlungsfelder des BGM.....	54
	Zusammenfassung.....	55
	Aufgaben zur Selbstüberprüfung	55
	Schlussbetrachtung.....	57

Anhang

A.	Bearbeitungshinweise zu den Übungen	59
B.	Lösungen der Aufgaben zur Selbstüberprüfung	62
C.	Glossar	67
D.	Literaturverzeichnis	70
E.	Abbildungsverzeichnis.....	76
F.	Tabellenverzeichnis	77
G.	Sachwortverzeichnis	78
H.	Einsendeaufgabe.....	79

Einleitung

Liebe Studierende,

nichts ist so beständig wie der Wandel, insbesondere in Bezug auf Erwerbsarbeit. So kam es in den letzten Jahrzehnten zu grundlegenden Veränderungen, z. B. in der Verteilung der Wirtschaftssektoren, weg vom produzierenden und verarbeitenden Gewerbe hin zu oft neu geschaffenen Berufsbildern im Dienstleistungssektor. Dieser Wandel betrifft nicht allein die Arbeitsinhalte, sondern auch die Sicherheit bzw. Kontinuität der Arbeitnehmer, sodass geradlinige Erwerbsbiografien zunehmend aufgeweicht werden. Aus den ehemals „normalen“ Arbeitsverhältnissen werden immer häufiger atypische Arbeitsverhältnisse wie Zeitarbeits- oder befristete Arbeitsverhältnisse und Mini-Jobs.

Die Anforderungen an die Mitarbeiter – zur besseren Lesbarkeit wird lediglich die männliche oder die weibliche Form verwendet, gemeint sind selbstverständlich beide – haben sich ebenso gewandelt. Oft muss außerhalb der traditionellen Arbeitszeiten, also auch am Wochenende, an Feiertagen oder spät abends bzw. nachts gearbeitet werden. Die Auftragsspitzen variieren nicht nur mittel- bzw. langfristig (Stichwort Leiharbeit), sondern können sich auch kurzfristig verändern (Stichworte Stress und Termindruck). Insgesamt geht eine Verdichtung der Arbeitsanforderungen meist einher mit dem Anspruch der Arbeitgeber nach entsprechend hoher Qualifikation der Mitarbeiter. Gleichzeitig wird der Arbeitsmarkt für neue Personengruppen geöffnet.

Neben den genannten Entwicklungen zeichnen sich aber auch gesamtgesellschaftlich Veränderungen ab, die eng mit der Arbeitswelt verwoben sind und im Wechselspiel mit dieser stehen, beispielsweise die Globalisierung oder der demografische Wandel. Verschiedene Akteure aus Wirtschaft und Politik haben daher mittlerweile erkannt, dass die zukünftige Überlebensfähigkeit von Unternehmen und Institutionen entscheidend von der langfristigen Einsatzfähigkeit der Mitarbeiter abhängt.

Hier kommt das Betriebliche Gesundheitsmanagement (BGM) ins Spiel.

Im ersten Kapitel möchten wir Ihnen einige Grundbegriffe im BGM näher bringen und Ihnen die Vor- und Nachteile eines BGM für die Beteiligten vorstellen. Im Anschluss daran wird ein historischer Überblick gegeben, um Ihnen die Entwicklung des BGM anhand wichtiger, geschichtlicher Meilensteine deutlich zu machen.

Auch möchten wir Ihnen in diesem Heft die theoretische Abgrenzung zu anderen Begrifflichkeiten vermitteln und Ihnen erste Argumente, die für und gegen die Einführung eines BGM sprechen, an die Hand geben. Im Anschluss daran gehen wir näher auf das Thema Berufserkrankungen ein.

Das zweite Kapitel soll Ihnen ein Grundverständnis für die Begriffe „Arbeit“ und „Gesundheit“ im BGM vermitteln. Auch wenn Sie sich diesem Thema im Rahmen Ihres Studiums bereits gewidmet haben, ist es aus Sicht der Autoren wichtig, dass Sie sich an dieser Stelle nochmals den speziellen Blickwinkel verdeutlichen,

aus dem Sie auf die Gesundheitsvorstellungen im BGM blicken, da sich hieraus Ihr Arbeitsauftrag als „Gesundheitsmanager“ ableitet. Wir nähern uns diesem Gesundheitsverständnis über das Konzept der Salutogenese an.

Im Anschluss daran betrachten wir die historischen Entwicklungen bis hin zu aktuellen Arbeitsmarktentwicklungen und Arbeitsflexibilisierungen. Den Abschluss dieses Kapitels bildet dann die Vorstellung neuer Arbeitnehmergruppen, die im BGM Berücksichtigung finden sollten.

Kapitel 3 widmet sich dann abschließend ersten theoretischen Modellen zu Belastungen und Beanspruchungen. Sie werden lernen, dass die Eröffnung von Ressourcen einen wichtigen Stellenwert im BGM einnimmt. Hier schließt sich der Kreis zu den dem BGM zugrunde liegenden Gesundheitsvorstellungen und Ihrem Arbeitsauftrag als „Gesundheitsmanager“, aber auch zu Handlungsfeldern im BGM. Hierauf aufbauend wird das Thema „Stress“ als einer der Haupt-Einflussfaktoren in der modernen Arbeitswelt näher betrachtet und in Bezug zum Thema Gesundheit gesetzt. Den theoretischen Hintergrund dazu bekommen Sie über die Darstellung zweier Stressmodelle. Weitere psychische Belastungen werden im darauf folgenden Kapitel beschrieben.

Das Kapitel schließt mit einer kurzen Zusammenfassung der Konsequenzen und Handlungsfelder im BGM.

Kapitel 1

1 Einführung in das Betriebliche Gesundheitsmanagement

Nach dem Lesen und Bearbeiten dieses Kapitels sind Sie in der Lage, Betriebliches Gesundheitsmanagement (BGM) zu definieren und sowohl begrifflich als auch historisch herzuleiten. Sie können Überschneidungen bzw. Differenzen zum Arbeitsschutz und zum betrieblichen Eingliederungsmanagement identifizieren. Sie kennen die Gründe auf Arbeitgeber- sowie Arbeitnehmerseite, die für bzw. gegen die Einführung von BGM sprechen, und Sie können sie benennen.

1.1 Betriebliches Gesundheitsmanagement: eine erste Annäherung

Vermutlich haben Sie bereits öfter von Betrieblichem Gesundheitsmanagement (BGM) gehört. Vielleicht haben Sie in Ihrem bisherigen Arbeitsleben auch bereits selbst an Maßnahmen des BGM teilgenommen. Was aber ist ein Betriebliches Gesundheitsmanagement genau und was verbirgt sich hinter diesem Begriff?

BGM setzt sich sprachlich aus drei Dimensionen zusammen, die zur Begriffsdefinition beitragen:

- **betrieblich** im Sinne von Erwerbsarbeit in öffentlichen Institutionen/Verwaltungen und privatwirtschaftlichen Organisationen,
- **Gesundheit** als Komponente des körperlichen, psychischen, sozialen und emotionalen Wohlbefindens,
- **Management** als umfassender Prozess des Analysierens, Strukturierens sowie Entscheidens.

Die einzelnen Dimensionen wollen wir Ihnen an dieser Stelle nach unserem Verständnis kurz vorstellen, da ihre enge Verknüpfung für ein erfolgreiches Gelingen von BGM-Maßnahmen unablässig ist. In den folgenden Kapiteln werden wir noch genauer auf einzelne Aspekte eingehen.

Unter dem Begriff Betrieb werden in unserem Kontext öffentliche Institutionen/Verwaltungen und privatwirtschaftliche Unternehmen zusammengefasst. Denn BGM ist nicht auf bestimmte Unternehmenstypen beschränkt.

Nur gesunde Mitarbeiter können dauerhaft leistungsfähig sein und so den wirtschaftlichen Erfolg sowie die Handlungs- und Leistungsfähigkeit eines Betriebs aufrechterhalten. Daher ist die Erhaltung bzw. Wiederherstellung der Gesundheit ein hohes Ziel im BGM (vgl. Ulich, 2005). Gesundheit ist dabei mehr als lediglich die Abwesenheit von Krankheit. Sie spielt sich auf verschiedenen Ebenen wie der körperlichen und psychischen, aber auch der sozialen und emotionalen Ebene ab, wie wir in den folgenden Kapiteln noch ausgiebig sehen werden.

Das vorausschauende Koordinieren und Steuern von Strukturen und Prozessen hat im Kontext des BGM entscheidende Bedeutung (vgl. Ritter, 2003): Wer unternehmerische Ziele erreichen will, sollte den Weg dorthin planen. Nur so ist gewährleistet, dass sich die Mühen auch auszahlen. Management in unserem Kontext unterscheidet sich vom puren „Maßnahmenaktivismus“, also dem willkürlichen Ansetzen von Interventionen, ohne profunde Kenntnisse zu relevanten Informationen über die betrieblichen Gegebenheiten. Das verlangt Organisation, Koordination und Kontrolle von Ressourcen wie Personal, Kosten, Räumlichkeiten etc. Dabei ist es wichtig, nicht mit vorgefertigten Meinungen („Ich weiß bereits, wo die Schwierigkeiten liegen“) in den Prozess zu gehen, sondern eher eine Haltung, die einem „unbeschriebenen Blatt“ entspricht, einzunehmen.



Übung 1.1:

Überlegen Sie, in welchen Bereichen eines Betriebes die Gesundheit zum Thema werden kann. Wer kann davon betroffen sein?

Nach dieser kompakten Begriffsbestimmung können wir festhalten: BGM befasst sich mit der strategischen Organisation von Gesundheitsmaßnahmen in Unternehmen, um schädigende Einflüsse auf Mitarbeiter zu minimieren und die Betroffenen zu befähigen, gegenwärtigen und zukünftigen Arbeitseinflüssen besser begegnen zu können. Badura definiert es folgendermaßen:



Unter BGM versteht man „die Entwicklung integrierter betrieblicher Strukturen und Prozesse, die die gesundheitsförderliche Gestaltung von Arbeit, Organisation und Verhalten zum Ziel haben und den Beschäftigten wie dem Unternehmen gleichermaßen zugute kommen.“ (Badura et al., 1999, S. 17)

Das BGM kann für ein Unternehmen somit als Win-win-Situation verstanden werden, da sowohl Mitarbeiter von der Verbesserung ihrer Gesundheit und einem gesteigerten Wohlbefinden als auch Unternehmen durch langfristige Kosteneinsparungen profitieren. So nennt eine Studie des Spitzenverbands der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung einen „Return on Prevention“ (ROP) von 2,2, was bedeutet, dass für jeden investierten Euro 2,20 Euro in das Unternehmen zurückfließen (vgl. DGUV, 2012). Diese Zahlen sind jedoch mit Vorsicht zu betrachten und variieren stark – je nachdem, welches Zahlenmaterial der Studie zugrunde gelegt wurde bzw. welche Betriebe im Fokus der Betrachtung standen (vgl. Lück et al., 2009).

Zu einem „Return on Prevention“ von 1,6 kommt eine Studie der Universität Gießen unter der Leitung des Instituts Arbeit und Gesundheit (BGAG) der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) (vgl. DGUV, 2008). Hier ist allerdings auch festzuhalten, dass die Einführung von BGM nicht automatisch zu

einem positiven ROP führt. Außerdem können verschiedene Erwartungshaltungen, beispielsweise von Arbeitgebern und Arbeitnehmern, ggf. unterschiedliche Ziele verfolgen, wie wir weiter unten noch sehen werden.

Schaut man aus der volkswirtschaftlichen Perspektive, kann sogar von einer Win-win-win-Situation gesprochen werden, denn in Deutschland entstehen durch arbeitsbedingte Erkrankungen jährlich Kosten von 43,9 Milliarden Euro (vgl. BKK BV, 2008) – eine Summe, die durch BGM reduziert werden könnte. Dazu aber später mehr (siehe Kapitel 1.4).

1.2 Historische Entwicklung

Bis zum Ende der 1970er-Jahre war die europäische Gesundheitsförderung stark von gesundheitserzieherischen Maßnahmen geprägt, die sich in erster Linie auf Veränderungen im Verhalten der Beschäftigten bezogen. Zunehmend rückten jedoch die Themen Prävention und Maßnahmen zur Vermeidung von Krankheiten in den Fokus der Betrachtung.

Eine weitere große Herausforderung seit den 1970er-Jahren, verstärkt dann in den 80er-Jahren, war die Vereinheitlichung von verschiedenen nationalstaatlichen Rahmenbedingungen in der EU sowie die unterschiedliche Tradition der Rechtssysteme in den Bereichen Sicherheit und Gesundheit.

In den 1980er-Jahren interessierte Wissenschaft und Gesellschaft die gesellschaftliche Komponente von Gesundheit stärker. Es kam zu einer Orientierung weg von der reinen Gesundheitserziehung hin zu einer Verhältnisorientierung (wozu Sie weiter unten mehr erfahren werden).

1986 wurde die erste internationale Konferenz zur Gesundheitsförderung in Ottawa, Kanada durchgeführt (daher auch der Name der dort verabschiedeten „Ottawa-Charta“). Das ehrgeizige Ziel lautete „Gesundheit für alle“ bis zum Jahr 2000. Um dies zu erreichen, wurden folgende Unterziele definiert:

- allen Menschen soll ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit ermöglicht und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit befähigt werden,
- um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen
 - ihre Bedürfnisse befriedigen,
 - ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie
 - ihre Umwelt meistern bzw. sie verändern können.

Gesundheit wird somit als ein wesentlicher Bestandteil in das alltägliche Leben integriert. Nicht mehr nur der Gesundheitssektor bzw. staatliche Aufsichtsbehörden tragen die Verantwortung für die eigene Gesundheit. Auch dem Einzelnen kommt diese Aufgabe zu, und zwar in dem Sinne, dass die Selbstbestimmung einen höhe-

ren Stellenwert einnimmt. Außerdem sollen eigene Bedürfnisse zur Gestaltung der individuellen Umwelt beachtet werden (weiterführende Informationen finden Sie auf den Internetseiten der Weltgesundheitsorganisation WHO).

Das Gesundheitsreformgesetz (GRG) von 1988 schuf für die Krankenkassen in Deutschland erstmals die Möglichkeit, präventive und gesundheitsfördernde Maßnahmen zu initiieren. Durch Erlass weiterer Gesetze wurde dies in den folgenden Jahren jedoch wieder eingeschränkt und erst ca. zwölf Jahre später durch die Neufassung des § 20 SGB V wieder gelockert. Von da ab wurden die Krankenkassen zur Durchführung entsprechender Maßnahmen verpflichtet.

Tipp!

Einen guten Überblick zur Umsetzung des § 20 bietet der „Leitfaden Prävention“ des GKV-Spitzenverbandes. Abrufbar unter: http://www.gkv-spitzenverband.de/krankenversicherung/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention_und_betriebliche_gesundheitsfoerderung/leitfaden_praevention/leitfaden_praevention.jsp (03.04.2013).

Ein weiterer wichtiger Meilenstein war die EU-Rahmenrichtlinie 89/391/EWG des Rates vom 12.06.1989 über die Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der Sicherheit und des Gesundheitsschutzes der Arbeitnehmer bei der Arbeit. Diese Richtlinie definiert bestimmte Mindestanforderungen für den Europäischen Binnenmarkt, die im Jahre 1996 in deutsches Recht als Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG) überführt wurden und die die Gesundheit der Beschäftigten durch Maßnahmen des Arbeitsschutzes sichern und verbessern sollten.

Das Arbeitsschutzgesetz knüpft an eine Konvention („Übereinkommen“) der Internationalen Arbeitsschutz-Organisation (IAO, auch bekannt unter dem Kürzel ILO, ausgeschrieben „International Labour Organization“) an. Diese bezieht Bereiche, die bis dato losgelöst vom Arbeitsleben betrachtet wurden, als Einflussfaktoren für die Gesundheit mit ein: Gesundheit wird dabei nicht auf die Abwesenheit von Krankheit reduziert, stattdessen werden auch körperliche und vor allem psychische Faktoren mit einbezogen.

Ein weiterer Punkt war, dass die Arbeitnehmer nicht mehr reine Empfänger des Arbeits- und Gesundheitsschutzes sein, sondern selbst aktiv werden sollten. Diese Forderung griff einen zehn Jahre zuvor formulierten Gedanken der Ottawa-Charta auf (vgl. Kuhn, 2010).

Die EU-Rahmenrichtlinie 89/391/EWG führte zu einer Umorientierung des traditionellen Arbeitsschutzes in Theorie und Praxis. 1997 wurde die Luxembourg Declaration verabschiedet, in der es im Wesentlichen um die Partizipation, also die Beteiligung der Belegschaft, an Gesundheitsfragen ging und in der Grundsätze betrieblicher Gesundheitsförderung formuliert wurden. In einem Europäischen Netzwerk für Betriebliche Gesundheitsförderung sollen ein kontinuierlicher Erfahrungsaustausch stattfinden, gute Praxisbeispiele („models of good practice“) identifiziert werden und diese an anderer Stelle fortgeführt werden.

Im Cardiff Memorandum (1998) wurde festgelegt, dass insbesondere kleine und mittlere Unternehmen (KMU) vordringlich zu betrachten sind.

Die Gründe hierfür waren vielfältig. Aktivitäten im BGM waren bis dato in erster Linie auf Großunternehmen ausgerichtet, da diese über die nötigen Ressourcen und die Infrastruktur zur Umsetzung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen verfügten – und Maßnahmen somit leichter umsetzbar waren. Europaweit arbeitet jedoch eine sehr hohe Anzahl von Beschäftigten in KMU. Das Cardiff Memorandum startete somit als Initiative zur Schaffung von Infrastruktur und Ressourcen zur Einführung von Gesundheitsförderungsmaßnahmen in KMU. KMU bringen hierbei sowohl Vor- als auch Nachteile für die Umsetzung von Maßnahmen zur Gesundheitsförderung mit: Zum Beispiel findet man dort oftmals einen engeren Kontakt zwischen Arbeitgebern und Arbeitnehmern als in Großbetrieben, was als Chance für die Umsetzung von BGM genutzt werden kann. Nachteil in kleinen Unternehmen ist, dass der Zugang zu dem Thema aufgrund fehlender Ressourcen (personell, finanziell) erschwert wird. Wegen einer erhöhten Wettbewerbssituation bezogen auf andere KMU, aber auch auf Großbetriebe, scheuen sich viele Chefs, entsprechende Investitionen zu tätigen. Gleichwohl wirken sich krankheitsbedingte Fehlzeiten stark auf die Arbeitsabläufe aus und können u. U. sogar das Überleben kleiner Betriebe bedrohen (vgl. BAuA, 1998).

Übung 1.2:

Viele der in diesem Kapitel genannten Entwicklungen sind für uns heutzutage zur Selbstverständlichkeit geworden. Betrachten Sie die geschichtliche Entwicklung Betrieblicher Gesundheitsförderung und überlegen Sie, inwiefern Sie in Ihrem beruflichen Alltag von diesen Entwicklungen betroffen sind und/oder waren.



1.3 Abgrenzung des BGM-Begriffs

Die aufgezeigte, historische Entwicklung hat zu dem heutigen BGM-Begriff geführt. Allerdings wird BGM in der betrieblichen Praxis oftmals synonym zu Begrifflichkeiten wie Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF), Arbeits- und Gesundheitsschutz (AGS) oder Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM) verwendet. Es gibt zwischen ihnen Überschneidungen, allerdings meinen sie im Kern etwas Unterschiedliches (wie Sie unter anderem der Tabelle 1.1 entnehmen können). Die Gleichsetzung dieser Begrifflichkeiten ist dabei nicht generell falsch, jedoch unvollständig, da es sich bei ihnen lediglich um einzelne Handlungsfelder des BGM handelt. Um dies zu verdeutlichen, wollen wir kurz auf das jeweilige Konzept eingehen sowie klären, was es leistet und was nicht.

Die Betriebliche Gesundheitsförderung (BGF) ist ein wesentlicher Bestandteil des Betrieblichen Gesundheitsmanagements. BGF bezeichnet alle im Betrieb durchgeführten Maßnahmen und eingesetzte Instrumente zur Stärkung gesundheitlicher Ressourcen. Ein wichtiger geschichtlicher Meilenstein der Gesundheitsförderung

ist die im vorangegangenen Kapitel vorgestellte Ottawa-Charta, die die Verantwortung für Gesundheit in sämtlichen Politikbereichen sieht (vgl. Faller, 2012). Auf die betriebliche Realität übertragen bedeutet das, dass Gesundheit verstärkt auch Managementaufgabe ist und nicht allein die Beschäftigten die Verantwortung für ihre Gesundheit übernehmen müssen. Neben dem individuellen Verhalten werden „auch die betrieblichen Strukturen mit ihren Einflussfaktoren auf dieses Verhalten“ in den Fokus gestellt (Faller, 2012, S. 16).

Beim AGS geht es um den Schutz der Beschäftigten vor arbeitsbedingten Sicherheits- und Gesundheitsgefährdungen, vor allem durch die Bemühung, Gefährdungen am Arbeitsplatz und Arbeitsunfälle zu vermeiden. Der AGS ist in Deutschland rechtlich geregelt, z. B. im Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG), Arbeitssicherheitsgesetz (ASiG) bzw. in Bezug auf besonders schutzbedürftige Personengruppen wie Mütter (Mutterschutzgesetz MuSchG) oder Minderjährige (Jugendarbeitsschutzgesetz JArbSchG). Der AGS ist arbeitsmedizinisch bzw. sicherheitstechnisch orientiert, ihm geht es z. B. um die Reduktion von Lärm oder den Umgang mit Gefahrenstoffen, was methodisch vor allem durch die Einhaltung von Vorschriften und Leitlinien bewerkstelligt werden soll (vgl. Kentner, 2003).

Mit Blick auf das Arbeitsschutzgesetz (§ 5) dienen insbesondere Gefährdungsbeurteilungen dem Zweck, Arbeitsbedingungen zu ermitteln, die ggf. Arbeitsschutzmaßnahmen nach sich ziehen. Im dritten Absatz heißt es dazu:

„Eine Gefährdung kann sich insbesondere ergeben durch:

1. die Gestaltung und die Einrichtung der Arbeitsstätte und des Arbeitsplatzes,
2. physikalische, chemische und biologische Einwirkungen,
3. die Gestaltung, die Auswahl und den Einsatz von Arbeitsmitteln, insbesondere von Arbeitsstoffen, Maschinen, Geräten und Anlagen sowie den Umgang damit,
4. die Gestaltung von Arbeits- und Fertigungsverfahren, Arbeitsabläufen und Arbeitszeit und deren Zusammenwirken,
5. unzureichende Qualifikation und Unterweisung der Beschäftigten.“

Dem gegenüber versucht das BGM, eigene Maßstäbe, z. B. durch Diagnostik, zu definieren mit dem Ziel, psychosoziale Belastungen zu reduzieren sowie die Motivation und Identifikation mit dem Unternehmen zu erhöhen (vgl. Kentner, 2003).

Handelt es sich nach Ansicht des AGS beim Beschäftigten um eine schutzbedürftige Person, sehen das BGM und die BGF den Einzelnen als ein autonom handelndes Subjekt, das sich aktiv an der Gesunderhaltung bzw. -wiederherstellung beteiligt.

Tabelle 1.1: Betrieblicher Arbeitsschutz und betriebliche Gesundheitsförderung in idealtypischer Gegenüberstellung (vgl. Ulich, 2005)

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

1.4 Gründe für und gegen ein Betriebliches Gesundheitsmanagement

Bei der Umsetzung des Betrieblichen Gesundheitsmanagements gibt es erhebliche Unterschiede hinsichtlich der Qualität und Intensität der eingeführten/geplanten Maßnahmen. Ca. zwei von drei Mitarbeitern in Großunternehmen geben an, dass sich ihr Betrieb mit dem Thema beschäftigt, wohingegen dies bei den Klein- und Kleinstunternehmen nur auf jeden dritten Mitarbeiter zutrifft. Auch variieren die Zahlen bei einem Blick auf verschiedene Branchen (vgl. Bödeker; Hüsing, 2008).

Die Gründe, ein BGM abzulehnen, sind vielfältig und variieren häufig nicht nur zwischen den Branchen, sondern auch innerhalb der Belegschaft eines Betriebes: Sie können auf Unsicherheit treffen, vielleicht aber auch auf Angst vor Neuerungen/Veränderungen oder fehlende Investitionsbereitschaft. Bei der Einführung von BGM-Maßnahmen ist also oftmals Überzeugungsarbeit gefragt, sodass Sie lernen müssen, Befürchtungen/Ängste ernst zu nehmen und Skeptiker vom Nutzen Ihres Vorhabens zu überzeugen. Hierfür ist vor allem fundiertes Wissen vonnöten: Betrachten wir im Folgenden daher noch einmal konkreter die Gründe, die für oder gegen den Einsatz von BGM sprechen.



Übung 1.3:

Sie haben in diesem Kapitel bereits erfahren, dass der Umsetzungsstand von BGM-Maßnahmen in unterschiedlichen Betrieben/Branchen stark variiert. Bevor Sie weiterlesen: Überlegen Sie, woran dies liegen könnte. Was könnte der Einführung eines BGM im Wege stehen, wenn die Vorteile doch auf der Hand liegen?

Der iga-Report 20 (vgl. Bechmann et al., 2011) geht hier weiter ins Detail. Es wird festgestellt, dass fast 90 % der befragten Betriebe aus sozialem Verantwortungsgefühl gegenüber ihrer Belegschaft ein BGM etabliert haben. 10 % dieser Betriebe gaben an, dass ein schlechtes Betriebsklima der Grund für die Einführung war. Beide Aussagen sollten vorsichtig interpretiert werden, da hier die Gefahr von Antworttendenzen wie „sozialer Erwünschtheit“ gegeben ist (vermutlich haben die Befragten so geantwortet, wie es von den Mitmenschen erwartet wird. Dies geschieht unter anderem, um sich selbst gut darzustellen und sich vor Sanktionen z.B. durch negative Publicity für das eigene Unternehmen zu schützen).

Aussagekräftiger ist jedoch die Feststellung, dass fast die Hälfte der befragten Betriebe aufgrund hoher Fehlzeiten bzw. durch das Angebot der Krankenkassen bezüglich personeller und fachlicher Unterstützung motiviert war, ein BGM einzuführen.

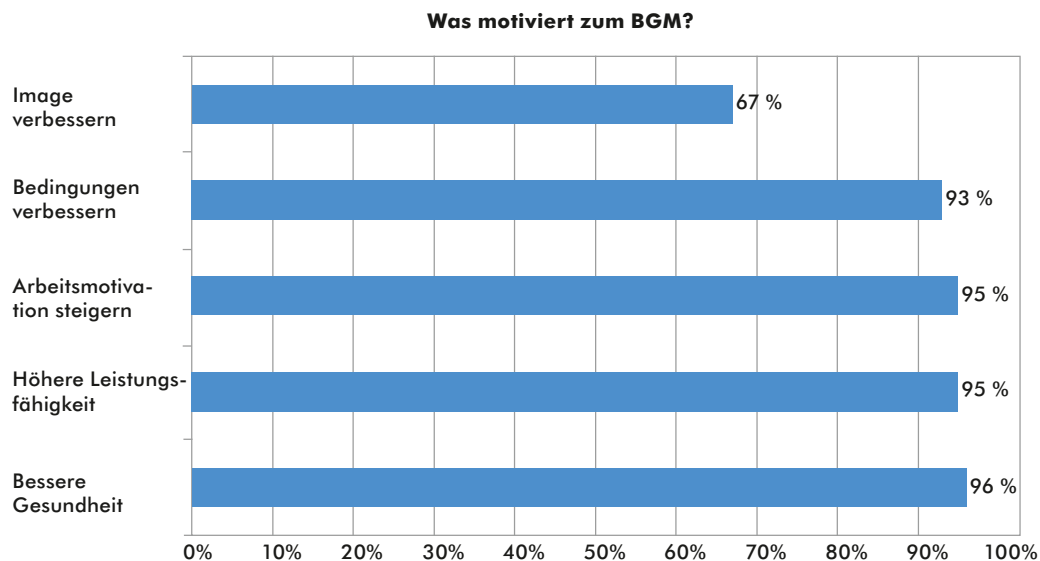


Abb. 1.1: Gründe auf Betriebsseite für die Einführung von BGM (Mehrfachnennungen möglich) (vgl. Bechmann et al., 2011)

Eine Telefonbefragung der Techniker Krankenkasse unter kleinen und mittleren Unternehmen fand weitere Gründe heraus, zu denen u. a. gehörten (vgl. Techniker Krankenkasse, 2008):

- Mitarbeiterzufriedenheit erhöhen (15 %)
- Mobbing verhindern (14 %)
- Leistungsfähigkeit der Mitarbeiter erhöhen (12 %)
- Identifikation mit dem Unternehmen fördern (10 %)
- Fluktuation senken (5 %)

Übung 1.4:

Stellen Sie sich vor, Sie sind Inhaber/-in eines kleinen Betriebes mit 45 Mitarbeitern. Was wären für Sie Gründe, die für bzw. gegen die Einführung eines BGM-Konzeptes sprechen würden?



So sehr die Gründe für ein BGM sprechen, darf nicht vergessen werden, dass es auch zu Hemmnissen kommen kann. Das können z. B. schlechte Erfahrungen oder fehlende Informationen über den Inhalt oder den Ablauf der Maßnahmen sein. Ebenso kann es sein, dass dem BGM im Vergleich zum Tagesgeschäft keine höhere Priorität eingeräumt wird.

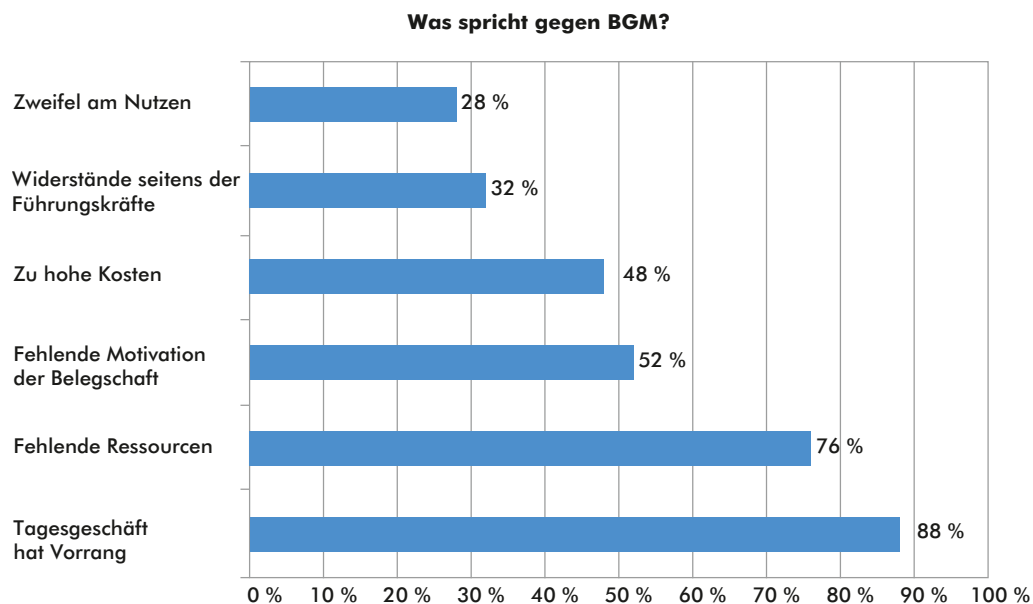


Abb. 1.2: Hemmnisse der Betriebe gegenüber BGM (Mehrfachnennungen möglich) (vgl. Bechmann et al., 2011)

Für die Arbeitnehmer resultiert die Teilnahme am BGM vor allem aus der Verbesserung der allgemeinen Gesundheit (vgl. Zok, 2009). Die Beschäftigten sind sich zumeist darüber im Klaren, dass die Unternehmen in erster Linie aufgrund wirtschaftlicher Interessen Maßnahmen zum Beispiel zur Reduktion krankheitsbe-

dingter Fehlzeiten sowie zur Steigerung von Leistungsfähigkeit und Motivation anbieten (vgl. Zok, 2009), was per se jedoch nicht zwangsläufig als negativ angesehen werden muss, zumal die Mitarbeiter auch einen eigenen Nutzen davon haben.

Mit Widerständen ist unter den Beschäftigten ebenfalls zu rechnen. Es kann vor allem von drei Arten ausgegangen werden (vgl. Techniker Krankenkasse, 2008):

1. kein Interesse (z.B. bedingt durch fehlende Sinnhaftigkeit der Maßnahmen)
2. Angst vor persönlichem „Imageschaden“ (beispielsweise durch die Befürchtung, als „ungesund“ von anderen wahrgenommen zu werden)
3. Angst vor Überforderung (z.B. in Form von Mehrfachbelastungen durch das Tagesgeschäft)

1.5 Berufskrankheiten und arbeitsbedingte Erkrankungen

Wir haben weiter oben gesehen, dass die „*Verbesserung der Gesundheit*“ eine zentrale Motivation im BGM ist. In unserem Kontext ist wichtig, zwischen zwei verschiedenen Konzepten in Bezug auf Gesundheit, genauer auf Krankheit, zu unterscheiden:

Eine Berufskrankheit ist eine Erkrankung, deren Auftreten auf die Ausübung von Erwerbstätigkeit zurückzuführen ist (vgl. § 9 SGB VII). Doch nicht jedes Krankheitsbild gilt als Berufskrankheit, sondern nur diejenigen, die nach geltendem Recht als solche anerkannt sind und infolgedessen in die „Liste der Berufskrankheiten“, eine Anlage zur Berufskrankheitenverordnung (BKV), aufgenommen wurden. Im § 9 des Siebten Sozialgesetzbuches (SGB VII) heißt es dazu:

„Die Bundesregierung wird ermächtigt, in der Rechtsverordnung solche Krankheiten als Berufskrankheiten zu bezeichnen, die nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft durch besondere Einwirkungen verursacht sind, denen bestimmte Personengruppen durch ihre versicherte Tätigkeit in erheblich höherem Grade als die übrige Bevölkerung ausgesetzt sind (...).“

Hieraus lassen sich als zentrale Punkte ableiten:

1. Eine Berufskrankheit wird als solche nur erkannt, wenn die Erkenntnisse dazu wissenschaftlich fundiert sind;
2. Die Betroffenen müssen den Einflussgrößen (vgl. dazu auch Kapitel 3) nicht nur sporadisch, sondern in „*erheblich höherem*“ Maße ausgesetzt sein als andere Personen.

Kritisch hierbei ist anzumerken, dass es zwischen der Exposition und dem Auftreten einer Krankheit (= Latenzzeit) mehrere Jahre liegen können, wie uns das Beispiel „Asbest“ mit bis zu 30 Jahren Latenz deutlich vor Augen führt (für weitere Informationen folgen Sie dem Link der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Ar-

beitsmedizin im Anhang). Vielleicht existieren auch noch gar keine entsprechenden Messmethoden zur Ermittlung von gesundheitsgefährdenden Einflüssen, sodass die geforderte Wissenschaftlichkeit nicht gegeben ist und keine Grenzwerte definiert werden können (was gilt als „*erheblich höherer Grad*“?).

Ein weiterer Punkt ist der schwierige Nachweis von Ursache und Wirkung (= Kausalität). Dies ist einer der Gründe, warum für das Jahr 2010 von über 73.000 angezeigten Fällen nur ca. 15.900 Erkrankungen als Berufskrankheiten durch die Berufsgenossenschaften anerkannt wurden (bei ca. 6.200 Rentenfällen) (vgl. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, 2010).

Übung 1.5:

Recherchieren Sie, welche Berufskrankheiten 2010 am häufigsten angezeigt und welche am zahlreichsten anerkannt wurden.



Abb. 1.3: Modell der Monokausalität

Das abgebildete Modell zeigt ein vereinfachtes Kausalitätsprinzip. Der Pfeil symbolisiert den Einfluss der Ursache auf die Wirkung. Und genau dort befindet sich der Dreh- und Angelpunkt bei der Anerkennung von Berufskrankheiten. Denn zum einen ist der Beweis einer direkten Beeinflussung in der Realität oftmals schwer zu erbringen. Und zum anderen können auch weitere Ursachen in Frage kommen („Multikausalität“).

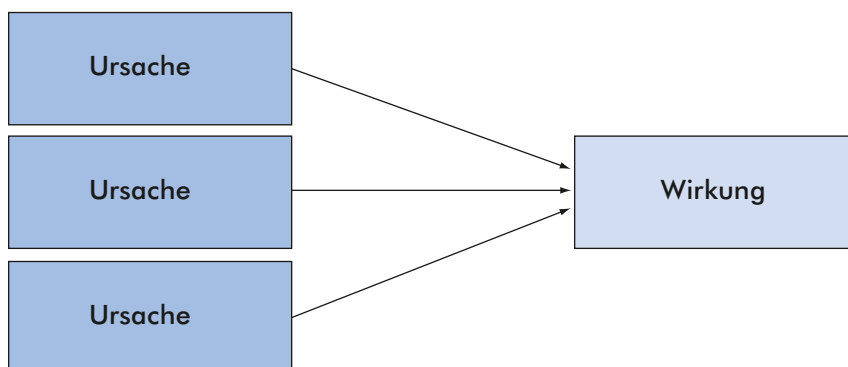


Abb. 1.4: Modell zur Multikausalität

Beispiel 1.1:

Stellen Sie sich vor, Sie sind Pflegekraft und können aufgrund von Rückenbeschwerden Ihren Beruf nicht mehr ausüben. Um die Kausalität zwischen Rückenleiden und der Aufgabe Ihres Berufes herzuleiten, muss zuerst der Beweis erbracht

werden, dass Sie in Ihrem Job wirklich rüchenschädigenden Belastungen ausgesetzt waren. Außerdem gilt es zu beweisen, dass keine weiteren externen Einflüsse zu den Rückenbeschwerden geführt haben.

Wird eine Berufskrankheit von den Unfallversicherungsträgern anerkannt, gilt es, die Folgen der Berufskrankheit zu reduzieren sowie eine Verschlimmerung auszuschließen. Dazu dienen neben der medizinischen Versorgung z. B. auch berufliche Maßnahmen. Bleiben trotz der Maßnahmen körperliche Beeinträchtigungen (mit einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von mindestens 20 %), wird eine Rente gezahlt (alles noch einmal gut nachzulesen unter DGUV, o.J.).

Darüber hinaus ist es wichtig, zwischen „Berufskrankheiten“ und „arbeitsbedingten Erkrankungen“ zu differenzieren. Zwar geht es bei arbeitsbedingten Erkrankungen ebenfalls um Erkrankungen, die ganz oder teilweise durch die Gegebenheiten der Erwerbsarbeit verursacht werden (vgl. Tabelle 1.2) und in enger Beziehung zu Belastungen bzw. Beanspruchungen (vgl. Kapitel 3) stehen (vgl. Hans Böckler Stiftung, 2006). Allerdings sind am Ende keine Rentenzahlungen zu erwarten, da in der Regel nicht nach den Kriterien des § 9 SGB VII mit Erwerbsminderung zu rechnen ist. Daher ist es auch schwierig, beispielsweise die Volkskrankheit Rückenbeschwerden als Berufskrankheit zu deklarieren, da hier der Nachweis einer Einwirkung in einem „erheblich höheren Grade“ (vgl. § 9 SGB VII) äußerst schwierig ist.

Tabelle 1.2 listet die Haupterkrankungen im Jahr 2010 auf, d.h. die Erkrankungen, die bei Arbeitnehmern am häufigsten auftraten, unabhängig davon, ob es sich um Berufskrankheiten handelte oder nicht. Etwa 70 % aller Fehlzeiten wurden 2010 durch diese Erkrankungsarten verursacht.

Tabelle 1.2: Die Haupterkrankungsarten für das Jahr 2010 (Meyer; Stallauke; Weihrauch, 2011)

Erkrankungsarten	Anteil an Fehlzeiten
Muskel-Skelett-Erkrankungen	24,2 %
Verletzungen	12,9 %
Atemwegserkrankungen	12,0 %
Psychische Erkrankungen	9,3 %
Herz-Kreislauf-Erkrankungen	6,6 %
Erkrankungen der Verdauungsorgane	5,8 %

Der Staat tritt bei arbeitsbedingten Erkrankungen stärker in den Hintergrund. Arbeitgeber werden in die Verantwortung genommen, arbeitsbedingte Gesundheitsgefahren zu minimieren, wie es auch im Arbeitsschutzgesetz sowie z. B. § 3 des Arbeitssicherheitsgesetzes vorgesehen ist. Betriebsärzte übernehmen die Aufgabe

„die Arbeitnehmer zu untersuchen, arbeitsmedizinisch zu beurteilen und zu beraten sowie die Untersuchungsergebnisse zu erfassen und auszuwerten (...) und dem Arbeitgeber Maßnahmen zur Verhütung dieser Erkrankungen vorzuschlagen.“ (§ 3, Absatz 1 AsiG)

Die Unternehmen werden folglich in die Pflicht genommen, arbeitsbedingte Gesundheitseinflüsse zu ermitteln und zu minimieren.

Zusammenfassung

Neben der Einführung erster Grundbegriffe und einem Überblick über die wichtigsten historischen „Meilensteine“, die das heutige Bild des BGM prägen, haben Sie in diesem Kapitel gelernt, dass die Gründe auf Arbeitgeberseite, sich für oder gegen BGM zu entscheiden, vielfältig sind. Einen großen Einfluss haben direkte bzw. indirekte wirtschaftliche Faktoren, aber auch das Bestreben, die Gesundheit und/oder die Motivation/Arbeitszufriedenheit unter den Mitarbeitern zu verbessern. Auf Arbeitnehmerseite spielen zum Beispiel deren Partizipation, bisher gemachte Erfahrungen mit der Thematik oder auch die persönliche Bewertung der Sinnhaftigkeit der ausgeführten Tätigkeit eine Rolle. Tiefer in das Thema „Gesundheit“ sind wir durch die arbeitsbedingten Erkrankungen eingestiegen, die in jedem Betrieb vorkommen. Bei den Berufskrankheiten haben wir neben den Voraussetzungen, die für eine Anerkennung notwendig sind, auch ein wichtiges wissenschaftliches Konstrukt kennengelernt: die Kausalität – ein Konstrukt, das uns immer wieder begegnen wird.

Aufgaben zur Selbstüberprüfung

- 1.1 Wie profitieren die Beschäftigten bei ihrer Arbeit durch eine Verbesserung ihres Gesundheitszustandes?
- 1.2 Welche gesamtgesellschaftlichen Vorteile bringt ein verbesserter Gesundheitszustand der Beschäftigten mit sich?
- 1.3 Welches ist – historisch betrachtet – der erste große Meilenstein bei der Einführung von staatlichen sozialen Sicherungssystemen in Deutschland?
- 1.4 Nennen Sie drei wichtige Meilensteine zur Verbesserung von Sicherheit und/oder Gesundheit ab den 1970er-Jahren.
- 1.5 Welches sind in Deutschland die Haupterkrankungsarten für das Jahr 2010? Wieso werden sie Haupterkrankungsarten genannt?
- 1.6 Welche Voraussetzungen müssen zur Anerkennung einer Berufskrankheit erfüllt sein?